



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים

בבתי-החולים

מוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 8240 640 - 02

פקס: 6103 649 - 02

www.knesset.gov.il/mmm

כתיבה: שלי לוי

אישור: שרון סופר, ראש צוות

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

כ"ח בטבת תשס"ז

18 בינואר 2007

תוכן העניינים

1	<u>עיקרי הממצאים</u>
3	<u>מבוא</u>
4	<u>חלק א': המצב בישראל</u>
4	<u>1. מערך האשפוז הכללי בישראל</u>
5	<u>2. זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים</u>
6	<u>2.1 נתוני בתי-החולים הממשלתיים</u>
	2.1.1. זמני ההמתנה ומספר הממתינים בתשעה בתי-חולים ממשלתיים נכון
7	לאוקטובר 2006
8	<u>2.2 נתוני קופות-החולים</u>
8	<u>2.2.1 שירותי בריאות כללית</u>
9	<u>2.2.2 מכבי שירותי בריאות</u>
10	<u>3. עיקרי הממצאים של דוח מבקר המדינה על אודות הפעלת חדרי ניתוח בבתי-חולים</u>
12	<u>4. טיפול משרד הבריאות בנושא זה</u>
13	<u>5. סיבות והשלכות אפשריות להתמשכות זמני ההמתנה לניתוחים</u>
14	<u>5.1 סיבות אפשריות</u>
15	<u>5.2 השלכות אפשריות</u>
17	<u>חלק ב': מהנעשה בעולם</u>
18	<u>חלופות המדיניות להתמודדות עם זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים</u>

עיקרי הממצאים

- ❖ בישראל ישנם 47 מוסדות אשפוז כללי. מספר מיטות האשפוז הכללי בישראל נכון לשנת 2005 הוא 14,607 מיטות ברשיון. שיעור המיטות לאשפוז כללי בסוף שנת 2004 עמד על 2.10 ל-1,000 נפש. נציין, כי שיעור המיטות באשפוז כללי בכל המדינות מצוי במגמת ירידה, אולם שיעור המיטות הכלליות בישראל הוא מהנמוכים ביותר בעולם.
- ❖ מספר עמדות הניתוח בבתי-החולים בישראל נכון לשנת 2005 הוא כ-400. שיעור עמדות הניתוח ל-1,000 איש נכון לשנת 2004 היה 0.6. אין בידי משרד הבריאות מידע בדבר המספר הכולל של הניתוחים הנעשים בבתי-החולים בישראל בכלל ובבתי-החולים הממשלתיים בפרט.
- ❖ בבתי-החולים מבוצעים ניתוחים שונים שנהוג לסווגם לשלושה סוגים עיקריים, כדלקמן: ניתוחי חירום, ניתוח דחוף וניתוח מתוכנן (אלקטיבי). מסמך זה מתמקד בזמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים.
- ❖ משרד הבריאות אינו מחזיק בנתונים על זמני ההמתנה ועל מספר הממתנים לניתוחים מתוכננים בבתי-החולים השונים, וזאת חרף הערותיו של מבקר המדינה בנושא זה כבר בשנת 2002. נציין, כי מדינות שונות בעולם פועלות לאסוף ולנתח מידע ונתונים בנושא זה, וזאת במטרה ללמוד על היקף התופעה ולנסות להתמודד אתה. העובדה שבידי משרד הבריאות אין מידע בנושא זה אינה מאפשרת לו להעריך אם קיימת בעיה, ולכן גם לא לבחון חלופות מדיניות הולמות להתמודדות עמה.
- ❖ לצורך כתיבת מסמך זה נאספו נתונים מתשעה בתי-חולים ממשלתיים על זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים. על סמך נתונים אלה קשה לקבוע אם מדובר בתופעה חמורה ורחבת היקף, אולם ניתן לזהות בבירור, כי זמני ההמתנה לניתוחים מסוימים שונים מאוד בין בתי-החולים. למשל, המתנה לניתוח קטרקט יכולה להימשך שנה בבית-חולים אחד, בעוד בבית-חולים אחר מדובר בהמתנה בת שבועיים ימים בלבד. בנוסף, מהתשובות שקיבלנו עולה, כי כל בתי-החולים סבורים שזמן ההמתנה הסביר הוא קצר בהרבה מזה הקיים היום. נתונים אלה יחד עם אי שביעות הרצון הציבורית מזמני ההמתנה צריכים לכל הפחות להיבחן על ידי משרד הבריאות כך שניתן יהיה להעריך אם אכן קיימת בעיה המצריכה התמודדות.
- ❖ דוח מבקר המדינה העלה ממצאים חמורים בכל הקשור להתנהלות משרד הבריאות בנושא זה. אחת ההערות החשובות שהעלה המבקר היא העדר אמות מידה בדבר משך ההמתנה המרבי לניתוח, וכן העדר קביעת תקנים לניצול חדרי הניתוח במערכת הבריאות. בנוסף, סבור מבקר המדינה שעל משרד הבריאות ליצור מאגר מידע שיאפשר לרופאים ולציבור הרחב לקבל מידע אמין בדבר מועדי הניתוחים ובתי-החולים שהוא רשאי לבחור בהם. מתשובות משרד הבריאות לפנייתנו, ארבע שנים לאחר פרסום דוח מבקר המדינה, נראה שלא ננקטו צעדים משמעותיים בעקבות הדוח. משרד הבריאות ענה לפנייתנו, כי הוא מתכוון לבדוק את אופן ויסות התורים ואת קיום הנחיות המשרד בנושא זה, וכי הוא החל לאחורונה לרכז עבודת מטה בנוגע למידע על זמני ההמתנה לשירותים רפואיים ולפעולות רפואיות בקהילה ובבתי-החולים.
- ❖ יש טענה שהפריסה של מיטות האשפוז הכללי ושל עמדות חדרי הניתוח בבתי-החולים בישראל היא עתיקת יומין, אינה מותאמת לצרכים הקיימים ולא נבחנה כראוי. למעשה, נוצר מצב שבתי-

חולים מסוימים קורסים תחת הנטל, בעוד בתי-חולים אחרים הם בתפוסה חלקית ואינם נזקקים לכל המשאבים העומדים לרשותם. מצב זה יוצר זמני המתנה ארוכים יותר בבתי-חולים מסוימים לעומת בתי-חולים אחרים. טענות אלה ראוי שייבחנו במקביל לדיון במגבלות התקציביות ולמחסור בכוח אדם שבהם נאלצת מערכת הבריאות בישראל להתנהל.

❖ נציין כי מעבר לפגיעה באיכות חייהם של הממתינים לניתוח, **אחת ההשלכות האפשריות של תורים ארוכים ברפואה הציבורית היא הגדלת השימוש בשירותי הרפואה הפרטית, על כל המשתמע מכך.**

❖ **זמני המתנה ארוכים לניתוחים מתוכננים – זו בעיה שמדינות שונות בעולם נאלצות להתמודד אתה, והיא אינה מאפיינת רק את ישראל.** קשה להעריך את היקפה של הבעיה, כיוון שלא קיימת הסכמה סביב השאלה מהו זמן המתנה סביר לכל סוג של ניתוח. נציין, כי להתמתנה ארוכה עלולות להיות השלכות על מצבם הבריאותי של הממתינים ועל איכות חייהם, אולם מנגד יש לציין, כי המתנה קצרה או בינונית על-פי-רוב אינה כרוכה בסיכון בריאותי, והשפעותיה העיקריות הן לחץ וחרדה של הממתין לניתוח.

❖ **מדינות העולם עיצבו ויישמו חלופות מדיניות שונות במטרה להביא לקיצור זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים, ובהן, מתן תוספת תקציבית מיוחדת לנושא זה; הגבלות על מומחים המועסקים במגזר הציבורי והמעוניינים לעבוד במקביל במגזר הפרטי; ניהול יעיל יותר של התורים; הגדלת ההפניות למסגרות ניתוחי יום; הגדלת אפשרויות הבחירה לחולה, כגון האפשרות לקבל טיפול רפואי באזור אחר במדינה; עידוד הרופאים לדרג את החולים על בסיס הצורך והדחיפות הרפואית ולערוך התאמה בין דרישות החולים ליכולות של המוסד הרפואי; קביעת זמן מקסימלי לכל סוג של ניתוח; סבסוד ביטוחי בריאות פרטיים שיובילו לעידוד הפנייה לשירותי בריאות פרטיים וכדומה. נראה כי אין חלופה אחת שהיא האופטימלית להתמודדות עם הבעיה, אולם מדובר ברעיונות שראוי לבחון לעומק, וזאת כמובן בהתאם למאפייניה של מערכת הבריאות בישראל.**

מבוא

מסמך זה נכתב לקראת דיון בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בנושא **זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים בבתי-החולים בישראל**. לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות הגיעו תלונות מצד אזרחים הטוענים כי התורים לניתוחים מתוכננים (אלקטיביים) בבתי-החולים הם ארוכים מאוד. מתלונות אלה ואחרות עולה, כי אזרחים רבים נאלצים לחכות זמן רב על מנת לעבור ניתוח, וההמתנה הארוכה עלולה להחמיר את הבעיה הבריאותית שלהם ולהשפיע על איכות חייהם. אחת התלונות החמורות ביותר שהגיעו לוועדה היתה של אזרח בן 85 הנוקד לניתוח בכף ידו. הניתוח, שאמור היה להתקיים בחודש דצמבר 2006, נדחה כמה ימים לפני עריכתו ונקבע לחודש דצמבר 2008.

ארגונים למען החולים, כגון האגודה לזכויות החולה וארגון צב"י - צרכני בריאות ישראל, וארגונים למען הצרכן, כגון איגוד הצרכנים בישראל, מאשרים כי אזרחים רבים פונים אליהם ומלינים על זמני ההמתנה הארוכים לניתוחים בבתי-חולים שונים ברחבי הארץ.¹

מנתונים שהועברו אלינו מנציבות תלונות הציבור במשרד מבקר המדינה עולה, כי בחמש השנים האחרונות התקבלו בנציבות רק חמש תלונות בנוגע לזמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים בבתי-החולים. ארבע מתוך חמש התלונות התייחסו לבתי-החולים של שירותי בריאות כללית, ותלונה אחת התייחסה לבית-חולים ממשלתי.²

את הניתוחים שמתבצעים בבתי-החולים נהוג לסווג לשלושה סוגים עיקריים, כדלקמן³:

1. **ניתוח חירום** - ניתוח שיש לבצעו מייד;
2. **ניתוח דחוף** - ניתוח שיש לבצעו לפני שחרור החולה לביתו;
3. **ניתוח מתוכנן (אלקטיבי)** - ניתוח הנחוץ לבריאות החולה, אולם אפשר לקבוע תאריך לביצועו ובינתיים לשחרר את החולה לביתו. **במסמך זה נתמקד אך ורק בזמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים**. בנוסף, המושג "זמן ההמתנה" במסמך זה מתייחס לפרק הזמן שבין יום כניסתו של החולה לתור הממתינים למועד עריכת הניתוח, אלא אם כן צוין אחרת.

במסמך זה אנו מבקשים לנסות לבחון את **סוגיית זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים בבתי-החולים בישראל**. לשם כך חילקנו את המסמך לשניים. **בחלק הראשון** נדון במצב הקיים בישראל ובמסגרתו נציג את מערך האשפוז הכללי בישראל; נתונים על-אודות זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים; ממצאי דוח מבקר המדינה בנושא זה; טיפול משרד הבריאות בסוגיה; הסיבות האפשריות לזמני ההמתנה לניתוחים

¹ גבי עדינה מרקס, יו"ר האגודה לזכויות החולה, שיחת טלפון, 28 בנובמבר 2006; מר מידד גיסין, יו"ר צב"י - צרכני בריאות ישראל, שיחת טלפון, 21 בנובמבר 2006; גבי חנה מינר, יו"ר איגוד הצרכנים בישראל, שיחת טלפון, 23 בנובמבר 2006. נציין, כי פנינו לנציבות קבילות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי במשרד הבריאות בבקשה לקבל נתונים, ונענינו כי לא התקבלו בנציבות תלונות בנושא זה, שכן הנושא אינו בתחום סמכותה של הנציבות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

² יהושע רוט, עוזר בכיר למבקר המדינה וממונה על קשרים בין-לאומיים, נציבות תלונות הציבור במשרד מבקר המדינה, מכתב, 25 בדצמבר 2006.

³ Jeremy Hurst and Luigi Siciliani, **Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A comparison of Policies in Twelve OECD Countries**, OECD Health Working Papers, 2003, In: <http://www.oecd.org/dataoecd/24/32/5162353.pdf>, Visited: November 20, 2006.

מתוכננים וההשלכות שלהם. **בחלק השני** נציג את חלופות המדיניות שהנהיגו מדינות שונות במטרה להתמודד עם הסוגיה, כפי שהוצגו בדוח שערך הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי (OECD) בנושא זה.

חלק א': המצב בישראל

1. מערך האשפוז הכללי⁴ בישראל

משרד הבריאות אמון על קביעה והסדרה של מערך האשפוז בישראל, לרבות מערך חדרי הניתוח, ועל התאמתם לגודל האוכלוסייה ולצרכיה המשתנים. בנוסף, משרד הבריאות אחראי גם על הפעלתם של 11 בתי-חולים ממשלתיים שיש בהם חדרי ניתוח.⁵

קופות-החולים מפנות את מבוטחיהן הזקוקים לניתוחים לבתי-החולים הכלליים, וחלקן אף מבצעות ניתוחים בבתי-החולים שבבעלותן. קופות-החולים נדרשות לספק שירותי בריאות על-פי הקבוע **בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994**. סעיף 3 לחוק, העוסק בזכות לשירותי בריאות, קובע בין היתר, כי: "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכול במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות-החולים...". סעיף זה, המתווה את העקרונות המנחים למתן טיפול רפואי על-ידי קופות-החולים, אינו מגדיר מהי איכות סבירה ומהו זמן סביר למתן טיפול רפואי.

לפני שנדון בסוגיה שעל הפרק, נציג כמה נתונים על-אודות **מערך האשפוז הכללי בישראל**:

בישראל יש 47 מוסדות אשפוז כללי, מתוכם 11 בתי-חולים ממשלתיים, שמונה בבעלות שירותי בריאות כללית, אחד בבעלות קופת-חולים מאוחדת, שני בתי-חולים של הדסה, שישה של מיסיון, 12 פרטיים ושבעה המוגדרים "ציבורי אחר".⁶

מספר מיטות האשפוז הכלליות במדינת ישראל נכון לשנת 2005 הוא 14,607 מיטות ברשיון, שהן כ-35% מסך מיטות האשפוז בישראל. כמחצית מכלל מיטות האשפוז הכללי בישראל הן בבעלות ממשלתית.⁷ שיעור המיטות לאשפוז כללי בסוף שנת 2004 עמד על 2.10 ל-1,000 נפש, בהשוואה ל-2.53 בסוף שנת 1990. הירידה נרשמה במרבית המחלקות לאשפוז כללי.⁸ נציין, כי שיעור המיטות באשפוז הכללי בכל המדינות מצוי במגמת ירידה, אולם שיעור המיטות הכלליות בישראל הוא מהנמוכים ביותר בעולם.⁹

מספר עמדות הניתוח בבתי-החולים בישראל נכון לשנת 2005 הוא כ-400. רבע מתוכם הן עמדות במסגרת אשפוז יום. שליש ממספר העמדות, קרי כ-133 עמדות, הן בבעלות ממשלתית.¹⁰ **שיעור עמדות הניתוח ל-1,000 איש נכון לשנת 2004 היה 0.6**.¹¹

⁴ האשפוז הכללי כולל: אגף פנימי, אגף טיפול נמרץ, אגף ילדים, אגף כירורגי ואגף יולדות.

⁵ פקודת בריאות העם 1940 קובעת, בין היתר, את אחריות משרד הבריאות לקביעה ולהסדרה של מערך האשפוז בישראל.

⁶ מדינת ישראל, משרד הבריאות, **בריאות בישראל 2005, נתונים נבחרים**, ספטמבר 2005, עמ' 178.

⁷ ד"ר יצחק ברלוביץ, המשנה למנכ"ל וראש מינהל רפואה, משרד הבריאות, מכתב, 14 בנובמבר 2006.

⁸ מדינת ישראל, משרד הבריאות, **בריאות בישראל 2005, נתונים נבחרים**, ספטמבר 2005, עמ' 179.

⁹ ראה: האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, **השוואות בין-לאומיות במערכות בריאות: ארצות OECD וישראל 1980-2003**, כתיבה: גבי בן נון וחגי כץ, פברואר 2006.

¹⁰ ד"ר יצחק ברלוביץ, המשנה למנכ"ל וראש מינהל רפואה, משרד הבריאות, מכתב, 14 בנובמבר 2006.

¹¹ מדינת ישראל, משרד הבריאות, **בריאות בישראל 2005, נתונים נבחרים**, ספטמבר 2005, עמ' 17186.

בתשובה לשאלתנו מסר משרד הבריאות, כי אין בידינו מידע בדבר המספר הכולל של הניתוחים הנעשים בבתי-החולים בישראל בכלל ובבתי-החולים הממשלתיים בפרט. עוד הוסיף המשרד, כי מספר הניתוחים אינו נמדד על ידו כדבר שבשגרה, ובמידת הצורך בודקים את מספר הניתוחים לגבי ניתוח מסוים.¹²

בהעדר מידע רשמי ממשרד הבריאות בדבר המספר הכולל של הניתוחים הנעשים בבתי-החולים בישראל בחרנו להציג במסמך זה נתונים מתוך דיווח שהעביר משרד הבריאות לארגון הבריאות העולמי על מדדי הבריאות בישראל, וזאת בהתאם להגדרות הארגון. בסוף 2004 דיווח משרד הבריאות לארגון הבריאות העולמי, כי מספר הטיפולים החודשיים שבוצעו בישראל במסגרת אשפוז, קרי במסגרת טיפולית הכוללת לינת לילה, בשנת 2001 היה 564,810, לעומת 314,230 טיפולים בשנת 1990.¹³ נדגיש, כי אין בנתונים אלה כדי ללמד על היקף הניתוחים המבוצעים בישראל.

בדיווח לארגון הבריאות העולמי נמסר עוד, כי מספר הרופאים המנתחים בשנת 2002 שגילם נמוך מ-64 שנים, בתחומים: כירורגיה כללית, נוירוכירורגיה, כירורגיה חזה ולב, כירורגיה אורתופדית, כירורגיה פלסטית, כירורגיה אורולוגית, כירורגיה כלי דם, הרדמה, כירורגיה של היד וטיפול נמרץ כללי היה 2,034.¹⁴

2. זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים

בניסיון לבחון אם אכן קיימת בעיה בכל הנוגע לזמני ההמתנה לתורים לניתוחים מתוכננים בישראל ומה היקף התופעה, פנינו למשרד הבריאות. בתשובה לפנייתנו ענה משרד הבריאות בנובמבר 2006, כי הוא אינו מרכז מידע בדבר מספר הממתינים לניתוחים ומשך ההמתנה.¹⁵

בינואר 2007 העביר משרד הבריאות לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, לבקשתה, נתונים על זמני ההמתנה לכמה ניתוחים בכמה בתי-חולים בישראל, שנאספו על-ידי ועדת האיכות במסגרת מועצת הבריאות¹⁶ בשנת 2003. עוד הוסיף המשרד, כי כרגע הוא עובד על מתודולוגיה שתקבע איך בודקים את זמני ההמתנה.¹⁷

על כן, לצורך כתיבת מסמך זה, אספנו נתונים עדכניים על זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים מתשעה בתי-חולים ממשלתיים ומשתי קופות-חולים.

¹² ד"ר יצחק ברלוביץ, המשנה למנכ"ל וראש מינהל רפואה, משרד הבריאות, מכתב, 14 בנובמבר 2006.
¹³ תחום מידע, משרד הבריאות, Selected Health for All Indicators 2004, מתוך אתר משרד הבריאות, <http://www.health.gov.il/download/docs/units/comp/hfa/2004/7.pdf>, תאריך כניסה: 28 בנובמבר 2006, עמ' 37.

¹⁴ שם. עמ' 22.

¹⁵ ד"ר יצחק ברלוביץ, המשנה למנכ"ל וראש מינהל רפואה, משרד הבריאות, מכתב, 14 בנובמבר 2006.

¹⁶ המועצה הוקמה על-פי סעיף 48 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ותפקידה לייצג לשר הבריאות לעניין חוק זה, לרבות קידום איכות שירותי הבריאות, זמינותם ונגישותם.

¹⁷ גב' מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל, משרד הבריאות, מכתב לגב' וילמה מאור, מנהלת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 14 בינואר 2007.

2.1. נתוני בתי-החולים הממשלתיים

ביקשנו מבתי-החולים הממשלתיים למסור לנו נתונים על זמני ההמתנה לשבעת הניתוחים המתוכננים הבאים: החלפה מלאה של הברך; ניתוח קטרקט (עכירות של עדשת העין); הסרת כיס מרה; הסרת שקדים; הסרת פוליפים; ניתוח בקע מפשעתי וכריתת ערמונית. ההתמקדות בניתוחים אלה נבעה מהעובדה שתלונות רבות על זמני ההמתנה הארוכים מתייחסות בעיקר לניתוחים אלה, כפי שעולה גם מדוח מבקר המדינה בנושא זה, וממצאיו יוצגו בהמשך המסמך.

להלן נציג טבלה המסכמת את הנתונים שהתקבלו מתשעה בתי-חולים ממשלתיים.¹⁸ בטבלה מוצגים משך ההמתנה לכל אחד משבעת הניתוחים, ובסוגריים מצוין מספר הממתינים לאותו ניתוח נכון לחודש אוקטובר 2006. זמן ההמתנה הארוך ביותר עבור כל ניתוח מסומן בטבלה בצבע אפור, ואילו זמן ההמתנה הקצר ביותר עבור כל ניתוח מסומן בטבלה בצבע תכלת.

להלן ממצאי הטבלה:

- **ניתוח החלפת ברך** - זמן ההמתנה הארוך ביותר הוא שלושה חודשים (בבית-החולים "פוריה" בטבריה), ואילו זמן ההמתנה הקצר ביותר הוא שבועיים עד שלושה שבועות (בבית-החולים "רבקה זיו" בצפת). מספר הממתינים הגדול ביותר הוא במרכז הרפואי "הלל יפה" בחדרה - 52 ממתינים.
- **ניתוח קטרקט** - זמן ההמתנה הארוך ביותר הוא שנה (המרכז הרפואי "וולפסון" בחולון), ואילו זמן ההמתנה הקצר ביותר הוא פחות משבועיים (המרכז הרפואי רמב"ם בחיפה). מספר הממתינים הגדול ביותר הוא במרכז הרפואי "וולפסון" בחולון - 900 ממתינים.
- **ניתוח הסרת כיס מרה** - זמן ההמתנה הארוך ביותר הוא כשלושה חודשים (במרכז הרפואי "ברזילי" באשקלון, בית-החולים "פוריה" בטבריה, בית-החולים "רבקה זיו" בצפת והמרכז הרפואי "הלל יפה" בחדרה), ואילו זמן ההמתנה הקצר ביותר הוא שבועיים (בבית-החולים "שיבא" תל-השומר ברמת-גן). מספר הממתינים הגדול ביותר הוא במרכז הרפואי "ברזילי" באשקלון - 59 ממתינים.
- **ניתוח הסרת שקדים ופוליפים** - זמן ההמתנה הארוך ביותר הוא שנה וחצי (בית-החולים "שיבא" תל-השומר), ואילו זמן ההמתנה הקצר ביותר הוא חודש (בית-החולים "פוריה" בטבריה). מספר הממתינים הגדול ביותר הוא בבית-החולים "גליל מערבי" בנהרייה - 156 ממתינים.

¹⁸ פנינו לכל 11 בתי-החולים הממשלתיים בישראל, אולם רק תשעה בתי-החולים שנתוניהם הובאו לעיל ענו לפנייתנו.

- **ניתוח בקע מפשעתי** – זמן ההמתנה הארוך ביותר הוא שלושה עד ארבעה חודשים (בית-החולים "רבקה זיו" בצפת), או שיבוץ על-פי מקום פנוי בתוכנית הניתוחים (המרכז הרפואי "ברזילי" באשקלון), ואילו זמן ההמתנה הקצר ביותר הוא עד שלושה שבועות (המרכז הרפואי "וולפסון" בחולון). מספר הממתינים הגדול ביותר הוא במרכז הרפואי "ברזילי" באשקלון - 90 ממתינים.
- **ניתוח כריתת ערמונית** - זמן ההמתנה הארוך ביותר הוא חודשיים (בית-החולים "שיבא" תל-השומר). בבית-החולים "פוריה" בטבריה ובמרכז הרפואי "וולפסון" בחולון אין המתנה. מספר הממתינים הגדול ביותר הוא בבית-החולים "שיבא" תל-השומר - 35 ממתינים.

2.1.1. זמני ההמתנה ומספר הממתינים בתשעה בתי-חולים ממשלתיים נכון לאוקטובר 2006

המרכז הרפואי "וולפסון" ¹⁹ חולון	המרכז הרפואי "הלל יפה" ²⁰ חדרה	"שיבא" תל-השומר רמת גן ²¹	בית-החולים "רבקה זיו" ²² צפת	בית-החולים "פוריה" ²³ טבריה	המרכז הרפואי רמב"ם ²⁴ חיפה	בית-החולים "גליל מערבי" ²⁵ נהריה	המרכז הרפואי ע"ש ברזילי ²⁶ אשקלון	המרכז הרפואי "בני ציון" ²⁷ חיפה	הניתוח
חודשיים עד שלושה חודשים	חודשיים (52)	חודשיים וחצי (35)	שבועיים עד שלושה שבועות (0)	שלושה חודשים (15)	עד שלושה חודשים	חודש וחצי (10)	כחודשיים (20)	חודש עד חודשיים (20)	החלפה מלאה של הברך
שנה (900)	שלושה חודשים (42)	חודש וחצי (150)	חמישה חודשים (120)	חודשיים (80)	פחות משבועיים	חודש (45)	שישה חודשים (500)	שבועיים עד שלושה שבועות (50)	קטרקט
עד שלושה שבועות	חודשיים וחצי עד שלושה חודשים (58)	שבועיים (35)	חודשיים עד שלושה חודשים (25)	חודשיים וחצי עד שלושה חודשים (35)	שבוע עד חודש	שלושה עד שישה שבועות (17)	עד שלושה חודשים (59)	שלושה עד ארבעה שבועות (13)	הסרת כיס המרה
עד שלושה חודשים (22)	שלושה עד	שנה וחצי (65)	כשלושה חודשים	חודש (8)	מבוגר - חודשיים ילד - 6 חודשים	שבעה חודשים (129)	חמישה עד שישה חודשים (64)	ארבעה חודשים	הסרת שקדים

¹⁹ ד"ר בובי גרוס, סגן מנהל המרכז הרפואי, המרכז הרפואי "וולפסון" בחולון, מכתב, 8 בינואר 2007.

²⁰ ד"ר יעקב הספל, סגן מנהל המרכז הרפואי, המרכז הרפואי "הלל יפה" בחדרה, מכתב, 18 בדצמבר 2006.

²¹ מאור לוי, מנהל חדרי הניתוח, המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא בתל-השומר, מכתב, 3 בדצמבר 2006.

²² ד"ר אוסקר אמבון, מנהל בית-החולים, בית-החולים "רבקה זיו" צפת, 27 בנובמבר 2006.

²³ ד"ר י' פרבשטיין, מנהל בית-החולים, המרכז הרפואי ע"ש ברוך פדה בפוריה, מכתב, 5 בדצמבר 2006.

²⁴ ד"ר י' בר-אל, ראש תפעול רפואה, המרכז הרפואי רמב"ם, מכתב, 7 בנובמבר 2006.

²⁵ פרופ' שאול מ' שאשא, מנהל בית-החולים, בית-החולים "גליל מערבי" נהריה, מכתב, 28 בנובמבר 2006.

²⁶ ד"ר א' חי, סגן מנהל המרכז, המרכז הרפואי ע"ש ברזילי אשקלון, מכתב, 1 בדצמבר 2006.

²⁷ ד"ר א' קלדרון, סגן מנהל בית-החולים, המרכז הרפואי "בני ציון" חיפה, מכתב, 1 בדצמבר 2006.

(20)	ארבעה חודשים (68)	שנה וחצי (65)	(100)	חודש (9)	באף - שנה	שישה חודשים (27)	חמישה עד שישה חודשים (58)	(87)	הסרת פוליסים
עד שלושה שבועות	חודשיים עד שלושה (47)	חודש וחצי (65)	שלושה עד ארבעה חודשים (50)	חודשיים וחצי עד שלושה חודשים (52)	שבוע עד חודש	שלושה עד שישה שבועות (7)	על-פי מקום פנוי בתוכנית הניתוחים (90)	שלושה עד ארבעה שבועות (10)	בקע מפשעתי
אין תור	חודש אין ממתנים	חודשיים (35)	שבועיים (2)	אין תור	פחות מחודש	חודש וחצי (12)	חודש	חודש (3)	כריתת ערמונית

קשה להצביע על מגמה ברורה מתוך הנתונים שהובאו לעיל, אולם ניתן לזהות הבדלים ברורים בזמני ההמתנה לאותו ניתוח בבתי-חולים שונים. יש לזכור, שמדובר בנתונים על בתי-חולים הממשלתיים בלבד, ולכן אי-אפשר בהכרח לגזור מהם מסקנה ברורה בכל הנוגע לבעיית ההמתנה הקיימת באזורים גיאוגרפיים מסוימים בישראל. נציין, כי מהנתונים השונים עולה בבירור, שבכמה בתי-חולים ההמתנה לניתוחים מסוימים היא ארוכה, בת כמה חודשים ואף למעלה מכך.

2.2. נתוני קופות-החולים

הפנינו לארבע קופות-החולים שאלות בנושא זמני המתנה לניתוחים בבתי-חולים שבבעלותן, אם יש כאלה, וכן בנושא המתנת מבוטחיהם בבתי-חולים השונים. להלן מוצגות תשובותיהן של הקופות שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות. תשובותיהן של קופת-חולים לאומית וקופת-חולים מאוחדת לא התקבלו עד לסיום כתיבת מסמך זה.

2.2.1. שירותי בריאות כללית²⁸

שירותי בריאות כללית, שהיא קופת החולים הגדולה בישראל, מפעילה 14 בתי-חולים, ובהם 5,288 מיטות אשפוז ו-109 חדרי ניתוח. להלן מספר הניתוחים שבוצעו בבתי-חולים של שירותי בריאות כללית לפי שנים²⁹:

מספר ניתוחים	שנה
118,359	2003
123,007	2004
119,577	2005
93,630	2006 ינואר עד ספטמבר

שירותי בריאות כללית מסרה, כי היא מקיימת מעקב תקופתי אחר אורך התורים לניתוחים, לצורך מתן שירות מיטבי ללקוחותיה ולצורך תפעול מיטבי מושכל של חדרי הניתוח. היא לא מסרה נתונים על משך

²⁸ ד"ר ערן הלפרן, סמנכ"ל, ראש חטיבת בתי-החולים, שירותי בריאות כללית, מכתב, 19 בנובמבר 2006.

²⁹ שם.

ההמתנה לניתוחים, כיוון שלדבריה הגדרת משכי התורים היא סבוכה מבחינה מקצועית, וקיים קושי מיוחד בקביעת הגדרה אחת לכל בתי-החולים. נוסף על כך מסרה הכללית, כי היא טרם הגדירה אמות מידה בכל הנוגע למשך ההמתנה המרבי לכל סוג של ניתוח מתוכנן.

עם זאת, שירותי בריאות כללית פיתחה כלי מיחשובי לניהול התורים. התוכנה, הכוללת בין השאר גם הזנת נתוני סיבת שינוי/ביטול ניתוח, נמצאת בשלב הרצה והיא הוטמעה במחלקות אחדות בכמה בתי-חולים שבבעלותה. לטענת הכללית, לאחר שיסתיים תהליך הטמעת התוכנה וניהול רשימת הממתינים ולאור הנתונים המדויקים שיתקבלו, היא מקווה שתוכל לתכנן את הקצאת המשאבים לחדרי ניתוח ולקבוע סטנדרט לכל ניתוח אלקטיבי.

משירותי בריאות כללית נמסר עוד, כי בתי-החולים של הכללית הונחו לפעול בהתאם לחוזר מינהל רפואה, המחייב ניהול רשימת הממתינים. במקביל נדרשו בתי-החולים לשלוח תזכורות לחולים מוזמנים. עוד נמסר, כי מנהל בית-החולים וסגנו הם האחראים לניהול המעקב אחר התורים, ותפקידם לפעול ליישום נוהל משרד הבריאות, תוך פיקוח על קביעת התורים המתבצעת במחלקות המנתחות.

משירותי בריאות כללית נמסר, כי ככל הידוע לה משכי ההמתנה במערכת הבריאות בישראל בכלל, ובשירותי בריאות כללית בפרט, עומדים בכל סטנדרט עולמי.

2.2.2. מכבי שירותי בריאות³⁰

בבעלות מכבי שירותי בריאות בית-חולים פרטי אחד - "אסותא מרכזים רפואיים", שלו ארבעה סניפים. מספר מיטות האשפוז בבית-חולים זה הוא 232, והוא כולל 21 חדרי ניתוח. באופן כללי במכבי הליך ההפניה לביצוע ניתוח מתוכנן נעשה כך שהבקשה מהרופא מגיעה למוקד תיאום אישורים, הקובע את נותן השירות המתאים לביצוע הפעולה. במכבי ניתן למבוטחים חופש בחירה בכל הנוגע לפנייה לבתי-חולים שונים בישראל, וזאת על-פי הצורך הרפואי ובהתאם לנותן השירות המתאים לכל מקרה. עם זאת, במכבי טוענים כי הם מנסים לתת מענה ניתוחי למבוטחיהם במסגרת בית-החולים הפרטי "אסותא" שבבעלותם, שבו, לטענתם, קיים יתרון של זמינות. נציין כי טענה זו נוגעת לסוגיה חשובה העוסקת בקשר שבין העדר הזמינות של שירותים ברפואה הציבורית לבין עידוד הגדלת השימוש ברפואה הפרטית, שבה נדון בהמשך המסמך.

מכבי שירותי בריאות לא ערכה סקר מקיף בקרב מבוטחיה בנושא משך ההמתנה של המבוטחים לניתוחים בבתי-החולים. בתשובה לשאלתנו על זמני ההמתנה של מבוטחי מכבי לניתוחים מתוכננים, אספה מכבי נתונים על שלושה ניתוחים מתוכננים נפוצים בארבעה בתי-חולים. מכבי הציגה לפנינו תשובה מפורטת, תוך שהיא מציינת כי ניסתה לבדוק את הנתונים גם בבתי-חולים נוספים, אולם לא היה שיתוף פעולה מצד בתי-החולים, ובחלק מהמקרים היא אף נתקלה בסירוב מלא למסור מידע כלשהו בנושא.

להלן נתונים שהעבירה אלינו מכבי שירותי בריאות על זמני ההמתנה לשלושת הניתוחים הבאים: כריתת ערמונית, תיקון בקע מפשעתי וניתוח קטרקט, וזאת בארבעת בתי-החולים הבאים: מרכז רפואי ע"ש רבין, קמפוס "בילינסון" בפתח-תקווה (להלן "בילינסון")³¹, מרכז רפואי עירוני-ממשלתי ע"ש א' סוראסקי בתל-

³⁰ ד"ר אהוד קוקיה, ראש חטיבת הבריאות, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 14 בנובמבר 2006.

³¹ בית-חולים בבעלות שירותי בריאות כללית.

אביב³² (להלן "איכילוב"), בית-החולים האוניברסיטאי "הדסה עין-כרם", ירושלים³³ (להלן "הדסה עין-כרם") והמרכז הרפואי ע"ש אסף הרופא, צריפין, באר-יעקב³⁴ (להלן "אסף הרופא"). בסוגריים מצוין מספר הממתינים לכל ניתוח בכל אחד מבתי-החולים:

סוג הניתוח	"בילינסון"	"איכילוב"	"הדסה עין-כרם"	"אסף הרופא"
כריתת ערמונית	חודשיים עד שלושה חודשים (30)	חודש		חודש וחצי
תיקון בקע מפשעתי	חודשיים עד שישה חודשים (30)	כשלושה שבועות	ילדים שישה שבועות (60) מבוגרים חודשיים עד שלושה חודשים (40)	חודשיים עד ארבעה חודשים
קטרקט	שבעה חודשים (700)	חודשיים		חמישה חודשים

3. עיקרי הממצאים של דוח מבקר המדינה על-אודות הפעלת חדרי ניתוח בבתי-חולים

כאמור, בחודשים מרס-אוקטובר 2002 בדק משרד מבקר המדינה כמה היבטים הנוגעים להפעלת חדרי ניתוח בבתי-חולים. הבדיקה נעשתה בעיקר בבית-החולים הממשלתי "אסף הרופא" בצריפין ובמרכז הרפואי "קפלן ברחובות", שבעלות שירותי בריאות כללית.³⁵ במהלך הבדיקה הועלו ליקויים מערכתיים שנוגעים למשרד הבריאות ולכל בתי-החולים הכלליים. להלן כמה מהממצאים שצוינו בדוח זה:

³² בית-חולים עירוני-ממשלתי.

³³ בית-חולים בבעלות הדסה.

³⁴ בית-חולים ממשלתי.

³⁵ משרד מבקר המדינה, "הפעלת חדרי ניתוח בבתי-חולים", דוח שנתי 53, 2002, עמ' 465-464.

- **ריכוז מידע בדבר מספר הממתינים** - מבדיקת המבקר עולה, כי משרד הבריאות אינו מרכז מידע בדבר מספר הממתינים לניתוחים ומשך ההמתנה, אף לא לגבי בתי-החולים הממשלתיים שהוא מפעיל. **המבקר ציין, כי בהעדר מידע זה אין המשרד יכול לאתר בעיות ולהציע דרכים לפתרון, ובכלל זה, ליצור כלים לייעול תהליך ההפניה והוויסות של החולים למחלקות השונות העוסקות בניתוחים.** לדעת המבקר, על משרד הבריאות לרכז מידע בדבר מספר הממתינים ומשך ההמתנה לכל סוג של ניתוח בכל אחד מבתי-החולים.³⁶
 - **הפניית החולים לבתי-החולים** - המבקר מציין, כי תהליך הפניית החולים לבתי-החולים הכלליים מתחיל בדרך כלל אצל רופאי המשפחה ורופאים מומחים במרפאות הקהילה. רופאים אלה אינם מקבלים מידע אמין ושוטף על אורך התורים לניתוחים במחלקות הכירורגיות בבתי-החולים, וגם כאשר הם מבררים את הנושא עם בתי-החולים, אין כל ביטחון שהמידע שהם מקבלים על אורך התור ועל משך ההמתנה הצפוי הוא נכון.³⁷
 - **גישה למידע בנושא זה** - להנהלות קופות-החולים אין גישה לנתונים על הנעשה בבתי-החולים הכלליים הממשלתיים, ואילו להנהלת משרד הבריאות יש גישה לכל הנתונים של כל המערכות, הציבוריות והפרטיות, לאשפוז כללי במדינה. לדעת המבקר, על משרד הבריאות לפעול ליצירת מאגר מידע בתחום זה, שיאפשר לרופאים ולציבור הרחב לקבל מידע אמין בדבר מועדי הניתוחים ובתי-החולים שהוא רשאי לבחור בהם במסגרת ההסדר של קופות-החולים.³⁸
 - **אמות מידה בדבר משך ההמתנה** - המבקר סבור, כי ראוי שמשרד הבריאות יקבע אמות-מידה בכל הנוגע למשך ההמתנה המרבי לכל סוג של ניתוח מתוכנן. המבקר מציין, כי משרד הבריאות לא קבע תקן כזה. לדבריו, אמות-מידה אלה יוכלו לשמש לא רק כלי למחלקות המנתחות ולהנהלות בתי-החולים, אלא גם כלי מדידה והשוואה למשרד הבריאות, לצורך בקרה וייעול של הפעילות בחדרי ניתוח.³⁹
 - **תקן לניצול חדרי הניתוח** - המבקר מצא, כי משרד הבריאות לא קבע תקן לניצול חדרי הניתוח, ובכלל זה שעות הפעלה בכל יום. בנוסף, אין ברשות הנהלת משרד הבריאות מידע על ניצול חדרי הניתוח בכלל ובבתי-החולים שהוא מפעיל בפרט.⁴⁰
 - **מינוי אחראי לקביעת תורים** - בשנת 1988 הנחה משרד הבריאות את כל מנהלי בתי-החולים הממשלתיים למנות אחראי מטעם ההנהלה לקביעת תורים לניתוחים מתוכננים מראש, שירכז את הטיפול ואת הפיקוח על הנעשה בכל הנוגע לוויסות תורים לניתוחים. מבקר המדינה מצא, כי בתי-החולים לא מינו אחראי לנושא תורים לניתוחים מתוכננים, ולא קבעו נהלים בעניין זה.⁴¹
- בתגובה על ממצאי המבקר ענה משרד הבריאות בשנת 2002,** כי תוכנות המחשב שבשימוש חדרי הניתוח בבתי-החולים הממשלתיים אינן מתאימות לצורכי בקרה וייעול, וכי קופות-החולים הן האחראיות

³⁶ שם, עמ' 465.

³⁷ שם, 465-466.

³⁸ שם.

³⁹ שם.

⁴⁰ שם.

⁴¹ שם, עמ' 469.

לוויסות הפניות חולים לניתוחים בבתי-החולים. משרד הבריאות אישר גם, כי אין לו מידע ופיקוח על תפוקות חדרי הניתוח של בתי-החולים הממשלתיים, וכי המשרד קיבל החלטה להקים יחידת בקרה על תחום זה כשיינתן לכך המימון התקציבי.⁴² משרד הבריאות ענה עוד, כי הוא מקבל את המלצות המבקר בנושא מינוי אחראי לנושא קביעת תורים לניתוחים בבתי-החולים, וכן שבכוונתו לרענן את החוזר בנושא זה ולבצע בדיקה של ביצוע הנחיות החוזר. עוד ציין המשרד, כי עם כניסתה של מערכת נמ"ר (ניהול מערכות רפואיות), שהיא מערכת ממוחשבת לניהול תחומים רבים בבתי-החולים הממשלתיים, ניהול זימון התורים יהיה ממוחשב ואוטומטי.⁴³

נציין, כי בדיון שנערך בוועדה לביקורת המדינה של הכנסת בשנת 2003 ועסק בממצאי דוח המבקר בנושא זה, אמר ד"ר בועז לב, מנכ"ל משרד הבריאות דאז, כי במרב תחומי הניתוחים בישראל אין תור שהוא בעל משמעות. נוסף על כך טען, כי "בגדול אנחנו יודעים מהי הזמינות, ואנחנו גם בודקים אותה נקודתית כאשר יש תלונות על זמינות". עוד הוסיף, כי "מנהל בית-החולים, מנהל חדר הניתוח ומנהל המחלקה יודעים בדרך כלל מה הם התורים, והם גם עסוקים בניהול תורים אלה. אנחנו (משרד הבריאות) לא רוצים לנהל את התורים, ואם לא צריך, גם לא לדעת. גם כך אנחנו מקבלים הרבה מאוד אינפורמציה שאין לנו הרבה מה לעשות אתה, ואיננו יודעים איך להשתמש בה".⁴⁴

4. טיפול משרד הבריאות בנושא זה

בחודש אוקטובר השנה, כארבע שנים לאחר פרסום דוח מבקר המדינה, הפנינו למשרד הבריאות כמה שאלות בנושא זה, במטרה לבחון מהם הצעדים שנקטו מאז פרסום דוח מבקר המדינה בשנת 2002. לצערנו, משרד הבריאות בחר שלא לענות על חלק משאלותינו, ולאחרות נתן מענה חלקי בלבד.

כאמור, משרד הבריאות טוען כי הוא אינו מרכז מידע בנוגע למספר הממתינים לניתוחים ולמשך ההמתנה, ושמידע זה אינו ניתן לאיסוף אמין ומדויק בהסתמך על המערכות הקיימות. לטענת המשרד, שדרוג המערכות מחייב תוספת תקציבית.⁴⁵ בנוסף, משרד הבריאות מסר כי כרגע הוא עובד על מתודולוגיה לבדיקת זמני ההמתנה, אולם נושא זה בעייתי ונמצא בבדיקה גם במדינות אחרות בעולם.⁴⁶

המשרד מסר, כי בכל בית-חולים נקבע התור על-פי זמינות כוח האדם והציוד העומדים לרשותו, וזאת בכפוף למגבלות תקציביות. המשרד הוסיף, כי אין כיום תקן לניצול חדרי הניתוח בבתי-החולים, כפי שהמליץ מבקר המדינה.⁴⁷ לא קיבלנו ממשרד הבריאות מענה לשאלה, אם המשרד קבע אמות-מידה בכל הנוגע למשך ההמתנה המרבי לכל סוג ניתוח, כפי שהמליץ מבקר המדינה.

הפנינו למשרד הבריאות את השאלה, אם קיימת מערכת מידע מרכזית המאפשרת לכלל בתי-החולים בישראל לקבל מידע אמין וזמין, שמאפשר ויסות והפניה יעילה של החולים לניתוחים בבתי-החולים. כמו כן, ביקשנו מידע על-אודות מערכת נמ"ר (ניהול מערכות רפואיות), אותה מערכת שבתשובת משרד

⁴² שם, עמ' 466.

⁴³ שם, עמ' 469.

⁴⁴ פרוטוקול מספר 22 משיבת הוועדה לביקורת המדינה, מתאריך 8 ביולי 2003.

⁴⁵ ד"ר יצחק ברלוביץ, המשנה למנכ"ל וראש מינהל רפואה, משרד הבריאות, מכתב, 14 בנובמבר 2006.

⁴⁶ מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל, משרד הבריאות, מכתב לגב' וילמה מאור, מנהלת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, 14 בינואר 2007.

⁴⁷ שם.

הבריאות למבקר נטען לגביה, שתאפשר ניהול זימון תורים ממוחשב ואוטומטי. משרד הבריאות בחר שלא לענות על שאלות אלה.

משרד הבריאות ענה על שאלתנו בנוגע לצעדים שנקט בעקבות דוח מבקר המדינה, כי חוזר המנכ"ל שעניינו מינוי אחראי לקביעת תורים לניתוחים מתוכננים מראש בבתי-החולים משנת 1988, עודכן בשנת 2004.

חוזר זה קובע את ההנחיות האלה:⁴⁸

- מנהל בית-החולים ימנה אחראי לנושא קביעת תורים לניתוחים מתוכננים.
- הנהלת בית-החולים תרכז באופן שוטף את המידע על התורים ותקיים בקרה על היישום.
- בכל מקרה של דחיית תור מכל סיבה שהיא, על מנהל המחלקה לתעד בפנקס התורים וברשומת המטופל את הסיבה לדחייה.
- מנהל בית-החולים מחויב לקבוע נהלים לנושא התורים לניתוחים מתוכננים בבית-החולים. הנהלים יפורסמו בדרך שתבטיח את הבאתם לידיעת סגל בית-החולים, והם יכללו מדדים הניתנים לכימות ולבקרה. השיקול הרפואי-הקליני יהיה השיקול הבלעדי לקביעת זמן הטיפול.
- מנהל בית-החולים מחויב לדווח למינהל הרפואה במשרד הבריאות על הכנת נהלים כמתחייב בחוזר.

לשאלתנו, אם בתי-החולים אכן מינו אחראי כנדרש ואם המשרד מפקח על כך, ענו במשרד כי: "בשנים האחרונות עורך המשרד בקרות יזומות בכל בתי-החולים הכלליים במדינת ישראל. במסגרת בקרות אלה ובהסתמך על תוצאות עבודת המטה בנושא זמני המתנה, **אנו מתכוונים**⁴⁹ לבדוק את אופן ויסות התורים ואת קיום הנחיות המשרד בנושא ויסות תורים".⁵⁰

ממשרד הבריאות נמסר עוד, כי: "המשרד החל **לאחרונה**⁵¹ לרכז עבודת מטה בנוגע למידע על זמני המתנה לשירותים ולפעולות רפואיות בקהילה ובבתי-החולים. עבודה זו תכלול **קרוב לוודאי**⁵² גם מעורבות של גופים חיצוניים, כגון ארגונים המתמחים בביצוע סקרים. נוסף על כך תכלול עבודה זו התייחסות לפעולות שיש בהן זמני המתנה ארוכים".⁵³

ניכר כי המשרד לא נקט צעדים משמעותיים בעקבות ממצאי דוח מבקר המדינה. עם זאת, בהנחה שהוראות החוזר שעדכן משרד הבריאות מבוצעות על ידי בתי-החולים, אזי בידי משרד הבריאות אמור להיות מלוא המידע בנוגע לזמני המתנה לניתוחים מתוכננים בישראל, מידע שכאמור לא נמצא בידו.

5. סיבות והשלכות אפשריות להתמשכות זמני המתנה לניתוחים

בהעדר מידע מספק, אי-אפשר לקבוע אם אכן קיימת בעיה בנושא זמני המתנה לניתוחים מתוכננים ומה היקף התופעה. אחת השאלות בהקשר זה היא, האם אכן קיימת בעיה? נציין כי משיחותינו עם הגורמים

⁴⁸ חוזר 32/2004 "קביעת תור לניתוחים מתוכננים וניהול רשימות הממתנינים", מינהל רפואה, משרד הבריאות, 13 ביולי 2004.

⁴⁹ ההדגשה נעשתה על ידינו, והיא אינה מופיעה במקור.

⁵⁰ ד"ר יצחק ברלוביץ, המשנה למנכ"ל וראש מינהל רפואה, משרד הבריאות, מכתב, 14 בנובמבר 2006.

⁵¹ ההדגשה נעשתה על ידינו, והיא אינה מופיעה במקור.

⁵² ההדגשה נעשתה על ידינו, והיא אינה מופיעה במקור.

⁵³ ד"ר יצחק ברלוביץ, שם.

השונים עולה, כי בעוד גורמים מסוימים מצביעים על קיומה של בעיה בנושא זה ואף מגדירים אותה כחמורה, אחרים גורסים כי מדובר בזמני המתנה סבירים. אלה הסבורים כי מדובר בזמני המתנה סבירים טוענים, כי במקרים רבים חולים חשים שהם נאלצים לחכות זמן רב, כשלמעשה זמן ההמתנה שהוקצב להם הוא סביר וחסר חשיבות מבחינה רפואית. במקרים אלה הרופאים נדרשים להבהיר זאת לחולה על מנת להפחית את המתח והחרדה שבהם הוא מצוי. בנוסף, זמני ההמתנה נובעים בעיקר מהצורך בהכנות של החולה לקראת הניתוח, הכוללות בדיקות מקדימות והשגת התחייבות מקופת-חולים, ולא רק מאילוצים של מערכת האשפוז.

מטבע הדברים, במצב כזה אי-אפשר לרדת לעומקן של הסיבות לתופעה ולדון בהשלכותיה האפשריות. לכן, בחלק זה של המסמך אנו מבקשים להצביע בקצרה על כמה סיבות אפשריות ועל השלכות אפשריות של זמני ההמתנה הארוכים לניתוחים מתוכננים, כפי שעלו משיחות שקיימנו עם גורמים שונים הנוגעים בדבר לצורך כתיבת מסמך זה.

5.1. סיבות אפשריות

הסיבות למשך ההמתנה לניתוחים לפי בתי-החולים הממשלתיים⁵⁴ - שאלנו את נציגי בתי-החולים הממשלתיים מה לדעתם נחשב זמן המתנה סביר לניתוחים שצוינו לעיל. התשובות שקיבלנו הצביעו על כך שבכל בתי-החולים סבורים, שזמן ההמתנה הסביר הוא קצר בהרבה מזה הקיים כיום. להלן ריכוז ההסברים לזמני ההמתנה שהגיעו אלינו מתשעת בתי-החולים הממשלתיים:

- פיזור בתי-החולים בארץ אינו תואם את גודל האוכלוסייה ואת הצרכים;
- הפעלת חדרי הניתוח אינה יעילה. מדובר בהפעלה של שמונה שעות מתוך 24 שעות, קרי אך ורק משמרת בוקר;
- קיים מחסור במרדמים, באחיות, בחדרי ניתוח ובתקציב;
- קיימים תורים ארוכים לבדיקות טרום-ניתוח של קופות-החולים;
- זמני ההמתנה ארוכים בשל המדיניות והמניעים הכלכליים של הגורמים המבטחים, קופות-החולים, כיוון שמבחינתם קיצור תורים פירושו יותר הוצאות;
- יש חולים המעדיפים להמתין ולבצע את הניתוח בבית-חולים מסוים וכדומה.

התאמת מערך האשפוז - יש מקום לבחון אם מערך האשפוז בכלל ומערך עמדות הניתוח בפרט הקיימים במדינת ישראל אכן עונים על צרכי האוכלוסייה, אם הם תואמים את ההתקדמות הטכנולוגית בתחום הכירורגיה ואם שיטת תקצוב בתי-החולים וקופות-החולים מאפשרת להם לספק שירות רפואי איכותי, זמין והולם. אחת הטענות בהקשר זה היא, שפריסת מיטות האשפוז הכללי ועמדות חדרי הניתוח בבתי-החולים היא עתיקת יומין, אינה מותאמת לצרכים הקיימים ולא נבחנה כראוי. למעשה, נוצר מצב שבת-חולים מסוימים קורסים תחת הנטל, בעוד בתי-חולים אחרים הם בתפוסה חלקית ואינם נזקקים לכל המשאבים העומדים לרשותם - מצב זה יוצר זמני המתנה ארוכים יותר במקומות מסוימים לעומת מקומות אחרים.

⁵⁴ ראה הערות שוליים מספר 17-24.

האילווצים שבהם פועלים בתי-החולים - בתי-החולים קובעים תורים לניתוחים על-פי שיקולים רפואיים, וזאת בכפוף למצבת כוח האדם, למשאבים העומדים לרשותם וכמובן למגבלות תקציביות. למשל, בבית-החולים רמב"ם, שהוא בית-חולים גדול בחיפה, ניתוחי פוליפים במחלקת אף-אוזן-גרון מבוצעים על-ידי כירורג אחד בלבד.

תשלום בעבור הניתוחים - יש ניתוחים שהתשלום עבורם נקבע על-פי מספר ימי האשפוז שהם הצריכו. אחת הטענות בהקשר זה היא, שבתי-החולים יוצרים "תפוסה מלאכותית", קרי מאריכים את משך האשפוז במטרה להגדיל את התשלום עבור הניתוח, ובכך יוצרים ניצול לא יעיל של המשאבים העומדים לרשותם.

ביטול ניתוחים - חשוב לציין, כי לעתים ניתוחים מתבטלים מסיבות שונות הן על-ידי בית-החולים והן על-ידי החולה עצמו. בין היתר אפשר למנות את הסיבות האלה: חולים שביום הניתוח הסתבר כי מבחינה רפואית ראוי לא לנתחם; חולים שלא התייצבו לניתוח; ניתוחים דחופים המקבלים עדיפות; התארכות בלתי צפויה של ניתוחים מורכבים וכדומה. מבקר המדינה קרא למשרד הבריאות לבדוק מה היו הסיבות לביטולים, ועל-פי תוצאות הבדיקה להציע לבתי-החולים דרכים לצמצום התופעה ודרכים שיאפשרו הקדמת ניתוחים אחרים במקום אלה שבטלו.⁵⁵

העדר אמות-מידה לזמן המתנה סביר – כאמור, אין בישראל אמות-מידה ברורות ל"זמן המתנה סביר" לכל סוג של ניתוח. בהעדר אמות-מידה, הן המוסד הרפואי והן החולה אינם מסוגלים להעריך אם משך ההמתנה לניתוח הוא סביר, או שמא מדובר בהמתנה ארוכה ולא סבירה, המחייבת את הסבת תשומת הלב של הגורמים האמונים על כך במוסד הרפואי.

העדר מנגנון בקרה וויסות - בישראל לא קיים מנגנון אחד מרוכז שיאפשר בקרה וויסות ושיעביר מטופלים הממתינים זמן רב מבית-חולים אחד לבית-חולים אחר שבו התור פחות ארוך. בנוסף, גם ניסיונות מקומיים של בתי-חולים להעביר חולים הממתינים זמן רב לבית-חולים אחר מטרופדים על ידי גורמים שונים, ובהם קופות-החולים.

רשימות ממתניים "מנופחות" - אחת הבעיות בנושא זה היא רשימות ממתניים לא מעודכנות. מבקר המדינה טען, כי רבות מרשימות הממתניים בתורים שהוא בדק היו "מנופחות", וכי המידע שנמסר על-פיהן לרופאים ולחולים לא היה נכון.⁵⁶ מדוח המבקר עולה עוד, כי חולים רבים נרשמים לניתוח בשניים ואפילו בשלושה בתי-חולים, דבר שמנפח את הרשימות. בנוסף, קיימת תופעה שבה חולים נרשמים לניתוח בבית-חולים מסוים ולאחר מכן מחליטים לבטלו או לעשותו בבית-חולים אחר, ולא מודיעים על כך לבית-החולים שבו נרשמו.⁵⁷ ממשרד הבריאות נמסר, כי אי הגעה לניתוח או לבדיקה רפואית היא תופעה רווחת במערכת הבריאות, והיא יכולה להגיע במקרים מסוימים להיקף של 30% מהמוזמנים לניתוח.⁵⁸

5.2. השלכות אפשריות

ההשלכות האפשריות של זמני המתנה ממושכים לתורים לניתוחים מתוכננים הן רבות. נאזכר בקצרה שתי השלכות אפשריות חשובות:

⁵⁵ משרד מבקר המדינה, "הפעלת חדרי ניתוח בבתי-חולים", דוח שנתי 53ב, 2002, עמ' 474-473.

⁵⁶ משרד מבקר המדינה, "הפעלת חדרי ניתוח בבתי-חולים", דוח שנתי 53ב, 2002, עמ' 474-473.

⁵⁷ שם.

⁵⁸ ד"ר יצחק ברלוביץ, המשנה למנכ"ל וראש מינהל רפואה, משרד הבריאות, מכתב, 14 בנובמבר 2006.

גרימת סבל לחולים - אין ספק כי להמתנה ארוכה בת כמה חודשים, ולעתים אף יותר משנה, יש השפעה שלילית על בריאותו ועל איכות חייו של החולה. חולה שנאלץ להמתין כחצי שנה לניתוח החלפת ברך יסבול כל אותו הזמן כאבים ואי-נוחות.

הגדלת השימוש ברפואה הפרטית - אחת ההשלכות האפשריות היא, שקיומם של תורים ארוכים ברפואה הציבורית עלול להוביל להגדלת השימוש בשירותי הרפואה הפרטית. בדוח מבקר המדינה צוטט מנהל מחוז המרכז של שירותי בריאות כללית אומר כי: "יש סכנה שמצב של תורים ארוכים במחלקה יכול לעזור ליצירת מקור הכנסה נוספת במסגרת 'הרפואה השחורה', על-ידי הסטת החולה לניתוח פרטי לביצוע בידי אותו רופא בבית-חולים פרטי, או הקדמת התור של החולה באותו בית-חולים בלי אינדיקציה רפואית מוצדקת...".⁵⁹

בתי-החולים עלולים לעודד חולים להשתמש בשירותי הרפואה הפרטית שמציע בית-החולים או קופת-החולים, וזאת על רקע הצגת התור הארוך הקיים לאותו ניתוח במסגרת שירותי הבריאות הציבוריים. למעשה, עלול להיווצר מצב שבו חולים שידם משגת לא ימתינו בתור הארוך לניתוח, ויפנו לקבלת טיפול במסגרת שירותי בריאות פרטיים. וכך, רק חולים שאינם מסוגלים לממן שירותי בריאות פרטיים יאלצו להמתין בתור לשירותי הרפואה הציבורית, תור שעשוי להתקצר כתוצאה ממעבר חולים לרפואה הפרטית.

בשירותי בריאות כללית טוענים, כי בשנים האחרונות חל גידול בביקוש לניתוחי שירותי בריאות נוספים (שב"ן) בבתי-חולים פרטיים. הכללית אף פנתה לממשלה בבקשה לקבל אישור להקים בית-חולים פרטי לביצוע ניתוחים עבור עמיתי שב"ן של הכללית. הכללית סבורה, כי במסגרת בית-חולים זה תוכל לבצע כ-15,000 ניתוחים בשנה. לטענת הכללית, בקשתה לא נענתה.⁶⁰

בהקשר זה נציין, כי אחת ההשלכות העקיפות והמדאיונות של השימוש ברפואה הפרטית היא העובדה שתהליך ההתמחות של המתמחים ברפואה נפגע כיוון שניתוחים רבים מבוצעים במגזר הפרטי, ולכן למתמחים במגזר הציבורי יש פחות הזדמנויות להתמחות בניתוחים שונים. לכך יש השפעה מכרעת על מקצועיותם של רופאים אלה בעתיד.⁶¹

⁵⁹ משרד מבקר המדינה, שם.

⁶⁰ ד"ר ערן הלפרן, סמנכ"ל, ראש חטיבת בתי-החולים, שירותי בריאות כללית, מכתב, 19 בנובמבר 2006.

⁶¹ ד"ר יעקב הספל, סגן מנהל המרכז הרפואי, המרכז הרפואי "הלל יפה" בחדרה, מכתב, 18 בדצמבר 2006.

חלק ב': מהנעשה בעולם

בחלק זה של המסמך אנו מבקשים להציג כמה חלופות מדיניות שהנהיגו מדינות שונות במטרה להתמודד עם בעיית זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים.

מדוח שכתב הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי, ה-OECD, בשנת 2003, בנושא זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים, עולה כי בעיית זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים אינה נחלתה של ישראל בלבד, וכי מדינות שונות בעולם נאלצות להתמודד עמה. בדוח מצוין, כי בעיית ההמתנה הארוכה לניתוחים מתוכננים היא אחת הבעיות המרכזיות במדינות OECD רבות, ושסקרי דעת קהל במדינות השונות מצביעים על אי שביעות רצון של הציבור מהמצב.⁶² הדוח התמקד בזמני המתנה לניתוחים אלקטיביים, כגון: החלפת ברך, תיקון בקע, ניתוח לכריתת כיס מרה, ניתוח לכריתת רחם וכדומה. כותבי הדוח מציינים, כי ההשוואה הבין-לאומית בנושא זה מוגבלת במידה רבה, וזאת, בין היתר, בשל הדרכים השונות שבהן מדינות מודדות את משך ההמתנה.⁶³

נציין, כי בשל העדר נתונים רשמיים בישראל בכל הנוגע לזמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים, קיים קושי מהותי להשוות בין ישראל לבין מדינות אחרות בסוגיה זו, ועל כן במסמך זה בחרנו שלא להציג נתונים על משך ההמתנה במדינות אחרות.

⁶² Jeremy Hurst and Luigi Siciliani, **Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A comparison of Policies in Twelve OECD Countries**, OECD Health Working Papers, 2003, In: <http://www.oecd.org/dataoecd/24/32/5162353.pdf>, Visited: November 20, 2006.

⁶³ Ibid.

חלופות המדיניות להתמודדות עם זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים⁶⁴

כותבי הדוח מציינים, כי בשנים האחרונות מדינות רבות פועלות לשיפור האיסוף והניתוח של המידע על זמני ההמתנה לניתוחים ולפעולות רפואיות אחרות, וזאת במטרה לנסות ולהתמודד עם הבעיה.

בדוח של ה-OECD מוצגת סקירה של חלופות המדיניות שהנהיגו מדינות שונות במטרה להתמודד עם זמני ההמתנה הארוכים לניתוחים מתוכננים. במסמך זה נציג בקצרה כמה מהחלופות שצינו בדוח, וזאת בלי לנתח את היתרונות והחסרונות של כל חלופה.

1. חלופות מדיניות המבוססות על הגדלת המשאבים והאפשרויות של מערכת הבריאות במדינה

א. מתן תוספת תקציבית מיוחדת לנושא הניתוחים המתוכננים - כמה מדינות ניסו להתמודד עם בעיית זמני ההמתנה הארוכים על-ידי מתן תוספת תקציבית מיוחדת, זמנית ומוגבלת לתקציבי המוסדות הרפואיים המתוקצבים על-ידי המדינה. הכוונה היא להעניק למוסדות אלה תוספת תקציבית מיוחדת שתאפשר להם לממן פעילות נוספת בתחום הניתוחים המתוכננים. הקצאת התוספת התקציבית נעשית בדרכים שונות הנבדלות ביניהן במשך המימון, בגורם המקבל ובצורה שבה היא מוענקת. למשל, יש תוספת תקציבית מיוחדת לבתי-חולים עם מספר הממתינים וזמני ההמתנה הארוכים ביותר; יש תוספת תקציבית מיוחדת לבתי-חולים שהגדילו את היקף הפעילות על מנת להקטין את זמני ההמתנה לניתוחים; וישנה תוספת מיוחדת לבתי-חולים שהגדילו את היקף הפעילות והצליחו להפחית את זמני ההמתנה.

ב. תקצוב ניתוחים לבתי-חולים הציבוריים - כמה מדינות הנהיגו שיטת מימון המשלבת העברת תקציב כולל וקבוע במקביל לתשלום בגין פעילויות מסוימות, למשל, תגמול בגין ניתוחים מתוכננים. בשיטה זו, ככל שבתי-חולים הממומנים על-ידי המדינה יבצעו יותר ניתוחים מתוכננים, אזי התגמול לבתי-חולים אלה יגדל.

ג. מתן תגמול למומחים - להלן שתי דרכים מרכזיות: **דרך אחת מבוססת על מתן תגמול או מענק למומחים כדי שיעמדו ביעדים מוגדרים, כגון הפחתת זמני ההמתנה.** למשל, קיצור זמני ההמתנה מזכה את המומחים בספרד בבונוסים בגובה אחוז מסוים מהשכר. באנגליה ניתנים תמריצים למוסד עצמו, כגון מתן ציוד חדש, או לחלופין מונהגת סנקציה ולפיה מנהלי מוסדות רפואיים שלא עמדו ביעדים שנקבעו עלולים לאבד את משרתם. **דרך שנייה מבוססת על הגבלות על מומחים המועסקים במגזר הציבורי והמעוניינים לעבוד במקביל במגזר הפרטי.** כותבי הדוח מדגישים את האפשרות להיווצרות ניגוד עניינים בין עבודתו הציבורית של המומחה לבין עבודתו הפרטית. לדבריהם יש למומחים אינטרס שזמני ההמתנה במגזר הציבורי יהיו ארוכים, וזאת כדי להגדיל את הדרישה לשירותים שהם מספקים במגזר הפרטי. מדינות רבות מאשרות למומחים המועסקים במגזר הציבורי לעבוד במקביל במגזר הפרטי, אולם הן מטילות הגבלות, כגון הגבלת גובה ההכנסה האפשרי במגזר הפרטי, או הגבלה שבה רק מומחים המועסקים במשרה חלקית בשירות הציבורי יוכלו לעבוד במקביל במגזר הפרטי.

ד. שיפור ניהול התורים - השיטה מבוססת על התפיסה שלפיה ניהול יעיל יותר של רשימת הממתינים תוך הפניית מטופלים ליחידות השונות בהתאם למשאבים ולכוח אדם, יוביל לצמצום זמן ההמתנה. אוסטרליה

⁶⁴ Jeremy Hurst and Luigi Siciliani, **Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A comparison of Policies in Twelve OECD Countries**, OECD Health Working Papers, 2003, In: <http://www.oecd.org/dataoecd/24/32/5162353.pdf>, Visited: November 20, 2006.

הנהיגה תוכנית ברוח זו בין השנים 1995-1997, וזו כללה צעדים שונים לייעול ניהול התורים, ובהם התמקדות במספר הביטולים ובמחלקות שאינן מנוצלות במלואן. כתוצאה מהפעלת תוכנית זו עלתה תפוקתם של חדרי הניתוח וחלה ירידה ניכרת במספר הניתוחים המתוכננים שבוטלו.

ה. הגדלת הפניות לניתוחי יום - בזכות שיפורים טכנולוגיים במדינות רבות, נעשה כיום שימוש נרחב יותר במתכונת ניתוחי יום. ניתוחי היום מפחיתים הן את העלויות, כיוון שהם אינם כרוכים באשפוז בבתי-החולים והם אינם מגדילים את תפוסת מיטות האשפוז, והן את העומס הקיים על מערך האשפוז הכללי.

ו. מימון הגדלת המשאבים במגזר הציבורי - מדינות רבות הגדילו את המימון לפיתוח המשאבים הפיזיים והגדלת משאבי האנוש, וזאת במטרה להתמודד עם הדרישות המופנות למערכת הבריאות. למשל, מספר הרופאים גדל בכל המדינות שנסקרו בדוח, למעט בקנדה ובשבדיה. מדינות שונות תולות את עיקר ההצלחה בהקטנת זמני ההמתנה לניתוחים בגידול במשאבים הפיזיים ובכוח האדם, אולם יש לזכור כי גידול זה אינו מיידי. הוא מושג לאורך זמן.

ז. הגדלת השימוש במערכת הבריאות הפרטית - במקום הגדלת המשאבים במערכת הבריאות הציבורית, שיטה זו מבוססת על הגדלת השימוש במערכת הבריאות הפרטית, וזאת בין היתר באמצעות מיקור חוץ. יש מדינות שבהן אם החולה חיכה זמן מסוים, בדרך כלל חודשיים עד שלושה חודשים, ניתן להפנותו לקבלת טיפול במערכת הבריאות הפרטית, כפי שנעשה בשבדיה ובאנגליה. להגדלת השימוש במגזר הפרטי יש כמה יתרונות: ראשית, היא מאפשרת הגדלה מהירה יחסית של שירותי הבריאות הזמינים במדינה, לעומת השקעה ארוכת טווח בשירותי הבריאות הציבוריים. שנית, היא יוצרת תחרות בין מערכת הבריאות הציבורית לזו הפרטית. נציין, כי במקרה של מספר מומחים מוגבל העובדים במקביל במגזר הפרטי ובמגזר הציבורי, אזי הגדלת העבודה במגזר הפרטי תוריד את היקף עבודתם במגזר הציבורי. באנגליה השימוש בבתי-חולים פרטיים לאחר שהחולה המתין תקופה מסוימת סייע להפחית את זמני ההמתנה, אולם, בשבדיה התברר, שמעט מאוד חולים בחרו לפנות לקבלת טיפול במגזר הפרטי, לאחר שחיכו שלושה חודשים.

ח. שימוש בשירותי בריאות מחוץ לגבולות המדינה - יש מדינות כגון: נורבגיה, דנמרק, אירלנד, אנגליה והולנד שמגדילות את זמינות ביצוע הניתוחים אצלן על-ידי רכישת שירותים ממוסדות רפואיים מחוץ לגבולות המדינה, קרי מפנות חולים לניתוחים במדינות אחרות, בעיקר לניתוחים אורתופדיים ופלסטיים. שיטה זו מיושמת בעיקר על-ידי מדינות שעבורן התשלום תמורת שירות זה זול יותר. מדובר במגמה שהחלה רק לאחרונה, וקשה להעריך את תרומתה. המדינה היחידה ששלחה מספר משמעותי של חולים לקבלת טיפול מחוץ לגבולות המדינה היא נורבגיה, ובה לא ניכרת ירידה משמעותית בזמני ההמתנה לתורים כתוצאה מכך.

ט. הגדלת אפשרויות הבחירה לחולה - מדינות כגון אנגליה, דנמרק, נורבגיה ושבדיה הרחיבו לאחרונה את אפשרויות הבחירה למטופלים. ההנחה היא, שהרחבת אפשרויות הבחירה תוביל לכך שמטופלים יעברו מאזורים עם זמני המתנה ארוכים לאזורים שבהם זמני ההמתנה קצרים, ובכך יווסתו זמני ההמתנה. מצב זה גם יוביל ליצירת תחרות בין בתי-החולים, שינסו למשוך אליהם חולים. אולם, תנאי מוקדם להנהגת מדיניות זו הוא מתן מידע זמין ומלא לחולים על זמני ההמתנה בבתי-החולים השונים.

במהלך השנים השקיעו מדינות רבות מאמצים רבים באיסוף מידע על זמני ההמתנה במדינתם, וחלקן אף מפרסמות מידע זה באתרי האינטרנט של המוסדות הרפואיים, כדי לאפשר למטופלים לבחור בין המוסדות. במקרה של תקציב קבוע לבית-החולים, אין לו תמריץ למשוך אליו חולים מאזורים גיאוגרפיים

אחרים, שכן הגדלת הפעילות לא תוביל להגדלת המימון. נציין, כי במקרים רבים זוהה כי ניידות חולים בין אזורים שונים במדינה היא נמוכה.

2. חלופות מדיניות המבוססות על בקרה וויסות הדרישות המופנות למערכת הבריאות במדינה

א. ויסות הדרישות על-פי הצרכים והנחיות לדירוג הממתיינים לניתוח - שיטה זו מכוונת לוויסות הדרישות לניתוחים אלקטיביים. השיטה מבוססת על עידוד הרופאים לדרג את החולים על בסיס הצורך והדחיפות הרפואית ולערוך התאמה בין דרישות החולים ליכולות של המוסד הרפואי. על בסיס דירוג זה יופנו אנשים לניתוחים דחופים אם יש צורך בכך, אחרים ישובצו לניתוח, אחרים ישובצו לניתוח בתוך שישה חודשים, ואחרים שיסווגו כפחות דחופים יקבלו טיפול חלופי שבמהלכו יהיו במעקב רפואי, ואם תחול החמרה במצבם, הם יועברו לקטגוריות האחרות.

נציין כי יש מדינות עם מדיניות דירוג רשמית, לעומת מדינות המנהיגות מדיניות דירוג לא רשמית. תנאי חשוב לשיטה זו הוא גיבוש הנחיות ברורות, שיבטיחו דירוג הוגן שלא יפלה בין החולים. הקריטריון הבסיסי לדירוג במדינות השונות הוא הצרכים הרפואיים של החולה, אולם יש גם הנחיות נוספות, למשל, התייחסות ליכולת של הממתיין להמשיך לעבוד ולחיות ללא תלות באחרים בזמן ההמתנה. למשל, בנורבגיה היה בעבר ניסיון למסד כללים שיפחיתו את זמן ההמתנה של חולים הנעדרים מהעבודה בשל העובדה שהם זקוקים לניתוח.

קיימות מחלוקות בנוגע לשיטת הדירוג וכן בנוגע לשאלה אם אכן ניתן למנוע מחולים בדרגות נמוכות יותר את הזכות לעבור ניתוח שהם זקוקים לו. רופאים רבים מתנגדים למערכות הרשמיות, כיוון שהם רואים בכך פגיעה באוטונומיה שלהם. בהקשר זה חשוב להבהיר, כי קשה לעצב מערכת דירוג שתתאים לכל המוסדות הרפואיים במדינה ושתוביל לאחידות בתוצאות.

ב. התחייבות לזמן המתנה מקסימלי - שיטה זו מבוססת על כך שהחולים לא יחכו יותר מתקופת זמן שהוגדרה במפורש. יש מדינות שקבעו זמן מקסימלי לכל סוג ניתוח שחל על כל החולים. אחרות הגדירו זמן מקסימלי רק עבור מי שהוגדר כזקוק לניתוח בעדיפות גבוהה. אחרות הגדירו כי שיעור מסוים מהממתיינים ינותחו בתוך תקופת זמן מוגדרת. במדינות שונות נקבעו זמני המתנה של כשלושה חודשים או של כשישה חודשים. שיטה זו כמובן תלויה ביכולת של מערכת הבריאות לעמוד בהתחייבויות אלה, והיא יוצרת מחלוקת בשאלה מהו זמן מקסימלי סביר לכל סוג של ניתוח.

ג. סבסוד ביטוחי בריאות פרטיים - למעשה, סבסוד ביטוחי בריאות פרטיים יוביל לירידה בעלותם בעבור החולים, יגדיל את ביקושם ויוביל להגדלת הפנייה לשירותי בריאות פרטיים. הרעיון בבסיס שיטה זו הוא הצורך לווסת עומסים על-ידי עידוד הפניות למגזר הפרטי. נציין רק, כי הקשר בין סבסוד זה לבין זמני ההמתנה לניתוחים הוא מורכב מאוד, וכי לשיטה זו עלולות להיות השלכות הן על שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים, הן על מערכת הבריאות הציבורית והן על מערכת הבריאות הפרטית.

נציין, כי כותבי הדוח טוענים שקשה לזהות מדיניות אופטימלית להתמודדות עם סוגיה זו. לטענתם קשה לאמוד את ההשלכות של כל חלופה, וזאת, בין היתר, בשל העדר הערכות שיטתיות של החלופות השונות; בשל העובדה שהחלופות מיושמות כחלק מתוכנית כוללת ולכן קשה להעריך בפני עצמן, וכן בשל העובדה שקשה לדעת אם אותה תוצאה היתה מושגת ללא יישום המדיניות שנבחרה.

ראוי כי כל חלופה תיבחן על-פי המרכיבים והאפיונים של מערכת הבריאות בכל מדינה. חלופה שהצליחה במדינה אחת לא תתאים בהכרח למדינה אחרת, וכמובן גם חלופה שנשלה במדינה אחת לא בהכרח

תיכשל במדינה אחרת. מאפיינים כגון גודל מערכת הבריאות הציבורית, מבנה מערכת הבריאות הפרטית וההוצאה הציבורית על בריאות במדינה הם משתנים שיש לבחון בבחירת חלופת המדיניות המתאימה.

