

משרד הבריאות

פעולות ביקורת

בהנהלת משרד הבריאות, בבתי חולים ובתחנות לבריאות הנפש של המשרד נבדק הטיפול במתן שירותי בריאות הנפש, בעיקר בתחום האשפוז, הטיפול הקהילתי, הפיקוח על מוסדות לא ממשלתיים והסדרים כספיים. במכון הרפואי לבטיחות בדרכים נערכה ביקורת על סדרי הבדיקות הרפואיות של המופנים אליו על ידי משרדי הרישוי שבמשרד התחבורה. בהנהלת משרד הבריאות ובכמה בתי חולים ממשלתיים נבדקו פעולות הקשורות בביצוע מחקרים רפואיים ובניהול הקרן למחקרים רפואיים. בשירותי בריאות הציבור נערכה ביקורת על פעולות המעבדות לבריאות הציבור. הוחלל בביקורת על פעולות המשרד נוכח הופעת מקרי כולירה באזור ובארץ; נבדקו סדרי התורנות בשירותי רפואה — בתי חולים, רופאים ובתי מרקחת. ביחידה הארצית למניעת מפגעי זיהום אוויר וקרונה נבדקו סדרי הקמתן של תחנות ביקורת למדידת זיהום האוויר מתחנת הכוח רדינג ד'.

שירותי בריאות הנפש

1. הטיפול בחולי נפש ניתן במסגרות שונות המותאמות לאופי המחלה וחריפותה, גילו של החולה וכן למידת סכנתו של החולה לעצמו ולסביבתו. כמקובל בטיפול רפואי כללי מבחינים גם בטיפול בחולי נפש בין טיפול אמבולטורי — הניתן במרפאות לבריאות הנפש, שמקיימים משרד הבריאות וגורמים אחרים — לבין טיפול הניתן במוסדות אשפוז לסוגיהם. באשפוז חולי נפש קובעת העובדה, שמדובר בחולים, הזקוקים לטיפול ממושך והמגיעים, בחלק ניכר מהמקרים, פעמים מספר לאשפוז חוזר. הסוגים העיקריים של מוסדות לאשפוז הם: בית חולים פסיכיאטרי, המיועד לתת לחולים טיפול אינטנסיבי תוך תקופה קצרה; כפר עבודה, הנועד לחולים, שאינם יכולים להפיק תועלת מטיפול בבית חולים פסיכיאטרי, אך מסוגלים לעבוד, אם כי במסגרת מוגנת; מוסד חסות, המיועד לאשפוז חולים, שבגלל מצבם הקשה — עקב הפרעות קשות בהתנהגותם או בגלל חוסר יכולתם לדאוג לעצמם — זקוקים לשמירה קפדנית וסיעוד; מעון, המשמש מקום למגורים ולטיפול לחולים ששוחררו מבית חולים פסיכיאטרי אך אינם מסוגלים להיקלט בחברה, אלא בהדרגה; ומוסד לילדים ונוער. חלק חשוב מהטיפול ניתן לחולה במשפחה ובקהילה, בהדרכתם של עובדים סוציאליים ושל עובדי המרפאות לבריאות הנפש. לצורך מתן הטיפול לחולי נפש פעלו לפי נתוני משרד הבריאות, במדינה בסוף 1970, בבעלויות שונות — ובראשן משרד הבריאות — 48 מרפאות ותחנות לבריאות הנפש ו-45 מוסדות אשפוז; 16 של משרד הבריאות; 3 של קופת החולים הכללית; 4 של מוסדות ציבוריים; ו-22 בבעלות פרטית.

2. שירותי בריאות הנפש שבמשרד הבריאות מופקדים על הטיפול המרכזי בחולי נפש: בעיות האישפוז של חולי נפש במדינה והבטחת אישפוז לנזקקים; אחריות

מקצועית לשירותים פסיכיאטריים מונעים; הכוונה מקצועית של בתי חולים ממשלתיים לחולי נפש ופיקוח על מוסדות לא ממשלתיים לחולי נפש. לביצוע תפקידיו נקבע לשירות ל-1970/71 תקן של 18 משרות, רובן לתפקידים מקצועיים — פסיכיאטרים, פסיכולוגים, אנתרופולוג, ועובדי סיעוד, וכן עובדים לריפוי בעיסוק ולשיקום. לבתי החולים הממשלתיים לחולי נפש נקבעו לאותה שנה כ-2,000 משרות, ולתחנות לבריאות הנפש, הפועלות במסגרת לשכות הבריאות המחוזיות של המשרד, 90 משרות בקירוב.

ל-1970/71 נקבע בתקציב המשרד, לטיפול בחולי נפש ואשפוזם סך 33.3 מליון ל"י בקירוב, מהן 29.9 מליון ל"י לאשפוז בבתי חולים ממשלתיים. עוד מקבל המשרד ב-1970/71, באמצעות גוף ציבורי, סכום נוסף של 11 מליון ל"י למימון אשפוז חולים בבתי חולים פרטיים. ב-1969/70 הסתכמה הוצאת המשרד על הטיפול בחולי נפש בסך 29.3 מליון ל"י לערך; 10.3 מליון ל"י הועברו דרכו למימון אשפוזם של חולי נפש בבתי חולים פרטיים.

סדרי האשפוז של חולי נפש, שבניגוד לחולים אחרים אינם מסוגלים על פי רוב להביע את הסכמתם לאשפוזם, נקבעו בחוק לטיפול בחולי נפש, תשט"ו—1955. בחוק גם הוראות בדבר שחרורו של חולה נפש מבית חולים, סדרי דיווח מבתי החולים למשרד הבריאות וכן סדרי פיקוח מטעם המשרד עליהם.

ליד שירותי בריאות הנפש פועלת עוד מ-1949 ועדת מיעצת, המורכבת מנציגים של משרד הבריאות, קופת החולים הכללית והסתדרות "הדסה"; מתפקידה ליעץ לשירות במציאת פתרונות לבעיות בתחום הטיפול בחולי נפש.

3. הטיפול בחולי נפש שימש מספר פעמים נושא לביקורת המדינה: בדו"ח שנתי 13 (עמ' 75) ובדו"ח שנתי 15 (עמ' 126) עמדה הביקורת על שאלת השתתפותם של החולים ומשפחותיהם בהוצאות אשפוז ועל ניהול רישומים של חומרים וציוד ששימשו לריפוי בעיסוק; בדו"ח שנתי 17 (עמ' 145) עמדה הביקורת על ליקויים חמורים בתחום האשפוז בבתי חולים פרטיים ובדרכי הפיקוח עליהם.

במחצית השנייה של 1970 ערך משרד מבקר המדינה ביקורת מקיפה על טיפולו של משרד הבריאות בנושא בריאות הנפש. הביקורת נערכה: בשירותי בריאות הנפש שבהנהלת המשרד; בבתי החולים הממשלתיים לחולי נפש איתנים, באר יעקב, בת ים, מזרע ועכו; בתחנות לבריאות הנפש בירושלים, תל אביב, פתח תקוה ונתניה; ובמרפאות חוץ בבתי החולים לחולי נפש באר יעקב, בת ים ועכו. נבדקו בעיקר הנושאים הבאים: המערך האשפוזי; כוח אדם לטיפול בחולי נפש; הטיפול הקהילתי; הפיקוח על מוסדות לא ממשלתיים לחולי נפש; והסדרים כספיים לאשפוז (בדבר ביקורת על השירות הרפואי לאסיר, לרבות בעיות הטיפול הפסיכיאטרי בחולי נפש — ראה עמ' 397 בדו"ח זה, בקשר לגמילת אסירים מדחף לסמים מסוכנים — ראה דו"ח שנתי 18, עמ' 360 בדו"ח זה, עמ' 393).

מערך האשפוז

1. משרד הבריאות עורך מדי פעם תכניות רב שנתיות לארגון המערך לאשפוז חולי נפש במדינה. ב-1965 הוכנה תכנית לשנים 1966—1974; באוקטובר 1968 נערכה תכנית חדשה לתקופה 1969—1980, שאושרה על ידי הנהלת המשרד בסוף השנה. שתי התכניות מבוססות על ארגון אזורי, כך שבכל אזור יהיו מוסדות מכל הגיוונים, הדרושים לטיפול בחולי הנפש לסוגיהם. הטיפול והאשפוז של חולי נפש מאורגן על בסיס מחוזי,

כאשר בראש כל מחוז פסיכיאטר מחוזי. לעומת זאת אין בכל המחוזות מוסדות אשפוז מכל הסוגים, על אף שהעקרון, שבכל אזור יהיו מוסדות מכל הסוגים, נקבע עוד מזמן; לדוגמה: מחוז תל-אביב, הגדול באוכלוסין שבמדינה אין בו כפר עבודה כלל, ואילו במחוז ירושלים והדרום-מזרניים - כפרי עבודה - ובהם 556 מיטות ובמחוז חיפה, והצפון-כפרים ובהם 524 מיטות; בעוד שבמחוז תל אביב יש 130 מיטות חסות בלבד, הרי במחוז ירושלים והדרום יש 313 מיטות כאלה ובמחוז חיפה והצפון 548.

על פי תכנית האשפוז של המשרד לתקופה מ-1966 עד 1974 נקבע, שעד ראשית 1969 יהיו במערכת האשפוז במדינה 8,030 מקומות. בעת הכנתה של תכנית האשפוז האחרונה ב-1968 היה מספר מקומות האשפוז 6,800 לערך, כלומר כ-1,200 פחות מהמתוכנן. גם בסוף 1970 לא הגיע מספר המקומות לזה שתוכנן לתחילת 1969, וחסרו 668 מיטות. למעשה המחסור הוא יותר גדול, הואיל וכפי שעולה ממסמכי המשרד, מצבם של מוסדות פרטיים אשר בהם כ-1,200 מיטות, הוא לדעת הנהלת שירותי בריאות הנפש, ירוד ביותר ומן הצורך לבטל אותם.

בתכנית האחרונה של המשרד לארגון האשפוז של חולי נפש נקבע, כי ב-1980 תמנה מערכת האשפוז 10,338 מיטות, לפי חישוב של 2.8 מיטות לאלף תושבים, לעומת מצב של כ-2.4 מיטות לאלף תושבים ב-1969. כדי להגיע ליעד זה, בהתחשב במספר המיטות שיש לבטל, נקבע בתכנית, שיש להוסיף 5,100 מיטות חדשות ומלבד זאת להחליף יותר מ-2,000 מיטות בבתי חולים ממשלתיים, הפועלים בתנאים פסיים ירודים. על פי התכנון, התוספת של 5,100 המיטות תשמש בעיקרה 13 בתי חולים חדשים שיש להקים ולתוספת 10 מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים. עד מועד סיום הביקורת השלים המשרד את התכנון של שני בתי חולים חדשים - בטירה (עם 400 מיטות) ובבאר שבע (עם 425 מיטות) - ולפי התכנית תתחיל הבנייה ב-1971/72. בית חולים שלישי - בעמק זבולון (עם 400 מיטות) - נמצא בשלב התכנון.

2. על פי נתוני משרד הבריאות לסוף מאי 1970, הגיעה התפוסה הממוצעת במוסדות האשפוז לחולי נפש בארץ ל-117% בקירוב, 8,241 מאושפזים לעומת 7,048 מיטות, כאשר התפוסה גבוהה במיוחד בבתי החולים הממשלתיים והפרטיים, כמפורט בטבלה הבאה.

התפוסה באחוזים	מספר מאושפזים (2)		מספר מיטות (1)		הבעלות
	במספרים	באחוזים	במספרים	באחוזים	
119	50	4,128	49	3,457	ממשלתי
104	6	475	7	457	קופת חולים כללית
83	3	236	4	284	גופים ציבוריים
119	41	3,402	40	2,850	גופים פרטיים
	100	8,241	100	7,048	סה"כ

(1) אינו כולל 114 מקומות לטיפול יום לילדים.

(2) כולל חולים בתופשה קצרה.

הצפיפות הגדולה ביותר היתה בבתי החולים הממשלתיים בת ים, עכו ומזרע, כלהלן.

בית החולים	מספר המיטות	מספר המאושפזים	התפוסה באחוזים
בת ים	500	732	146
עכו	425	593	139
מזרע	430	576	133

במצב זה נאלצו בתי חולים אלה לאשפוז חולים רבים על מזרונים, שהונחו בחדרי האוכל, והצפיפות הרבה שיבשה את סדרי העבודה ופגעה ברמת הטיפול בחולים. יתר על כן, נאלצו בתי החולים לקצר את הטיפול בחולים, ולשחרר אותם לפני שהושלם הטיפול הדרוש להם כדי שיוכלו להיקלט שוב במשפחה ובחברה. שיחרור מוקדם זה הוא אחת הסיבות לכך, שחלק מהחולים נזקק לאחר תקופה קצרה לאישפוז חוזר.

3. מצוקת האשפוז פוגעת במיוחד בילדים ונוער, במפגרים בוקנים ובחולים מסוכנים.

ילדים ונוער

באמצע 1970 היו במדינה 401 מקומות לטיפול בילדים ונוער — 114 מקומות לטיפול יום ו-287 מקומות אשפוז. מבין 287 המקומות לאשפוז נמצאים 103 במוסד פרטי, שלדעת שירותי בריאות הנפש נמצא ברמה ירודה ואינו מתאים לתפקידו; במצב זה קיימים בארץ למעשה 184 מקומות אשפוז ראויים בלבד — כ-200 פחות מהדרוש.

— על פי תכנון מערך האשפוז לשנים 1969—1980, חייבת תוספת המיטות לכלול 470 מקומות לילדים ונוער, מהם 150 עד סוף 1970. נתברר, שחל פיגור ניכר בביצוע התכנית: עד סוף 1970 הופעלו רק 15 מקומות נוספים בבית החולים תל השומר; מחלקת ילדים בהיקף של 50 מיטות, שנועדה להחליף את המחלקה הקיימת וכוללת כיום 20 מיטות בלבד, נמצאת בתהליך בנייה בבית החולים בנס ציונה.

— בידי שירותי בריאות הנפש אין נתונים מרוכזים על מספר הילדים החולים בארץ, וגם אין בידיה מידע על גורלם של ילדים, שלגביהם נקבע הצורך לאשפוז, אך האשפוז נדחה בשל חוסר מקום. בהעדר נתונים מרוכזים על צורכי האשפוז, מבוסס התכנון של מערך האשפוז על אומדנים כלליים. השירות אף לא קבע קריטריונים מקצועיים לסיווג החולים, על פי חומרת מחלתם, סיווג העשוי לסייע — במיוחד נוכח מצוקת האשפוז — בקביעת עדיפויות לאשפוז ומסירת מידע למשפחות החולים על סיכויי האשפוז, מקומו ומועדו.

— רשימות, שהוכנו בבית החולים הממשלתי בנס ציונה, כללו 226 ילדים שהיו זקוקים לאשפוז, אך אשפוזם של 165 מביניהם נדחה מספר שנים מחוסר מקום. מתוך 50 ילדים, שחיכו לאשפוז מלפני 1970, היו 30 מעל לגיל 13, שהטיפול בהם היה צריך לעבור למחלקת הנוער שבאותו בית חולים, אולם שמותיהם לא הועברו למחלקה זו להמשך הטיפול ובדיקת האפשרות לאשפוזם.

— מחלקת הילדים שבבית החולים הממשלתי איתנים מנהלת רשימה של ילדים המצפים לאשפוז לכשיתפנה מקום, אולם אין היא יודעת מי מהילדים אושפז בינתיים במקום אחר; בהעדר נתונים מעודכנים יכול המוסד לתת למבקשי אשפוז רק תשובות כלליות. 3 מבין 20 הילדים, המאושפזים בבית החולים במחלקה לחולים הזקוקים לטיפול והשגחה קפדניים, הם מפגרים וצריך היה להעבירם למוסד אחר; לגבי אחד מהם נקבע הדבר עוד בעת שאושפז ב-1962.

— הטיפול בילד ובנוער הבעייתי מעסיק לא רק את משרד הבריאות, אלא גם את משרד הסעד ומשרד החינוך והתרבות. לא תמיד קיים תיאום בין הפעולות של משרדים אלה. כך לדוגמה, נמצאו ילדים מפגרים במוסדות של משרד הבריאות, במקום במוסדות של משרד הסעד, בעוד שילדים שהיו זקוקים לטיפול פסיכיאטרי הוחזקו במוסדות למפגרים של משרד הסעד. עוד בסוף 1963 קבעה הוועדה המייעצת, הפועלת ליד שירותי בריאות הנפש, בדיון מיוחד שהוקדש לפסיכולוגיה של הילד, כי חוסר התיאום בין

המשרדים הביא לעתים קרובות לירידה ביעילות הטיפול ולפעמים לכפילות. עד סוף 1970 לא חל שיפור במצב.

מפגרים

מתפקידה של חברה מתקדמת לדאוג למפגרים שבקרבה בדרך של מתן עזרה לשיקומם הפיסי, החברתי והכלכלי. ריכוז הטיפול במפגרים הוטל על משרד הסעד (בדבר ביקורת בנושא זה, ראה דו"ח שנתי 19, עמ' 386). מפגרים, הסובלים מהפרעות נפשיות, מופנים לטיפול בבתי החולים לחולי נפש של משרד הבריאות.

במאי 1969 מינה ראש שירותי בריאות הנפש ועדה מקצועית משרדית, שנתבקשה לבדוק את הליכי הטיפול במפגר המופרע ולהמליץ על ארגון מחדש של הטיפול בו. דו"ח הוועדה מחלק את אוכלוסיית המפגרים באופן כללי למפגרים שיש להם פגם במוח ולמפגרים שיש להם פגם במוח וליקוי נפשי. לגבי המפגרים שיש להם פגם במוח קבעה הוועדה, שהטיפול בהם מחולק, ללא תיאום נאות, בין משרד הסעד לבין משרד הבריאות; כתוצאה מכך נמצאים בבתי החולים לחולי נפש מפגרים רבים, שלא צריכים היו להיות שם. לדעת הוועדה הדבר גובע מהעדר טיפול מרוכז בבעיית האיבחון והאשפוז של המפגרים, והעברתם, לאחר תום הטיפול הפסיכיאטרי, למסגרת טיפולית מתאימה. הוועדה המליצה לערוך סקר על אוכלוסיית המפגרים המאושפזים בבתי החולים של משרד הבריאות, כדי למיין אותם לפי מצבם וסוג המוסד שהם זקוקים לו.

ממצאי הדו"ח אושרו על ידי ראש שירותי בריאות הנפש בתחילת 1970, אך רק באוגוסט אותה שנה הוא הורה לערוך את הסקר הנזכר. הנהלות בתי החולים נתבקשו להעביר אליו נתונים על המפגרים המאושפזים אצלם בלא להיות זקוקים לכך. עד מועד סיום הביקורת בסוף נובמבר 1970 העבירו רק כמחצית מבתי החולים את הנתונים שנדרשו, ומהם עולה, כי בבתי חולים אלה היו 160 חולים, שמן הראוי היה להעבירם למוסד למפגרים.

זקנים

עם התקדמות הרפואה, ובמיוחד הרפואה המונעת, חלה עלייה בתוחלת החיים של בני האדם, ואחוז הזקנים בקרב האוכלוסייה הולך וגדל. הגידול במספר הזקנים בקרב האוכלוסייה העמיד בפני החברה בעיות חדשות ומורכבות, ובעיית בריאות הנפש היא אחת מהן.

ממחקרים של משרד הבריאות עולה, שנוכח המחסור במקומות אשפוז בבתי החולים לחולי נפש, בעיקר במחוזות ירושלים, תל אביב, המרכז והדרום, מהססים בתי החולים לאשפוז זקנים חולי נפש; הם יודעים אמנם את חומרת המצב של הזקן ומשפחתו, אך חוששים שמשך האשפוז יהיה ארוך יחסית ויקשה על אשפוז של חולים אחרים. על פי אומדן של משרד הבריאות היו בארץ ב-1970/71 כ-100 זקנים שהיו זקוקים לאשפוז בבית חולים לחולי נפש ואי אשפוזם גרם סבל רב להם ולמשפחתם.

נוסף על המחסור במקומות בבתי החולים לחולי נפש חסרים מוסדות המשך לטיפול בזקן, לאחר שנסתיים בו שלב הטיפול הפעיל בבית חולים לחולי נפש. במצב זה נשארו בבתי חולים זקנים רבים, שלא היו צריכים להיות שם; כך למשל היו, בעת הביקורת, בבתי החולים איתנים, באר יעקב, בת ים, מזרע ועכו 173 זקנים, למרות שעל פי חוות דעת מקצועית הם לא היו צריכים להיות מאושפזים בבית חולים.

חולי נפש, שבגלל נטיותיהם האנטי-חברתיות והתוקפניות עלולים לסכן את זולתם, זקוקים לאשפוז במוסד מיוחד. לדעת הנהלת שירותי בריאות הנפש, מן הצורך, שמוסד כזה יפעל בנפרד מבית חולים רגיל ולא כחלק ממנו, כיוון שחולים כאלה מפריעים את הטיפול בחולים מסוגים אחרים ושיקומם.

בהתאם לכך מינה ראש שירותי בריאות הנפש עוד בסוף 1965 ועדה מקצועית משרדית, שנתבקשה להציע תכנית להקמת מוסד לחולים מסוכנים. הצעת הוועדה הוגשה להנהלת שירותי בריאות הנפש בתחילת 1966, ובה הועלתה תכנית להקים מוסד ובו 100 מיטות. הצעת הוועדה לא בוצעה. ועדה נוספת, שדנה באותו ענין באמצע 1968, הדגישה את הצורך הדחוף בהקמת מוסד לחולים מסוכנים, שהיו בו בשלב ראשון 50 מיטות.

עד סוף 1970 לא הוקם מוסד מיוחד לאשפוז חולים מסוכנים, ובינתיים אושפזו ברובם הגדול בבית חולים פרטי, שאינו מצויד בסדרי בטיחות ובכוח אדם מקצועי הדרוש לכך, לפי התקן שקבעה הוועדה המקצועית של משרד הבריאות. ביולי 1970 פתח המשרד מחלקה מיוחדת בת 15 מיטות לאשפוז חולים מסוכנים בבית החולים הממשלתי בעכו. הוחלט שהאשפוז של החולים במחלקה זו ייעשה בהדרגה, עד שיירכש נסיון לטיפול בחולים מסוג זה. האשפוז במחלקה נעשה על פי קביעה של ועדה מקצועית מיוחדת, ועד סוף 1970 אושפזו בה חמישה חולים.

כדי לעמוד על התוצאות הנובעות מהצפיפות בבתי החולים השונים לחולי נפש והעדר מוסדות מתאימים לכל סוגי החולים, ביקש וקיבל משרד מבקר המדינה נתונים מחמישה בתי חולים לחולי נפש — איתנים, באר יעקב, בת ים, מזרע ועכו — על החולים המאושפזים אצלם ועל אלה מהם שהיו צריכים להיות במוסדות אחרים; התברר, שבסוף ספטמבר 1970 היו בבתי החולים האמורים 698 מבין 2,034 חולים — 34% — שהיו זקוקים לטיפול במוסדות אחרים, כמפורט בטבלה הבאה.

חולים שאינם צריכים עוד טיפול בבית החולים		מספר החולים בבית החולים	בית החולים
באחוזים	במספרים		
20	35	178	איתנים
34	94	278	באר יעקב
68	410	601	בת ים
14	66	489	מזרע
19	93	488	עכו
	698	2,034	סה"כ

על פי הנתונים שנמסרו למשרד מבקר המדינה נזקקו מבין 698 החולים: 395 (57%) לכפרי עבודה או מוסדות חסות; 11 (2%) למוסדות לילדים או נוער ו-292 (41%) למוסדות שאינם שייכים למערך האשפוז לחולי נפש (156 — 22% — לבתי אבות; 87 — 12% — למוסדות למפגרים ו-49 — 7% — למוסדות אחרים), וניתן היה להלכה להחזיר חלקם למשפחותיהם שאמנם במקרים רבים סרבו לקבלם.

הפעלתם של בתי החולים והמרפאות ברמה נאותה מחייבת העסקת כוח אדם מקצועי ומינהלי. בהיקף מתאים. מחובת שירותי בריאות הנפש לקבוע את התקנים לכוח אדם בהתאם לסוגי המוסדות השונים, ועל השירות גם לדעת, לפי תכניות הפיתוח של המוסדות הרפואיים, את הצרכים בכוח אדם לעתיד, שכן מידע זה הוא נקודת המוצא לגיוס ולהכשרה של כוח האדם הדרוש.

תקן העובדים בבתי החולים הממשלתיים לחולי נפש ב-1970/71 מנה 2,010 משרות: רופאים — 103; אחיות — 934; עובדי ריפוי בעיסוק — 170; עובדים סוציאליים — 55; עובדים רפואיים אחרים ועובדי מינהל — 748.

בבתי החולים לחולי נפש קיים מחסור ניכר בכוח אדם מקצועי. יתר על כן, כיוון שהתפוסה בבתי החולים השונים עולה ברוב המקרים על תקן המיטות שנקבע להם והגיעה בשלושה בתי חולים גדולים אף ל-140% לערך, הרי שהעומס המוטל על העובדים גדול עוד יותר. להלן פרטים על כוח אדם בבתי חולים ממשלתיים במקצועות הסיעוד וריפוי בעיסוק.

עובדי סיעוד

1. תקן עובדי הסיעוד (אחים ואחיות) בבתי החולים הממשלתיים לחולי נפש ב-1970/71 מנה 934 משרות. על פי נתונים, שריכוז משרד הבריאות באפריל 1970, יותר מ-60 ממשרות אלה היו פנויות. רק 90 בקירוב מבין העובדים שהועסקו היו עובדי סיעוד מוסמכים, בעוד שלדעת אנשי המקצוע לפחות שליש מעובדים אלה חייבים להיות מוסמכים. 580 מעובדי הסיעוד היו בלתי מוסמכים (אחים ואחיות מעשיים) ויותר מ-200 היו עובדי עזר בלבד, ללא כל הכשרה מקצועית.

המחסור בעובדי סיעוד לא רק שאינו מאפשר לדברי המשרד מתן טיפול נאות בחולים, אלא אף גרם דחייה בהפעלתן של מחלקות חדשות: כך לדוגמא נדחתה פתיחתה של מחלקה חדשה בת 35 מיטות בבית החולים באר יעקב מאפריל 1970 עד ספטמבר אותה שנה ופתיחתה של מחלקה בת 60 מיטות בבית החולים בת ים מגנובמבר 1969 עד סוף מאי 1970.

- קיימים הבדלים ניכרים בשיעור עובדי הסיעוד למיטה במחלקות זהות בבתי חולים שונים. להלן פרטים, לדוגמה, על ההבדלים בכוח אדם סיעודי במחלקות סגורות לגברים ונשים.

בית החולים	שיעור עובדי סיעוד למיטה במחלקת גברים	שיעור עובדי סיעוד למיטה במחלקת נשים
איתנים	0.46	0.46
עכו מחלקה א'	0.44	0.50
באר יעקב	0.37	0.29
בת ים מחלקה א'	0.33	0.40
בת ים מחלקה ב'	0.28	0.37
מזרע	0.27	0.33

2. בבדיקה מפורטת, שנערכה על ידי שירותי בריאות הנפש במחצית השנייה של 1970 על מצב כוח האדם בתחום זה בבתי החולים הממשלתיים לחולי נפש, נקבע, כי יש צורך להעלות את שיעורם של עובדי הסיעוד מ-0.25 עובד למיטה ל-0.38 עובד; פירושה של מסקנה זו, שכבר כיום יש צורך בתוספת של יותר מ-450 משרות. האפשרויות למלא את החסר בעובדי סיעוד בבתי החולים לחולי נפש בתנאים הקיימים מצומצמות ביותר: על פי נתוני משרד הבריאות רק שתיים עד שלוש בוגרות של קורסים להכשרת עובדי סיעוד בשנה פונות לעבודה בבתי חולים לחולי נפש; רק 49 מבין 86 בוגרות של קורסים להשתלמות בבריאות הנפש לאחיות מוסמכות שנערכו, מאז 1954 עובדות בבתי חולים ממשלתיים לחולי נפש; מ-1952 עד סוף 1970 ערך המשרד 41 קורסים מיוחדים לאחיות מעשיות להשתלמות בבריאות הנפש, שסיימו בהם 574 בוגרים בלבד.

עובדי ריפוי בעיסוק

הטיפול בחולה נפש כולל ריפוי על ידי העסקתו בעבודה ובמשחק, בהתאם לכשריו, כדי לחזק את בטחונו העצמי ולהקנות לו הרגלי עבודה ולהביאו לשיקום וחזרה לחיים תקינים עד כמה שאפשר. לביצועם של תפקידי שיקום אלה מועסקים בבתי החולים השונים מרפאים בעיסוק.

על פי תקני כוח אדם לבתי החולים לחולי נפש ל-1970/71 הועסקו בהם 170 מרפאים בעיסוק. התקנים נקבעו על סמך כוח האדם המצוי, ולא על פי הצרכים הרפואיים; לדעת שירותי בריאות הנפש מן הצורך להגדיל את מספר המועסקים בריפוי בעיסוק ביותר מ-60 משרות. 28 מבין העובדים המועסקים בריפוי בעיסוק הם עובדים מוסמכים, ואילו יתרתם מדריכים מקצועיים בנגרות, מסגרות וכדו'.

כמו באיזו המשרות של עובדי סיעוד קיימים גם קשיים לגבי איזו המשרות של מרפאים בעיסוק. במדינה קיים רק בית ספר אחד לריפוי בעיסוק, ליד בית החולים הדסה בירושלים, ובהשתתפותם של משרד הבריאות, הסתדרות הדסה, קופת החולים הכללית ומלבן. כל אחד מגורמים אלה נועד לקלוט במוסדותיו — שרק בחלקם הם מוסדות לחולי נפש — רבע מהבוגרים. לפני הקמת בית הספר נוהלו הלימודים במסגרת של קורסים; מאז הקורס הראשון, שהתקיים ב-1947 סיימו את לימודיהם כ-300 תלמיד. הנשירה מהמקצוע היא גדולה, ולפי נתוני משרד הבריאות רק 6 מבין 13 בוגרים, שהופנו לעבודה במוסדותיו לחולי נפש בשנים 1967 עד 1969 המשיכו בסוף 1970 בעבודה. עוד ארגן המשרד בשלוש השנים האחרונות ארבעה קורסים קצרים להשתלמות בריפוי בעיסוק, שנמשכו שישה עד עשרה ימים, ובהם השתתפו כ-40 עובד; היקף השתלמות זה אינו עונה לצרכים, ובמיוחד כאשר מרבית העובדים אינם מוסמכים.

נוכח תכנית המשרד להרחיב את מערכת האשפוז לחולי נפש ולהגדיל את תקני כוח אדם לעובדי סיעוד ולעובדי ריפוי בעיסוק יידרשו לפי תכניות המשרד, עד 1980, עוד 1,300 עובדי סיעוד ו-750 מרפאים ומדריכים בעיסוק. במצב שתואר לעיל ילך ויחריף המחסור בעובדים בתחומים אלה.

— נוסף על מחסור בכוח אדם חסרים במרביתם של בתי החולים מבנים וציוד מתאימים לריפוי בעיסוק, ולכן, לפי הערכת שירותי בריאות הנפש, יותר מ-30% מהחולים הזקוקים לטיפול על ידי ריפוי בעיסוק אינם מקבלים אותו, ואחרים מקבלים טיפול חלקי בלבד.

הטיפול הקהילתי

הטיפול הקהילתי נועד למנוע היווצרות של תנאים להתפתחות מחלת נפש, לאבחן אותה ולתת טיפול מוקדם לנזקקים. עוד כולל הטיפול הקהילתי מעקב אחרי חולים שהשתחררו ממוסדות אשפוז ומתן סיוע להחזרתם לחיים תקינים במשפחה ובחברה. השירותים הקהילתיים לטיפול בחולי נפש ניתנים באמצעות מרפאות ותחנות לבריאות הנפש של משרד הבריאות, קופת החולים הכללית וגורמים אחרים. בסוף 1970 פעלו בארץ 27 תחנות ומרפאות של משרד הבריאות — 19 במסגרת של לשכות בריאות מחוזיות (ב-14 ישובים) ו-8 מרפאות ליד בתי חולים לחולי נפש.

תחנות לבריאות הנפש

תקני כוח האדם, שנקבעו לתחנות לבריאות הנפש בלשכות הבריאות, לא בוססו על גודל האוכלוסייה שעליהן לשרת. התחנות אינן מצליחות לתת טיפול בהיקף הדרוש, במסגרת התפקידים המוטלים עליהן להלכה. כך לדוגמה נקבע לתחנות לילדים ונוער בירושלים ובתל אביב תקן דומה — בירושלים 10 משרות ובתל אביב $9\frac{1}{2}$ משרות — בעוד שהאוכלוסייה באיזור תל אביב גדולה פי שניים ויותר מזו שבירושלים. לתחנה למבוגרים בירושלים נקבעו 14 משרות, בתל אביב $7\frac{1}{2}$ משרות ובחיפה 6 משרות. קיימות אמנם באזורים אלה גם תחנות ומרפאות של קופת החולים הכללית וליד בתי החולים לחולי נפש, אך משרד הבריאות לא בדק, אם הן עונות על הצרכים. למעשה העלתה הביקורת, שהתחנות אינן מצליחות לתת טיפול בהיקף הדרוש, במסגרת התפקידים המוטלים עליהן. להלן דוגמאות:

התחנה לילדים ונוער בירושלים

מספר הפונים לתחנה בחודש מגיע במוצא ל-20. בשלב ראשון, לפני התחלת הטיפול, על הילד לעבור בדיקות איבחון הגערכות על ידי צוות מקצועי, לרבות פסיכיאטר, המועסק במשך יום וחצי בשבוע בלבד, ואינו מספיק לבדוק במשך חודש יותר משישה עד שבעה ילדים. במצב זה מתהווה תור לסיום בדיקות האיבחון ומתעכבת תחילת הטיפול, לעתים עד שמונה חודשים. גם לאחר שנסתיימו בדיקות האיבחון נאלצו ילדים, בגלל מחסור בעובדים מקצועיים, להמתין זמן ממושך — לפעמים עד 22 חודש — עד התחלת הטיפול. עצם הפנייה לתחנה כרוכה בהיסוסים רבים מצד המשפחות הפונות, ולכן גורם במקרים לא מעטים, הצורך להמתין תקופה ניכרת עד לקבלת השירות להפסקת הקשר בין המשפחה לבין התחנה.

התחנה בתל אביב

בשל מחסור בכוח אדם מקצועי אינה מטפלת התחנה בחולים הזקוקים לטיפול ממושך ובחולים שהשתחררו ממוסדות אשפוז וזקוקים לטיפול עוקב. בתחנה לילדים ונוער אין פסיכיאטר, דבר המקשה על איבחון המחלה וקביעת דרכי הטיפול, והתחנה נאלצת להפנות ילדים אלה למקומות אחרים.

התחנות בטבריה ובצפת

שתי התחנות נועדו לפעול במשך שלושה ימים בשבוע, אולם מאז הקמתן התקשה המשרד למצוא עובדי מקצועיים. כפתרון ארעי נשלח לתחנות אלה פסיכיאטר מבית החולים רמב"ם שבחיפה ליום אחד בשבוע. גם עובדת סוציאלית הופנתה לתחנות ליום

— יומיים בשבוע מחיפה. קשיי תחבורה הקשו על הביצוע של הסדר זה וכתוצאה מכך נשאר כל מחוז הצפון כמעט ללא טיפול זמן רב. בינואר 1971 הודיע משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה, שלאחרונה נתקבל במחוז הצפון פסיכיאטר, המארגן מחדש את השירותים הקהילתיים באיזור, אך מחסור בכוח אדם מקצועי מקשה על הפעלת התחנות באורח משביע רצון.

מעקב אחרי חולים ששוחררו מבתי חולים

הטיפול בבית חולים לחולי נפש נועד לשפר את מצבו של החולה ולהחזירו תוך תקופה קצרה ככל האפשר למסגרת החיים הקודמת במשפחה ובקהילה. הטיפול בחולה בבית החולים מביא בהרבה מקרים להטבה, אך אינו מרפא את המחלה כליל, ולכן צריך החולה שהשתחרר להימצא במעקב רפואי סדיר.

משרד מבקר המדינה בדק את סדרי הטיפול העוקב בחולים שהשתחררו מארבעה בתי חולים ממשלתיים: באר יעקב, בת ים, מורע ועכו. על פי הקו שנקבע על ידי הנהלת שירותי בריאות הנפש אחראית התחנה האזורית לבריאות הנפש למעקב אחרי חולים ששוחררו. מחוסר האפשרות לבצע את המעקב, נוסף על שאר תפקידי התחנות, מתחלק הטיפול במעקב בין בתי החולים והתחנות. למעשה הופעל המעקב רק באורח חלקי וללא תיאום מספיק בין גופים אלה. אחוז ניכר מהחולים שהשתחררו לא שמרו על הקשר עם בתי החולים או התחנות לבריאות הנפש, ומוסדות אלה, שהיו צריכים להיות בעלי היוזמה בענין זה, לא נקטו אמצעים מספיקים כדי להמשיך בטיפול בהם, אף כשהיה דרוש. כך למשל העלה מחקר, שערך משרד הבריאות עוד ב-1966, שכמחצית מ-120 החולים בפתח תקוה איבדו את הקשר עם המוסדות לטיפול בחולי נפש, מהם חולים שהיו במצב קשה והיה הכרח לאשפוזם שוב. גם בסקירה, שהגיש ראש שירותי בריאות הנפש להנהלת משרד הבריאות על פעולות השירות ב-1968, נקבע, שהעדר טיפול רפואי וסוציאלי בחולים משוחררים — ולעתים מדובר בחולים שכתוצאה מחוסר מקום שוחררו מוקדם מדי מבית החולים — הביא לשינוי לרעה במצבם של חולים רבים שנוקו לאשפוזים נוספים. יתר על כן, על אף שבתי החולים מדווחים, על פי הוראות החוק לטיפול בחולי נפש, להנהלת שירותי בריאות הנפש ולפסיכיאטרים המחוזיים באורח סדיר על אשפוז חולים ושחרורם, לא הונהגו על ידי שירותי בריאות הנפש הסדרים שיבטיחו העברת מידע על חולים שהשתחררו מבתי החולים לידיעת התחנות לבריאות הנפש, כדי שימשיכו לטפל בחולים אלה.

מוסדות פרטיים לחולי נפש

1. המוסדות לחולי נפש של משרד הבריאות וקופת החולים הכללית מיועדים ברובם למתן טיפול רפואי פעיל לחולים, אולם אין להם כלל מוסדות חסות, המיועדים לחולים שבגלל מצבם הקשה — הפרעות קשות בהתנהגותם או בגלל חוסר יכולתם לדאוג לעצמם — זקוקים לשמירה קפדנית וסיעוד. במצב זה הם מאשפוזים חולים ב-22 מוסדות פרטיים, המנוהלים על בסיס עסקי והם ברובם מוסדות חסות. כדי להבטיח, שהחולים במוסדות הפרטיים יקבלו טיפול ברמה סבירה, מפעיל משרד הבריאות פיקוח על מוסדות אלה, המבוסס על הוראות פקודת בריאות העם. על פי הפקודה טעון כל בית חולים רישום על ידי המנהל הכללי של משרד הבריאות. הרישום מותנה במספר תנאים המפורטים בפקודה. בית-חולים, שלא מילא אחרי הוראות הפקודה או שמנוהל בצורה שאין בה כדי להטיב את בריאותם ושלומם של החולים, ניתן לבטל את רישומו ועם זאת לסגור אותו.

באמצע 1966 בדק משרד מבקר המדינה את דרכי הפיקוח של משרד הבריאות על בתי חולים פרטיים, במיוחד מוסדות לחולי נפש. הביקורת העלתה ליקויים חמורים בתחום האשפוז בבתי חולים פרטיים ובהפעלת הפיקוח עליהם (ראה דו"ח שנתי 17, עמ' 145). בהצעותיה של ועדת הכספים לדו"ח שנתי 17 של מבקר המדינה, כפי שאושרו על ידי מליאת הכנסת, נדרש משרד הבריאות לטפל בדחיפות בבעיה זו, להגביר ולייעל את הפיקוח על המוסדות ולנקוט במקרים הדרושים אמצעים מתאימים. עוד החליטה הוועדה לקבל את המלצות הביקורת בדבר הצורך לערוך סקר על בתי חולים פרטיים, אפשרויות האשפוז בהם ועל המצב הקיים והדרכים לשיפורו; עם קבלת הסקר — שצריך היה לסיימו תוך שישה חודשים — היה על המשרד לקבוע תכנית להעלאת רמתם של אותם מוסדות הזקוקים והראויים לכך ולמציאת פתרונות אלטרנטיביים לאלה שיש צורך בסגירתם (ראה דו"ח שנתי 18, עמ' 660).

— משרד הבריאות לא ערך את הסקר על בתי החולים הפרטיים ועל אפשרויות האשפוז בהם, כפי שנדרש על פי החלטת הכנסת.

2. על פי הוראות המנהל הכללי של המשרד מפברואר 1968 הוטל הפיקוח השוטף על בתי חולים פרטיים על לשכות הבריאות של המשרד. בהוראות נקבע, שתדירות הביקורים בכל מוסד תהיה בהתאם לצרכים הנקבעים לפי רמת המוסד, אך לא פחות משני ביקורים בשנה. על פי ההוראות יהיה הממונה על מוסדות חוץ בשירותי הריפוי של המשרד אחראי לרישומם של בתי החולים, והוא גם שישמש במקרה הצורך יועץ לרופאי לשכות הבריאות. על מוסדות פרטיים לחולי נפש מפקח גם צוות פיקוח ארצי בן שלושה עובדים — אמרכל, אחות, המועסקת בחצי משרה ובאיזור ירושלים בלבד, ומפקחת משק — הפועל במסגרת הנהלת שירותי בריאות הנפש. לא נקבעו תחומים ברורים בין הפיקוח האזורי, המבוצע על ידי לשכות הבריאות, לבין הפיקוח הארצי. לעתים רחוקות מבקרים בבתי חולים פרטיים גם הפסיכיאטרים המחוזיים של המשרד.

— בדיונים, שהתקיימו בסוף 1968 וראשית 1969 בהשתתפות הנהלת שירותי בריאות הנפש, רופאי מחוז המרכז ונציגי קופת החולים הכללית, נדונו בעיות הפיקוח על מוסדות פרטיים. המשתתפים בדיונים עמדו על חוסר התיאום בין הגורמים המפעילים פיקוח, על תדירות נמוכה מדי של מספר הביקורים, ועל טיב הפיקוח, שכמעט שאינו מתייחס למצבו של החולה עצמו. בעקבות הדיונים הוחלט על הקמת ועדה מקצועית, שתעבד נוהל מפורט לפיקוח על בתי החולים הפרטיים; עד סוף 1970 לא הוכן נוהל כזה.

— רופאי לשכות הבריאות ערכו ביקורי פיקוח בבתי החולים לעתים נדירות בלבד; בדרך כלל הם לא ערכו דו"חות על ביקורים ולכן לא ניתן לקבוע את ההיקף המדויק של ביקוריהם וממצאי הביקור ומה היו הצעדים שננקטו לתיקון הליקויים.

— הביקורים של צוות הפיקוח הארצי נעשו ללא תכנית קבועה ולא כללו ביקורי פתע בימי מנוחה או בלילות. גם היקף הביקורים היה מצומצם. לא הונהגו דפוסים קבועים לביקורת מעקב אחרי תיקון הליקויים, שהועלו בביקורי הפיקוח, הן של עובדי לשכות הבריאות והן של צוות הפיקוח הארצי שבשירותי בריאות הנפש.

בתכנית המשרד על מערך האשפוז לחולי נפש עד 1980, המבוססת על מספר המיטות הקיים בסוף 1970 במוסדות הפרטיים, נקבע, שיש לקיים צוותות פיקוח — ארצי ומחוזיים — על מוסדות פרטיים בהיקף של 27 משרות. מהממצאים על הפיקוח עולה, שהתקן הנוכחי נקבע ללא כל התחשבות במצב הדרוש למילוי הולם של תפקיד חשוב

זה, והמשרד אף לא ניגש להפעיל פיקוח של ממש בתחום זה, על אף שגם פיקוח כזה אין בו כדי להבטיח את הרמה הדרושה.

- לשם הדרכתם של בתי חולים פרטיים ופיקוח עליהם, הפעיל משרד הבריאות ב-1964 שיטת אימוץ, שלפיה בתי החולים הממשלתיים, הנמצאים בקרבת מקום לבתי החולים הפרטיים, קיימו מגע ושיתוף פעולה אתם. עוד בדו"ח שנתי 17 (עמ' 146) נקבע, על פי דו"חות שהגישו המפקחות מטעם שירותי בריאות הנפש שבמשרד הבריאות, שהפיקוח של בתי החולים הממשלתיים המאמצים לגבי מרביתם של בתי החולים שאומצו, לא היה בו, כדי להעלות במידה מספקת את רמתם הרפואית או המשקית. הביקורת הנוכחית העלתה, שמספרם של בתי חולים מאומצים הצטמצם משישה לשלושה, וזאת הואיל ולפי הודעת משרד הבריאות, העומס המוטל על בתי החולים הממשלתיים לא איפשר להם להקדיש לאימוץ במידה מספקת זמן וכוח אדם.

- ממסמכי המשרד עולה, שבחוב המוסדות הפרטיים היו התנאים הפיסיים ורמת הטיפול לקויים: חסר ציוד רפואי; לא כל החולים שהיו זקוקים לטיפול על ידי ריפוי בעיסוק קיבלו אותו. הלבוש והמוון של החולים לא היו מספיקים בחלק מהמוסדות. עוד הועלה, שקיים מחסור חמור בכוח אדם גם במוסדות הפרטיים ובמיוחד כוח אדם מקצועי, כמו רופאים, פסיכולוגים, עובדי ריפוי בעיסוק ועובדים סוציאליים. בניגוד להוראות פקודת בריאות העם לא היתה באמצע 1970 אחות מוסמכת באף אחד מבתי החולים הפרטיים (ראה גם דו"ח שנתי 20, עמ' 195).

על המצב החמור בבתי חולים פרטיים ניתן גם לעמוד מדברי ההסבר לתכנית מערך האישפוז לחולי נפש לשנים 1969—1980, שבהם נקבע, כי אשפוז חולים במוסדות פרטיים אינו רצוי עקרונית, ומן הצורך להפעיל בכל ההקדם מיטות חסות ליד כפרי העבודה הממשלתיים.

- במרבית המוסדות הפרטיים עלתה התפוסה על התקן שאושר להם על ידי משרד הבריאות והיא הגיעה בממוצע ל-119%. במוסד אחד היתה התפוסה באמצע 1970—254%. בין המוסדות שבהם היתה תפוסה מעל התקן המאושר, היו כאלה, שלגביהם הועלו בדו"חות הפיקוח ליקויים חמורים בתחומים שונים. כתוצאה ממחסור במקומות אשפוז לא נקט המשרד צעדים כדי למנוע את הסטיות מהתקן, גם כאשר הן היו גדולות. בהקשר זה קבע מבקר המדינה עוד בדו"ח שנתי 17 (עמ' 148), כי לשמירה על התקן בבתי חולים פרטיים נודעת חשיבות בשים לב לכך, שבדרך כלל נמצא החולה זמן ממושך במקום אשפוזו. אין ספק, שחריגה מתקן המיטות שאושר גורמת הרעת רמתו הרפואית, התברואית והמשקית של המוסד, מה עוד שיש להבית, שנוכח המצוקה השוררת מזמן בתחום האישפוז נקבע מראש תקן אגב ניצול מירבי של השטח שברשות המוסד.

3. בתקופה מאוקטובר 1960 עד מארס 1963 בדק צוות שיקום של משרד הבריאות את מצבם של 1,941 חולים, שהיו מאושפזים בבתי חולים פרטיים. בבדיקה נמצא, כי 572 (כ-30%) מהחולים היו בעלי יכולת שיקומית והיו זקוקים למוסדות הנותנים טיפול יותר פעיל. מאז סיום פעולתו של צוות השיקום לא נערך מבצע נוסף מסוג זה. במצב זה נמצאים במוסדות החסות חולים רבים, שניתן היה לשקמם, לו היו מועברים למוסדות המתאימים.

הסדרים כספיים

הוצאות האשפוז של חולי נפש במדינה ממומנות ברובן על ידי משרד הבריאות. עיקר ההוצאה היא על האשפוז בבתי החולים הממשלתיים, וההשתתפות של החולה או של

קופת החולים היא קטנה. משרד הבריאות גם מעניק תמיכה להחזקת מוסדות ציבוריים לחולי נפש — לרבות אלה של קופת החולים הכללית — בשיעור של 1,640 ל"י למיטה לשנה; ב־1969/70 הסתכמה תמיכה זו ב־1,043,000 ל"י לערך.

1. לפי התנאים של קופת החולים הכללית זכאים חבריה, במקרה של מחלת נפש, לאשפוז ללא תשלום במשך תקופה שלא תעלה על שנתיים. על פי הסכם מ־1961 בין משרד הבריאות לבין קופת החולים הכללית, חולים שהם חברי הקופה, ויהיו מאושפזים במשך שנתיים במוסד פרטי על חשבון הקופה, או בבית חולים של הקופה, יאושפזו לאחר שנתיים על חשבון משרד הבריאות. במקרים אלה גובה המשרד החל מהשנה השלישית השתתפות בדמי האשפוז מהחולה או ממשפחתו, לפי יכולתם החומרית.

לעומת זאת נקבע בהסכם מ־1959 בין משרד הבריאות לבין הקופה, שהיא תשלם בעד אשפוזי חבריה בבתי חולים ממשלתיים דמי אשפוז לתשעת החודשים הראשונים לאשפוזם, ולאחר מכן יחולו הוצאות החזקתם של חולים אלה על משרד הבריאות, בלא הגבלת זמן. כתוצאה מהסכם זה אין משרד הבריאות גובה דמי השתתפות בהוצאות האשפוז מהחולה המבוטח בקופת חולים או ממשפחתו, לא רק בעד התקופה שמהחודש העשירי ועד החודש ה־24, אלא גם לאחר תקופה זו.

נושא זה נדון בעבר מספר פעמים על ידי מבקר המדינה (ראה לאחרונה דו"ח שנתי 19, עמ' 174). בעקבות הביקורת ניהל משרד הבריאות החל ב־1962 משא ומתן עם קופת החולים הכללית לשינוי התנאים, וכן הוחל במשא ומתן בענין העברת בתי החולים לחולי נפש של הקופה לרשות המדינה. הביקורת הנוכחית העלתה, כי הדיונים עדיין לא סוכמו.

2. גובה דמי האשפוז, שמשרד הבריאות משלם לבתי חולים פרטיים, נקבע בדרך של משא ומתן, המתנהל לפי הצורך בין כל בית חולים פרטי לבין ועדה; בוועדה משתתפים סגן היועץ המשפטי של המשרד, אמרכל צוות הפיקוח על מוסדות חוץ, האמרכל של בית החולים לחולי נפש בבתי ים, ונציג אגף התקציבים שבמשרד האוצר. עוד מוזמנים להשתתף בדיוני הוועדה הפסיכיאטרים המחוזיים ונציג קופת החולים הכללית. דמי האשפוז שנקבעו ב־1970 נעו בין 7.40 ל"י לבין 13.70 ל"י ליום.

עוד בדו"ח שנתי 17 (עמ' 148) ציין מבקר המדינה, שמשרד הבריאות לא קבע קריטריונים להנחיית הוועדה בקביעת דמי האשפוז. הביקורת הנוכחית העלתה, שלא חל שינוי ובתי החולים הפרטיים לא סווגו מבחינתם המקצועית. ממסמכי המשרד עולה, כי מצד בעליהם של בתי חולים פרטיים הופעלו על הוועדה לחצים לרבות פניות לערכאות ואיומים לסגור בתי חולים. במשפטים, שהוגשו נגד המשרד על ידי בעליהם של בתי חולים פרטיים, התקשה המשרד למצוא מומחה שיבסס את הסבירות של מחיר האשפוז ששולם לתובע בהשוואה למחיר יום אשפוז בבית חולים ממשלתי — שנע ב־1970/71 בהתאם לשונו הטיפול הניתן לחולים בין 14.60 ל"י לבין 33.40 ל"י — או אף בהשוואה למחיר שמשרד הבריאות משלם לבית חולים פרטי אחר. במצב זה נקבעים בסופו של דבר דמי האשפוז על פי לחץ המופעל על ידי בעל של בית חולים פרטי, ולא על פי תקנים קבועים וברורים.

*

ממצאי הביקורת משקפים מצב בתחום הרגיש והמעצב של הטיפול בחולי נפש, אשר אינו משביע רצון וודאי אינו הולם את הרמה, שבה ישראל רוצה היתה למצוא עצמה בכל הנוגע לחלושים בחברה. בשעה זו, האמצעים לשינוי מצב זה מיסודו, אינם בהישג

יד לא מבחינה כספית ולא מבחינת כוח האדם הדרוש, אלא שאסור שמגבלות אלה ירתיעו מעשיית המאמץ להביא, לפחות בהדוגה, לאותם שיפורים אשר אף באמצעים מצומצמים יחסית ניתן להגיע אליהם. מאמץ זה לא נעשה די הצורך. לדוגמה: תוספת לא גדולה של עובדים מקצועיים בתחנות לבריאות הנפש עשויה היתה להביא להגברת הטיפול המונע בחולים עוד בראשית מחלתם, ועל ידי כך להקטין את מספר החולים הזקוקים לאשפוז בבתי החולים; הדבר היה גם מביא ליתר תיאום בין בתי החולים לחולי נפש לבין התחנות לבריאות הנפש, בכל הקשור לטיפול העוקב אחרי חולים שהשתחררו מבתי החולים. דוגמה נוספת בולטת היא המצב במוסדות הפרטיים לאשפוז חולי נפש, שעל הצורך בהגברת הפיקוח עליהם עמדה הכנסת בעקבות הביקורת הקודמת, שנערכה עוד ב-1966. באין אפשרות לוותר על שירותם של אותם מוסדות המופעלים על בסיס עיסוק, ובמקרים רבים ללא רמה רפואית רצויה, היה צורך להפעיל לגביהם לפחות פיקוח יעיל מבחינה רפואית ומבחינה מינהלית, ומתן הדרכה פעילה על ידי רופאים מומחים, שיקבלו עידוד להקדיש לכך את מאמציהם. עוד מצביעים הממצאים על הצורך ביתר תיאום בין הגורמים השונים במשרד הבריאות עצמו, וכן בינו לבין משרד הסעד לגבי הטיפול במספר סוגים של חולי נפש.

לדעת הביקורת, יש אפוא לדרוש שמדי שנה בשנה ייעשו צעדים ניכרים לקראת שיפור המצב, גם אם השגת המטרה במלואה היא עניין לטווח ארוך. תכניות המשרד, ובמקביל גם התקציבים, צריכים להראות שהועלה מקומו של הנושא בסדר העדיפויות של המשרד, בהיותו נושא שרק גורם ממלכתי יכול לטפל בו כראוי.

מחקרים רפואיים

ביחידות מקצועיות שונות של משרד הבריאות, ובמיוחד בבתי החולים ובלשכות הבריאות, מבוצעים מחקרים בענפי רפואה שונים. מרכז המחקר הוא לרוב מנהל מחלקה או רופא ראשי בבית חולים, והוא נעזר בדרך כלל בעובדים ארעיים — מקצועיים ומינהליים — המועסקים על פי חוזה מיוחד. ההוצאה לביצוע המחקרים מכוסה בחלקה הגדול מקרנות בחוץ לארץ ובחלקה מקרנות וממענקים מקומיים, בעיקר מהמועצה הלאומית למחקר ולפיתוח (על המועצה ופעולותיה ראה דו"ח שנתי 19, עמ' 155). גם התקציב של משרד הבריאות כולל בכל שנה הקצבה לביצוע מחקר רפואי שימושי.

הטיפול המינהלי והכספי הכרוך בביצוע המחקרים הממומנים ממענקים נעשה במסגרת "קרן מחקרים רפואיים על יד משרד הבריאות" (ראה להלן), ואילו הטיפול במחקרים הממומנים מתקציב המשרד מרוכז בלשכת המנהל הכללי.

על פי המאזנים של "קרן המחקרים" נתקבלו בה מאז הקמתה ב-1963 עד סוף 1969/70 מענקי מחקר בסך כולל של 6,122,200 ל"י והוצא סך 5,784,000 ל"י. עבור מחקרים שבסוף מארס 1970 היו בתהליך ביצוע בבית החולים תל השומר — בחלקם עוד מראשית 1967 — קיבל בית החולים מענקים שלא מהקרן, 6,068,200 ל"י בקירוב, והוא הוציא עליהם סך 3,899,200 ל"י. ההקצבה למחקר מתקציב המשרד הסתכמה בכל אחת מהשנים האחרונות ב-110,000 — 120,000 ל"י לערך.

בסוף 1969 ובמחצית הראשונה של 1970 בדק משרד מבקר המדינה, לסירוגין, את טיפולו של משרד הבריאות במחקרים רפואיים; חלק מהנתונים עודכן לסוף אוקטובר 1970.

הביקורת נערכה בהנהלת המשרד, בקרן למחקרים רפואיים, ובבית החולים תל השומר. נבדקו בעיקר המערך הארגוני לביצוע המחקרים, הצד המינהלי והכספי של פעולות הקרן וטיפול המשרד במחקר שימושי*.

המערך הארגוני

1. הקרן למחקרים רפואיים הוקמה ליד משרד הבריאות, בהסכמת החשב הכללי, בינואר 1963, כאגודה על פי החוק העותומני, כדי לעודד ביצוע מחקרים רפואיים ולרכז את מענקי המחקר, שקיבלו החוקרים ביחידות השונות של המשרד. חברי הקרן הם עובדים בכירים בהנהלת משרד הבריאות ורופאים מבתי חולים ממשלתיים.

בביקורת שערך משרד מבקר המדינה בספטמבר 1965 בבתי החולים הממשלתיים התברר, שלא כל הכספים של מענקי המחקר, שבהם זכו רופאיהם, רוכזו בקרן; הרישומים הכרוכים בכספי המענקים התנהלו מחוץ למערכת החשבונות של הקרן והמוסד, ועל קבלת הכספים והוצאתם לא דווח לקרן. בעקבות הביקורת הודיע משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה בינואר 1966, שהטיפול המינהלי והכספי במחקרים יועבר לידי ההנהלות של המוסדות, שבהם נערכים המחקרים, וכי הוטל על הנהלת הקרן להדריך אותן ולפקח על פעולותיהן המינהליות והכספיות.

ביקורת חוזרת שנערכה בסוף 1967 בבתי החולים הממשלתיים תל השומר, רמב"ם בחיפה ובית חולים יפו, שבהם נערכים רוב המחקרים, העלתה: בבית החולים תל השומר בוצעו המחקרים כמקודם מחוץ למסגרת הארגונית של הקרן; בית החולים רמב"ם פעל בדרך כלל על פי ההסדר שנקבע, להוציא מענקים, שהגיעו אל בית החולים באמצעות אגודה, הפועלת לידו לפיתוח וקידום המדע והמחקר הרפואי, שעל קבלתם וניצולם לא הודיע בית החולים לקרן; כספי המענקים, שנתקבלו בבית החולים ביפו, רוכזו, בהתאם להסדר שנקבע, בחשבון בנק של הקרן (ראה דו"ח שנתי 16, עמ' 152 ודו"ח שנתי 18, עמ' 184).

2. בשנים 1968 ו-1969 קויימו בין הנהלת משרד הבריאות לבין עובדי המחקר בבתי החולים השונים, ובעיקר בבית החולים תל השומר, דיונים על הצורך בשילוב כל המחקרים במסגרת הקרן. בעקבות הדיונים הוקמו סניפים של הקרן — בראשית 1969 בבית החולים תל השומר, ובסוף 1969 בבית החולים אסף הרופא. בהתאם למגמת השילוב נבחרו על ידי האסיפה הכללית של הקרן, שהתכנסה בפברואר 1969, לוועד המנהל שלה נציגים מאותם בתי חולים.

על פי מערכת היחסים החדשה בין הנהלת הקרן לבין הסניפים, כפי שנקבעה בהוראות המנהל הכללי של המשרד מנובמבר 1969, ניתנה לסניפים סמכות לנהל באורח עצמאי את ענייני המחקרים המבוצעים בהם.

— גם לאחר הסדרים אלה, היו חריגות מההוראות שנקבעו, בסדרי הטיפול במחקרים, שנערכו בבתי החולים תל-השומר, רמב"ם ויפו:

(א) בית החולים תל-השומר המשיך לקבל מענקי מחקר שלא באמצעות הקרן ובלא לדווח על קבלתם. רק בתחילת 1969 התחיל בית החולים לדווח להנהלת הקרן על המענקים, שקיבל לביצוע מחקרים, אולם בניגוד להוראות לא הגיש לה תקציב הוצאות מפורט; אף על פי שלרשות בית החולים עמדו סכומים ניכרים לביצוע מחקרים — ב-31.3.1970 בהיקף של יותר משני מליון ל"י — הוא לא ערך ריכוז של הכנסותיו והוצאותיו בדו"ח כספי, חודשי או שנתי. הנהלת הקרן לא הפעילה פיקוח על ביצוע

* ראה גם בדו"ח זה מחקרים במשרד הסעד, עמ' 416; מחקרים במשרד הפיתוח, עמ' 489; ולשכת המדען הראשי, עמ' 672.

המחקרים בבית החולים, ורואה החשבון שלה לא בדק את החשבונות המתייחסים אליהם. על השימוש בכספי התקורה של המחקרים השונים החליט כל חוקר בנפרד, תוך התייעצות עם מנהל בית החולים בלבד. רק בראשית 1970 החליטה הנהלת סניף תל-השומר לבקש מהחוקרים להעביר את כספי התקורה של מחקריהם לחשבון תקורה מרכזי של הסניף, ולהשתמש בהם על פי החלטתה. הוראת המנהל הכללי מ-1969, שלפיה יועבר חלק מכספי התקורה לקרן הכללית שליד הנהלת הקרן, לא מומשה עד סוף אוקטובר 1970. בית החולים גם לא דיווח להנהלת הקרן על קבלת עובדים או על הפסקת עבודתם. החל באמצע 1970 חל שיפור בניהול החשבונות של הסניף; הסניף התקשר עם רואה חשבון, שבהדרכתו הופעלה מערכת חשבונות מסודרת, המאפשרת דיווח כספי מפורט על ההכנסות וההוצאות הן לחוקרים והן להנהלת הקרן ולגוף המממן. הסדרים אלה יקלו על הנהלת הקרן לפקח על הפעולות הכספיות של הסניף.

(ב) בית החולים רמב"ם מעביר לקרן את מענקי המחקר שהוא מקבל, והקרן משלמת את ההוצאות המחקרים המבוצעים בבית החולים, לרבות משכורת העובדים. לעומת זאת, לא קיבלה הקרן, כמקודם, דיווח על המחקרים, שבוצעו בבית החולים בסיוע האגודה הפועלת לידו.

(ג) בית החולים הממשלתי יפו מעביר את כספי המענקים המיועדים למימון המחקרים המבוצעים בו להנהלת הקרן. הנהלת הקרן מעבירה לבית החולים דמי מחזור למימון ההוצאות, אולם אין היא מקבלת ממנו פרטים על התקציב, שנקבע לכל אחד מהמחקרים. היא אינה מקבלת גם פרטים על כוח האדם המועסק בביצוע המחקרים, כך שאין לה פיקוח על תנאי העסקתם של העובדים. הדו"חות הכספיים, שהנהלת הקרן מקבלת מבית החולים הם כלליים וללא פירוט, דבר המקשה על קיום פיקוח על ההוצאות בסעיפים השונים; ההכנסות וההוצאות של המחקרים לא נבדקו על ידי רואה החשבון של הקרן.

במגמה לתת לנושא המחקרים את המשקל הראוי לו ולהביא לשליטה מרכזית יותר טובה בתחום זה, נקטו הנהלת משרד הבריאות והקרן בצעדים הבאים: בנובמבר 1969 הוקמה ליד הקרן ועדה מדעית, שתפקידה ליווה מחקרים, למיין בקשות לקבלת מענקי מחקר ולהחליט עליהן, וכן לעקוב אחר ביצוע המחקרים. בהסתמך על המלצות הוועדה הציבורית לארגון המחקר הממשלתי וניהולו, שבראשותו של הפרופ' א. קצ'לסקי, מדצמבר 1968, והחלטות ועדת השרים למדע וטכנולוגיה מיולי 1969, מינה שר הבריאות בספטמבר 1970 מדען ראשי במשרד הבריאות.

קרן מחקרים רפואיים

מטרותיה של הקרן, כפי שנקבעו בתקנותיה, הן ליווה, לעודד, לסייע ולבצע מחקרים רפואיים קליניים, מעבדתיים, הן שימושיים והן בסיסיים, ומחקרי שדה, בכל ענפי המדע הרפואי. הקרן רשאית לקבל מענקים מאישים, מגופים וממוסדות בארץ ובחוץ לארץ, לביצוע מחקרים וכן תרומות — בכסף וברכוש — מתורמים שונים ולהשתמש בהם למטרותיה.

על הקרן לרכז את כל כספי המענקים המתקבלים לביצוע מחקרים. מאז מועד הקמתה עד סוף מארס 1970 בוצעו באמצעותה, בהוצאה של 5.8 מליון ל"י, 50 מחקרים בקירוב. תוך פעילותה של הקרן מצטברים בידיה כספים הנהפכים להון עצמי שלה, ומתרכזים בחשבון הנקרא "קרן כללית". הקרן הכללית גיוונה מכספי התקורה של המחקרים ומריבית על פקדונותיה בבנקים. כספים אלה משמשים לכיסוי ההוצאות המינהליות של הנהלת הקרן, לכיסוי גרעונות המתהווים במחקרים ולמימון מחקרים שעבורם לא נתקבלו מענקים. יושב

ראש הקרן הוא המנהל הכללי של משרד הבריאות, ובתפקידי מזכיר וגזבר משמשים שני סגנים של המנהל הכללי. משרדה של הקרן בירושלים; מועסקים בה ששה עובדים. על פי התקנון יועסקו עובדי הקרן, שהם עובדי מדינה, על פי ההוראות החלות על עובדי מדינה.

הגופים המנהלים

המוסדות המנהלים של הקרן הם האסיפה הכללית והוועד המנהל. תפקידי האסיפה הכללית הם לאשר את התקציב, את המאזן השנתי ואת תכניות הפעולה; לבחור את הוועד המנהל וועדת ביקורת וכן לאשר את הדו"ח של ועדת הביקורת ואת מסקנותיה. תפקידו של הוועד המנהל לנהל את עסקי הקרן בהתאם למטרות שנקבעו ובהתאם לתכניות הפעולה, המתאשרות מדי פעם בפעם על ידי האסיפה הכללית.

— על פי התקנות, על האסיפה הכללית להתכנס לפחות פעם בשנה ולא יאוחר מ-14 חודש מיום האסיפה הכללית הרגילה הקודמת. נתברר, כי האסיפות הכלליות של הקרן לא התקיימו בתדירות שנקבעה בתקנות: שתי האסיפות האחרונות התקיימו בהפרש זמן של שלוש שנים בקירוב — האחרונה התכנסה בפברואר 1969, וזו שלפניה ביוני 1966; עד סוף אוקטובר 1970, לא התקיימה אסיפה כללית נוספת. שתי האסיפות שהתכנסו לא דנו על תקציב הקרן ועל מאזניה, כנדרש. בינואר 1971 הודיע משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה, שנקטו צעדים לתיקון המצב והאסיפה הכללית הקרובה תתכנס בסוף ינואר 1971.

— הקרן לא ניהלה פנקס חברים, כנדרש בחוק העותומני של האגודות. במצב זה אין בידי מזכיר הקרן מסמך המפרט את שמות החברים, שיש להומינם לאסיפות הכלליות. לאסיפה מ-1966 ו-1969 לא הוזמנו כל החברים שצורפו במשך השנים לקרן; כך, למשל, השתתפו באסיפה, שהתקיימה ביוני 1966 רק 5 חברים, בעוד שלפי המסמכים שבתיקי הקרן הגיע מספר החברים לפחות ל-15. באסיפה, שהתקיימה בפברואר 1969, אף הודיע יושב ראש הקרן, שייתכן כי רשימת המוזמנים לאותה אסיפה לא הייתה מושלמת.

— על פי התקנות מונה הוועד המנהל של הקרן שבעה חברים, ועליו לקיים את ישיבותיו לפחות אחת לחודש. למעשה הייתה תדירות התכנסותו גמוכה במידה ניכרת מהנדרש: ב-1967 התקיימו שתי ישיבות בלבד; ב-1968 שש ישיבות; ב-1969 — חמש ישיבות; ב-1970, עד מועד סיום הביקורת, באוקטובר, הוא התכנס לישיבה אחת בלבד. בסוף 1969 הוכנה הצעה לשינוי התקנות, שלפיה יתכנס הוועד המנהל, במקום אחת לחודש, לא פחות מאשר אחת לשלושה חודשים, אולם ההצעה לא אושרה עדיין על ידי האסיפה הכללית.

— התקנות קובעות, שהוועד המנהל רשאי להסמיך את חבריו לבצע בשמו פעולות מסוימות, שהן בתחום סמכותו, פרט להתחייבויות כספיות; עוד נקבע, כי החלטות הוועד יתקבלו ברוב דעות. נתברר, שהמנהל הכללי של משרד הבריאות אישר מתן מענקי מחקר מהקרן, בלא שהדבר נדון ואושר בישיבות הוועד.

בין תפקידיה של האסיפה הכללית, נמנית בחירת ועדת ביקורת. על פי תקנות הקרן תבקר הוועדה את הפעולות של הוועד המנהל ושל חבריו, שהוסמכו על ידו, לביצוע פעולות מיוחדות, וכן פעולות של כל מי שהוסמך על ידי האסיפה הכללית או על ידי ועדה לבצע פעולות למען הקרן או מטעמה.

— האסיפה המכוננת של הקרן בחרה בפברואר 1963 ועדת ביקורת, אך היא לא נתכנסה אפילו לישיבה אחת. בראשית 1969 נבחרה ועדת ביקורת חדשה, אך גם היא לא התכנסה.

עד מועד הביקורת באוקטובר 1970. אמנם מעסיקה הקרן רואה חשבון, אך בהעדר הפעילות של הוועדה יש לראות מחול חמור, במיוחד נוכח ההיקף הכספי הניכר של פעולות הקרן. גם מייסדי הקרן ראו בפעולתה של ועדת הביקורת עניין חשוב, ובתקנות נקבע, שאם התפטר חבר מחברי ועדת הביקורת או נבצר ממנו להשתתף בפעולותיה, על הוועד המנהל לכנס אסיפה כללית מיוחדת לשם השלמת הרכבה של הוועדה.

בינואר 1971 הודיע משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה, שוועדת הביקורת התכנסה לשיבה ראשונה באמצע דצמבר 1970.

מינהל וכספים

בשנים 1966/67 עד 1969/70 גדלה יתרת הקרן הכללית, הניזונה מכספי התקורה של המחקרים השונים ומריבית על פקדונות בבנקים, מ-114,093 ל"י ב-31.3.1966 ל-372,474 ל"י ב-31.3.1970, כתוצאה מעודף ההכנסה על ההוצאה (יתרה זו הניתה יותר גדולה, לולא הפרשות בסכום ניכר לחשבון "הוצאות שנצטברו" — ראה להלן). הסכומים, שהוצאו באותה תקופה לביצוע מחקרים ממקור הכנסה זה, הסתכמו ב-84,425 ל"י בלבד; סכום נוסף של 67,847 ל"י הוצא למימון גרעונות שהתהוו במחקרים שונים. להלן טבלה המראה את הפעילות הכספית של הקרן הכללית בתקופה האמורה (בל"י).

ה ה ר צ א ה							
עודף הכנסה על הוצאה	ס"ה ההוצאה	הוצאות אחרות	הוצאות כלליות (ארגוניות)	כיסוי גרעונות מחקרים	הקצבות למחקרים	ההכנסה	
114,093 ⁽¹⁾	—	—	—	—	—	114,093 ⁽¹⁾	1965/66
92,983	34,022	18,685	15,337	—	—	127,005	1966/67
29,976	118,048	8,698	20,964	41,218	47,168	148,024	1967/68
100,015	100,182	44,730	35,973	4,723	14,756	200,197	1968/69
35,407	110,026	26,915	38,704	21,906	22,501	145,433	1969/70
372,474	362,278	99,028	110,978	67,847	84,425	734,752	ס"ה

(1) עודף משנים קודמות.

לדעת הביקורת, היה על הוועד המנהל לעיין באפשרות לייעד חלק גדול מסכומים אלה למימון מחקרים נוספים, במיוחד נוכח העובדה, שבקשות רבות לקבלת מענקי מחקר מתקציב משרד הבריאות נדחו (ראה להלן).

קבלת העובדים לביצוע המחקר נעשית על ידי החוקר האחראי. העובדים מתקבלים במעמד ארעי, לפי הדירוג המקובל במשרד הבריאות, והם מועסקים על פי חוזה מיוחד עם הקרן, הנערך בדרך כלל לתקופה של שנה אחת ומוארך לתקופות נוספות עד לגמר ביצוע המחקר. ב-1970 הועסקו על ידי הקרן במחקרים השונים כ-90 עובדים.

— בכמה מקרים חודשו חוזים להעסקת עובדים זמן ניכר אחרי תום תוקפו של החוזה הקודם.

— בכמה מקרים שילמה הקרן הוצאות נסיעה לחוץ לארץ של חוקרים שהיו עובדי מדינה, בלא שנסיעות אלה אושרו על ידי הוועדה הבינמשרדית לנסיעות פקידים לחוץ לארץ.

למספר עובדים שילמה הקרן הוצאות אש"ל בסכומים גלובאליים, ללא הגשת חשבונות מפורטים.

ניהול חשבונות

הקרן מחזיקה את כספיה בבנקים בשלושה חשבונות: שני חשבונות עו"ש, אחד לתשלום משכורות לעובדים ואחד לתשלום הוצאות שוטפות; בחשבון השלישי — חשבון פקדון, הנושא ריבית של 10% ויותר — מפקידה הקרן את הכספים, שאינם דרושים לתשלום הוצאות- שוטפות במשך תקופה ארוכה יחסית. להלן נתונים על יתרת החשבונות לסוף כל אחת משנות הכספים 1968/69 ו-1969/70 (בל"י).

התאריך	חשבונות עו"ש	חשבון פקדון
31.3.1968	173,589	1,080,000
31.3.1969	318,418	575,729
31.3.1970	91,348	915,000

- תשלומי הקרן נרשמו בספר הקופה בצורה בלתי סדירה: בניגוד לכללים חשבונאיים, שלפיהם יש לנהל רישום שוטף של התשלומים, רשמה הקרן את תשלומיה, שמספרם מגיע למאות בשנה, באיחור ולא סמוך לביצועם. כך נעשו הרישומים ב-1968/69, שהתייחסו למשיכות מחשבון אחד, בתשעה מועדים, וב-1969/70 — בשבעה מועדים. יתר על כן, יתרות הפתיחה של הקופה לשנים 1968/69 ו-1969/70 נרשמו בסוף השנה, במקום בהתחלת השנה. במקביל לכך נעשו גם רישומי ההוצאות בכרטיסי החשבון של המחקרים השונים — המנוהלים לפי סעיפי הוצאה לכל מחקר — באורח לא סדיר ובצורה שהקשתה על השוואת ההוצאות לכל סעיף מהתקציב שאושר. במצב זה לא ניתן לדעת בכל עת, מהו מצב הקופה ואילו סכומים הוצאו על כל מחקר, מידע הדרוש לקיום פיקוח נאות על ההוצאות במסגרת התקציב שנקבע.

- בניגוד לכללים מקובלים בניהול חשבונות, לפיהם יש להתאים את יתרות הבנקים עם ספרי החשבונות לעתים מזומנות, מספר פעמים בשנה, ערכה הקרן התאמות בנק ב-1968/69 ו-1969/70 רק פעם אחת בשנה. לגבי איגודים ממשלתיים קובעים הקווים המנחים לרואה חשבון — בהתאם לסעיף 13 (2) של חוק מבקר המדינה — שיש להתאים את יתרות הבנקים לפחות לסוף כל חודש.

- הקרן לא ניהלה רישום, שיאפשר לה לעקוב אחרי הכספים שבחשבון הפקדון ויראה במיוחד את תאריך ההפקדה, את גובה הריבית ותאריך סיום ההפקדה. רישום זה דרוש, כדי לאפשר תכנון בעוד מועד של השימוש בכספים שישתחררו. במצב זה נשארה ההחלטה על דרך השימוש בכספים בידי הבנק: כך הפקיד הבנק על דעת עצמו מתוך פקדינות בסך 200,000 ל"י ו-300,000 ל"י שזמן פרעונו הגיע, סכום כולל של 300,000 ל"י בחשבון פקדון ואת יתרת הכספים העביר לחשבון עובר ושכ. במקרה אחר נשאר בחשבון עובר ושכ סכום של יותר מ-250,000 ל"י שנשא ריבית של 2% בלבד לעומת 10% בחשבון פקדון — יותר מחודשיים.

- חלו איחורים ניכרים בהכנת המאזנים של הקרן: המאזן ל-31.3.1966 הושלם בסוף 1967; ל-31.3.1968 בינואר 1969; ול-31.3.1969 ביוני 1970; רק המאזן

ל-31.3.1970 הושלם תוך פחות מחצי שנה לאחר גמר שנת הכספים. האיחור בהשלמת המאזנים היה מונע מהוועד המנהל של הקרן להגיש מאזנים עדכניים לאסיפה הכללית, גם לו התכנסה במועדים, שנקבעו בתקנון הקרן.

מאזנים מרוכזים

הטבלה הבאה מראה את המאזנים המרוכזים של הקרן לסוף כל אחת משנות הכספים 1967/68 עד 1969/70, כפי שרוכזו ומיינו במהלך הביקורת על פי הדוחות הכספיים של הקרן.

מאזנים מרוכזים (בל"י)

31.3.1968	31.3.1969	31.3.1970	
			אקטיב
262,341	328,026	386,188	רכוש קבוע
601,635	484,274	357,418	מחקרים בתהליך ביצוע
1,253,589	894,147	1,006,348	פקדונות לזמן קצוב ומזומנים בבנקים
106,895	80,935	31,598	חייבים שונים
2,224,460	1,787,382	1,781,552	סה"כ
			פסיב
262,341	328,026	386,188	קרן רכוש
237,052	337,067	372,474	קרן כלליה
1,501,710	823,086	695,628	הכנסה מיועדת לביצוע מחקרים
92,947	115,260	121,396	עתודה לפיצויים לעובדים
130,410	183,943	205,866	התחייבויות שוטפות
2,224,460	1,787,382	1,781,552	סה"כ

הערות למאזנים

רכוש קבוע — 386,188 ל"י

סכום זה מייצג לפי העלות מבנים וציוד, הקשורים בביצוע המחקרים, כשמודל עומדת בפסיב קרן רכוש. למעשה מקור הרכוש הוא ההכנסה לביצוע מחקרים ומשום כך לא ניתן לראות בקרן התחייבות כל שהיא. הואיל ובין משרד הבריאות לבין המממנים את המחקרים קיימים הסכמים, שלפיהם עובר הרכוש הקבוע הנותר, אחר ביצוע המחקרים, לבעלות המדינה, וחלק ממנו כבר עבר לבעלותה, אין בהצגה מאזנית זו מתן ביטוי לתנאי זה בהסכמים בדבר רישום הציוד בספרי מלאי (ראה להלן).

מחקרים בתהליך ביצוע — 357,418 ל"י

סכום זה מייצג את כלל ההוצאות על המחקרים השוטפים. עם גמר מחקר מתקוות ההוצאות עליו עם הסעיף בפסיב "הכנסה מיועדת לביצוע מחקרים".

במאזנים של שלוש השנים האחרונות הופיעו סכומים שונים, שנעו בין 1,500 ל"י לבין 2,000 ל"י בקירוב, כסכומים להתאמה, שנבעו מיתרות זכות וחובה בסעיפים שונים. לדעת הביקורת, על הקרן לנקוט צעדים לבירור כל החשבונות לפני עריכת המאזן.

סעיף ההתחייבויות השוטפות כולל גם סכומים המוגדרים במאזני הקרן כ"הוצאות שנצטברו"; במאזן ל-31.3.1969 מופיע בחשבון זה סכום של 106,827 ל"י. לפי נתונים, שנמסרו למשרד מבקר המדינה, הרכב הסכום הוא כדלקמן (בל"י).

	הוצאות טלפון, שהצטברו במשך
34,227	מספר שנים
42,600	משכורת רופאים ואחיות
30,000	בניין
106,827	סה"כ

במאזן ל-31.3.1970 נרשמו הוצאות שנצטברו בסך 115,827 ל"י, והן כוללות גם את ההוצאות שנצטברו ל-31.3.1969, כפי שפורטו לעיל.

- הגדרת סכומים אלה כהוצאות שנצטברו, במסגרת הסעיף הכולל "התחייבויות שוטפות", אינה מבטאת את מהותם. הוצאות טלפון — במידה והבדיקה תקבע, שקיים חוב כלפי משרד הבריאות או משרד התקשורת — יש להציגן, בחלקן או בשלמותן, כהתחייבויות כלפי גוף מוגדר. אותו חלק של הוצאות הטלפון שאינו חוב, וכן שני הסכומים האחרים, מהווים למעשה עתודה מיועדת במסגרת הקרן הכללית.

מחקר רפואי שימושי

אישור מענקים ופיקוח על ביצועם

המחקרים, שבוצעו בתחום המחקר השימושי מתקציב משרד הבריאות, נקבעו על ידי המנהל הכללי של המשרד, על פי בקשות, שהוגשו לו מעובדים שונים, ובעיקר רופאים המועסקים בבתי החולים ובלשכות בריאות. בקביעת התכנית נעזר המנהל הכללי בוועדה מייעצת מקצועית, המורכבת ממספר רופאים בהנהלת המשרד. החל בתחילת 1970 נדונו הבקשות למענקי מחקר מתקציב משרד הבריאות על ידי הוועדה המדעית שמונתה בסוף 1969 (ראה לעיל).

ל-1968/69 הוגשו 43 בקשות לקבלת מענקי מחקר, בסכום כולל של 400,000 ל"י בקירוב, ומהן אושרו 22 בקשות בסכום כולל של 120,000 ל"י. ל-1969/70 הוגשו 45 בקשות, מהן אושרו 15, בסכום כולל של 80,000 ל"י. גובה המענק נע בין 1,000 לבין 10,000 ל"י לכל מחקר.

- תהליכי הטיפול בבקשות למענקי מחקר לא אפשרו לחוקרים להתחיל בהם סמוך ככל האפשר לתחילת שנת הכספים. החוקרים התבקשו להגיש את הצעות המחקר שלהם ל-1968/69 עד סוף מארס 1968; הוועדה המייעצת הגישה את המלצותיה למנהל הכללי באמצע יולי 1968, וההודעות על אישור המענקים נשלחו לחוקרים רק בראשית אוגוסט 1968. לגבי 1969/70 הוקדמו המועדים: את הצעות המחקר נדרשו החוקרים להגיש עד

אמצע מארס 1969; הוועדה הגישה את המלצותיה לקראת סוף יוני 1969, וההודעות לחוקרים נשלחו בתחילת יולי 1969. מדו"חות החוקרים על התקדמות מחקריהם עולה, שהעיכוב בקבלת האישורים גרם איחור בהתחלת המחקרים, הפסקה בביצוע מחקר, שהוחל בו בשנה קודמת, ואיחור בסיום מחקרים תוך התקופה שתוכננה. העיכוב היה גם אחת הסיבות לכך, שהתקציב לביצוע מחקרים נוצל בשיעור נמוך, כמפורט בטבלה הבאה (בל"י).

התקציב המקורי	התקציב על שינוי	הוצאה	העודף	
120,000	164,850	90,146	74,704	1966/67
120,000	184,700	109,616	75,084	1967/68
110,000	155,000	89,117	65,883	1968/69
110,000	137,640	67,824	69,816	1969/70

לצורך הפיקוח על ביצוע המחקרים נדרשו החוקרים לדווח ללשכת המנהל הכללי על מהלך מחקריהם, ולהגיש, עם סיום המחקר, דו"ח סופי מסכם.

– האישורים לביצוע המחקרים לא פירטו את התקופה, שבה ייערך המחקר ואת המועדים המשווערים לסיומם, ואמנם נמצאו מקרים, שמחקרים נמשכו תקופה ארוכה ואף מעבר לזמן, שהחוקרים קבעו בבקשותיהם לקבלת המענקים. החוקרים נדרשו להגיש דו"חות על התקדמות מחקריהם רק פעם אחת בשנה, דבר שלא אפשר מעקב שוטף אחרי ביצוע המחקרים; יתר על כן – לא נערך גם מעקב מספיק אחרי קבלת הדו"חות.

ציוד מחקרים בבתי חולים

בדו"ח שנתי 18 (עמ' 185) צוין, שציוד שנרכש מכספי המחקרים בשנים 1964 עד 1967 – בסך כ־200,000 ל"י, בבית החולים תל השומר ובסך כ־63,000 ל"י בבית החולים ביפו – לא נרשם בספרי המלאי של בתי החולים; הוצבע על הצורך שבתי החולים יגשו לשחזור הרכישות ויפעלו לרישום הציוד בספרי המלאי. ליקוי זה עדיין לא תוקן. ציוד רפואי בסך כ־74,000 ל"י וציוד משקי בסך כ־88,000 ל"י, שנרכש על ידי בית החולים תל השומר מכספי מחקרים בשנים 1968 ו-1969, לא נרשם בספרי המלאי עד תחילת 1970. החל מפברואר 1970 נרשם הציוד הרפואי באופן שוטף בספר מלאי נפרד לכל מחקר; לגבי ציוד משקי אינו קיים רישום נפרד, והוא נרשם בכרטיסי המלאי הקיימים ללא הבחנה, יחד עם הרכישות מכספי התקציב. במחקרים הנערכים בבית החולים ביפו מצוי ציוד, שנרכש בחלקו מכספי הקרן ובחלקו ממענקים, שנתקבלו באמצעות אוניברסיטת תל-אביב, ונמצא בבעלותה. אין ספר מלאי של הציוד, וברשימות המצאי, שהוכנו בינואר 1970, אינה קיימת הפרדה בין הציוד השייך לאוניברסיטה לבין הציוד השייך לקרן.

*

מהממצאים עולה, שהיו ליקויים רבים ובעלי משקל בניהול העניינים הכספיים של הקרן; לא ניתנה תשומת לב מספקת לצורכי הבידוק. במשך שנים לא היו לקרן מאזנים מעודכנים. עד אפריל 1970 מילא אדם אחד את תפקידיו של מנהל חשבונות ורואה חשבון. בכל אותו הזמן לא פעלה ועדת הביקורת, שהתקנון מייחס לה תפקיד נכבד. מן הראוי,

שהאחראים לאגודה, בתפקידיהם השונים, יתנו לגיהול הכספי את תשומת הלב הראויה ושוועדת הביקורת תמלא את תפקידה, ככל האפשר אף לגבי החשבונות של השנים שעברו.

המכון לבטיחות בדרכים

1. המכון הרפואי לבטיחות בדרכים הוקם בתחילת 1963. הוא פעל במסגרת בית החולים הממשלתי תל-השומר עד אוקטובר 1965, כשהועבר לתל אביב כיחידה עצמאית בשירותי בריאות הציבור שבמשרד הבריאות. תפקידו של המכון לבדוק בדיקה רפואית יסודית אנשים הנשלחים אליו כדי לקבוע, אם הם מסוגלים לנהוג רכב; רובם ככולם מופנים אליו על ידי משרדי הרישוי המחוזיים, לאחר שביקשו רשיונות נהיגה, והתעורר חשד לגבי כושרם הגופני או הנפשי, במיוחד על פי הרישומים הרפואיים בתעודת יוצא צבא שלהם. עוד נשלחים לבדיקה למכון, על פי בקשתם של בתי משפט או של המשטרה, בעלי רשיון נהיגה, שהתנהגותם בכביש, בדרך כלל עקב תאונה, עוררה חשד לגבי בריאותם. המכון עוסק גם בעריכת מחקרים בתחום פעולותיו.

2. לשנת 1969/70 נקבע למכון תקן של 10 משרות קבועות — מחציתן לעובדים מקצועיים — ותקציב ל-5 משרות. לעובדים ארעיים וזמניים — מהן שתיים לעובדים מקצועיים. נוסף על כך נעזר המכון דרך קבע ברופאים מומחים במקצועות השונים, בעיקר: כירורגיה, נאורולוגיה, קארדיולוגיה ופסיכיאטריה.

הוצאות המכון ממומנות מתקציב משרד התחבורה, המכסה חלק בכספי אגרות הנגבות מהמופנים לבדיקה אל המכון. ב-1968/69 הסתכמה הוצאת המכון בסך 237,610 ל"י, ש-113,441 ל"י ממנו כוסו על ידי הכנסות מנבדקים, וב-1969/70 בסך 239,590 ל"י, ש-113,702 ל"י ממנו כוסה על ידי הכנסות. ל-1970/71 נקבע למכון תקציב הוצאה בסך 308,000 ל"י.

3. במחצית הראשונה של 1970 ערך משרד מבקר המדינה ביקורת על פעולות המכון; בקשר לכך קוימו בירורים במשרדי הרישוי המחוזיים בירושלים, בחולון ובחיפה. נבדקו בעיקר נושאים אלה: מעמד המכון ותפקידיו; הפניית נבדקים למכון וסדרי העבודה בו; ההסדרים הארגוניים לפעולתה של ועדת הערר; ועריכת מחקרים רפואיים (בדבר ביקורת קודמת על נושא זה ראה דו"ח שנתי 15, עמ' 453 ודו"ח שנתי 16, עמ' 150; על פעולות משרדי הרישוי בתחום רישוי נהגים ראה להלן עמ' 537).

מעמד המכון ותפקידיו

המכון הוקם על פי המלצה של ועדת רופאים ומומחי תחבורה, שמונתה על ידי שר התחבורה, בתיאום עם משרד הבריאות. בדצמבר 1962, לאחר דיון על המלצות הוועדה, חתמו שר התחבורה וסגן שר הבריאות על זכרון דברים בדבר הפעלת המכון. בין השאר סוכם, שהיועצים המשפטיים של שני המשרדים יערכו סיכום מפורט בדבר הפעלתו של המכון, אולם סיכום כזה לא נערך.

באפריל 1963 החליטו המנהלים הכלליים של המשרדים האמורים, שהמכון יבדוק עברייני תנועה מועדים, מוגבלים וכל סוג אחר של נהגים, שלגביו ייקבע צורך בכך. מאז הוציא משרד הבריאות מדי פעם בפעם הוראות שעה ללשכות הבריאות המחוזיות והנפתיות —

שרופאיהן ועובדים אחרים בהן עורכים בדיקות של כושר ראייה ושמיעה למבקשי רשיונות נהיגה ובדקים את הרישום בתעודותיהם הצבאיות בדבר כושר בריאותם — כדי לקבוע את מי ממבקשי רשיונות נהיגה יש להפנות למכון. הוראות אלו התייחסו לליקויים בכושר הנפשי של המבקשים, ואילו לגבי ליקויים בכושר הגופני לא נקבעו באותה תקופה הנחיות להפנייה. נוסף על כך הפיץ המשרד בנובמבר 1964 בין לשכות הבריאות רשימות של ליקויי גוף ונפש, המחייבים הפניית מבקשי רשיונות נהיגה לבדיקה יסודית למכון. הרשימות עודכנו ותוקנו פעמיים.

עוד באמצע 1964 באה הנהלת משרד הבריאות לכלל הכרה, שיש צורך לעבד הנחיות קבועות ומפורטות לעבודת המכון והחליטה למנות לשם כך ועדה מיוחדת. הוועדה, בהרכב רופאים בכירים מהמשרד, מונתה על ידי המנהל הכללי בינואר 1965, ולפי כתב המינוי הוטל עליה לקבוע עקרונות בנושאים הבאים: סוגי המועמדים לנהיגה ברכב מנועי, שיש להפנות לבדיקה למכון; הנחיות רפואיות, שלפיהן יש לאשר או לשלול רשיון נהיגה לחולי מחלות מסוימות; כישורי המומחים, שיושרו ליעץ למכון; הפעלה או אי הפעלה של שלוחות המכון בחלקים נוספים בארץ; הנושאים למחקר מדעי ושימושי, שבהם יתרכז המכון; תחיקה או תקנות מתאימות לעבודת המכון ושלוחותיו, לרבות עבודתם של רופאי לשכות הבריאות ומשרדי הרישוי. על הוועדה היה לסיים את עבודתה תוך ששה חודשים, אך היא לא התכנסה אף לישיבה אחת, והמנהל הכללי ביטל בראשית מארס 1965 את מינויה.

— עד לסיום הביקורת לא מונתה ועדה אחרת לשם עיבוד הנחיות מפורטות לעבודת המכון. אף לא נקבע במפורש מעמד מחייב למכון במסגרת תקנות התעבורה, הדנות בבדיקות רפואיות של נהגים, אם כי לפי נהלי העבודה, שנקבעו למשרדי הרישוי בינואר 1966, המכון הוא הגוף, שאליו יש להפנות מבקשי רשיון נהיגה, שהם בעלי כושר בריאות לקוי. בהעדר סיכום מחייב ומפורט בין משרד הבריאות לבין משרד התחבורה בקשר לפעולתו של המכון נתגלו אי בהירויות לגבי תפקידיו וסמכויותיו של המכון וכתוצאה מכך קשיים בתחום התיאום בין המכון לבין משרדי הרישוי. כן הועלו מקרים, שמבקשי רשיון נהיגה, שנפסלו בעבר לקבלת רשיון בעקבות ממצאי המכון, קיבלו כתוצאה מהסדרים מינהליים לא תקינים במשרדי הרישוי, רשיון יותר מאוחר, על פי בקשה חדשה, בהעלימם את העובדה, שבקשתם הקודמת נדחתה בשל מצב בריאותם הלקוי.

מנהל המכון במכתבו אל אגף הרישוי במשרד התחבורה ואל משרדי הרישוי המחוזיים, מנובמבר 1967, עמד על הצורך להפנות לבדיקות במכון מקרים פסיכיאטריים, אפילו מקרים, שסוג הבריאות, שנקבע למופנים בצה"ל בשעתו, הועלה לאחר מכן לסוג בריאות הגבוה ביותר בצה"ל. לדעת מנהל המכון, סעיף הליקוי הרפואי, שנקבע על ידי הצבא, הגם שהוא נתון חשוב בקביעת הצורך להפניית מבקש רשיון לבדיקה במכון, הוא רק פרט אחד, ואין בו כדי להכריע את הכף לזכות הנבדק, וסוג הבריאות החדש, שנקבע בצבא אף הוא, אין בו ערובה, שהנבחן כשר מבחינה רפואית לנהיגה. משרדי הרישוי אינם נוהגים על פי הנחיות מנהל המכון, כאשר מדובר בעניין רפואי מובהק זה, והועלו מקרים, שמשרדי הרישוי העניקו רשיונות נהיגה למבקשי רשיון, שבקשתם לא אושרה בעבר על ידי משרדי הרישוי בעקבות ממצאי המכון, רק מפני שבינתיים הועלה סוג הבריאות שלהם (ראה פרטים להלן, עמ' 538).

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מסוף נובמבר 1970 הודיע משרד הבריאות, כי הדיונים עם משרד התחבורה יחודשו בכל הקשור להגדרת ולקביעה של מעמד חוקי למכון במסגרת תקנות התעבורה, וגם למתן הנחיות מפורטות בדבר סוגי הבדיקות, שהמכון צריך לבצע.

סדרי העבודה

לכל בקשה, שמפנה משרד הרישוי למכון בדבר הבדיקה של מבקש רשיון נהיגה, נפתח תיק במכון; בתיק זה מתויקים הבקשה והמסמכים שצורפו אליה, ועל פיהם קובעים אם יש צורך בקבלת מידע נוסף על הנבדק ממוסדות רפואה או מהמשטרה. לאחר קבלת המידע הנוסף — ואם לא היה צורך בכך אחרי קבלת ההפנייה ממשרד הרישוי — מוזמין המכון את מבקש רשיון הנהיגה לבדיקה. ברוב המקרים נערכת בתחילה בדיקה כללית אצל רופאי המכון, והם שקובעים, מה הן הבדיקות הנוספות, שעל הנבדק לעמוד בהן — בעיקר בדיקות עיניים ואוזניים, בדיקה אורטופדית, נאורולוגית, פסיכולוגית ופסיכומטרית. חלקן נערכות במכון וחלקן — על ידי מומחים שונים, בעיקר בבית החולים תל השומר. עם גמר הבדיקות מעביר המכון למשרד הרישוי את חוות דעתו הרפואית על מידת כשירותו של הנבדק לנהיגה.

להלן נתונים על היקף הפעילות של המכון בשנים 1968 ו-1969 על פי דו"חות, שהגיש המכון למשרדי הבריאות והתחבורה.

1968	1969	
9,554	9,596	נבדקים, שהוזמנו לבדיקות
7,689	7,928	נבדקים שהופיעו (1)
12,666	11,339	בדיקות שבוצעו
6,061	5,757	ס"ה התיקים שסוכמו
463	294	נבדקים, שנדחו או שנפסלו לנהיגה
		נבדקים, שאושרו לנהיגה רכב בדרגה
אין נתונים מרוכזים	523	נמוכה משיקשו

(1) למופנה, שלא הופיע, מודיעים, שתיקו ייסגר; לגבי מופנה בעל רשיון נהיגה בר תוקף, שלא הופיע, מודיע על כך המכון למשרד הרישוי, כדי שידאג להופעתו לבדיקה.

משרד מבקר המדינה בדק את טיפול המכון בכמאה מבקשים, שהופנו לבדיקות באוגוסט ובנובמבר 1969, על פי התיקים והרישומים המבדילים במכון.

— במקרים רבים עבר זמן רב מקבלת הבקשה של משרד הרישוי לבצע בדיקות ועד למסירת התוצאות למשרדי הרישוי, כמפורט בטבלה הבאה.

מספר המקרים שהופנו			משך הטיפול (בחודשים)
ס"ה	בנובמבר	באוגוסט	
13	8	5	פחות מחודש
13	10	3	1 עד 2
27	16	11	2 עד 3
16	8	8	3 עד 5
8	5	3	5 עד 7
9	6	3	מעל ל-7
9	4	5	לא הופיעו לבדיקות
3	2	1	לא הוזמנו לבדיקות
98	59	39	ס"ה

ניתוח משך הטיפול, על פי המסמכים בתיקי המכון, הראה, כי הבדיקה הראשונה של המופנה נערכת במחצית המקרים בקירוב יותר מחודש אחרי קבלת ההפניות או אחרי שנתקבל המידע הנוסף, שנדרש ממוסדות רפואיים או מהמשטרה. עוד העלתה הביקורת, כי מסיום הבדיקה עד למשלוח התוצאות למשרד הרישוי עברה תקופה ארוכה יחסית, שהגיעה לעתים עד ליותר מחודש.

בעת שהוקם המכון היה היקף פעילותו מצומצם יחסית, והוא טיפל ב-30 עד 40 מופנים במוצע לחודש. במרוצת השנים רבו הנבדקים במכון, וב-1969 הגיע מספרם ל-660 במוצע לחודש. מרביתם באים מאיוור תל אביב ומרכז הארץ, אולם אחוז לא מבוטל בא ממקומות יישוב מרוחקים מתל אביב. כך הופנו למכון ב-1969 ובמחצית הראשונה של 1970 מאזור חיפה והצפון במוצע 80 איש לחודש וממחוז ירושלים והדרום קרוב ל-60 איש לחודש.

בתשובתו על פניית משרד מבקר המדינה הודיע משרד הבריאות, כי הוא עומד לבוא במגע עם המוסדות והגורמים הנוגעים בדבר לקביעת נהלים להחשת קצב הוריימה של סיכומי הבדיקות ושל המידע הנדרש מהם. עוד הודיע המשרד, שידרוש תוספת כוח אדם להחשת הבדיקות הפסיכולוגיות וכי סוכם עקרונית עם אגף הרישוי במשרד התחבורה על הקמת סניפים למכון, ואף הוגשה הצעת תקציב לכך.

ועדת ערר

מבקש רשיון נהיגה, הרואה עצמו מקופת, כיוון שרופא מוסמך סירב לתת לו אישור רפואי לנהיגה או נתן אישור המותנה בתנאים והגבלות, רשאי — על פי תקנה 195 לתקנות התעבורה, תשכ"א — 1961 — לערור בפני ועדת ערר, תוך חודש ימים מיום שנודע לו על הסירוב או על התנאי הכלול באישור. משרד הרישוי רואה כהחלטת רופא מוסמך, במובן התקנה האמורה, את ההחלטות של המכון. על פי התקנות פועלת ועדת ערר בהרכב של שלושה רופאים, שמונו מתוך רשימה, שאושרה על ידי שר התחבורה בהתייעצות עם שר הבריאות. בוועדה, שמונתה עוד ב-1963, שלושה רופאים עובדי משרד הבריאות; כיושב ראש משמש סגן המנהל הכללי לבריאות הציבור במשרד הבריאות.

על פי הנוהל המקובל מגיש העורר את הערר לוועדה באמצעות משרד הרישוי המחוזי. על הגשת הערר שולח משרד הרישוי הודעה למכון, כדי שיעביר לוועדה את תיקו של העורר המנוהל אצלו, בצירוף סיכום של ממצאי הבדיקות הרפואיות, שעמד בהן. בדרך כלל מתכנסת הוועדה בכל שבוע לישיבה, שאליה מזומנים העוררים. ביותר ממחצית המקרים נוהגת הוועדה להפנות את העורר לבדיקה נוספת לרופא מומחה או למכון, לפני שהיא מחליטה, אם לקבל את הערר או לדחותו. הוועדה שולחת את החלטותיה למשרד הרישוי ולמכון, ומשרד הרישוי מביא את ההחלטה לידיעת העורר.

ב-1969 הוגשו לוועדה 260 עררים. משרד מבקר המדינה בדק את הטיפול ב-130 עררים; לגבי 18 מהם לא נתקיים דיון, הואיל והעוררים לא הופיעו בפני הוועדה כשהוזמנו; לגבי 12 עררים לא הסתיים הטיפול עד מועד הביקורת, בסוף יולי 1970. מבין 100 העררים, שהטיפול בהם נסתיים, קיבלה הוועדה את הערר ב-25 מקרים וב-75 מקרים דחתה אותו.

— הטיפול בעררים — הן באלה, שלגביהם כבר נתקבלו החלטות, והן באלה שהטיפול בהם לא הסתיים בעת הביקורת — נמשך זמן רב: בין חודשיים לבין שנה ויותר. ניתוח הסיבות לעיכובים העלה:

1. במקרים רבים העביר המכון באיחור רב לוועדה את התיקים הנוגעים לנבדקים: מבין 130 המקרים שנבדקו הועברו התיקים הנוגעים ל-40 נבדקים תוך חודש מיום הגשת הערר, 42 תיקים — תוך 4—6 שבועות, 23 — תוך 6—8 שבועות, 21 תיקים — תוך 8—10 שבועות, והשאר לאחר תקופות יותר ארוכות. מזכירות הוועדה לא דאגה למעקב אחר קצב העברת התיקים אליה.

2. במקרים רבים הזמינה הוועדה את העוררים להופיע בפניה, לאחר שהתיק כבר היה בידה תקופת זמן ניכרת: רק ב-51 מבין 130 המקרים שנבדקו הוזמנו העוררים תוך חודש אחד, ואילו 50 הוזמנו להופיע כעבור חודש עד חודשיים לאחר קבלת התיק, 22 כעבור חודשיים עד שלושה חדשים ו-7 רק אחרי יותר משלושה חודשים.

3. הצורך בביצוע בדיקות נוספות, לפי דרישת הוועדה, הוא במקרים רבים גורם מכריע בהארכת הטיפול בעררים: ב-58 מבין 100 המקרים, שהטיפול בהם נסתיים, נשלחו העוררים לבדיקה נוספת, מהם 27 למכון ו-31 למומחים שונים. הביקורת העלתה, שעובר זמן רב, בין כחודש לבין חמישה חודשים ויותר, ממועד בקשתה של הוועדה למכון לבצע בדיקה נוספת עד למועד ביצועה. לעומת זאת מבוצעות הבדיקות אצל רופאים מומחים על פי רוב תוך תקופה של חודש אחד עד חודש וחצי לאחר בקשת הוועדה ממשרד הרישוי להפנות את העורר לבדיקה נוספת.

מחקרים

עד 1968 לא ערך המכון שום מחקרים בנושאים רפואיים ופסיכולוגיים הנוגעים לנהיגה. רק באותה שנה הוחל — במימון משרד הבריאות — במחקר על גורמי האישיות בנהיגה זהירה, ובשנת 1968/69 הוקצב עבורו סך 10,000 ל"י. אחד מרופאי המכון התחיל לאחרונה במחקר נוסף, המתייחס לבריאותם של נהגים, שגרמו לתאונות דרכים ושהופנו לבדיקה למכון על ידי משטרת ישראל.

המכון הקדיש תשומת לב מועטת לביצוע מחקרים, ולא נוצל המידע הרב, שהצטבר בו במשך שנות קיומו, על ההיבטים הרפואיים של כושר הנהיגה. עיבוד מידע זה ופרסומו היו יכולים לסייע לפעולות הנעשות במדינה לצמצום גורמי תאונות הדרכים.

תיקיון

המכון מנהל תיקיון, המכיל את התיקים הרפואיים של כל הנבדקים על פי סדר מספרי הזהות. תנועת התיקים רבה, והם נדרשים על ידי רופאים מומחים ועובדי המכון האחרים. — מתנהל רישום של התיקים המוצאים אל מחוץ לכותלי המכון, אך אין רישום של תנועת התיקים בין עובדי המכון עצמו. כתוצאה מכך מתקשה התיקיון להמציא תיקים בעת הצורך, וזו היא אחת הסיבות לפיגורים בטיפול בנבדקים. גם משרד מבקר המדינה נתקשה לקבל תיקים, שנדרשו לצורך הביקורת: כך למשל, נתקבלו לביקורת על פעולות המכון רק 99 מתוך 127 תיקים שנדרשו, ואילו שאר התיקים לא הומצאו לה על אף פניות חוזרות ונשנות; לא הומצאו גם 26 מתוך 130 תיקים, שנדרשו לשם הביקורת על פעולות ועדת הערר.

*

מממצאי הביקורת עולה, כי מאז הקמת המכון לא נקבעו הוראות ברורות ומפורטות בדבר תפקידיו וסמכויותיו, וכן בדבר סדרי העבודה והתיאום עם משרדי הרישוי.

עוד בדו"ח השנתי 15 (עמ' 454) וגם בדו"ח השנתי 16 (עמ' 151) עמד מבקר המדינה על כך, שהמצאתן של תוצאות הבדיקות על ידי המכון השתתתה, לעתים, חודשים מספר. הביקורת המליצה, שמשרד הבריאות ינקוט אמצעים מתאימים לייעול העבודה ולהגדלת ההספק, כדי שהמכון יוכל לעמוד במספר גדל והולך של פניות, שיש לצפות להן עם העלייה במספר הנהגים ועם הגברת עירנות השלטונות לבדיקת כושר בריאותם של נהגים, כחלק מהמאמץ לצמצום מספר התאונות בדרכים. במשך השנים, אכן, הלכו ורבו ההפניות אל המכון, ואף כי צוות העובדים גדל, העלתה גם הביקורת הנוכחית, שקיימים פיגורים ניכרים בעבודתו, והשירות הניתן לאזרח אינו עומד על רמה נאותה. במיוחד נפגעים מכך אותם האנשים, שנמצאים כשרים לנהיגה, והם שמהווים יותר מ-90% מכל המופנים למכון.

בעקבות הביקורת הוטל על יחידת האו"ש המשרדית לערוך בדיקה יסודית של עבודת המכון — מהלך ועומס של העבודה במחלקות השונות וניהול הארכיון הרפואי — במגמה להגדיר את התפקידים בתחומים השונים, לקבוע נהלים ולהביא לקיצור תהליך הבדיקות.

מעבדות לבריאות הציבור

בארצות מפותחות קיימות — בדרך כלל מטעם המשרד הממונה על בריאות הציבור או מטעם רשויות מקומיות — מעבדות מיוחדות, שמתפקידן לבצע בדיקות שגרתיות של חומרים העלולים להעביר מחלות בקרב האוכלוסייה. מיגוון החומרים הטעונים בדיקה מתרחב עם התפתחות המדע והטכנולוגיה ועם גידול הערים וצפיפות האוכלוסיה בהן. לפעולתן הסדירה והתקינה של המעבדות נודעת אפוא חשיבות רבה בשמירה על בריאות הציבור.

במסגרת "שירותי בריאות הציבור" של משרד הבריאות, פועלת יחידה הכוללת ארבע מעבדות לבריאות הציבור: בירושלים, בתל אביב—יפו, בחיפה ובאר-שבע. המעבדות עוסקות בעיקר בפעולות אלה: אבחנה של מחלות מידבקות ובדיקה של חיידקים ושל גורמי מחלות כדי למנוע התפרצות והתפשטות של מחלות אלו; בדיקות תברואיות של חומרי מזון, מי שתייה ובריכות שחייה. במסגרת יחידת המעבדות פועלים, בהיקף ארצי, גם מכון לתרכיבים ולנסיובים בירושלים ומעבדה וירולוגית (לנגיפים) בתל אביב—יפו.

ב-1970/71 מנה תקן העובדים של המעבדות 152 משרות, מהן 112½ לעובדים מקצועיים — בעיקר רופאים, מיקרוביולוגים, לאבורנטים וטכנאים — ו-39½ לעובדי מינהל וכספים. ההוצאה להפעלת המעבדות מסתכמת ב-2 מליון ל"י בקירוב לשנה.

במחצית הראשונה של 1970 ערך משרד מבקר המדינה ביקורת על סדרי העבודה והמינהל של המעבדות בירושלים ובתל אביב—יפו (בדבר ביקורת קודמת על המעבדות — ראה דו"ח שנתי 16, עמ' 149; ודו"ח שנתי 18, עמ' 191).

תכנון העבודה והיקפה

1. המעבדות משרתות בעיקר את לשכות הבריאות המחוזיות, שמתפקידן לפקח על רמת התברואה בתחומן. הללו מעבירות אל המעבדות, לאחר תיאום עמך, דגימות של מזון ומים לבדיקה שגרתית. כל אימת שמתעורר חשש להתפשטות מחלה מידבקת,