**חדרי מיון (מלר"דים)של בתי החולים הכלליים-  
היעדר תקינה סדורה**

**הגופים המבוקרים: משרד הבריאות; נציבות שירות המדינה; שירותי בריאות "כללית"; קופת חולים "לאומית"; קופת חולים "מאוחדת"; "מכבי" שירותי בריאות; מרכז רפואי "תל השומר"; מרכז רפואי "סורוקה"; מרכז רפואי העמק**

ליקויים 2,12,17,19,25-26,28 תוקנו. ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 104-124.

**ליקוי**

1. בחדרי המיון יש עומס רב. לעומס זה השלכות רבות, שהעיקריות בהן הן: משכי המתנה ארוכים של הפונים; עומס יתר על מחלקות האשפוז עקב הפניות מיותרות; חוסר שביעות רצון של הפונים; פגיעה ביעילות העבודה של הרופאים; אלימות נגד הצוות. המשרד לא עשה די במעקב אחר העומס בחדר מיון, בהנחיית בתי החולים לאסוף מידע עליו ובחקירת הגורמים לעומס, השפעתו והדרכים להקלתו.

**מעקב**

**משרד הבריאות**

1. העומס בחדרי המיון נובע בגידול באוכלוסייה, בהזדקנות האוכלוסייה ובמחסור במיטות אשפוז. המשרד פועל ללא לאות, מול משרד האוצר לקבלת תוספת מיטות שתאפשר מתן מענה לבעיה. כל עוד לא תבוצע תוספת זו, תמנע העברת חולים קשים מחדרי המיון הזקוקים לאשפוז.

ב-2.8.10 התכנסה ועדת השרים לביקורת המדינה ודנה בנושא המלר"דים. המשרד הגיש לוועדה הצעה לטיוטת החלטה שהתקבלה על-ידי המשתתפים. נציג האוצר שנכח בדיון הסתייג מהנוסח המוצע ודרש להוסיף להחלטה כי כל תהליך של שיפור בעבודת המלר"דים, יהיה במסגרת התקציב שאושר בסוף יולי 2010 בדיונים שהתקיימו בין משרדי הבריאות והאוצר. בסיכום הדיון הוחלט כי משרד הבריאות יציג תכניות להפחתת העומסים בחדרי המיון וכן תוכנית לשיפור העבודה ושמירת מידע רפואי וידווח לאוצר על ההתקדמות תוך ארבעה חודשים.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 104.

**ליקוי**

3. מחקר שנעשה בישראל מצביע על כך שמספר מקרי האלימות בחדר מיון עומד ביחס ישר לעומס שבו. בעקבות המלצות ועדה לבחינת סוגיית האלימות במוסדות הבריאות ולמציאת דרכי התמודדות עם התופעה, פרסם המשרד, בשנים 2000 ו-2004, חוזרי מנכ"ל שהנחו את בתי החולים, בין היתר, להציב שוטרים לאבטחת חדר מיון, ליזום פעולות חינוך והשתלמויות של הצוות בנושא ולהפעיל מערך תיעוד על אלימות בבתי החולים. חלק מההנחיות האלה לא יושמו, ובכלל זה לא שולבו שוטרים באבטחת חדר מיון. המשרד גם לא פיקח על יישום הנוהל ולא יזם דיון עם המשרד לביטחון הפנים לצורך הענקת סמכויות אכיפה למאבטחים בחדר מיון והבהרת סמכויותיהם לטיפול במקרי האלימות.

**מעקב**

3. הפקחים החלו לקבל סמכויות בתוקף "חוק סמכויות שמירה על שלום הציבור ובטחונו" החל מאוגוסט 2009 באופן שוטף, הם עוברים הכשרה בת 4 ימים, המוכתבת על-ידי משטרת ישראל, חטיבת האבטחה. עם סיום ההשתלמות הם מקבלים תעודה המקנה להם סמכויות. עד היום הוכשרו כ-35 פקחים. הם נקראים בלשון החוק: "בודקים לא חמושים" או, אם הם נושאי נשק הם נקראים: "בודקים חמושים". נוכחותם הביאה לירידה במספר אירועי האלימות המדווחים (כ-8% בממוצע) , ביחידות בהם הם נמצאים ולהגברת תחושת בטחון לצוותים. אמצעים פיסיים: בשנים 2008-2009 הושקעו באמצעי אבטחה פיסיים, בשרותי בריאות כללית בסך שניים וחצי מיליון שקלים ובבתי חולים ממשלתיים כמיליון שקל. האמצעים כוללים: דלתות ביטחון, מנעולים חשמליים, קוראי תגים, מצלמות טלוויזיה מעגל סגור לתיעוד אירועים, לחצני מצוקה למוקדי האבטחה, שילוט מסביר וכדו', כל בית חולים בהתאם למדיניות ההנהלה. כמו כן הושקעו משאבים נוספים בהדרכות, ימי עיון, סדנאות בהשתתפות כ-2500 עובדי בתי חולים ממשלתיים.

**ליקוי**

4. כדי להתאים את חדר המיון למספר הפונים אליו, יש צורך לקבוע אמות מידה להיבטים פיזיים שלו, ובין היתר למספר עמדות הטיפול שיהיו בו, ויש לעדכן אמות מידה אלה מדי כמה שנים. המשרד הקים ועדות שעסקו בנושא זה ואף הביאו לפניו המלצות, אך הוא לא פעל לשינוי אמות המידה לפי המלצות הוועדות, והסטנדרדים שהוועדות המליצו עליהם לא פורסמו.

**ליקוי**

5. הרחבת חדר מיון מתבצעת לעתים על ידי ציפוף המיטות בלא הגדלת שטח חדר המיון. הדבר מביא להצבת עמדות במקומות שאינם ראויים לכך, ומתעורר חשש לפגיעה באיכות הטיפול הרפואי וברווחת הפונים. כך למשל נמצאה עמדת בחדר מיון לבדיקות בישיבה שחוסמת את אחד הפתחים לחדר ההלם, שצריך להיות פנוי למעבר מהיר, הן של מיטות חולים והן של אנשי צוות.

**מעקב**

4-5. הוכנו כבר הנחיות חדשות שהועברו לגופים הנוגעים בדבר. ההנחיות טרם פורסמו באופן פורמאלי. עם זאת בעלי נגיעה לתכנון מלר"ד חדש (צוותי בתי חולים ואדריכלים) נעזרים בחוברת ופועלים בהתאם להנחיות הכתובות ובתיאום עם המשרד.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 107.

**ליקוי**

6. העומס במחלקות האשפוז, בעיקר הפנימיות, אינו מאפשר לעתים לאשפז במחלקה פונים שהוחלט על אשפוזם, ולכן הם נשארים בחדר מיון במעין "מחלקת השהיה" - לעתים למשך כמה יממות וכתחליף למחלקת אשפוז. המשרד לא קבע הנחיות בנושא המושהים בחדר מיון, בין היתר באשר לצוות הרפואי, לציוד והמכשור הנדרשים כדי לתת טיפול הולם לפונים אלה.

**מעקב**

6. לא דווח על ההתקדמות בתיקון הליקוי. ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 108.

**ליקוי**

7. אחת הדרכים להקלת העומס בחדר מיון ולמניעת פניות לקבלת שירותי רפואה ראשונית בחדר מיון, היא באמצעות מוקדים לרפואה דחופה בקהילה. חלק מהמוקדים מוקמים על ידי קופות החולים בעצמן, ואחרים הם בבעלות חברות פרטיות. למרות היקף פעילותם הנרחב של המוקדים, הפוטנציאל הגלום בהם להקלת העומס בחדר מיון, והיותם ספקי שירות רפואי שבתחום האחריות של המשרד, לא קיים המשרד עבודת מטה לקביעת מדיניות לאומית בעניין המוקדים הרפואיים, בין היתר בתחום הכשרת הצוות הרפואי, התנאים הפיזיים, המכשור והנגישות. המשרד גם אינו מקיים בקרה במוקדים אלה. יתרה מכך, המשרד אפילו לא קבע שהמוקדים נדרשים לרישוי כלשהו מטעם המשרד, בדומה לרישוי אותו חייבים לעבור מרפאות כירורגיות פרטיות.

**מעקב**

7. הטיוטה נמצאת בשלבי אישור בהנהלת המשרד . כמו כן, המשרד ממתין לקבלת התייחסויות מגורמים חיצונים.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 108.

**ליקוי**

8. חשב משרד הבריאות המליץ בעניין ההתקשרות בין הקופות לבתי החולים באוקטובר 2009, במסגרת הניתוח הפיננסי לשנת 2008, כי יש לבחון את מנגנון הקֶפִּינְג (שיטת ההתחשבנות בין קופות החולים למרכזים הרפואיים) וההסכמים הגלובליים בין המרכזים הרפואיים לקופות החולים וכי פעילות חדר מיון לא תיכלל במנגנון הקפינג. לדבריו בשיטה זו יימנע מקופות החולים לקבל שירותים במחירים נמוכים משמעותית ממחירי המחירון, בעקבות הצפת המרכזים הרפואיים בחולים הפונים לחדר מיון. לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי המשרד יקיים עבודת מטה שתבחן את השפעת ההסכמים הנהוגים כיום בין קופות החולים לבין בתי החולים על הקמה והתקשרות של קופות החולים עם מוקדים רפואיים ומתוך כך גם על העומס בחדר מיון.

**מעקב**

8. הצוות לקביעת הסדרי ההתחשבנות בין קופות החולים לבתי החולים מגבש את המלצותיו למודל התחשבנות לשנים הקרובות. המודל שיקבע יכלל במסגרת חקיקת חוק ההסדרים לשנת 2011.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 109.

**ליקוי**

9. כמות כוח האדם הרפואי המועסק בבתי החולים נקבעת על פי מפתחות תקינה שנקבעו בשנות השבעים של המאה העשרים, ועודכנו מדי פעם בפעם בשנים שלאחר מכן. מנגנון עדכון התקינה לא שונה, ואין הוא מביא בחשבון שינויים שחלו במשך השנים, כגון שינויים טכנולוגיים, גידול האוכלוסייה והזדקנותה, היקף הפעילות הרפואית והתפתחות של

מקצועות בתחום הרפואה. המשרד לא יזם תקינת כוח אדם חדשה ונכונה לחדר מיון, והוא אינו מקיים בקרה אחר מילוי הנחיותיו.

**מעקב**

9. המשרד מינה צוות שיגיש את ההמלצות עד סוף 2010 וימליץ על מתכונת התקינה של הרופאים והמתמחים.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 110.

**ליקוי**

10. נציבות שירות המדינה מקיימת, בשיתוף בתי החולים הממשלתיים, עבודת מטה לקביעת תקן הרופאים בהם, ובכלל זה בחדר מיון. ואולם לאחר עבודת המטה האמורה מחלק בית החולים את סך התקנים שקיבל באופן שונה מקביעת הנציבות שירות המדינה וללא התערבותו או בקרתו. בסופו של דבר אין כמעט קשר בין תקן הרופאים שקבע נציבות שירות המדינה למצבתם בפועל בבתי החולים הממשלתיים.

**מעקב**

10. קיים קשר ברור בין תקן הרופאים שקבעה נציבות שירות המדינה לפני 30 שנה. הפערים באים לידי ביטוי בשטח.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 111.

**ליקוי**

11. המשרד לא הכריע במחלוקת מקצועית עד כמה צריך להיות חדר מיון מאויש במומחים ברפואה דחופה, ולא קבע אילו תחומי מומחיות רפואית יכלול חדר מיון ואילו הכשרות צריכים לעבור רופאים בחדר מיון שהתמחותם אינה בתחום הרפואה הדחופה.

**מעקב**

11. לדעת המשרד ברמה העקרונית, חייבים להימצא בחדרי המיון רופאים מומחים. רופאים שאינם בגדר מומחים, על פי חוות דעת של מנהל בית החולים, יכולים לקבל אישור פרטני מראש מינהל הרפואה במשרד כדי שיוכלו לשחרר חולים מחדרי המיון (בדרך כלל מדובר ברופאים הנמצאים בשלב מתקדם של ההתמחות ועם ניסיון רב בעבודה במיון). כל רופא עוסק בתחום מומחיותו לכן אין צורך בהכשרה מיוחדת נוספת לעבודה במיון, למעט הצורך לבצע החייאה. דבר זה מבוצע כבר שנים במס"ר (מכון לסימולציה רפואית) בו לומדים הרופאים טרם התחלת הסטאז'.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 111.

**ליקוי**

13. בישראל, בניגוד לקיים בארה"ב, לא נקבעו צורכי מערכת הבריאות במומחים בתחום הרפואה הדחופה, והיא הוגדרה כתחום של מומחיות-על - עובדה המשפיעה על היצע הרופאים בתחום. כמו כן לא קבע המשרד מהו מספר המומחים ברפואה דחופה שיש לשלב בכל משמרת. למשרד הבריאות גם אין מאגר נתונים עדכני ושלם על מומחים בתחום זה, ואין לו למשל נתונים כמה מהרופאים עזבו את ישראל או אינם עוסקים במקצועם.

**מעקב**

13. עבודה במשמרות: המשרד בשיתוף האיגוד לרפואה דחופה מבצע פיילוט בנושא. המשרד מציין כי במסגרת מדיניותו מעודד רופאים להתמחות ברפואה דחופה. לא נקבע מספר מומחים שחייבים להיות במשמרת.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 112.

**ליקוי**

14. בקרב העוסקים במקצועות חדר מיון יש תמימות דעים ששינויים שחלו במערכת הבריאות צריכים להביא לתוספת תקנים, ולכל הפחות מחייבים את משרד הבריאות לקיים עבודת מטה שתנתח את השינויים ותקבע תקן הולם ועדכני. דבר זה לא נעשה.

**מעקב**

14. ראה מעקב לליקוי מספר 9.

**ליקוי**

15. הכשרה לא מתאימה של כוח האדם הסיעודי בחדר מיון: מינהל הסיעוד שבמשרד הכיר בחשיבות של קיום הכשרה מתאימה של אחיות חדר מיון, ולכן בשנת 1999 הוא פרסם חוזר שקבע כי אחראי משמרת בחדר מיון יהיה בוגר קורס על-בסיסי ברפואה דחופה, אולם מינהל הסיעוד לא ביצע בקרות על קיום הנוהל, ומאז שנת 2004 לא אסף נתונים בתחום זה. התברר כי בבתי החולים שנבדקו אין הקפדה על כך שכל אחראי המשמרת יהיו בוגרים של הקורס העל-בסיסי ברפואה דחופה. בחלק מבתי החולים חדר מיון מפוצל לתת-מחלקות באולמות נפרדים, אך המשרד לא קבע אם בכל תת-מחלקה בחדר מיון צריך להיות אחראי משמרת בעל הכשרה על-בסיסית כאמור.

**מעקב**

15. הבקרה בנושא כוח אדם במלר"ד הסתיימה. בוצע שלב ניתוח הנתונים וניתן לראות כי קיים מספר מתאים של תקני כוח אדם סיעודי במלר"ד הכללי, בהתייחס למפתחות התקינה.

תקני אחיות בעלות הכשרה על בסיסית עומד על 50% מכלל האחיות במלר"ד (43% בעלות הכשרה ברפואה דחופה).

הפצת הנתונים תתבצע במהלך חודש יולי 2010.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 113.

**ליקוי**

16. אחת הדרכים לייעל את עבודת חדר מיון היא מיון ראשוני של הפונים לחדר מיון באמצעות אחות ותיקה ומקצועית שמנתבת את הפונים וקובעת את סדר הטיפול בהם לפי מצבם הבריאותי. שיטת הטריאז' נבחנה במחקר בבתי חולים כלליים, ותוצאותיו הצביעו על הצלחתה, על עלייה בשביעות הרצון של המטופלים ועל ירידה בזמן השהייה של החולים. במחקר הומלץ לשקול הפעלה של הטריאז' בכל בתי החולים, ואולם המשרד לא דן בהמלצות המחקר ולא החליט אם יש להנחות את בתי החולים לפעול בשיטה זו. מינהל הסיעוד במשרד גם לא הנחה את בתי החולים שפועלים בשיטה זו, מהם ההכשרה והניסיון הנדרשים מאחיות טריאז'. בבית החולים העמק נמצא כי את הטריאז' מבצע בפועל צוות פקידים במשרד הקבלה, ללא הכשרה מספקת למטלה זו.

**מעקב**

16. נעשה איסוף נתונים בנושא כח אדם סיעודי במלר"ד. הממצאים מעידים על עמידה בתקינה. באשר לשיטת הטריאז' (מיון וקביעת קדימויות ראשוניים של הפונים לחדר המיון) זאת נתונה לבחירתו של מנהל בית החולים. מינהל הסיעוד בודק את עמדות האחיות בנושא.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 114.

**ליקוי**

18. מתפקידו של המשרד לקבוע נהלים בסיסיים לעבודת חדר מיון בתחומים שונים: רפואיים, מנהליים ומשקיים, ועליו לקיים פורום קבוע לעדכון הנהלים בהתאם להתפתחויות טכנולוגיות, רפואיות וכד'. המשרד ניסה להסדיר נהלים אלה, אולם המלאכה לא הסתיימה. כתוצאה מהיעדר הסדרה כאמור, יש חוסר אחידות בדרך שבה פועלים בחדר מיון בתחומים רבים. היעדר סטנדרדים בתחומים אלה ואחרים מקשה על המשרד לקיים בקרה על תחום הרפואה הדחופה. אגפי המשרד הכינו במשך השנים נהלים הנוגעים לעבודת בתי החולים, והמשרד מפעיל אתר אינטרנט ובו מנוע חיפוש לנהלים אלה. לרבים מנהלים אלה יש נגיעה גם לעבודת חדר מיון, ואולם הם אינם ניתנים לאחזור מרוכז. מאגר הנהלים גם אינו מעודכן ומרוענן, ולעומת נהלים שחסרים בו, ניתן למצוא בו גם נהלים לא רלוונטיים או בלתי תקפים. המשרד ניסה בעבר להכין נהלים בנושאים שהוא ראה צורך בהסדרתם, אולם נהלים אלה לא פורסמו בסופו של דבר, והם תויקו כ"נהלים בהקפאה", בלא שאותו נושא הוסדר בדרך אחרת. לדוגמה, נוהל בנושא "חובת הוצאת סיכומי מחלה מודפסים".

**מעקב**

18. בדיקת חדר המיון מבוצעת יחד עם בדיקת מחלקות רבות אחרות בבית החולים (חדרי ניתוח, פנימית וכו') ואין בכוונת המשרד לקבוע תקן לסיכום הביקור בחדר המיון.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 116.

**ליקוי**

20. המשרד לא מנהל רישום ותיעוד מרוכז וזמין על בקרות שנעשו לפני שנת 2008, ואין בידיו תכנית לבקרות עתידיות. מעיון בתכנית הבקרות לשנת 2010 נמצא שמבין 28 תכניות לבקרת רישוי שנכללו בה, 15 תוכננו למועד שאחרי תאריך תפוגת הרישיון. אשר להיקף ומחזור הבדיקה - מאחר שמדובר בבקרה המתקיימת אחת לשלוש שנים, המשמעות היא שבחדר מיון שלא נבדקו בו נושאי הבקרה הקשורים אליו, יופעל למעשה כשש שנים בלא בקרה של המשרד.

**מעקב**

20. המשרד עושה את מירב המאמצים לקביעת תאריכי הבקרות לקראת חידוש הרישוי, המשרד מציין כי המחסור בכוח אדם יחד עם ריבוי מטלות האגף מקשה על הנושא, כל מקרה בו יש צורך להאריך רישיון של מוסד לזמן קצוב, הנושא נבחן ויבחן לגופו של עניין.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 118.

**ליקוי**

21. בחלק מבתי החולים הכלליים בארץ ובעולם מקובל לעשות תהליך אקרדיטציה, שבין מטרותיו - לעקוב לדוגמה אחר החולה מרגע כניסתו לחדר מיון עד שחרורו, ולאתר את הליקויים בתהליך. בדרך זו כוללת הבקרה את כל פעילות חדר מיון וגם את הממשק של חדר מיון עם שאר מחלקות בית החולים. ואולם תהליך בקרת הרישוי שמבצע המשרד אינו כולל עקרונות בקרה חשובים שקיימים בתהליך האקרדיטציה.

**מעקב**

21. תהליך האקרדיטציה (תהליך בחינה חיצוני המעריך את איכות הטיפול) החל ובחודש 12/10 תהיה הכרה בתהליך ויכלול גם חמישה בתי חולים ממשלתיים נוספים על ידי ארגון JCI.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 118.

**ליקוי**

22. תהליכי הבטחת איכות הם תהליכים משלימים לתהליכי הפיקוח והבקרה. ואולם, בין השנים 2009-1993 לא נערך אף תהליך כולל של הבטחת איכות בחדר מיון, למעט סקר מאפיינים שנשלח לבתי החולים בשנת 1996, ונושא איתור נשים נפגעות אלימות בחדר מיון בשנת 1999. זאת אף על פי שהמשרד עמד על הצורך בכך, ובשנת 1999 הוא אף תכנן לבצע תהליך בקרת איכות. ואולם התהליך נעצר עוד לפני שהחל, ומאז לא נעשתה כל פעילות בתחום זה.

**מעקב**

22. הוועדה בנושא אבטחת ובקרת איכות בחדר המיון נפגשת באופן קבוע אחת לשישה שבועות. סיום משוער של תהליך בניית השאלון- ינואר 2011. המבדק עצמו יתבצע בשליש האחרון של 2011.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 119.

**ליקוי**

23. לצורך תפקוד שוטף ותקין של חדר מיון, על הנהלת בית החולים לקיים בקרה פנימית, ועל המשרד לוודא שהנהלת בית החולים אכן מקיימת בקרה. ואולם המשרד לא קבע אילו פעולות של פיקוח ובקרה פנימיים על בתי החולים לבצע בתחום איכות הטיפול בחדר מיון, וכיצד הן תתועדנה כדי שהוא יוכל לבדוק אותן. גם לא נמצא שהמשרד מפקח אם וכיצד בודק בית החולים את חדר מיון שלו. המשרד גם לא מפעיל באופן שוטף ומתוכנן בקרה על המשתנים הקובעים את איכות הטיפול הרפואי בחדר מיון.

**מעקב**

23. המשרד סיים כבר את הכנת רשימת התיוג המצויה כבר באתר המשרד.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 120.

**ליקוי**

24. חשוב שהמשרד יקבע את מאפייני ההכשרה, הוותק והניסיון של בעל התפקיד שבסמכותו להחליט על שחרור. בשנת 1979 הנחה המשרד כי יוסמכו לכך רק רופא מומחה או מתמחה בשנתיים האחרונות להתמחותו. ואולם במשך השנים לאחר מכן הפיץ המשרד לחדר מיון סדרה של הנחיות, ובהן הוריד את הדרישות המתנות הסמכה כזו. במועד סיום הביקורת, גם רופא שזה עתה סיים את לימודיו ואין לו כל ניסיון, יכול לשחרר פונים מחדר מיון במידה ויש לו אישורים כפי שנקבע. המבקר הפנימי במשרד הבריאות מצא שבשנים 2006-2004 שוחררו פונים רבים מחדר מיון על ידי רופאים שאינם עומדים אפילו בדרישות המקלות של המשרד עצמו.

**מעקב**

24. לא דווח על התקדמות בתיקון הליקוי.

**ליקוי**

27. מכתב השחרור מחדר מיון מצריך התייחסות והמשך טיפול מטעם רופאים במחלקות, רופאים בקהילה ועוד. מכאן שחשוב לקיים רישום רפואי מפורט, מדויק וברור, ולשם כך עליו להיות מודפס ולא כתוב בכתב יד שלעתים אינו קריא. ב-2001 החל המשרד להסדיר תחום זה במסגרת נוהל שעסק ב"חובת הוצאת סיכומי מחלה מודפסים". בסופו של דבר הטיפול בנוהל הופסק בלא כל החלטה רשמית להקפיא את הנוהל ובלא שהנושא הוסדר. יצוין כי במועד סיום הביקורת, כל חדר מיון שנציגי משרד מבקר המדינה ביקרו בהם, הפיקו גיליונות רישום רפואי בכתב יד.

**מעקב**

27. לא דווח על ההתקדמות בתיקון הליקוי. ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 122.

**ליקוי**

29. על מנת לשפר את הטיפול הרפואי והשירות הניתן בחדר מיון, ראוי היה שהמשרד כמיניסטריון יעסוק בניהול ידע בתחומים הנוגעים לעבודת בחדר מיון בארץ ובעולם, ובמסגרת זו ירכז ידע ממקורות שונים ובכלל זה מבתי החולים בארץ, מקבילות ותלונות שהוגשו לנציבויות השונות על ידי הציבור, מאירועים חריגים וכו', ינתח את המידע שרוכז על ידו, יחליט על הצעדים הנדרשים בעקבות ריכוז וניתוח הידע, ויטמיע אותו בכלל חדרי המיון בארץ.

**מעקב**

29. אין בכוונת המשרד לעסוק בניהול ידע בתחומים הנוגעים לעבודה בחדרי המיון. העבודה בחדרי המיון דומה במהותה לעבודה בכל תחום רפואי אחר, ואין זה מתפקיד המשרד לרכז ידע תחום קליני כלשהו.