

# משרד הבריאות

## פעולות ביקורת

ביקורת על סדרי הפיקוח על טיב המזון נערכה בהנהלת המשרד, בשירות המזון הארצי בתל-אביב, בלשכות הבריאות המחוזיות תל-אביב ומרכז, בתחנות ההסגר של משרד הבריאות בנמלים חיפה ואשדוד וב-26 רשויות מקומיות (9 עיריות 13 מועצות מקומיות וארבע מועצות אזוריות), ונבדקו בעיקר ההתפתחויות בהסדר המצב החוקי בתחום הפיקוח על המזון; פעולות הפיקוח; רישוי מפעלים ופיקוח ברשויות מקומיות.

בהנהלת משרד הבריאות ובשתי לשכות בריאות - בירושלים ובפתח-תקוה - נבדקו ההסדרים לטיפול בחולים במחלות ממושכות: אישפוז החולים, טיפול קהילתי ופיתוח מערכת הטיפול בחולה הכרוני.

בלשכות הבריאות המחוזיות בירושלים, תל-אביב וחיפה ובמשרד הראשי נבדקו סדרי הטיפול במתן אישורים רפואיים לצרכי קבלת פטור ממס נסיעות חוץ, ולמתן הלוואות לנכים לתשלום מסים לרכישת רכב מנועי. נבדקו גם מספר נושאים, הנוגעים לבדיקות רפואיות של עובדי מדינה.

נבדקו מספר נושאים בתחומי תקציב וכספים במחלקת הכספים, שבמשרד הראשי; גזברויות המשנה של שירותי אספקה ומחסנים; בתי החולים הכלליים על שם שיבא בתל-השומר, בית החולים רמב"ם בחיפה ובתי החולים ביפו, בנהריה ובית החולים לחולי נפש בבית ים; לשכת הבריאות במחוז המרכז ולשכת הבריאות הנפתית ברחובות. הביקורת בדקה במיוחד את ביצוע התקציב הרגיל; קביעת מחירים בעבור מתן שירותים על ידי המשרד, וסדרי הגבייה; סדרי מימון ורכישות; מערכת הרישומים החשבונאיים והסדרי הפיקוח על גזברויות המשנה.

במסגרת הביקורת על ניהול רשומות במשרדי המשלה נבדקו סדרי הטיפול בנושא במשרד הבריאות, ראה דו"ח זה עמ' 260.

## תקציב וכספים

תקציב ההוצאה הרגיל של משרד הבריאות על שינויי הסתכם ב-1971/72 בסך של 272,720 ל"י בקירוב ותקציב הפיתוח בסך 36,351,000 ל"י. התקציב הרגיל יועד למטרות הבאות (באלפי ל"י):

119,429	בתי חולים ממשלתיים כלליים
36,480	בתי חולים ממשלתיים לחולי נפש
20,110	לשכות הבריאות האזוריות
2,311	מעבדות
65,605	חמיכות למטרות רפואה
28,785	הוצאות המשרד הראשי, מחסנים ושירותי המזון
272,720	סה

עוד הורשה משרד הבריאות להוציא במסגרת התוספת השנייה לתקציב (הכנסה מיועדת) סכום של 89,640,800 ל"י, במידה שלאותן מטרות תתקבל הכנסה בסכום האמור — בעיקר הכנסה מאשפוז חולים (הכנסה מיועדת).

הטיפול המרכזי בכספים וחשבונות במשרד הבריאות מוטל על מחלקת הכספים ולה נקבעו, על פי התקן, 39 משרות. בראש מחלקת הכספים חשב וסגן, שניהם בתקן החשב הכללי במשרד האוצר. הניהול היום-יומי של ענייני הכספים והחשבונות במשרד נעשה ב-32 יחידות על ידי גזבריות משנה, ובהן 141 משרות. מחלקת הכספים אחראית לשמירה על ביצוע הוראות חוק התקציב וחוק נכסי המדינה, תשי"א—1951, וכן הוראות התכ"ס.

גזבריות המשנה מנהלות מערכות חשבונות נפרדות מהמערכת המנוהלת במחלקת הכספים שבמשרד הראשי, והן רשאיות לפעול כל אחת במסגרת התקציבית, שנקבעה ליחידת המשנה. לצורך מימון ההוצאות השוטפות מגיש כל גזבר משנה תכנית מימון חודשית למחלקת הכספים, והיא משמשת למחלקה בסיס לקביעת היקף אמצעי המימון — מזומנים וסילוקין — שהיא מעמידה לרשות כל יחידה.

בחודשים מארס עד ספטמבר 1972 ערך משרד מבקר המדינה ביקורת על ניהול הכספים והחשבונות במשרד הבריאות. הביקורת נערכה במחלקת הכספים שבמשרד הראשי ובגזבריות המשנה של היחידות הבאות: שירותי אספקה ומחסנים; בתי החולים הכלליים על שם שיבא בתל השומר, רמב"ם בחיפה, ביפו ובנהריה ובית החולים לחולי נפש בבת ים; בלשכת הבריאות במחוז המרכז ובלשכת הבריאות הנפתית ברחובות. בעיקר נבדקו: ביצוע התקציב הרגיל; הכנסות, קביעת מחירים עבור שירותים הניתנים על ידי המשרד וגביית תמורתם; סדרי מימון ורכישות; מערכת הרישומים החשבוניים וסדרי פיקוח על גזבריות המשנה (בדבר ביקורת קודמת על ביצוע תקציב משרד הבריאות — ראה דו"ח שנתי 19, עמ' 191).

### ביצוע התקציב

- להלן פרטים על תקציבי משרד הבריאות — התקציב המקורי והתקציב על שינויו — וההוצאה למעשה בשנים 1970/71 ו-1971/72 והתקציב ל-1972 (בניכוי הכנסה מיועדת) (בל"י):

1970/71	1971/72	1972	
209,150,000	221,550,000	270,850,000	התקציב המקורי
251,344,900	272,719,900	—	התקציב על שינויו
248,076,057	295,619,808	—	ההוצאה

הטבלה דלעיל מצביעה על עודף הוצאה מעל ההרשאה ל-1971/72 בסכום כולל של 22.9 מליון ל"י בקירוב. למעשה עודף ההוצאה אף גדול יותר, שכן נוכח ממנו עודפים תקציביים, שלא נוצלו עד סוף שנת הכספים, לרבות עודפי גביות מעל האומדן. הוצאת היחידות משתקפת ברוב רובם של סעיפי המשנה של תקציב משרד הבריאות (38 מבין 42). והיא התהוותה בעיקר מהוצאות יתר לתשלום משכורות, שכר עבודה והוצאות גיליות, רכישות על ידי שירותי אספקה ומחסנים, קניית תרופות וחומרים

על ידי בתי החולים וכן מהוצאות יתר במספר פרטי הוצאה, שבאחריותו הישירה של המשרד הראשי. להלן פרטים ודוגמאות:

(א) בעת הכנת הצעת תקציב המשרד ל-1971/72 הוגדלו הסכומים, שיועדו לתשלום משכורת ושכר עבודה, בהשוואה לתקציב של השנה הקודמת בסכום של יותר מ-34 מליון ל"י, בהנחה, שבעקבות משא ומתן, שנוהל באותו זמן עם העובדים על תנאי העבודה ובשל הכוונה לקבל לעבודה במשרד 285 עובדים נוספים, תיירש חוספת ניכרת למטרה זו. אף שההסכמים העיקריים עם העובדים נחתמו עוד בפברואר 1971 (עם הרופאים) ובמאי 1971 (עם האחיות), לא דאג המשרד במשך כל שנת התקציב לקבל תקציב נוסף לכיסוי הגידול הרב שהיה צפוי בעקבות הסכמי השכר, להוציא, דיונים בעל פה שניהלו נציגי משרד הבריאות עם נציגי אגף התקציבים בתחילת 1972. כתוצאה מכך הייתה חריגה מהתקציב המאושר בסעיפי משכורת, שכר עבודה והוצאות נילוות ביותר מ-20 מליון ל"י.

(ב) על פי חוק התקציב רשאים היו שירותי אספקה ומחסנים של משרד הבריאות לרכוש טובין ציוד ותרופות — בסך של 42,440,000 ל"י; למעשה הוציא המשרד על רכישת טובין סך של 48,311,115 ל"י, כלומר הוצאת יתר של 5,871,115 ל"י.

(ג) 17 מבין 25 בתי חולים ממשלתיים הוציאו ב-1971/72 לרכישת "תרופות וחומרים" כ-19.7 מליון ל"י — יותר מאשר במליון ל"י מעל התקציב, שאושר להם למטרה זו.

2. (א) בסיכומיה והצעותיה של ועדת הכספים לדו"ח השנתי 17 של מבקר המדינה, כפי שאושרו על ידי הכנסת (ראה דו"ח שנתי 18 של מבקר המדינה, עמ' 659), חזרה ותבעה הוועדה, כי בקשות לשינויים בסעיפי התקציב וכן לשימוש בכספי הרזרבות הטעונות אישור הוועדה יוגשו במועד מוקדם ככל האפשר ולא יידחו לקראת תום שנת הכספים. מבקר המדינה עסק בנושא זה גם בביקורת על ביצוע תקציב המדינה ב-1970/71 והעיר, כי הגשת בקשות לשינויים לקראת סוף שנת הכספים הולכת ונשתנת בכל שנה (ראה גם דו"ח שנתי 22, עמ' 15).

— משרד הבריאות נהג להביא בקשות רבות לשינויים בתקציבו סמוך לגמר שנת הכספים, חלקם הגדול כדי לאשר התאמת התקציב להוצאה שכבר נעשתה. לגבי 1971/72 אמנם הוגשו בקשות לאשר שינויים בתקציב המשרד במרוצת השנה, אולם בקשות רבות, מהן לשינויים גדולים, הוגשו לקראת סוף השנה. כך, למשל, הוגשה בפברואר 1972 בקשה לתוספת תקציב בסך 15.9 מליון ל"י למימון רכישות על ידי שירותי אספקה ומחסנים, כשרוב הרכישות כבר נעשו. רק בפברואר 1972 פנה חשב משרד הבריאות ליחידות המשרד בבקשה להמציא לו עד תחילת מארס דו"ח מרוכז על מצב ביצוע התקציב, לרבות בקשות לשינויים בתקציב. הדו"חות, שימשו בסיס לבקשות, שהגיש המשרד לאגף התקציבים במשך מארס 1972.

(ב) החיוב עבור אספקת סחורות על ידי שירותי האספקה של המשרד ללקוחות נעשה לפי מחירים הנקובים במחירו, שהוכן על ידי המשרד. עוד בביקורת, שערך משרד מבקר המדינה ב-1969, הועלה שחלק מהמחירים שבמחירו עלו על אלה, ששולמו על ידי השירות לספקים וחלק נפל מהם. גם הוצאות הקנייה של השירות נרשמו לא לפי המחירים, ששולמו לספקים, אלא לפי מחירי המחירו, וההפרשים במחירים — כלפי מעלה או כלפי מטה — נרשמו ב"חשבון הפרשי מחירים". כתוצאה מכך כשהחשבון האמור עמד ביתרת זכות, נזקף לפרט התקציבי המיועד לקניית סחורות — סכום הוצאה גבוה מזה, שהוצא למעשה (ראה דו"ח שנתי 20, עמ' 216).

- השיטה האמורה לא שונתה; בשנת 1971/72 הסתכם חשבון הפרשי המחירים ביתרת זכות בסך 565,170 ל"י. סך 300,000 ל"י מחשבון ההפרשים תוקצב לקראת סוף השנה כ"הכנסה מהפרשי מחירים", שבה הוקטנה ההוצאה שנוקפה לקניות. היתרה בסך-265,170 ל"י נשארה רשומה בחשבון מחוץ לתקציב.

3. משרד הבריאות משתתף בהוצאות לאשפוז חולים כרוניים בשני בתי חולים פרטיים בצפון הארץ, הקשורים לבית החולים הממשלתי בנהריה. סכום של 123,000 ל"י, שהגיע לשני בתי החולים האלה עבור אשפוז חולים ב-1971/72, שולם רק ביוני ויולי 1972 מתקציב 1972. (בהקשר זה יש לציין, שכמעט במשך שנה שלמה עיכב משרד הבריאות את התשלומים לאחד משני בתי החולים - שהגיע על ידי כך למשבר כספי - כיוון שלא נקבע מראש איזו יחידה תבדוק את החשבונות: בית החולים בנהריה או היחידה למחלות ממושכות ושיקום שבמשרד הבריאות. (בעניין הסדרים לטיפול בחולים במחלות ממושכות. ראה דו"ח זה עמ' 285). בית החולים בת ים שלח את החשבונות עבור אשפוז חולים לחודשים פברואר ומרס 1972 ובית החולים בנהריה את החשבונות למארס 1972 רק אחרי סיכום חשבונות 1971/72, כך שההכנסות לת-קופה הנ"ל נוקפו לשנת הכספים החדשה (1972). זקיפת הוצאות והכנסות שלא לשנה שבה נתקבל או ניתן השירות פוגעת בעקרון שנתיות התקציב וגורעת מיעילותו ככלי בקרה.

### הכנסות

הכנסות משרד הבריאות באות בעיקר מתקבולים עבור אשפוז וטיפול אמבולטורי בבתי החולים הממשלתיים ועבור שירותי רפואה מונעת בלשכות הבריאות. בתי החולים מקבלים חולים לאשפוז ולטיפול אמבולטורי במרפאות שלהם, על פי אישור של קופת חולים, אם החולה חבר בה, או על פי מכתב הפניה של רשות מקומית, לגבי חולים שבטיפול לשכת הסעד של אותה רשות. ביתר המקרים נדרשת, מהחולה עצמו או מבני משפחתו, התחייבות לסילוק דמי האשפוז והטיפול. עיקר ההכנסה באה מקופות החולים, ואילו ההכנסה מחולים פרטיים אינה גדולה. הכנסות לשכות הבריאות באות מרשויות מקומיות שבתחומן נותנות הלשכות שירותים לבתי ספר יסודיים ומאמהות, המקבלות טיפול בתחנות לאם ולילד שהלשכות מקיימות.

### קביעת מחירי שירותים

לקראת כל שנת כספים שולח המנהל הכללי של משרד הבריאות לכל יחידות המשרד את רשימת המחירים עבור אשפוז חולים ומתן טיפול אמבולטורי במרפאות (להלן "המחירון").

המחירון מעובד תוך תיאום עם אגף התקציבים במשרד האוצר והוא מפרט את המחירים לסוגים שונים של חולים ומוסדות. ל-1971/72 נקבע, שחולים פרטיים בעלי יכולת כספית וכן מוסדות, המאשפזים נפגעי תאונות על חשבונם (כגון חברות ביטוח), ישלמו תשלום מלא שהועמד על 79 ל"י ליום אשפוז בבית חולים כללי; חולים פרטיים, בעלי יכולת כספית מוגבלת ישלמו מחיר, הנע בין 15.50 ל"י לבין המחיר המלא; וקופות החולים ישלמו 15 ל"י. מחירי האשפוז לקופות החולים לא הועלו מאז 1966. בעוד שהמחיר המלא עלה מ-50 ל"י ב-1966/67 ל-79 ל"י ב-1971/72 ול-91 ל"י ב-1972. המחירים לקבלת טיפול אמבולטורי לכל סוגי החולים, לרבות חולים פרטיים בעלי יכולת כספית, לא הועלו גם הם מאפריל 1966, אף שמאז עלו במידה ניכרת ההוצאות

להפעלת המרפאות. (בדבר ביקורת בנושא "תמיכות בקופות חולים" — ראה דו"ח שנת 1971, עמ' 176).

#### דמי אשפוז בבתי חולים

1. משרד הבריאות מבסס את מחיר יום האשפוז, שיהיה בתוקף במשך שנת התקציב, על ההוצאה המאושרת המקורית להפעלת בתי החולים באותה שנה וכן על ההוצאה המאושרת במספר פרטי הוצאה של המשרד הראשי, המהווים כ-5% בלבד בחישוב המחיר.

משרד מבקר המדינה השווה את התקציבים המאושרים להפעלת בתי החולים הכלליים וההוצאה למעשה לגבי השנים 1969/70 עד 1971/72. נתברר, שבשנתיים האחרונות הייתה ההוצאה גדולה במידה ניכרת מהתקציב המקורי, כלהלן (באלפי ל"י):

1969/70	1970/71	1971/72	
71,640	80,780	107,886	תקציב
74,981	97,284	133,470	הוצאה
5	20	24	% סטייה כלפי מעלה

הואיל ומחיר יום אשפוז מבוסס על התקציב המקורי וההוצאה הייתה למעשה יותר גדולה, נגרם למשרד הפסד לגבי אשפוז אותם חולים שעבורם יש לשלם מחיר מלא וניתנה תמיכה בחולים בעלי יכולת ובחברות ביטוח.

לדעת הביקורת על משרד הבריאות לשקול דרכים, שבאמצעותן ניתן להגיע להערכה תמחירית מבוססת של עלות שירותי האשפוז. הערכה כזו חייבת להיות מושתתת על מערכת נתונים מרוכזים ומעובדים; בהערכה כזו יש לקחת בחשבון מרכיבים רבים ומן הראוי לבסס אותה בשלב ראשון על המרכיבים הראשיים והחשובים יותר.

2. על פי הוראות המנהל הכללי של משרד הבריאות מוטל על הנהלת בית החולים לקבוע את גובה התשלום ליום אשפוז לחולים פרטיים, שאין באפשרותם לשלם את המחיר המלא, בהתאם למצבם הכלכלי של החולים או של בני משפחותיהם; בכל מקרה על בית החולים לרשום בכרטיס תשלומי החולה את ההנמקה לקביעת המחיר.

— הפער בין המחיר המזערי לאשפוז חולים פרטיים לבין המחיר המלא גדול — מ-15.50 ל"י עד 91 ל"י ב-1972 — אולם הנהלת משרד הבריאות לא קבעה לבתי החולים קריטריונים לקביעת מחיר האשפוז בכל מקרה. במצב זה שיקול הדעת הוא מבחינת מינהל ציבור תקין, גדול מהרצוי. גם הנהלות בתי החולים לא קבעו קריטריונים בעניין מחירי האשפוז. בבית החולים רמב"ם בחיפה ובבית החולים ביפו נקבע בדרך כלל המחיר ליום אשפוז על ידי המינהל של בית החולים, בעוד שבבית החולים על שם שיבא בתל השומר ובית החולים לחולי נפש בבית ים (עד למועד הביקורת) נעשה הדבר על ידי האחראים למשרד קבלת החולים, לרוב על דעתם בלבד ולא על ידי נציג הנהלה כגדרש. במרבית המקרים לא גרשמה הנמקה מפורטת, למחיר שנקבע.

תיקון משנת 1972 לחוק לטיפול בחולי נפש תשט"ו—1955, קובע, שחולה נפש, שאוש-פז לפי הוראת פסיכיאטר מחוזי, חייב בתשלום דמי אשפוז, כפי שקבע שר הבריאות

בתקנות; תקנות אלה פורסמו באמצע אוקטובר 1972. ניתן לבקש הנחה מדמי האשפוז על ידי פנייה לוועדה מיוחדת; על החלטת הוועדה ניתן להגיש ערעור לבית משפט מחוזי.

#### מחירי שירותים בלשכות בריאות

עוד בדו"ח שנתי 18 (עמ' 186) העיר מבקר המדינה, כי חלוקת נטל ההוצאה למתן שירותי בריאות לתלמיד בין משרד הבריאות לבין הרשות המקומית נקבעה על סמך משא ומתן, שלשכות הבריאות מנהלות עם כל רשות מקומית, שבתחומן. קביעת שיעור ההשתתפות של משרד הבריאות בדרך זו, ולא על פי קריטריונים ענייניים, כגון רמת השירות ומצבה של הרשות המקומית, הביאה לחוסר עקיבות בחלוקת הנטל בין משרד הבריאות לבין הרשויות המקומיות השונות.

- לא ה' שינוי במצב זה ולא נקבעו קריטריונים והסדרים מחייבים בדבר השתתפות הרשויות המקומיות בהוצאות על שירותי הבריאות לתלמיד. כתוצאה מכך יש למשרד הבריאות קשיים בגביית כספי ההשתתפות; להלן דוגמאות:

(א) אין הסכם בין משרד הבריאות לבין עיריית רחובות בדבר השתתפות העירייה בהוצאות משרד הבריאות למתן שירותי בריאות לתלמיד. המשרד דרש מהעירייה לתרופה מ'1964 עד 31.3.1972 השתתפות בסך 134,000 ל"י, אולם העירייה לא הכירה בחוב זה ולא שילמה אותו.

(ב) ב'1970/71 הוסכם בין משרד הבריאות לבין עיריית רמלה, שהעירייה תשתתף בסך של 9,350 ל"י בהוצאות למתן שירותי בריאות לתלמיד. לשנים 1971/72 ו'1972/73 לא נחתמו הסכמים דומים ועד מועד הביקורת באמצע 1972 לא שילמה העירייה כל סכום לשנים אלה. בעקבות הביקורת הוסדר העניין ובסוף נובמבר 1972, העבירה העירייה תשלום ראשון ע"ח השתתפותה.

(ג) העדר קריטריונים ברורים ומוסמכים בדבר חלוקת נטל ההוצאה הביאה לערעורה של עיריית פתח תקוה על גובה השתתפותה בהוצאות. הערעור הובא לדיון בפני הממונה על התקציבים במשרד האוצר וסוכם, שהחל מ'1.4.1971 תהיה השתתפות העירייה בשיעור של 30% במקום 50% ושיבוטל חוב העירייה בסך של יותר מ'100,000 ל"י.

משרד הבריאות קבע, שדמי הטיפול בתחנות לאם ולילד יהיו 24 ל"י לשנה לכל היותר, אך הלשכות רשאיות לגבות דמי טיפול מופחתים ואף לתת את הטיפול חינם, אולם לא נקבעו קריטריונים בעניין זה. העדרם הביא לחוסר אחידות בין הלשכות השונות. כך, למשל, גבתה הלשכה במחוז הצפון ב'1971/72 ממשפחות 71,958 ל"י לעומת 27,391 ל"י שגבתה הלשכה במחוז המרכז, אף שהתחנות במחוז המרכז טיפלו במספר הרבה יותר גדול של אמהות ותינוקות. (בדבר ביקורת על מתן טיפול רפואי בבית מדרש למורים בחיפה, ראה עמ' 326 בדו"ח זה).

#### סדרי גבייה

בתי החולים הכלליים מכינים את חשבוניות דמי האשפוז ללקוחות גדולים באמצעות מחשב. את חשבוניות האשפוז בבתי החולים לחולי נפש ואת החשבוניות לטיפול אמר בולטורי בכל סוגי בתי החולים, מכינים בשיטה ידנית. עם שתי קופות חולים גדולות קיים הסדר, שלפיו מנכה משרד הבריאות במרוכז את דמי האשפוז והטיפול האמבולטורי

מהחמיכות החדשיות, שהוא משלם להן. לגבי יתר הלקוחות, לרבות קופות החולים היוזר קטנות, נעשית הגבייה על ידי כל בית חולים בנפרד.

- הועלו ליקויים בסדרי הטיפול בחשבונות ובמעקב, שהביאו לפיגורים גדולים בגבייה.

(א) בית החולים בתל השומר הגיש ב־1971 חשבונות עבור טיפול אמבולטורי שלושה עד חמישה וחצי חדשים לאחר מתן השירות; בית החולים בת ים שלח את החשבו־ניות, לרבות חשבונות לאשפוז במחצית הראשונה של 1971/72, שלושה חודשים בקירוב אחרי מתן השירות; ובית החולים בנהריה שלח חשבונות אלה רק פעמיים בשנה — באוקטובר 1971 ובמארס 1972.

(ב) רשויות מקומיות רבות מפגרות בסילוק חובן על חשבון דמי האשפוז של חולים נצרכי סעד, שנשלחו על ידם, אף שהמציאו לבתי החולים כתבי התחייבות.

(ג) בתי החולים מנהלים רשימות של "ימי אשפוז בבירור", הכוללות חולים, שלא פרעו את דמי האשפוז, וחולים, שלגביהם אינו ברור, מי ישא בהוצאות האשפוז: החו־לה, קופת חולים כלשהי, חברת ביטוח, רשות מקומית או גורם אחר. מתוך דו"ח משרד הבריאות לסוף 1971 עולה, שעד אותו מועד לא שולמו בארבעה בתי חולים שנבדקו דמי אשפוז ולא נגמרו הבירורים. לקביעת החייבים בתשלום דמי אשפוז, המתייחסים ליותר מ־15,000 חולים, שהיו מאושפזים כ־200,000 ימים. בבית החולים בתל השומר היוו "ימי האשפוז בבירור" ב־1971 כ־10% מכלל ימי האשפוז באותה שנה ובבית החולים נהריה אף 16% לערך. גם בבית החולים לחולי נפש בבית ים קיים פיגור ניכר בגביית דמי אשפוז.

על בית החולים לאתר את החייבים ולגבות את הכספים המגיעים, לו תוך זמן קצר ככל האפשר. עוד דרוש שמחלקת הכספים תפקח על בתי החולים בתחום של גביית דמי אשפוז, כיוון שנקיטת צעדים באיחור, זמן רב לאחר תקופת האשפוז, יש בה כדי להקר שות על הגבייה (על פיגורים בגביית דמי אשפוז העיר מבקר המדינה מספר פעמים בעבר, ולאחרונה בסיכום הביקורת על בית החולים ע"ש ד"ר הלל יפה בחדרה — ראה דו"ח שנתי 20, עמ' 199).

## מימון

מימון ההוצאות של משרד הבריאות נעשה, כבשאר משרדי הממשלה, בעיקר בשלוש צורות: יותר ממחצית סכום ההוצאה, היא על משכורת ושכר עבודה, והמימון מועבר על ידי החשב הכללי במשרד האוצר במישרין לחשבונות העובדים לבנקים, שבהם העובדים מקבלים את שכרם. שאר המימון בא ברובו באמצעות חשבונות סילוקין, המתנהלים בחשב הכללי, ורק חלק קטן יחסית משולם בהמחאות. משרד מבקר המ־דינה בדק את ההסדרים של מימון פעולות משרד הבריאות באמצעות חשבונות הסי־לוקין. הביקורת עמדה על הצורך בבקרה יותר צמודה של מחלקת הכספים, שבמשרד הראשי, על הכנסותיהן של יחידות המשנה בסילוקין, וזאת כדי לאפשר ויסות נאות של אמצעי המימון. (בעניין ביקורת על מערכת חשבונות הסילוקין בחשב הכללי — ראה דו"ח שנתי 21, עמ' 111):

## רכישות

על פי חוק נכסי המדינה, תשי"א—1951, הורשו מנהלי בתי החולים או המינהלנים יחד עם גוברי המשנה, המנהל או המינהלן של שירותי אספקה ומחסנים יחד עם גובר

המשנה של השירות וכן חשב משרד הבריאות ביחד עם מנהל שירותי אספקה, לבצע רכישות עבור יחידותיהם — כל קבוצה עד סכום מסוים, ואילו החשב ומנהל שירותי אספקה ללא הגבלה במסגרת התקציב המאושר. רכישות, שהיקפן הכספי עולה על סכום מסוים, טעונות קבלת הצעות מחירים או פרסום מכרזים (בדבר ביקורת על רכי- שות ורמות מלאי במשרד הבריאות — ראה דו"ח שנתי 20, עמ' 211, ודו"ח שנתי 22, עמ' 288).

1. - בתי החולים בתל השומר ורמב"ם ביצעו רכישות, בלא שאושרו מראש על ידי גזבר המשנה ואף בלי ידיעתו. בתל השומר נחתמו הזמנות רבות על ידי האפסנאי לציוד רפואי לבדו או הרוקח לבדו; בבית החולים רמב"ם נרכשו ב-1971/72 תרופות מספקים פרטיים בסך 450,000 ל"י בקירוב על סמך הזמנות, שנחתמו על ידי הרוקח לבדו. עשיית פעולות עסקיות בחתימה של עובד יחיד נוגדת את דרישות הבידוק. אי שיתוף גזבר המשנה בביצוע הזמנות הוא בניגוד להרשאה לפי חוק נכסי המדינה וגם אינו מאפשר לגזבר המשנה לעקוב אחרי מידת ניצול התקציב לרכישות ורישום ההת- חייבויות בספרי החשבונות ואף לא אחרי קיום הוראות התכ"ם ביחס לרכישות, לרבות קבלת הצעות מחירים ופרסום מכרזים.

לדעת הביקורת, על משרד הבריאות לברר את הסיבות להיקף הגדול של רכישת תרו- פות על ידי בית החולים רמב"ם, שלא באמצעות שירותי האספקה של המשרד.

- משרד הבריאות לא דאג, שלמנהל בית החולים בנהריה או למינהלן וכן לגזבר המשנה של בית החולים תינתן הרשאה לבצע עסקאות על פי חוק נכסי המדינה. במצב זה נעשו כל הרכישות בבית החולים ללא הרשאה.

2. - עוד בדו"ח שנתי 18 (עמ' 177) קבע מבקר המדינה, שמצרכי המזון, שצריכ- תם החדשית בבית החולים גדולה, נקנו בלא שנתקבלו הצעות מחירים מספקים אחרים או בלי מכרזים. בהערות שר האוצר בעניין זה נאמר, שעל משרד הבריאות לפעול להרחבת שיטת המכרזים לרכישת מצרכי מזון. עד מועד סיום הביקורת, בספ- טמבר 1972, לא חל שינוי של ממש בתחום זה.

### מערכת הרישומים החשבונאיים

בדיקת הרישומים החשבונאיים במשרד הראשי, בשירותי אספקה ומחסנים, בבתי החו- לים ובלשכות הבריאות העלתה בכמה מהם פיגורים ניכרים ברישום ההוצאות וההכנ- סות, במידה שהיה בה כדי לגרוע מיעילותה של מערכת החשבונות ככלי לבקרה תקציבית ולמעקב אחרי גביית חובות.

### פיקוח

היקף התקציבים, העומדים לרשות משרד הבריאות, ובזיוור הפעולות הכספיות בין יותר מ-30 יחידות עצמאיות מחייבים לקיים מערכת נאותה לפיקוח על ידי מחלקת הכס- פים. לצורך זה מועסקים במחלקת הכספים שלושה עובדים בתפקיד "מבקר-מדריך", עובד נוסף בתפקיד עוזר למבקר מדריך, ועוד שני עובדים בתפקיד של מבקר מדריך לענייני משכורת. על מבקר מדריך מוטלים בין השאר, התפקידים הבאים: הכוונה ופיקוח על תפעולן התקין של מערכות הכספים, והמשק בקבוצה של בתי חולים ולש- כות בריאות, שהוא אחראי להן; דאגה לקבלה שוטפת ותקינה של דו"חות כספיים מהיחידות שבאחריותו; קיום מעקב ובדיקה של סדרי גביית ההכנסות ותשלומי ההוצאות;



בדיקה וקביעה של תכניות מימון; בדיקת ההתאמה של החשבונות הכספיים של היחידות; עריכת ביקורים תכופים ביחידות, שהוא אחראי להן לשם פיקוח ומתן הדרכה והסברים בכל נושאי העבודה בתחום הניהול הכספי.

## דיווח כספי

כדי לאפשר למחלקת הכספים לפקח באורח שוטף על הפעילות הכספית של היחידות השונות, עליה לקבל מהן דו"חות כספיים תקופתיים, חודשיים או דו-חודשיים, בעיקר על ביצוע התקציב, התאמות בנקים, חובות אשפוז וטיפול אמבולטורי, שטרם נגבו, וחובות היחידות לספקים.

- יחידות המשרד לא הגישו למחלקת הכספים את הדו"חות הדרושים או שהגישו אותם באיחור ובמרוכז לפיקי זמן ארוכים. מחלקת הכספים מצדה לא נקטה צעדים לקבלת הדו"חות בסדירות.

1. שירותי אספקה ומחסנים, שהיקף המחזור שלהם הסתכם ב-1971/72 ב-50 מליון ל"י בקירוב, הגישו למחלקת הכספים במשך השנה חמישה במקום עשרה דו"חות על ביצוע התקציב, ואף אלה בדרך כלל באיחור של חודשיים. במצב זה לא היה בידי מחלקת הכספים מידע מעודכן על ניצול התקציב והשימוש בו במשך כל השנה. בשל כך לא ידעה המחלקה בעוד מועד, ששירותי האספקה החזיקו מלאי ששווי היה בין 2 ל-3 מליון לירות מעל למלאי המורשה.

2. כל אחת מיחידות המשרד מחזיקה בבנק הדואר שני חשבונות, אחד להכנסות ואחד להוצאות. על פי הוראות התכ"ם על היחידות לערוך בתחילת כל חודש התאמת בנק לחודש שחלף, אולם מרביתן של היחידות שנבדקו לא הקפידו על מילוי ההוראות כראוי:

המשרד הראשי (מחלקת הכספים), שירותי אספקה ומחסנים ובית החולים רמב"ם לא ערכו במשך 1971/72 התאמות בנק לחשבונות ההכנסה שלהם; בתי החולים בנהריה ובבת ים ערכו התאמה אחת ובית החולים ביפו שתיים. גם לגבי חשבונות הבנק להוצאות נעשו על ידי היחידות שנבדקו רק שלוש עד שבע התאמות בנק, במקום 12, כפי שנקבע בהוראות התכ"ם. מחלקת הכספים ערכה את התאמת הבנק הראשונה לחשבון הוצאות ל-1971/72 (במרוכז לתקופה מאפריל עד נובמבר 1971) רק בסוף פברואר 1972. גם ב-1972, עד מועד הביקורת בתחילת אוגוסט 1972, לא ערכו מחלקת הכספים, שירותי אספקה ובתי החולים בתל השומר ונהריה התאמות בנק (הן להכנסות והן להוצאות); בית החולים ביפו ערך התאמה אחת בלבד לסוף יולי 1972. לדעת הביקורת יש להקפיד במיוחד על מילוי ההוראות בתחום רגיש זה, ועל הנהלת המשרד לתת את דעתה לכך.

3. בתי החולים יפו ובת ים מגישים באורח שוטף דו"חות על חובותיהם לספקים, ואילו בתי החולים בתל השומר ורמב"ם וכן לשכת הבריאות המחוזית ברמלה מגישים דו"חות אלה רק לעתים נדירות. חשיבותו של דו"ח זה היא בכך, שהוא דרוש להכנת תכניות מימון ומאפשר פיקוח על ביצוע תשלומים.

## ביקורת ביחידות

להשלמת הפיקוח והביקורת באמצעות קבלת דו"חות מהיחידות וניתוחם, שומה על עובדי הביקורת של מחלקת הכספים לבקר ביחידות. עליהם לעמוד מקרוב על דרכי העבודה, להדריך את העובדים ולערוך ביקורת על כל הפעולות הכספיות ביחידה.

- תדירות הביקורים של עובדי הביקורת של מחלקת הכספים ביחידות הייתה נמוכה ביותר. על פי נתוני המחלקה הוקדשו בשלוש השנים מ-1969/70 עד 1971/72 פחות מ-50 יום לביקורי ביקורת ביחידות: בשלוש שנים אלה לא נערכו שום ביקורים בחלק ניכר מהיחידות וביניהן היחידות הגדולות ביותר; ביחידות אחרות נערך ביקור אחד או שניים. ביקור יחיד נערך באחת מלשכות הבריאות המחוזיות ואף לא אחד בחמש האחרות.

חשיבות רבה נודעת לעריכת בדיקות ביחידות על תשלומי משכורת ושכר עבודה מהמת היקפם הגדול והמיגוון הרב של סולמות השכר ותנאי השירות בהם. הנתונים, הקובעים את גובה השכר, הם מרובים, ומשתנים לעתים קרובות. נתונים אלה נרשמים על ידי כל יחידה לגבי עובדיה, ומועברים למרכז למיכון משרדי, המבצע את החישובים והתשלומים. מטעם מחלקת הכספים לא נערכו ביחידות בדיקות בנושא זה. בהקשר זה יש לציין, שמשרד מבקר המדינה ומאז ספטמבר 1971 נציבות תלונות הציבור קיבלו תלונות רבות מעובדי משרד הבריאות, הנוגעות לתשלומי משכורת ושכר עבודה (על החשיבות של בדיקת נושא המשכורת על מרכיביה עמד מבקר המדינה בסיכום הממצאים על הביקורת הפנימית בחשבונות משרדי הממשלה — ראה דו"ח שנתי 22, עמ' 195).

לנוכח תדירות כה נמוכה של ביקורים וזמן כה קצר המוקדש לכך אינה קיימת למעשה ביקורת ראויה לשמה ביחידות.

— הביקורת, שערך משרד מבקר המדינה, העלתה ליקויים בנושאים שונים של הניהול הכספי בבתי חולים, שניתן לעמוד עליהם רק על ידי בדיקה במקום: בכמה מקרים נמצא, שעל עובד אחד הוטלו תפקידים, שריכוזם ביד אחת נוגד סדרי בידוק, כגון הכנת חשבונות וגביית התשלומים; קביעת מחיר האשפוז, הכנת החשבונות וניהול כרטיסי החייבים; הכנת פקודות יומן לרישום בספרים ועריכת הרישומים עצמם.

— ביחידות מספר נמצאו ליקויים בטיפול בתקבולים, בהמחאות ובמזומנים: חשבוניות שנפרעו לא סומנו כדרוש; שקים, המתקבלים באמצעות הדואר, לא נרשמו מיד עם קבלתם; תקבולים במזומן הוחזקו זמן רב בלא שהופקדו בבנק.



מן הצורך שמשרד הבריאות יגביר את הביקורת הפנימית, ואת הפיקוח של מחלקת הכספים על הפעולות הכספיות ועל סדרי הבידוק ביחידותיו, שרבות מהן הן בעלות מחזור כספים גדול.

### הפיקוח על טיב המזון

1. סדרי הפיקוח על טיב המזון שימשו בעבר נושא לבדיקות מקיפות של משרד מבקר המדינה. בבדיקות הקודמות העלתה הביקורת, שהרישוי לייצור המזון ולשיווקו והפיקוח עליהם נתונים בידי מספר גופים, שתפקידיהם נקבעו בשורה של חוקים. באין חוק מזון כולל ותיאום גאות בין הגופים המפקחים, חפפו לעתים תחומי פעולותיהם זה את זה, והפיקוח על איכות ועל ההיגיינה של המוצר המיוצר והמשווק לא הגיע להיקף הדרוש וליעילות הרצויה. מבקר המדינה הצביע על כך, שבמשך שנים לא חלה התקדמות בתחום הנדון ולא נמצאו דרכים לפתרון בעיות היסוד, הכרוכות בארגון הפיקוח ובביצוע, וציין כמה קווים, שרצוי להשתית עליהם את ארגון הפיקוח כדי ליעלו.

בסיכומיה והצעותיה לדו"ח שנתי 16, כפי שאושרו על ידי הכנסת באוגוסט 1966, קבעה ועדת הכספים, שיש לראות בדאגה את המצב הקיים, הגורם לסיכון בריאות הציבור, ודרשה מהממשלה להחיש ברוח המלצות הביקורת, את ארגון הפיקוח על טיב המזון ולהגיש לכנסת, תוך זמן קצר ככל האפשר, הצעת חוק מזון כולל לענייני הפיקוח על טיב המזון, ייצורו ושיווקו (ראה דו"ח שנתי 17, עמ' 729).

בנובמבר 1966 החליטה הממשלה, על פי המלצותיה של הוועדה הבין-משרדית לייעול משרדי הממשלה, למוג את הרשויות הממשלתיות המטפלות בפיקוח על המזון, למע- רכת ארגונית אחת, "שתיקרא "השירות לפיקוח על המזון" (להלן "שירות המזון" או "השירות"). השירות יהיה מופקד על עיצוב מדיניות בתחום המזון בעניינים הכלכליים, הטכנולוגיים, הבריאותיים-תברואתיים, והפיקוח עליו, תוך תיאום ושיתוף פעולה עם המשרדים הנוגעים בדבר. עוד החליטה הממשלה למנות מועצה בינמשרדית, שתכלול את המנהל של משרד המסחר והתעשייה, כיושב ראש, ונציגים של משרד האוצר, הברי- אות, החקלאות, המסחר והתעשייה, של המרכז לשלטון מקומי ושל מכון התקנים; מתפקידה של המועצה לקבוע את מדיניות השירות ודרכי הפעלתה. עוד הוחלט, להכין הצעת חוק מזון, שיסדיר את מערכת הפיקוח על המזון, ולהעביר את תפקידי הפיקוח בהדרגה לרשויות המקומיות. שירות המזון הוקם במאוס, 1968 במסגרת משרד הברי- אות.

2. במרוצת 1972 ערך משרד מבקר המדינה לסירווגיו, ביקורת על סדרי הפיקוח על טיב המזון. הביקורת נערכה בהנהלת משרד הבריאות בירושלים, בשירות המזון הארצי בתל אביב, בלשכות הבריאות המחוזיות תל אביב והמרכז ובתחנות ההסגר של משרד הבריאות בנמלים חיפה ואשדוד; כן נערכו בירורים בלשכות הבריאות המחוזיות ירו- שלים, חיפה, הצפון והדרום. הביקורת הקיפה גם 26 רשויות מקומיות: 9 עיריות, 13 מועצות מקומיות וארבע מועצות איזוריות\*. הביקורת התייחסה בעיקר לנושאים הב- אים: חקיקה בתחום הפיקוח על המזון; מועצת השירות; פעולות הפיקוח; רישוי מפעלים ופיקוח ברשויות מקומיות (בדבר ממצאים בתחום הפיקוח על טיב המזון ראה לאתרונה דו"חות שנתיים 16, עמ' 140; 17, עמ' 160; 18, עמ' 190; ו-19, עמ' 192. על הפיקוח הווטרינרי ברשויות המקומיות — ראה דו"ח שנתי 21, עמ' 801; ובדבר פיקוח על ייצור מזון בצה"ל, ראה דו"ח שנתי 22, עמ' 732).

### הסדר חוקי של הפיקוח על המזון

1. בעקבות החלטת הממשלה בנובמבר 1966 הכין משרד הבריאות הצעת תוכיר להצ- עת חוק מזון כולל, שהופצה באפריל 1969 בין משרדי הממשלה השונים. על פי דברי ההסבר של משרד הבריאות להצעה היתה מטרת החוק בעיקר: לרכז במידת האפשר את התחיקה בענייני מזון בחוק ספציפי על נושא זה; להשלים את התחיקה הקיימת בהתאם להתקדמות המדע והטכניקה בענייני המזון ותברואת המזון; לאפשר התקנת תקנות שיותאמו מזמן לזמן להתקדמות בעתיד. אחרי קבלת הערות המשרדים, הכין משרד הבריאות נוסח חדש של תוכיר להצעת חוק, שעליו התם שר הבריאות בדצמבר 1970. משרד המסחר והתעשייה הסתייג מהחוק המוצע כולו, בנימוק, שבהחלטת הממ- שלה דובר רק על מיווג הפיקוח כדי למנוע כפילויות, אולם לא דובר על מיווג הטיפול המשקי-טכנולוגי והטיפול הבריאותי-תברואי במזון בידי רשות אחת, כפי שהוצע בהצעת משרד הבריאות. התוכיר הועמד בתחילת 1971 על סדר יומה של ועדת השרים לענייני חקיקה. השלמת הטיפול בחקיקת חוק המזון מתעכבת בשל התנגדותו של משרד המסחר והתעשייה להצעת משרד הבריאות. לדעת משרד המסחר והתעשייה, כפי שהיא משתקפת במסמכים, יש להסמיך אותו, על פי הוראות חוק המזון שיחוקק, לטפל בצד הכלכלי — משקי וטכנולוגי של ענף המזון, לרבות יבוא ויצוא של

\* עיריות: ירושלים, אשדוד, נהריה, נתניה, עכו, פתח תקוה, ראשון לציון, החובות, רמת-גן מועצות מקומיות: אור יהודה, באר יעקב, גדרה, גן יבנה, גני תקוה, הוד השרון, זכרון יעקב, נס ציונה, עיר ירעאל עפולה, קרית גת, קרית מלאכי, רמת השרון, רעננה; מועצות איזוריות: געתון, חוף הכרמל, נעמן וקישון.

מזון; ואילו הסמכות להפעלת הוראות להסדרת ענייני הבריאות והתברואה בכל הנוגע לייצור ושיווק מזון תהיה בידי משרד הבריאות. משרד המסחר והתעשייה מסכים שהפיקוח להבטחת טיב המזון יהיה בידי שירות המזון, אולם לדעתו על השירות להעביר את ממצאי הפיקוח למשרד המתאים, על פי התחומים בטיפולו של כל אחד מהם. משרד הבריאות בדעה, שעמדה זו נוגדת את החלטת הממשלה מ-1966, שהעיקרון המנחה שלה הוא חוק מזון כולל, שיביא גם למיזוג הרשויות המפקחות.

חילוקי דעות בין שני המשרדים קיימים גם בקשר להוצאת צווים בתחום הפיקוח על טיב המזון: כך לדוגמה הציע משרד הבריאות להוציא, על פי חוק הפיקוח על מצרכים ושירותים, תש"ח-1957, צו בדבר ייצור "המבורגר", אולם משרד המסחר והתעשייה התנגד לכך; לאחר דיונים הוצא הצו בפברואר 1970, בחתימת שני השרים, והאחריות לביצועו הוטלה במשותף על מנהל חטיבת כימיה ומזון במשרד המסחר והתעשייה ועל מנהל שירות המזון במשרד הבריאות. במקרה נוסף העביר משרד הבריאות למשרד המסחר והתעשייה, עוד בפברואר 1970, הצעת תיקון לצו הפיקוח על מצרכים ושירותים (מוצרי חלב), תשכ"ב-1962, שמטרתה להוסיף על כ-40 המוצרים, שהצו חל עליהם, מוצרים נוספים; עד מועד סיום הביקורת לא קיבל משרד הבריאות תגובה להצעתו. בהקשר לכך מסר המהנדס המחוזי למזון בלשכת הבריאות בתל אביב למשרד מבקר המדינה, שבהשוואה ל-1970 חלה ב-1971 ירידה תלולה ברמת המוצרים שהצו צריך היה לחול עליהם. על עניין זה עמד היועץ המשפטי לממשלה עוד באוגוסט 1969 וציין, ש"חילוקי הדעות לעניין הצווים הם רק סימפטומים לניגודי השקפות עקרוניים בדבר סמכויותיו של שירות המזון, שהוקם על פי החלטת הממשלה ולא יישובה של החלטה זו, הלכה למעשה".

2. במסגרת ההחלטה בדבר הקמת שירות המזון נכלל סעיף, שלפיו על המשרדים הנוגעים עים בדבר להאציל לשירות עד להכנת חוק המזון סמכויות מתאימות, שהיו להם בתחום הפיקוח על המזון.

ביוני 1968 הוענקו הסמכויות על פי תיקון צו הפיקוח על מצרכים ושירותים (הסחר במזון, ייצור והחסנתו), תשכ"א-1960, המסדיר את הרישוי של ייצור המזון והסחר בו שהיו בידי משרד המסחר והתעשייה, גם למנהל שירות המזון ולרופאים המחוזיים של משרד הבריאות; האחרונים עוסקים בכך בפועל מאותו מועד. בעניין הפיקוח על תעשיית מוצרי מזון מן החי, איחסונו והובלתו, סוכם בדצמבר 1971 בין משרד הבריאות לבין משרד החקלאות, שהוא יבוצע על ידי שירות המזון, ואילו הפיקוח על שחיטת בהמות ועופות ועל יבוא בשר יישאר בידי משרד החקלאות. בהתאם לכך הועבר, החל בינואר 1972 הפיקוח בנמלים על יבוא של דגים קפואים, אבקת חלב, אבקת ביצים, חמאה וגבינה לידי שירות המזון. מיולי 1972 אחראי השירות גם לפיקוח על איחסונו של הבשר הקפוא בבתי קירור ולהובלתו מבתי הקירור לנקודות הייצור והשיווק. הפיקוח מבוצע על ידי השירות ועל ידי הרופאים הווטרנריים העירוניים, שבתי הקירור נמצאים בתחום אחריותם. הפיקוח על שיווק מזון מן החי, לרבות שיווק הבשר הקפוא והובלתו בתחום הרשות המקומית, באיטליזים ובבתי אוכל, צריך להיות בידי הרופאים הווטרנריים של הרשות המקומית, בפיקוח עליון של לשכות הבריאות.

### מועצת השירות

המלצותיה של הוועדה הבין-משרדית לארגון הפיקוח על המזון, כפי שנתקבלו על ידי הממשלה, כללו רשימה של פעילויות עיקריות שיוטלו על מועצת השירות שתוקם:

התוויית מדיניות וקביעת סדר עדיפויות לפעולות; בחינה ואישור של הצעות תקציב ותכניות עבודה; מעקב אחר פעולות הפיקוח על המזון ובדיקת התאמתן למדיניות שנקבעה; אישור הצעות חקיקה הקשורה בנושא; וקביעת מדיניות והוצאת הנחיות בדבר האמצעים שיש לנקוט בגד העוברים על התוק.

- ישיבותיה של המועצה, שצריכה להנחות את השירות בפעולותיו, לא התקיימו בסדירות, אחת לחודש, כפי שהיא החליטה לקיימן עוד בתחילת 1968: מספטמבר 1967 עד יולי 1972 היא קיימה רק 15 ישיבות; ב-1968 הייתה הפסקה של 9 חודשים בין ישיבה אחת לשנייה ובתקופה מיוני 1971 עד אפריל 1972 כלל לא התכנסה. גם מיוני עד סוף 1972 היא לא התכנסה.

בישיבותיה דנה המועצה, בין השאר, על תיאום פעולות בין השירות לבין הרשויות המקומיות; מצב כוח האדם המועסק ברשויות המקומיות בפיקוח על טיב המזון; קביעת ענפי ייצור שבהם יש להגביר את הפיקוח (בסוף 1970). המועצה לא דנה כלל בהצעות חקיקה, נושא, שנדון במישרין על ידי משרד הבריאות ומשרד המסחר והתעשייה, והחל ב-1970 אף לא באישור הצעות תקציב ותכניות עבודה.

### ארגון הפיקוח

הטיפול המרכזי בפיקוח על המזון נתון בידי שירות המזון, הפועל כיחידת מטה מקצו-עית במסגרת שירותי בריאות הציבור שבמשרד הבריאות, בעוד שהפיקוח בשדה הוטל על יחידות לפיקוח על המזון, הפועלות במסגרת לשכות הבריאות המחוזיות. תפקידיו העיקריים של השירות הם: לעצב מדיניות כוללת בנושא; ליזום חקיקה וחקיקת משנה; קביעת הנחיות לפעולה ותכנון הפיקוח של לשכות הבריאות; הפעלת מערכת מעקב ודיווח; והדרכת כוח אדם. עוד מקיים השירות מעבדה למזון, שתפקידה לבדוק מוצרי מזון המועברים אליה על ידי היחידות לפיקוח על המזון. חלק מהבדיקות המעבדתיות מבוצעות במעבדות לבריאות הציבור של משרד הבריאות ובמעבדות פרטיות שאתן התקשר השירות.

השירות מתרכז בפיקוח על מפעלים לייצור מזון. הפיקוח התברואי השוטף, במקומות שיווק של מזון מוכן, מוטל על הרשויות המקומיות, בפיקוח עליון של יחידות התברואה (להבדיל מהיחידות לפיקוח על המזון) שבלשכות הבריאות.

תקן השירות ב-1971/72 מנה 69 משרות: 19 ביחידה המרכזית של השירות בתל אביב, 39 בלשכות הבריאות ו-11 במעבדה למזון ביפו. מנגנון השירות מורכב ברובו מעובדי דים, שהועברו אליו ממשרד המסחר והתעשייה וממשרד החקלאות, ומעובדי משרד הבריאות שעסקו בנושא לפני הקמתו של השירות. ל-1972 אושרו ליחידה המרכזית 7 משרות. למילוי תפקידים שהועברו לטיפול מתחילת 1972, בעיקר בתחום הפיקוח על יבוא מזון מן החי ואחסנתו. הוצאת השירות הסתכמה ב-72-1971 בסך 1,122,104 ל"י, מזה 462,023 ל"י בלשכות הבריאות. לשנת הכספים 1972 נקבע תקציב הוצאה בסך של 1,248,300 ל"י, מזה 497,300 ל"י ללשכות הבריאות; רוב הוצאה היא על משכורת ושכר עבודה.

### פעולות הפיקוח

על פי נתוני שירות המזון פעלו בארץ ב-1972 2,100 מפעלים בקירוב לייצור מזון. השירות סיווג את ענפי הייצור ל-13 ענפים ראשיים ו-94 ענפי משנה. על פי פקודת

בריאות העם (תקנות בענין צורכי מזון), 1935, מוסמכים עובדי משרד הבריאות לב- דוק מצרכי מזון וליטול מהם דוגמאות לבדיקה מעבדתית, ובידי רופא ממשלתי הרשות לצוות על השמדתו של מזון או למנוע באופן אחר את השימוש בו כמאכל אדם, אם מתגלה שאין המזון ראוי למאכל.

הפיקוח המופעל על ידי שירות המזון ושלוחותיו האזוריות מתייחס לשני גורמים עיקריים, שמהם מושפע טיבו של מצרך מזון: איכותו של המוצר מבחינת טיבם וכמותם של החומרים השונים המרכיבים אותו והקובעים את ערכו התזונתי — גורמים שיש להם חשיבות מבחינה מסחרית; ואיכות המוצר מבחינה הגיינית, המתבטאת בנקיונו ובטריותו. לגבי מספר ניכר של מוצרים נקבעו בצווים של שר הבריאות ושר המסחר והתעשייה תקנים להסדרת הייצור, תכולתם של המוצרים, אריזתם, סימונם ומשקלם. הפיקוח נעשה על ידי ביקורים ונטילת דוגמאות ממפעלים המייצרים את המזון וגם ממקומות שיווק לצורך עריכת בדיקות מעבדתיות שונות — כימיות, טוקסיקולוגיות ומיקרוביולוגיות. על היחידה המחוזית לפיקוח על המזון לשלוח למפעלים, שבהם נמצאו ליקויים, דרישות לביצוע תיקונים, לעקוב אחרי מילוי דרישותיה ולנקוט באמצעים מתאימים להבטחת תיקון הליקויים — משלוח התראות, ובמקרים חמורים הגשת תביעות משפטיות והוצאת צווי סגירה.

לרופא המחוזי הסמכות (מיוני 1968) להוציא רשיונות ייצור וסחר והיתרי החסנה, על פי צו הפיקוח על מצרכים ושירותים (הסחר במזון, ייצורו והחסנתו), תשכ"א—1960; בהוצאת רשיונות אלה ובחידושם עליו להתחשב בממצאי הביקורת במפעלים.

### תכנון וביצוע

על פי הוראות קבע של ראש שירותי בריאות הציבור, שסוכמו מחדש באמצע 1971, מוטל על לשכות הבריאות המחוזיות לבצע את פעולות הפיקוח על פי תכנית מפורטת הנמסרת להן על ידי שירות המזון הארצי. בהתאם לכך מכין השירות לקראת כל שנה תכנית כללית, הקובעת לכל לשכה מחוזית את מספר הביקורים היסודיים שעליה לערוך (להלן "ביקורות") בכל ענפי הייצור ואת מספר הדוגמאות של מזון שיש לקחת בענפים אלה לבדיקה מעבדתית. התכנית השנתית נערכת על יסוד דיונים משותפים בין השירות לבין הלשכות; היא מבוססת על נתונים של השנה הקודמת ומביאה בהשבון את היקף הייצור של המפעלים השונים וכוח האדם העומה לרשות כל לשכה, ומהווה, לפי הסברים שנמסרו למשרד מבקר המדינה, תכנית מינימום.

— ב-1971, במחוז תל אביב, במחוז הדרום ובאיזור אשקלון, וב-1972 בכל המחוזות, להוציא את מחוז המרכז, נפל מספר הביקורות במפעלים בפועל, במידה ניכרת למדי, מהמתוכנן. ניתוח לפי ענפים מצביע במיוחד על מיעוט הביקורות בבתי הקירור, שהם מוקדים חשובים לשמירתם של טיב המזון וטריותו: במקום 300 ביקורות שתוכננו בכל הארץ ל-1971 בוצעו 78 בלבד, ובמקום 102 שתוכננו למחצית הראשונה של 1972 בוצעו רק 54. במחוז תל אביב בוצעו ב-1971 כ-65% מהביקורות שתוכננו בענפי טחנות קמח, מאפיות, בשר ומוצרי בשר, ו-12% מהביקורות בבתי קירור; במחוז המרכז בוצעו כ-80% מהביקורות המתוכננות בענפי בשר ומוצרי בשר וכ-35% בבתי קירור.

— היקפן של הבדיקות המעבדתיות בענפים השונים — ביניהם לגבי מוצרים רגישים מבחינת הטיב, כמו חלב ומוצריו — נפל גם הוא בכל המחוזות במידה ניכרת מהמתוכנן; לגבי מוצרי בשר נערכו בדיקות היסטולוגיות וסרולוגיות, שמטרתן לקבוע מאיזה בשר

עשוי המוצר, במקרים בודדים בלבד. הועלו מקרים שבהם הגדיר השירות ב־1970 וב־1971 תוצאות של בדיקות מעבדה של חלק ניכר מכלל הדוגמאות שנבדקו כ"לא בסדר", ולמרות זאת הוא לא הקפיד אף לגבי מוצרים אלה, שמספר הבדיקות יגיע בעתיד למתוכנן.

### פיקוח על מזון המיובא מחוץ לארץ

1. בביקורת, שנערכה בשנים 1966 וסוף 1968, עמד משרד מבקר המדינה על הצורך בתיאום פעולה בין לשכת הבריאות הנוגעת בדבר, לרבות תחנות ההסגר שבנמלים, לבין רשויות הנמל, שמהן יש לקבל בעוד מועד את הנתונים על משלוחי המזון המגיעים לישראל, היקפם וסוגם. עוד נקבע, כי דרוש, שבידי עובדי הלשכות יהיו הנחיות להיקף הבדיקות ותדירותן, ושהיו הסדרים למעקב שיטתי אחרי הנעשה במזון, שרופא הלשכה פסלו למאכל אדם (ראה דו"חות שנתיים 17, עמ' 155, ו־19, עמ' 194).

הבדיקה הנוכחית העלתה, שבספטמבר ונובמבר 1969 הוסכם בין נציגי משרד הבריאות לבין נציגי המכס, שנציגי המשרד בנמלים יקבלו מידע שוטף על מצרכי מזון שהגיעו לארץ — על ידי קבלת מסמכי היבוא לעיון במשרדי המכס — ושהמכס לא ישחרר מזון אלא לאחר קבלת אישור ממשרד הבריאות. הודעה מתאימה על הסדר זה נשלחה על ידי משרד הבריאות לעמילי המכס. באמצע 1970 העביר שירות המזון הארצי לתחנות ההסגר (בחיפה, אשדוד, אילת ולוד) וללשכות הבריאות המחוזיות, הנוגעות בדבר, רשימות של מוצרי מזון וחומרי גלם מיובאים לייצור מזון, החייבים בדיקה במעבדה; הן נתבקשו לא לשחרר מזון, אלא לאחר קבלת תוצאות הבדיקה, ואם הדבר אינו ניתן, לאפשר את שחרור הסחורה רק לאחר קבלת התחייבות מיבואן שלא ישווק, אלא לאחר קבלת תוצאות הבדיקה.

— עובדי תחנות ההסגר בנמלים חיפה ואשדוד לא הקפידו לעיין במסמכי היבוא ולא היה בידם מידע על המזון המיובא שהגיע דרך נמלים אלה. כתוצאה מכך לא הייתה בידי נציגי משרד הבריאות אפשרות לקבוע, אם אמנם דאגו שלטונות המכס לכך, שכל מצרכי המזון הטעונים בדיקה נמסרו להם לבדיקה לפני שחרורם מהנמל.

— עד יוני 1972 לא דאגה תחנת ההסגר בנמל אשדוד, להוציא במקרים בודדים, לביצוע בדיקות מעבדה של מזון מיובא. אף על פי כן נהגה להטביע על המסמכים חותמת, ששימשה לשלטונות המכס אישור משרד הבריאות לשחרורה של הסחורה. במצב זה יכול היה היבואן לשחרר את הסחורה ולשווקה, בלא שנקבע — במקרים שהדבר היה דרוש על פי הנחיות שירות המזון — שיש צורך בבדיקה מעבדתית שתקבע, שהסחורה אמנם ראויה למאכל אדם.

2. טובין, כגון חיטה, סוכר ואבקת חלב, המיובאים על ידי משרד המסחר והתעשייה, ונתגלו בהם פגמים, וכן מוצרי מזון שניטשו בבית המכס על ידי יבואנים בגלל קביעת משרד הבריאות שהמצרכים אינם ראויים למאכל אדם אלא למטרה אחרת כגון למאכל בהמה, נמכרים על ידי מחלקת המכירות של משרד הבטחון על פי מכרז; הודעה על פסילת הסחורה נשלחת על ידי רופא תחנת ההסגר לשירות המזון. על פי נוהל, שהוסכם עליו בין משרד הבריאות לבין משרד הבטחון, על משרד הבטחון לקבל התחייבות מהקונה, שלא ימכור את הצרכים למאכל אדם ולהודיע למשרד הבריאות את שם הקונה כדי לאפשר פיקוח ומעקב אחרי השימוש בסחורה הפגומה.

— בתקופה מינואר 1971 עד יולי 1972 נמכרו על ידי מחלקת המכירות של משרד הבטחון, על פי 6 מכרזים, כ־182 טון של מצרכי מזון פגום, בעיקר אורז ובסקוויטים,

אולם רק במקרה אחד שלח משרד הבטחון הודעה על המכירה למשרד הבריאות. בתשובה לפניית משרד מבקר המדינה הודיע משרד הבטחון באוקטובר 1972, שבעתיד יקפיד על משלוח ההודעות הדרושות למשרד הבריאות.

3. על פי סיכום בין משרדי הבריאות והחקלאות מנובמבר 1971, הועברה האחריות לפיקוח בנמלים על יבוא דגים ממשרד החקלאות לשירות המזון. בתחילת 1972 מונו לצורך הפיקוח שלושה רופאים וטרינריים, במשרה חלקית, והשירות קבע נהלים לשחרור דגים מיובאים, לבדיקתם במעבדה ולהעברתם לבתי קירור.

- לגבי 80 משלוחי דגים שהגיעו מינואר עד אפריל 1972, לא נתקבלו בשירות המזון, לפי נתוניו, פרטים על תוצאות של בדיקות מעבדתיות, שהיה צורך לבצען, וגם לא העתקים של היתרי שיווק, שהיה על הרופאים הוטרינריים ברשויות המקומיות השונות לתת ליבואנים. לדברי הרופא הוטרינרי הראשי בשירות המזון הארצי קיים חשש, שדגים ממשלוחים אלה שווקו ללא בדיקה. בהקשר זה העלתה הביקורת, שעוד בפברואר 1970 סוכם בין שר הבריאות לבין שר החקלאות להטיל על היועצים המשפטיים של שני המשרדים למצוא פתרון חוקי, כיצד לחייב את הרופאים הוטרינריים ברשויות המקומיות לפעול בכל תחומי הפיקוח על מזון מן החי, על פי הנחיות מקצועיות משירות המזון, אולם הבעיה עדיין לא באה על פתרונה.

### דרכי הטיפול בממצאי הפיקוח ובתלונות

1. שירות המזון מבחין בין שלושה סוגים עיקריים של ליקויים: ליקויים שהועלו בביקורות במפעלים, כגון מצב תברואי ירוד, חוסר משקל ואי סימון מוצרים; ליקויים שנתגלו בבדיקה מעבדתית של דוגמאות מזון, כגון זיהום בקטריולוגי, נגיעות המוצר על ידי חרקים, שימוש בצבעים אסורים, וייצור בניגוד להוראות צווי ייצור; וגופים זרים. במזון, שתלונות עליהם מגיעות למשרד הבריאות מהציבור. דרכי הטיפול בליקויים משני הסוגים הראשונים נקבעות לפי חומרתם ותדירותם והן כוללות דרישות בעל פה ובכתב לביצוע תיקונים, משלוח מכתבי התראה, הגשת תביעות משפטיות והוצאת צווי סגירה מינהליים. על היחידות לפיקוח על המזון בלשכות הבריאות. להעביר לשירות המזון הארצי העתקים ממכתבים, הגשלהים על ידן למפעלים ומפרטים דרישות לתיקון ליקויים, העתקי מכתבי התראות והודעות על הגשת תביעות משפטיות; המצאת מסמכים אלה נועדה לאפשר לשירות המזון הארצי לעקוב אחרי טיפולן של היחידות לפיקוח על המזון, בממצאי הפיקוח.

- לא נקבעו במפורש דרכי הטיפול בממצאי הפיקוח ולעתים קיימים בנושא זה חילוקי דעות בין שירות המזון הארצי לבין הרופאים המחוזיים בלשכות הבריאות. כך למשל עמד שירות המזון הארצי, על פי ממצאי פיקוח לגבי מפעל לייצור מוצרי דגים על הצורך לנקוט צעדים חמורים נגדו; רופא המחוז לעומת זאת נקט במשך תקופה של שנתיים בקירוב דרך יותר גמישה, אף שלבסוף גם הוא הסכים לא לחדש את רשיון הייצור ל-1972, בגלל אי מילוי דרישות חוזרות לתיקון הליקויים. מקרים כאלה קיימים גם לגבי מפעלי בשר, שבתחום טיפולה של לשכת הבריאות בחיפה, מאפיות ויקבים לייצור יינות ומשקאות חריפים שבתחום טיפולה של יחידת הבריאות באשקלון, וכן לגבי מפעלים לייצור נקניק שבתחום טיפולה של לשכת הבריאות בתל אביב. לדעת הביקורת, מן הצורך, שהנהלת משרד הבריאות תקבע במפורש וכהנחיות קבע, בידי מי הסמכות המכרעת להחליט בעניינים אלה: שירות המזון הארצי ובעלי המקצוע שלו, שתפקידם להדריך ולכוון את פעולות הפיקוח, או הרופאים המחוזיים



בלשכות הבריאות (על הצורך בקביעת הסדרים בכל הקשור לחילוקי דעות בתחום טיב המזון המיוצר עבור צה"ל, עמד מבקר המדינה בדו"ח שנתי 22, עמ' 735).

2. הטיפול בתלונות מהציבור הנוגעות למזון, המגיעות אל משרד הבריאות, במישרין או באמצעות רשויות מקומיות או ארגוני צרכנים, מוטל על לשכות הבריאות. רוב התלונות מתייחסות לגופים זרים במזון ומיעוטן לטיב המזון וחסר משקל. הטיפול בתלונה כולל בדרך כלל שליחת המוצר לבדיקה במעבדה, עריכת בירורים וגביית עדויות במפעל שייצר את המוצר, וכן מהסיטונאי המוביל אותו והחנות בה הוא נקנה. לרוב מסתיים הטיפול בהגשת תביעה משפטית נגד היצרן.

משרד מבקר המדינה בדק את סדרי הטיפול בתלונות בלשכת הבריאות המחוזית תל אביב ובלשכות הבריאות הנפתיות פתח תקוה והשרון (נתניה), שתיהן במסגרת מחוז המרכז. להלן נתונים על מספר התלונות שנתקבלו בלשכות אלה בשנים 1971 ו-1972:

1971	1972	הלשכה
632	524	תל אביב
133	107	פתח תקוה
131	125	השרון

- יומני התלונות, המגוהלים בלשכות הבריאות, אינם משקפים פרטים חשובים הנוגעים לטיפול בתלונה: בתל אביב, רישום הפרטים על הבדיקות המעבדתיות אינו סדיר ולא נרשמים תאריכי מתן תשובה למתלוננים. בשתי הלשכות האחרות אין היומן מפרט את התאריכים של העברת המוצרים לבדיקה במעבדה, קבלת התוצאות והעברת המסמכים — במקרים המתאימים — לפרקליטות המדינה לשם הגשת תביעה משפטית.

- משך הטיפול בתלונות בלשכות שנבדקו — מקבלת התלונה עד העברת המסמכים לפרקליטות או עד להחלטה שלא להגיש תביעה משפטית — מגיע לעתים קרובות ליותר מחצי שנה, ובמקרים לא מעטים ליותר משנה. תוצאות הבדיקה מתקבלות מהמעבדה בדרך כלל תוך זמן סביר, אף כי הועלו מקרים, שבהם נמשך הדבר יותר מחודשיים. אולם הליקוי הבולט הוא הזמן הממושך העובר מקבלת התוצאות של הבדיקה מהמעבדה ועד לקבלת החלטה, אם תוגש תביעה, ובהעברת המסמכים הדרושים להכנת תביעה משפטית לפרקליטות המדינה. יתר על כן, במקרים לא מעטים מחזירה הפרקליטות את המסמכים ללשכת הבריאות כדי להשלים פרטים חסרים, ודבר זה גורם הארכה נוספת של זמן הטיפול. מצב דומה קיים גם בטיפול בתוצאות הביקורות היוזמות של הלשכות במפעלים לייצור מזון.

נוכח החשיבות הנודעת לטיפול נאות בתלונות בתחום הרגיש של טיב המזון, מן הצורך, שמשרד הבריאות יפעל להחשת הטיפול וינהיג שיטת רישום, שתאפשר מעקב סדיר אחרי כל שלבי הטיפול בהן. טיפול יעיל בתלונות אינו נדרש רק מבחינת זכותו של המתלונן להיענות, אלא גם מבחינת מילוי התפקידים הייעודיים של השירות, שכן הצרכן משלים בכך את עבודתו של מנגנון הפיקוח הרשמי.

## רישוי מפעלים

1. על פי חוק רישוי עסקים, תשכ"ח—1968, מותנית פתיחתו והפעלתו של מפעל לייצור מזון בקבלת רישיון עסק — הניתן בדרך כלל לתקופה של שנה — מטעם

הרשות המקומית, לאחר קבלת אישור ממשרד הבריאות. נוסף על כך טעונים מפעלים כאלה ברשיון גם על פי הוראות צו הפיקוח על מצרכים ושירותים (הסחר במזון, ייצורו והחסנתו), תשכ"א—1960, הניתן על ידי "המנהל", שבסמכותו גם לקבוע תנאים לנתינתו, או לסרב לתתו בהתאם לשיקול דעתו. הסמכות למתן רשיון הייצור, לפי הצו, הוענקה כאמור מיוני 1968, לאחר הקמת שירות המזון, גם למנהל השירות ולרופאים המחוזיים בלשכות הבריאות. רשיון הייצור אף הוא ניתן בדרך כלל לתקופה של שנה, אם כי הצו מאפשר מתן רשיון לתקופה יותר קצרה. ריכוז סמכויות בתחום הרישוי בידי הרופאים המחוזיים — מתן אישור לצורך הוצאת רשיון עסק ומתן רשיון ייצור — הביא לחיסול כפילות בתחום זה בין משרד הבריאות לבין משרד המסחר והתעשייה, ויש לראות בו תוצאה חיובית חשובה, הנובעת מהקמת השירות. בהתאם לכך נתגבשה במשרד הבריאות מדיניות, שלפיה יש לקשור מתן רשיון אחד במתן הרשיון השני: רשיון ייצור ינתן רק למפעל שבדיו רשיון עסק ולהיפך.

— בדיקה של 54 תיקי מפעלים בלשכת הבריאות במחוז המרכז העלתה, שב-5 מקרים ב-1971 וב-19 מקרים ב-1972 ניתן רשיון ייצור, או אישור למתן רשיון עסק, בלא לקשור מתן הרשיון האחד במתן הרשיון השני.

2. לצורך מתן רשיון ייצור חילק שירות המזון את המפעלים לשלוש קבוצות: אלה הראויים לקבל רשיון רגיל לשנה; מפעלים שנמצאו בהם ליקויים ושיש לתת להם שהות קצובה מראש לתיקונם; ומפעלים הפועלים ברמה טכנולוגית ותברואתית ירודה ואינם ראויים לקבל רשיון, אלא לאחר דיון בוועדה מקצועית משותפת לשירות וללשכת הבריאות הנוגעת בדבר.

— השירות לא קבע מדיניות ברורה, אם יש לתת רשיון ייצור לתקופה קצרה משנה, למפעלים מהקבוצה השנייה, עבור הזמן שבו עליהם לתקן את הליקויים שנמצאו בהם, ולכן אין בנושא זה טיפול אחיד בכל הלשכות: מחוז תל אביב מעניק למפעלים רשיונות ייצור לתקופות קצרות משנה, בעוד שמחוז המרכז אינו נוהג כך: במקום לנקוט בצעדים נגד בעלי המפעל הוא מנצל את תקופת הביניים, שבה המפעל פועל ללא רשיון, כדי לגרום לכך, שיבצע את התיקונים הדרושים. בהקשר זה יש גם לציין תופעה בלתי רצויה, שמפעל, שתוקף רשיון הייצור שלו פג, פועל למעשה על פי רשיון עסק בר תוקף מטעם הרשות המקומית. לדעת הביקורת יש למצוא פתרון לבעיה זו ומן הראוי, שמשרד הבריאות ישקול דרך לאיחוד שני הרשיונות (על התופעה של ריבוי עסקים הפועלים ללא רשיון עסק, עמד מבקר המדינה לאחרונה בדו"ח שנתי 20, עמ' 203, שבו סוכם ליקויים שהועלו בביקורת ב-35 רשויות מקומיות בשנים 1967/68 ו-1968/69, וכן בדו"ח שנתי 21, עמ' 801).

3. בסעיף 11 לצו הפיקוח על מצרכים ושירותים (הסחר במזון, ייצורו והחסנתו), תשכ"א—1960, נקבע, כי מפעל שהגיש בקשה לחידוש רשיון ייצור ושילם את אגרת הרשיון, רשאי להמשיך בפעולתו לפי תנאי הרשיון הקודם עד להחלטת המנהל בבקשה. משרד מבקר המדינה בדק בלשכת הבריאות במחוז תל אביב 60 בקשות, שהגישו מפעלים לחידוש רשיון הייצור ל-1971.

— הטיפול ב-19 בקשות שנענו בסירוב נמשך מארבעה עד 12 חודשים אך גם לאחר מכן המשיכו בייצור, לגביהן הועלה בביקורות שערכו מבקרי המשרד במפעלים, עוד סמוך להגשת הבקשה ומספר פעמים לאחר מכן, ליקויים חוזרים בתחום הייצור והתברואה, שבגללם לא חודש הרשיון. לגבי שבעה מפעלים, שהמשרד סירב לחדש את רשיונותיהם ואף על פי כן הם המשיכו לפעול, לא הוגשו תביעות משפטיות על ייצור

ללא רשיון. בקבוצה זו שני מפעלים (קונדיטוריה ומחלבה), שלגביהם קבעה ועדה מקצועית משותפת לשירות המזון ולשכת הבריאות עוד במאוס ובאפריל 1971, שאין לחדש את רשיונותיהם, ושני מפעלים נוספים, שלגביהם המליצה הוועדה במפורש להגיש נגדם תביעה משפטית (מאפייה) או להוציא צו סגירה מינהלי (קונדיטוריה).

## פיקוח על המזון ברשויות המקומיות

חלוקת התפקידים בין השירות לבין הרשויות המקומיות

החלטת הממשלה מנובמבר 1966 קבעה, בין השאר, שיש להעביר את תפקידי הפיקוח השוטף במפעלים לייצור מזון, באופן הדרגתי לרשויות המקומיות — נוסף על פיקוח תברואי שהן מפעילות על פי חוק רישוי עסקים — לאחר שהן יתארגנו כראוי לביצוע תפקידי הפיקוח, כפי שיוגדרו על ידי מועצת השירות ומנהל שירות המזון.

רק בנובמבר 1970 מינה יושב ראש מועצת השירות ועדה בת חמישה חברים, בראשותו של נציג מרכז השלטון המקומי, ובהשתתפותם של נציגיהם של משרדי הבריאות, החקלאות, המסחר והתעשייה ומכון התקנים, שנתבקשה להציע מודל לחלוקת פונקציות הפיקוח על ייצור המזון ושיווקו בתחום הרשויות המקומיות. הוועדה הגישה את הדיון וחשבון שלה ביוני 1971 ליושב ראש מועצת השירות. המועצה דנה מספר פעמים בדו"ח, אולם לא הגיעה לכלל סיכום, הואיל והנהלת משרד הבריאות לא סמכה את ידה על מסקנותיו, ובמיוחד על ההמלצה, שמועצת השירות — ולא משרד הבריאות — תהיה מוסמכת לקבוע, אם רשות מקומית כשרה לקבל על עצמה את אחריות ביצוע הפיקוח.

ביוני 1971 מינתה מועצת השירות ועדה בת שישה חברים כדי לבדוק את תנאי השירות של תברואני המזון בממשלה וברשויות המקומיות. מהנתונים שהובאו בפניה נתרר, שברשויות המקומיות לא מועסקים עובדים שתפקידם הוגדר כפיקוח על מזון, ולכן לא ניתן לקבוע את כוח האדם ברשויות העוסק בנושא זה.

במאי 1972 החליטה מועצת השירות, שנציגי משרד הבריאות ומרכז השלטון המקומי במועצה יבחרו במשותף ארבע רשויות מקומיות במסגרת מחוז המרכז, שבהן תיעשה חלוקה מחודשת של התפקידים או העברה של תפקידי הפיקוח בתחומי המזון לידי רשויות מקומיות אלה, למשך תקופה מסוימת לצרכי ניסוי. בדצמבר 1972 הוחל בניסוי בשתי רשויות מקומיות במחוז המרכז, ולפי התכנית יוגש למועצת השירות בעוד מספר חודשים דו"ח על תוצאות הניסוי.

### הפיקוח ברשויות המקומיות

בשנת 1971 היו בתחום 26 הרשויות המקומיות, שבהן נערכה ביקורת בדבר הפיקוח על המזון, למעלה מ-300 מפעלים לייצור מזון וכ-10,000 עסקים למכר ושיווק מזון.

- אף אחת מהרשויות המקומיות לא העסיקה עובדים מיוחדים לצורך פיקוח על תברואת המזון ולא נטלה דגימות ממוצרי מזון לצורך בדיקות מעבדתיות. התברואנים של הרשויות עסקו רק בפיקוח על תנאים סניטריים ותברואתיים בעסקים השונים.

- הרשויות המקומיות לא הנהיגו ניהול כרטסת לעסקים, או שהכרטסת כללה רק נתונים מצומצמים, כגון שם בעל העסק ותאריכי הוצאת הרשיון וחיידושו, אך היא לא עודכנה בנתונים על ביקורות תברואנים ותוצאותיהן ועל הצעדים שנקטו, כדרוש לצורך מעקב ופיקוח תקינים. ב-15 רשויות מקומיות ערכו התברואנים ביקורות בעסקים

שבתחומן, לרבות עסקי מזון, שלא על פי תכנית ערוכה מראש בכתב, אלא בעיקר לקראת חידוש הרשיונות השנתיים, וגם לא נמצא דיווח שיטתי על תוצאות ביקוריהם.

- באף אחת מהרשויות לא היו נתונים מרוכזים על משלוח התראות, הגשת תביעות משפטיות וביצוע צווי סגירה בגין מפגעים חברואתיים שנתגלו במפעלים העוסקים בשיווק מזון. במידה וננקטו צעדים כאלה היה החומר מתויק בתיקים הענייניים ורק במקרים יוצאי דופן נשלחו עותקים למשרד הבריאות, לידיעתו.

- בדרך כלל לא היה תיאום בין משרד הבריאות לבין הרשויות המקומיות בתחום הפיקוח במפעלים לייצור מזון. במידה והיה קיים מגע, הוא התייחס להוצאת רשיונות למפעלים או לחידושם.



ממצאי הביקורת מצביעים על התקדמות לקראת ריכוז הטיפול בפיקוח על טיב המזון במישור הממשלתי: עם הקמת שירות המזון, במסגרת משרד הבריאות, רוכז הפיקוח על מפעלים לייצור מזון בידי משרד זה. הסמכות למתן רשיונות ייצור למפעלים אלה, שהיתה בעבר בידי משרד המסחר והתעשייה, ניתנה גם למנהל שירות המזון ולרופאים המחוזיים של משרד הבריאות, נוסף על הסמכות שהיתה בידי משרד הבריאות לקבוע תנאים תברואיים למתן רשיונות על ידי הרשויות המקומיות, על פי חוק רישוי עסקים. חלק ניכר מתפקידי הפיקוח על מזון מן החי, שהיו בידי משרד החקלאות, הועברו אף הם לידי משרד הבריאות. לעומת זאת לא מומשה החלטת הממשלה מ-1966, להעביר את תפקידי הפיקוח בשדה, בהדרגה, לידי הרשויות המקומיות, שיפעלו על פי הנחיות של שירות המזון ובפיקוחו העליון.

משרד הבריאות ומשרד המסחר והתעשייה לא הסדירו ביניהם את תחומי הפעולה של כל אחד מהם, ודבר זה מעכב חקיקת חוק כולל לענייני הפיקוח על טיב המזון, ופעולות הפיקוח ממשיכות להיות מבוססות על מספר רב של חיקוקים. בשל כך קיימים במספר תחומים קשיים בפרסום צווים ובביצוע הפיקוח.

בארגון הפיקוח ובתכנונו חלה התקדמות, אך היקף הפיקוח בפועל ומספר בדיקות המע-דה המבוצעות אינם עונים עדיין על הצרכים.

הועלו ליקויים בפיקוח על מזון מיובא, המצביעים על הצורך בתיאום הדוק יותר בין משרד הבריאות לבין שלטונות המכס והרשויות המקומיות. להדגשה מיוחדת ראויים גם הליקויים בטיפול בתלונות על טיב המזון, המגיעות למשרד הבריאות מהציבור, המגלה עירנות בנושא זה.

לדעת הביקורת נדרשת להסדרת תחום חשוב וחיוני זה פעולה בשני מישורים: החלטה במישור הממשלתי לגבי חילוקי הדעות בין משרד הבריאות לבין משרד המסחר והתע-שייה, דבר שיאפשר גם לקדם את חקיקת חוק המזון הכולל; יעול עבודת השירות והגברת הספקו, כדי שיוכל לבצע בצורה נאותה את התפקידים שהוטלו עליו.

## הסדרים לטיפול בחולים במחלות ממושכות

1. עם עליית אורך החיים בקרב האוכלוסייה בישראל, כמו בארצות אחרות בעלות רמה רפואית גבוהה, גדל מספר החולים במחלות ממושכות העלולות לגרום שינויים בגוף האדם, עד שיגיע למצב, שאינו מאפשר לו עוד להיות במעגל החיים הרגילים במשפחה, בעבודה ובחברה בכלל. חולה במחלה ממושכת (להלן "חולה כרוני"), במצב אקוטי, זקוק לרנב לאישפוז ולטיפול אינטנסיבי בבית חולים כללי ולהמשך הטיפול לאחר מכן כדי למנוע עד כמה שאפשר הרעה במצבו. לכן יש צורך לעתים קרובות לאשפוז חולה, שכושרו התפקודי נפגע בצורה חמורה, במוסד חסות לחולים כרוניים הנותן שירותי ריפוי ועזרה קבועה לחולה בסיוע צרכיו החיוניים — שירותי סיעוד. חולה שיש תקוה לשפר את כושרו התפקודי, זקוק לאישפוז במחלקה או במוסד לחולים כרוניים, הנותן שירותי ריפוי וטיפול לצורך החזרתו של החולה לחיים תקינים ככל האפשר — שירותי שיקום. חולים כרוניים במצב יותר קל יכולים להישאר בקהילה ובחיק המשפחה ולהסתפק בקבלת טיפול רפואי מרופא המשפחה ובטיפול ביתי בשעת הצורך.

מחקרים שונים, שנעשו ב-1969 ו-1970 מטעם משרד הבריאות, העלו, כי 80 עד 85 אחוז מבין החולים הכרוניים בארץ הם בגילים של 65 שנה ומעלה. על פי נתונים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על האוכלוסייה היהודית, נמצא חלקן של קבוצות הגיל הגבוה בארץ מאז קום המדינה בעלייה מתמדת, במספרים מוחלטים ואף באחוזים מכלל האוכלוסייה, כדלהלן (בשנים נבחרות):

האחוז מכלל האוכלוסייה היהודית	מספר התושבים מעל גיל 65	
	השנה	(באלפים)
3.9	1948	28.2
4.7	1955	74.5
5.3	1961	106.0
7.2	1970	185.5

2. מטבע הדברים מידת ההזדקקות של האוכלוסייה הקשישה לעזרה רפואית גבוהה מזו של גילאים יותר נמוכים: מתוך 2,162 ימי אישפוז לאלף נפש ב-1960 בכל סוגי מוסדות האישפוז, 284 היו של חולים כרוניים (13%), בעוד שב-1970 הגיע חלקם של ימי אישפוז של חולים כרוניים ל-413 מתוך מספר כולל של 2,427 ימי אישפוז לאלף נפש (17%), הנתונים אף מראים, שחל גידול של 45% במספר ימי אישפוז של חולים כרוניים (ראה דו"ח שנתי 22, עמ' 261).

הביטוח הרפואי בקופות החולים אינו כולל לעתים טיפול מלא במחלות ממושכות, לרבות אישפוז, והדבר מכביד על משפחות, שבהן מצויים חולים כרוניים. לפי נתוני הרשות לתכנון כלכלי מינואר 1971 עולה ההוצאה הכרוכה בטיפול בחולים אלה על האמצעים העומדים לרשות משפחה בעלת הכנסה ממוצעת בישראל. מכאן, שמשפחות אינן יכולות לעמוד בנטל הטיפול בחולים — ברובם קשישים — ולכך תוצאות חמורות לגבי מצבם הכללי, הגופני והנפשי.

מצב דברים. זה מראה, כמה חשוב לחברה ולכל אדם בה, שיהיו קיימים שירותים והסדרים רפואיים וכספיים נאותים לטיפול בחולים כרוניים. על עניין זה עמד גם שר הבריאות בסקירתו בכנסת על פעולות משרדו בפברואר 1972. בדבריו ציין השר: חובת המדינה לדאוג לכך, שכל קשיש הזקוק לאישפוז ימצא מקום בבית חולים ויזכה ככל האפשר לעזרה רפואית, ושאינן להשאיר את הטיפול בחולים כרוניים וקשישים במצב, כפי שזה כיום; דרוש, שיוספו מיטות ויפותחו שירותים קהילתיים נרחבים, כמו הקמת מעונות יום לקשישים מוגבלים וארגון שירותים לטיפול בית באמצעות צוותות ניידים של רופאים ואחיות.

3. במחצית הראשונה של 1972 ערך משרד מבקר המדינה ביקורת על ההסדרים לטיפול בחולים במחלות ממושכות. הביקורת נערכה במשרד הבריאות בירושלים ובשתי לשכות בריאות — בירושלים ובפתח תקוה. נבדקו במיוחד מצב האישפוז ותכניות המשרד לפיתוח מערכת האישפוז ושירותים קהילתיים לחולים כרוניים וכן התיאום בין פעולות משרד הבריאות לבין אלו של משרד הסעד בתחום הטיפול בחולה הכרוני הקשיש (בדבר ביקורת קודמת ביחידה למחלות ממושכות ושיקום — ראה להלן — ראה דו"ח שנתי 15, עמ' 124; ודו"ח שנתי 16, עמ' 156).

### ארגון ותקציב

במשרד הבריאות פועלת במסגרת שירותי בריאות הציבור יחידה למחלות ממושכות ושיקום. מתפקידה לדאוג לפיתוח שירותי אישפוז לחולים כרוניים למטרות סיעוד ושיקום ולעסוק בפיתוח שירותי שדה משלימים על ידי הפעלת צוותים של רופאים ואחיות למתן ייעוץ והכוונה בצורת שירות ביתי למניעת האישפוז. היחידה גם מרכזה ומתאמת את הפעולות למלחמה במחלות ריאה, במיוחד שחפת, לרבות מתן תמיכות להחזקת מרפאות לשחפת.

הדאגה למתן הטיפול הביתי ולהדרכה לחולים כרוניים מוטלת על לשכות הבריאות האזוריות ולגבי חולים במצב קשה יותר — גם על צוותים המסונפים למספר בתי חולים כלליים. ביחידה מועסקים 3 רופאים, 2 עובדות סוציאליות ו-6 עובדי מינהל. התקציב, שהועמד לרשותה, מצומצם; הוצאתה על פעולות של טיפול בחולים כרוניים הסתכמה ב-1970/71 בכ-1.3 מליון ל"י וב-1971/72 בכ-1.6 מליון ל"י. ל-1972 אושר ליחידה תקציב הוצאה בסך 2.15 מליון ל"י בקירוב. עיקר תקציבה של היחידה מוצא על רכישת מכשירים רפואיים, על טיפול ביתי ושיקום, על השתתפות בהוצאות אישפוז ועל משכורות העובדים. נוסף על זה השתתף המשרד בכל אחת מהשנים האמורות בהחזקת מרפאות שחפת בסך 2 מליון ל"י בקירוב.

### אישפוז חולים כרוניים

#### מצב האישפוז

1. תכניות לפיתוח מערכת האישפוז לחולים כרוניים נדונו מדי כמה שנים על ידי ועדות שונות, שמינה משרד הבריאות. בדו"ח מספטמבר 1959 המליצה אחת הוועדות, שעד 1967 ייועדו לטיפול בחולים כרוניים 500 מיטות כחלק מהמתקנות הפנימיות בבתי חולים כלליים. המלצה זו לא בוצעה. רשות האישפוז, שפעלה ליד משרד הבריאות כגוף מתאם בענייני אישפוז (על הרשות ופעולותיה ראה דו"ח שנתי 22, עמ' 262), המליצה ב-1964 לבסס את תכניות פיתוח האישפוז לחולים כרוניים על תקן של 1.1 מיטות לאלף נפש. בדיוני הרשות, שהתקיימו ב-1969, עמדו חבריה על כך, שמשרד

הבריאות לא קבע לו תכנית ברורה ומקיפה בנושא, ולכן החליטה, על פי הצעת שר הבריאות, לזרו הכנת תכנית אב כוללת להרחבת אישפוז חולים כרוניים. בינואר 1970 הגישה היחידה למחלות ממושכות ושיקום להנהלת המשרד תכנית אב לטיפול ממושך, שאישרה הנהלת המשרד והגישה אותה באוגוסט 1971 לדיון לאגף התקציבים. על פי התכנית יש צורך ב-1.3 מיטות לאלף תושבים לפי החלוקה הבאה: 0.3/1,000 מיטות לחולים הזקוקים לטיפול שיקומי נמרץ ולתקופת אישפוז קצרה יחסית; 0.6/1,000 מיטות לחולים הזקוקים לטיפול ממושך במחלקה מיוחדת במסגרת בית חולים כללי, ו-0.4/1,000 מיטות לחולים הזקוקים אף הם לטיפול ממושך, אך ניתן לאשפוזם במוסדות רפואיים פחות יקרים.

2. על פי נתוני משרד הבריאות, כפי שהם מתפרסמים על ידי היחידה לכלכלה רפואית וסטטיסטיקה של המשרד, עלה מספר המיטות לאישפוז חולים במחלות ממושכות (להוציא מיטות לחולי שחפת ולשיקום) מ-1,760 ב-1960 ל-3,024 ב-1970 ושיעור המיטות לאלף נפש — מ-0.82 ל-1.00. האישפוז בחלקו הגדול נעשה בארבעה מוסדות גדולים של מלב"ן (1,033 מיטות) וב-24 מוסדות פרטיים קטנים (1,003 מיטות); יתר המיטות הן בשני מוסדות של קופת החולים הכללית (330 מיטות), בשבעה מוסדות ציבוריים שונים (289 מיטות), במוסד עירוני אחד (195 מיטות), ובשלושה מוסדות ממשלתיים (174 מיטות). 2,373 מכלל המיטות מוגדרות כמיטות סיעודיות ו-651 כמיטות שיקומיות (מספר זה אינו כולל מיטות במחלקות לשיקום חולים, שאינם חולים כרוניים).

הנתונים הסטטיסטיים האמורים על מיטות לאישפוז חולים כרוניים אינם משקפים, לדעת היחידה, למחלות ממושכות ושיקום, את מצב האישפוז לאשורו — לא מבחינת סיווג המיטות ולא מבחינת מספרן: אין היחידה מכירה ב-1,500 מיטות, ביניהן יותר מ-1,000 הנמצאות בבתי-אבות ו-400 בקירוב המיועדות לטיפול בעולים בלבד, כמיטות לחולים כרוניים; לעומת זאת היא כוללת יותר מ-300 מיטות במחלקות גריאטריות ובמחלקות לשיקום בכמה בתי חולים כלליים. מכאן שלדעת היחידה קיימות במדינה רק 1,830 מיטות לאישפוז חולים כרוניים; לפי זה השיעור הוא 0.6 מיטות לאלף נפש במקום 1.0. באוקטובר 1972 הודיע משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה, שההבדלים שבין נתוני שתי היחידות נובעים מכך, שהיחידה לכלכלה רפואית וסטטיסטיקה רושמת את הנתונים, שמצהירים עליהם בעלי המוסדות, בעוד שהיחידה למחלות ממושכות ושיקום מבססת את נתונה, על המידע שברשותה על השימוש בפועל במיטות השונות. לדעת הביקורת, מן הצורך שמשרד הבריאות יקבע על פי מומחה לטיפול בחולים כרוניים את הנתונים המוסמכים, כדי שיהיו בסיס לפעולתו של המשרד בתחום הנדון.

3. השוואה של צורכי אישפוז חולים כרוניים, כפי שנקבעו בתכנית המשרד ל-1971, אל האמצעים הדרושים כדי לענות עליהם מצביעה, לפי דעתה של היחידה למחלות ממושכות ושיקום, על מחסור חמור: במקום 900 מיטות לחולים הזקוקים לטיפול נמרץ קיימות כ-300 ובמקום 3,000 לחולים הזקוקים לטיפול ממושך קיימות רק 1,530. מחסור זה יגבר עם גידול האוכלוסייה והזדקנותה, אלא אם יינקטו צעדים נמצרים להרחבת אפשרויות האישפוז (בעניין מצוקת האישפוז בבתי חולים לחולי נפש ראה דו"ח שנתי 21, עמ' 245; ובבתי חולים כלליים, דו"ח שנתי 22, עמ' 258).

על פי נתוני היחידה לכלכלה רפואית וסטטיסטיקה במשרד הבריאות הגיעה התפוסה השנתית הממוצעת של מיטות במוסדות לחולים כרוניים ב-1970 ל-97.5 אחוז (לעומת 86.2 אחוז ב-1960) מהתפוסה התקנית; בחלק ניכר מהמוסדות — בעיקר הפרטיים — עלתה התפוסה השנתית התקנית ל-100 ואף עד ל-150 אחוז. כיוון שכך אין מתקבלים חולים רבים לבתי החולים. בשעת דיון על אישפוז חולים כרוניים, שנערך בנובמבר 1971, אף

ציין מנהל אחד המוסדות הציבוריים, שמחמת מחסור במיטות הוא יכול לקבל לאישפוז רק כשליש מהפונים אליו. ממסמכי משרד הבריאות מתברר, שבתי החולים הכלליים, בשל הצפיפות שבהם, אינם נוטים לאשפוז חולים כרוניים, אף אם אין מוסד אחר, שיקבל אותם לאשפוז.

4. נוכח המחסור במקומות אישפוז בבתי חולים ממשלתיים וציבוריים מאושפזים רובם של החולים במוסדות פרטיים, אף כי לדעת מומחי משרד הבריאות, כפי שהיא משתקפת במסמכים, מרבית המוסדות הפרטיים אינם ערוכים למתן טיפול רפואי נאות (על מצבם הירוד של המוסדות הפרטיים ראה דו"ח שנתי 17, עמ' 145, ובמיוחד של מוסדות פרטיים לחולי נפש — דו"ח שנתי 21, עמ' 245). לדעת הביקורת, מן הצורך שהמשרד יפעיל פיקוח על בתי החולים הפרטיים כדי להבטיח בהם מתן טיפול רפואי ברמה מתאימה. בהקשר זה יש מקום לשקול הפעלת שיטה של אימוץ, שלפיה בתי החולים הממשלתיים, הנמצאים בקרבת מקום לבתי החולים הפרטיים, יקיימו מגע ושיתוף פעולה אתם (בעניין שיטת אימוץ של בתי חולים פרטיים לחולי נפש על ידי בתי חולים ממשלתיים ראה דו"ח שנתי 21, עמ' 256).

5. בפיזור מוסדות האישפוז על פני המדינה, כפי שהתפתח במשך השנים, לא הובא במידה מספקת, בחשבון, שמבחינה רפואית רצוי, שלא לנתק את החולה הכרוני ממשפחתו ולאפשר את אישפוזו במוסד מתאים בסמוך ככל האפשר למגורי המשפחה. על פי נתוני משרד הבריאות מרוכזות 1,311 מיטות באזורי תל אביב, פתח תקוה ונתניה; 820 באיזור חדרה; 553 באיזור רמלה ורחובות; 237 באיזור חיפה; ו-103 באיזור ירושלים. לעומת זאת אין כלל מיטות לאישפוז חולים כרוניים באיזורי הגליל (עליון, תחתון ומערבי), נצרת, עפולה, אשקלון, באר שבע והדרום.

#### אישפוז נצרכי סעד

הטיפול באישפוז חולים כרוניים נצרכי סעד היה מוטל, על פי חלוקת התפקידים בין משרדי הממשלה, על "השירות לזקן" שבמשרד הסעד. ב-1972 אישפוז המשרד 1,200 חולים כרוניים ונכים לפי שהות ממוצעת של 9—10 חודשים בשנה. משרד הסעד משתתף ב-45% בממוצע מהוצאות האישפוז, הרשויות המקומיות נושאות ב-35% והיתרה משתלמת על ידי קרובי החולים ומוסדות סעד שונים.

בנובמבר 1968 הוסכם בין נציגי משרד הבריאות למשרד הסעד, שהחל באפריל 1969 יקבל עליו משרד הבריאות את האחריות לטיפול בחולים הכרוניים הנמצאים במוסדות שבפיקוח משרד הסעד. ההחלטה נומקה בכך, שאישפוז הוא פעולה רפואית, ולמשרד הסעד אין כוח אדם מקצועי, היכול לקבוע, מי מבין הקשישים, הפונים אליו, ומי מבין אלה, הנמצאים כבר בטיפולו, זקוקים לטיפול רפואי ממושך, ואף לא עובדים, שהוכשרו לפקח על רמת הטיפול הניתן לחולים אלה במוסדות.

ההחלטה האמורה לא יצאה לפועל. בינואר 1971 התריעה מנהלת השירות לזקן בפני הנהלת משרד הסעד על המצב החמור השורר במוסדות האישפוז הפרטיים. היא ציינה, כי רופא השירות לזקן סירב לאשפוז חולים במוסדות בלתי מתאימים, כיוון שלדעתו "עלול חוסר הטיפול הרפואי בהם לקרב את קצם של החולים". במשך שנת 1971 הפסיק משרד הסעד לטפל באישפוז חולים כרוניים חדשים דבר שגרם להם סבל רב. שר הבריאות בתשובתו מדצמבר 1971 על שאילתה בכנסת אישר עובדות אלה והודיע, שעקרונית הסכימו שר הבריאות ושר הסעד להעברת האחריות לאישפוז חולים כרוניים למשרד הבריאות, אולם כל עוד התמיכה הממשלתית כלולה בתקציב משרד הסעד, אין משרד הבריאות יכול לטפל בחולים אלה.



באוקטובר 1972 הודיעו משרד הבריאות ומשרד הסעד למשרד מבקר המדינה, שהמועד המשוער להעברת הטיפול באישפוז חולים כרוניים נצרכי סעד למשרד הבריאות נקבע לתחילת נובמבר 1972 בהנחה, שיסתיימו עד מועד זה הדיונים על התהליכים הטכניים והכספיים הנוגעים להעברה. בדצמבר 1972 הודיע משרד הבריאות, שבהצעת התקציב שלו ל-1973 כלל את ההוצאה לאישפוז חולים כרוניים נצרכי סעד.

יוצא, כי בהעדר סידורים מינהליים בין שני המשרדים הנוגעים בדבר הושהה מימוש החלטה בעלת חשיבות עניינית רבה במשך ארבע שנים.

## טיפול קהילתי

1. הטיפול הקהילתי הרפואי נועד למנוע ככל האפשר התפתחות מחלות כרוניות, בעיקר בקרב קשישים המועדים לכך, ולסייע לחולים, ששוחררו מבתי החולים, להתאושש, כדי שיוכלו לנהל חיים תקינים ככל האפשר. הסדרים נאותים למתן שירותים רפואיים קהילתיים עשויים לסייע לשיפור מצב בריאותם של החולים ולגרום לדחיית הצורך באישפוז; בכך הם מביאים להקלה במצוקת האישפוז (על עבודה קהילתית במסגרת משרד הסעד — ראה בדו"ח זה עמ' 474).

קופות החולים, שבהן מבוטחת מרבית האוכלוסייה במדינה, מעניקות טיפול אמבולטורי, לרבות טיפול פיסיוטרפי, לבוקקים המסוגלים להגיע לאחת המרפאות. לעומת זאת חולים כרוניים, המרותקים למיטה בביתם, לא תמיד מקבלים את הטיפול הרפואי הדרוש ואת ההדרכה המקצועית הדרושים. את החלל הריק יש שממלאות האחיות בתחנות לאם ולילד של המשרד. על פי נתוני משרד הבריאות היו בסוף 1970 בארץ 470 תחנות לאם ולילד של המשרד (עוד היו 193 תחנות של קופת החולים הכללית, 20 של עיריית תל אביב, 16 של עיריית ירושלים ו-8 של הדסה בירושלים ושל גורמים אחרים). התחנות מקבלות הנחיות לטיפול בחולים כרוניים מאחיות בלשכות הבריאות הנפתיות, שחלקן מועסק במשרה חלקית — בכל לשכה מחצי משרה עד 2 משרות — ומעובדות סוציאליות המועסקות בלשכות וביחידה למחלות ממושכות ושיקום.

— משרד הבריאות לא קבע תכנית פעולה מפורטת בדבר היקף הטיפול, שיש לתת לחולים הכרוניים, ואת מהותו וטיבו. במצב זה שונה היקף הפעילות של הלשכות ממקום למקום: הוא תלוי מצד אחד ביומנת העובדים שבכל לשכה, ומצד אחר בעזרה, שהלשכות מקבלות מגורמים שונים, כמו הרשויות המקומיות, קופות החולים וארגוני מתנדבים. על האחיות שבתחנות לטפל בראש וראשונה באמהות ובילדים ואילו בחולים הכרוניים — הן יכולות לטפל רק במידה, שעוד נותר להן זמן לכך.

— אין בידי משרד הבריאות נתונים על חולים כרוניים, הגרים באזורים, שאין בהם תחנות לטיפול באם ובילד, ועל חולים, הנתונים לטיפולם של גופים ציבוריים שונים, כגון החולים שבטיפול של עיריית ירושלים, בעיקר נצרכי סעד, ושל הדסה. אין גוף, שיתאם בין הגורמים השונים המטפלים בחולים הכרוניים, ודבר זה עלול להביא לכך, שחולה לא יקבל טיפול משום גורם. יתר על כן, אין בידי משרד הבריאות נתונים מלאים אפילו על מספר החולים הכרוניים ועל צורכיהם במקומות, שבהם הוא אחראי להפעלת שירותים רפואיים באמצעות לשכות הבריאות והתחנות לאם ולילד.

2. אחת ממטרות הטיפול הקהילתי היא מתן טיפול רפואי לחולים, שיצאו מבית החולים, ומעקב אחר מצבם. לגבי חולים כרוניים עדיין אינו קיים בקנה מידה רחב סוג זה של טיפול. הוא הופעל לראשונה ב-1968 בבית החולים שערי צדק בירושלים בעזרתה של היחידה למחלות ממושכות ושיקום של משרד הבריאות. הוקמו שני צוותים, מורכבים

מרופאים, אחיות, עובדות סוציאליות, פיזיותרפיסטיות, עובדי ריפוי בעיסוק ומטפלות בית, שהמשיכו לטפל בחולים לאחר עזבם את בית החולים.

מהנסיון התברר, שהמשך הטיפול מיד לאחר האישפוז היה בו כדי למנוע הגבלה פיזית, הרעה כמצב הכללי של החולה, וצורך באישפוז חוזר. ביקורי הצוות של בית החולים בבית החולה והדרכת המשפחה כיצד לטפל בו נסכו בטחון בחולה ובבני משפחתו. משרד הבריאות הפעיל תכנית דומה בבתי החולים הממשלתיים בתל השומר, בחדרה ובאסף הרופא, לילדים נפגעי שיתוק מוחי, אך עד כה בהיקף מצומצם. המשרד גם סייע בסכום קטן בהפעלת מעקב במרכז הקהילתי של "הדסה" ובבית חולים ציבורי לחולים כרוניים — שניהם בירושלים.

### פיתוח מערכת הטיפול בחולה הכרוני

בינואר 1969 הקדישה מועצת הבריאות, הפועלת ליד משרד הבריאות, דיון מיוחד לבעיית החולים הכרוניים. בעקבות הדיון אישרה המועצה, בין היתר, את ההצעות הבאות: להקים רשות מרכזית ורשויות אזוריות במטרה לתכנן את השירותים לטיפול בחולים כרוניים ולתאם בין המוסדות הממשלתיים, העירוניים והציבוריים המטפלים בחולים אלה; לבטח לאלתר את אוכלוסיית הקשישים, שהיא הפגיעה ביותר, המזונחת ביותר, הסובלת ממחלות מנוונות ומהווה את מרבית החולים במחלות ממושכות במדינה; לקבוע סטנדרדים למוסדות המאשפוזים חולים כרוניים וקשישים; לערוך רישום אזורי של קשישים לשם בדיקות תקופתיות, פיקוח ומעקב.

הוועדה המייעצת למועצת הבריאות למחלות ממושכות, זקנה ושיקום המשיכה לדון בנושאים אלה ב-1969 וב-1970, והמליצה שבמסגרת בתי החולים הכלליים יוקמו מחלקות מיוחדות (שיקומיות-גריאטריות) לטיפול אינטנסיבי בחולים הכרוניים ושייפתחו מחלקות מיוחדות בתוך בתי החולים הכלליים — שיהיו מסונפות למחלקות השיקומיות-גריאטריות — עבור קשישים הזקוקים לשהייה ממושכת מאוד, לעתים עד סוף חייהם; כן המליצה הוועדה לקיים במסגרת בתי חולים כלליים, מחלקות לטיפול יום, שמתפקידן לטפל בחולים הזקוקים לטיפול פסיקאלי וריפוי בעיסוק; ולהקים על יד בתי החולים הכלליים מרפאות חוץ, שיתנו טיפול וייעוץ לזקנים חולים. הוועדה הצביעה על הצורך החיוני ביצירת קשר בין המחלקות לטיפול אינטנסיבי בחולים הכרוניים שבבתי החולים הכלליים לבין רופא הקבוע של החולה (רופא המשפחה) ובהקמת שירות טיפול ביתי, שיתבסס על עבודת צוות מקצועי, הכולל רופא, אחות ופיזיותרפיסט. עד מועד הביקורת, באמצע 1972, חלה התקדמות מועטה בלבד בהוצאתן לפועל של המלצות מועצת הבריאות והוועדה המייעצת.



ממצאי הביקורת מצביעים על חוסר התקדמות ראויה בטיפול בחולה הכרוני בישראל. בשנים האחרונות אמנם היה תחום זה נושא לדיונים יסודיים במשרד הבריאות ובגופים אחרים, כמו מועצת הבריאות, הפועלת ליד המשרד והוועד המפקח הארצי של קופת החולים הכללית, אולם עדיין לא הייתה תזווה של ממש לשיפור המצב — לא באישפוז חולים כרוניים ולא במתן טיפול רפואי נאות במסגרת תחנות קהילתיות וביתו של החולה. מן הצורך, שהמשרד יגבש בהקדם עקרונות ותכניות פעולה בתחום, שהוא בעל

חשיבות רפואית וחברתית רבה, וכן הסדרים ארגוניים ומינהליים נאותים להפעלתם. על יסוד ההכנות הדרושות יהיה על המשרד לפעול לאישור מדיניותו על ידי הממשלה והכנסת ולהשגת התקציבים הדרושים לקידומה; תקציבים אלה יהיו גדולים מהאמצעים המצומצמים, שהוקצבו עד כה לרשות הפעולה, אולם אף הם לא יגיעו בהכרח לסכומים גבוהים.

## מתן אישורים רפואיים

במסגרת התפקידים, המוטלים על לשכות הבריאות המחוזיות, עליהן לטפל במתן אישורים רפואיים למטרות שונות: קבלת פטור ממס נסיעות חוץ; מתן הלוואות לנכים לתשלום מסים לרכישת רכב מנועי; קבלת עובדים לשירות המדינה והוצאתם לגימלאות בשל מצב רפואי לקוי. חלק מהאישורים ניתנים על סמך תעודות רפואיות, שמגיש המבקש ללשכות, וחלקם מתבסס על בדיקות רפואיות, הנערכות על ידי הלשכות או מטעמן.

בחודשים אוקטובר עד דצמבר 1972 בדק משרד מבקר המדינה בלשכות הבריאות המחוזיות ירושלים, תל אביב וחיפה את סדרי הטיפול במתן אישורים אלה (בדבר ביקורת על גביית מס נסיעות חוץ — ראה דו"ח שנתי 21, עמ' 199; בדבר ביקורת על הטיפול בבקשות נכים לפטור ממכס ועל בדיקות רפואיות לעובדי מדינה, ראה גם דו"חות שנתיים 14, עמ' 139 ו-16, עמ' 160).

## אישורים לצורך פטור ממס נסיעות

מס נסיעות חוץ נגבה על פי הוראות חוק מס נסיעות חוץ, תשי"א—1950, ועל פי התקנות וצווים שהוצאו על פיו. סוגי נוסעים בהנים מפטור, מלא או חלקי, מתשלום המס. הפטורים נקבעו לאחרונה בצו מס נסיעות חוץ (פטור), תשל"ל—1970, ולפי סעיף 2(9) לצו זה פטורים מתשלום מס נסיעות בסך 300 ל"י מי שנסיעתו לחוץ לארץ הכרחית לשם ריפוי, שאינו ניתן להיעשות בישראל, וכן המצטרף אל אדם כזה, וניתן אישור על קיום התנאים האלה ועל הצורך בהצטרפות המלווה על ידי שר הבריאות, או מי שהוסמך לעניין זה. עוד פטור מתשלום המס בסכום האמור, על פי סעיף 2(10) לצו, מי שנוסע לחוץ לארץ, או בא לישראל, לשם ביקור שארו הקרוב, שהוא חולה אנוש או החוזר מנסיעה כזו, ובלבד שהמחלה הוכרה כאנושה על ידי שר הבריאות או מי שהוסמך לעניין זה (עד אוגוסט 1970 ניתן למקרים אלה פטור מלא ממס נסיעות).

לצורך מתן האישורים הסמיך שר הבריאות מספר רופאים בהנהלת משרדו ובלשכות הבריאות של המשרד. הבקשה למתן הפטור — יחד עם תעודה רפואית, המסבירה את חיוניות הנסיעה לצורכי ריפוי — מוגשת על ידי החולה או קרוביו, ולעתים על ידי משרד הנסיעות, שבו נרכש כרטיס הנסיעה, ללשכת הבריאות המחוזית, הקרובה למקום מגוריו של החולה. הבקשות נדונות בדרך כלל על ידי רופא יחיד בלשכה, והאישור ניתן למבקש לשם מסירתו לשלטונות המכס. הרואה עצמו נפגע מהחלטתו של הרופא, רשאי לערער עליה בפני הנהלת משרד הבריאות.

בתקופה אוקטובר 1971 — ספטמבר 1972 אושרו על ידי רופאי לשכות הבריאות בכל הארץ, לפי נתוני המשרד, 1,029 בקשות לצורך קבלת פטור ממס נסיעות, רובן לשם נסיעה לחוץ לארץ לשם ריפוי, ונדחו 207, לפי הפירוט הבא:

לשכת הבריאות			
במחוזות	בקשות שהוגשו	בקשות שאושרו	בקשות שנדחו
ירושלים	190	170	20
תל אביב	590	490	100
חיפה	221	196	25
מרכז	119	85	34
צפון	82	55	27
דרום	34	33	1
סה"כ	1,236	1,029	207

באותה תקופה נדונו בהנהלת משרד הבריאות 92 ערעורים, מהם נתקבלו 17 ונדחו 75. - משרד הבריאות לא הוציא הנחיות ברורות, בדבר טיבן של התעודות הרפואיות שלפיהן יש לקבוע את הזכות לקבלת פטור ממס נסיעות, ואם התעודות של כל רופא פרטי, ציבורי (ווסר, בכיר, מנהל מחלקה בבית חולים או במרפאה) - ראוייה להכרה. שיקול הדעת הניתן לרופאי משרד הבריאות בתחום זה כמעט שאינו מוגבל, דבר שעמדו עליו במרוצת 1970 ו-1971 גם הרופאים המחוזיים בפני הנהלת המשרד; רובם העירו, שבהעדר כללים ברורים ואחידים לכלל הלשכות הן נוהגות לעתים בצורה שונה במקרים דומים.

צו מס נסיעות חוץ (פטור) קובע במפורש, שהנחה ממס נסיעות תנתן ל"מי שנסיעתו לחוץ לארץ הכרחית לשם ריפוי שאינו ניתן להיעשות בישראל". בהתאם לכך הורה ראש שירותי הריפוי במשרד הבריאות בחוזר מאמצע 1971 למנהלי בתי החולים הכלליים בארץ, ללשכות הבריאות ולמרכזי קופות החולים השונות, שבאישורים המוצאים על ידי רופאיהם על הצורך בנסיעה של חולייהם לחוץ לארץ לשם ריפוי, עליהם לציין רפורש, שלפי מיטב ידיעתם הטיפול הנדרש אינו ניתן להיעשות בארץ. למעשה נהגו הבריאות במקרים רבים לתת לאזרחים אישורים לשלטונות המכס לקבלת פטור מתשלום מס נסיעות על סמך אישורים רפואיים, שבהם לא צוין במפורש, שהנסיעה לחוץ לארץ הכרחית לשם ריפוי, שאינו ניתן להיעשות בישראל, או לצורך הצטרפות אל חולה במחלה כזו ואמנם לעתים קרובות היו אלה מקרי גבול. ממסמכי המשרד עולה, שהרופאים בעת טיפולם בבקשות היו, במקרים רבים חלוקים בלבם בין החובה המקצועית-אנושית לבין נוסחו הדווקני של הצו.

כיוון שאותו עניין עלול לנגוע לאזרחים לא מעטים דווקא בשעתם הקשה ויש להקל את דבר קבלת התחלטות על ידי הרופאים, על משרד הבריאות, בהתייעצות עם משרד האוצר, לקבוע את קו הפעולה ולהביא אותו לידיעת הרופאים בצורת הנחייה. במידה שיוחלט לקולא, יש מקום לזיום את שינוי הצו.

### אישורים לקבלת הנחות ממסים לרכישת רכב

1. על פי צווי תעריף המכס והפטור וצווי מס קנייה היה נכה ירגליים זכאי לפטור מלא או חלקי ממכס ומס קנייה לרכישת רכב מנועי, אם לקה באחד הליקויים, המפורטים בצוים אלה, והליקוי אושר על ידי המנהל הכללי של משרד הבריאות או על ידי מי שהוסמך על ידו לכך. לשם מתן האישורים הרפואיים לנכים הפעיל משרד הבריאות בנובמבר 1965 ועדות רפואיות.

החל באפריל 1970 מקבלים הנכים מקרן תקציבית הלוואה עומדת בשיעור הפטור שניתן בעבר. ההלוואה היא ללא ריבית, בלתי צמודה, ומוחזרת רק בעת מכירת הרכב או אם השימוש ברכב הועבר לאחר וזאת בהתחשב בפחת שחל ברכב. את גובה ההלוואה מאשר האוצר על בסיס מסקנות הוועדה הרפואית בדבר סעיף הליקוי בבריאות. נכה רשאי לערוך על מסקנות הוועדה הרפואית בפני המנהל הכללי של משרד הבריאות. הדיון בעררים נעשה בוועדת עררים מיוחדת הפועלת במשרד הבריאות. (בעניין הקלות במסים לאלו, שאינם נכי רגילים, ראה דו"ח שנתי 1 של נציב תלונות הציבור, עמ' 45-46).

2. בתקופה אוקטובר 1971 עד ספטמבר 1972 אושרו על ידי הוועדות הרפואיות 2,086 בקשות לשם קבלת הלוואות לתשלום מסים לרכישת רכב, ונדחו 593, לפי הפירוט הבא:

לשכת הבריאות			
מספר הבקשות	בקשות שאושרו	בקשות שנדחו	המחוזית
222	178	44	ירושלים
1,169	879	290	תל אביב
445	369	76	חיפה
440	378	62	מרכז
215	165	50	צפון
188	117	71	דרום
2,679	2,086	593	סה"כ

באותה תקופה נתקבלו בוועדת הערר 468 עררים: 55 עררים נתקבלו; לגבי 103 היא שינתה את סעיף הליקוי שברשימת הליקויים, דבר שהעלה את גובה ההלוואה, שקיבל הנכה; 180 נדחו; 52 בוטלו; יתרה בשלבי טיפול שונים.

בהוראות המנהל הכללי של משרד הבריאות אל לשכות הבריאות המחוזיות מנובמבר 1965 נקבע, בין השאר, שהוועדות הרפואיות יפעלו בהרכב של שלושה רופאים — יושב ראש, רופא כללי ורופא מומחה. האישור הרפואי למשרד האוצר חייב לשאת את חתימתו של יושב ראש הוועדה, שהוסמך לכך על ידי המנהל הכללי של המשרד (רופא מוסמך). בתקופה הנסקרת כיהנו בוועדות הרפואיות שבשש לשכות הבריאות המחוזיות של המשרד 54 רופאים: 12 יושבי ראש, 18 רופאים כלליים ו-24 רופאים מומחים.

— משרד מבקר המדינה בדק את משך הטיפול בבקשות המופנות לוועדות הרפואיות; הבדיקה הקיפה מדגם של 22 בקשות בירושלים, 45 בתל אביב ו-45 בחיפה: בלשכות הבריאות בירושלים ובחיפה נסתיים הטיפול בבקשות דרך כלל תוך זמן סביר — ארבעה עד ששה שבועות. בלשכה בתל אביב נמצא, שהטיפול ב-30% מהמקרים שנבדקו נמשך מחודשיים עד ארבעה חודשים בקירוב. עוד העלתה הביקורת, שלעתים לא הקפידה הלשכה בתל אביב לטפל בבקשות לפי סדר הגשתן; על ליקוי זה עמדה הביקורת עוד ב-1963 (ראה דו"ח שנתי 14, של מבקר המדינה, עמ' 139).

#### בדיקות רפואיות לעובדי מדינה

1. חוק שירות המדינה (מינויים), תשי"ט—1959, קובע, שלא יועסק עובד מדינה אלא לאחר שרופא ממשלתי או ועדה של רופאים, שמינה שר הבריאות או מי שהוסמך לכך

על ידי, קבעו, שהוא כשר מבחינה רפואית. על פי כללי שירות המדינה (מינויים) (כללים ונוהל לבדיקות רפואיות), תשכ"א—1961, שנקבעו על ידי ועדת השירות בחוק סמכויותיה על פי חוק שירות המדינה (מינויים), תיערך הבדיקה הרפואית של מועמדים על ידי רופא ממשלתי או ועדה של רופאים ממשלתיים או על ידי אחת ממש קופות החולים המוכרות. תוצאות הבדיקה יועברו לידי רופא בלשכת הבריאות המחוזית שבסמכותו לקבוע על פיה, אם המועמד כשר מבחינה רפואית לשרת כעובד מדינה. הרופא רשאי לשלוח את המועמד לבדיקה נוספת. למועמד הזכות לערור על קביעת הרופא בפני ראש היחידה הרפואית לעובדי המדינה במשרד הבריאות, שהתמנה על ידי שר הבריאות, והחלטתו היא סופית.

לפי נתוני נציבות שירות המדינה נשלחו בשנים 1969 עד 1971 מדי שנה כ-9,000—10,000 מועמדים לעבודה בשירות המדינה לבדיקות רפואיות; כ-85% מהם נמצאו מתאימים לשירות ללא הגבלה. ביצוע הבדיקות של מועמדים לשירות המדינה נעשה לרוב על ידי קופת החולים הכללית. הקופה עורכת בדיקות אלו כאחד השירותים, שהיא נותנת תמורת מס מקביל, שהממשלה משלמת לקופה (בעניין מס מקביל ראה בדו"ח זה, עמ' 208).

2. עובד, המבקש לפרוש מטעמי בריאות מהשירות ולזכות בקיצבת פרישה לפי חוק שירות המדינה גימלאות (נוסח משולב), תש"ל—1970, או עובד, שמבקשים להוציא לקצבה בשל מצב בריאותו הלקוי, וכן עובד, שיצא לגימלאות, וסבור, שיש צורך להעלות את אחוז הנכות שנקבע לו, מופנה לוועדה רפואית. ועדה רפואית, לצורך זה, פועלת בכל אחת משלוש לשכות הבריאות הבאות: ירושלים, תל אביב וחיפה (הוועדה בתל אביב משרתת גם את המחוזות המרכז והדרום, והוועדה בחיפה גם את מחוז הצפון). בהתאם להסדרים הקבועים בתקשיר מסקנות הוועדה המחוזית טעונות אישור של ועדה רפואית מרכזית, המתמנה על ידי המנהל הכללי של משרד הבריאות ושראשה ראש היחידה הרפואית לעובדי המדינה. הוועדה המרכזית רשאית לאשר את מסקנות הוועדה המחוזית, לבטלן או לשנותן.

לפי נתוני נציבות שירות המדינה טיפלו הוועדות המחוזיות בשנים 1969—1971 בכ-700 עובדים בכל שנה.

הבדיקה הרפואית כוללת מספר שלבי טיפול: העובד מופנה לרופא לשכת הבריאות, הבודק אותו בדיקה ראשונית, ומבקש ממנו להמציא אישורים רפואיים הנוגעים למחלתו; לעתים מתבקש העובד לעבור בדיקות רפואיות בקופת החולים, שבה הוא חבר, או אצל רופא מומחה מבין רופאי בית חולים ממשלתי או ציבורי. לאחר סיום הבדיקה הראשונית מוזמן העובד לבדיקה בפני הוועדה הרפואית המחוזית, אשר לפני כל המסמכים הרפואיים הנוגעים לו. במרבית המקרים אין הוועדה מקבלת החלטה סופית כבר בישיבתה הראשונה, והיא מחליטה להפנות את העובד לבדיקות נוספות או לבקש המצאת מסמכים רפואיים נוספים, בעיקר מבתי חולים, שבהם היה מאושפז, או מרופא הפרטי. משרד מבקר המדינה בדק את הטיפול בתיקיהם של 52 עובדים, שהוזמנו לוועדה הרפואית המחוזית בתל אביב בתקופה אוקטובר 1971—ספטמבר 1972.

- הטיפול בעריכת הבדיקות הרפואיות נמשך זמן ניכר, גם אם מובא בחשבון, שלעתים קרובות היה צורך בבדיקות רפואיות חוזרות ובקבלת מסמכים רפואיים מגורמים שונים: הטיפול ברוב הבדיקות נמשך מחמישה חודשים ועד למעלה משנה (הכוונה לתקופה שמגמר הבריורים על ידי רופא הלשכה ועד לסיום). טיפול ממושך זה הוא בעוכריו של עובד בקבלת החלטות לגבי עתידו. מן הצורך אפוא להביא לזירוז הטיפול

באותם שלבים, שהשליטה עליהם היא בידי משרד הבריאות. הזמן הרב החולף עד לקבלת מסקנות רפואיות סופיות מכביד גם על שירות המדינה, ובמיוחד על משרד החינוך והתרבות בשיבוץ מורים לבתי הספר לקראת פתיחת שנת הלימודים.

3. על פי הוראות חוק שירות המדינה (גימלאות), מי שרואה עצמו נפגע על ידי החלטת ועדה רפואית, רשאי לערור עליה בפני ועדה רפואית לעררים. בתקנות שירות המדינה (גימלאות) (ערר על החלטת ועדה רפואית), תשכ"ט—1969, נקבע, שערר יוגש תוך 60 יום מיום שנשלחה לעובד החלטת הוועדה הרפואית. בהקשר לכך העלתה הביקורת, שלגבי עררים רבים שהוגשו החליטה ועדת העררים לשנות את ההחלטה הקודמת לטובת העורר: ב-43 מבין 75 עררים בתקופה 1969—1972. מכאן שהזכות להגיש ערר היא בעלת משמעות מעשית לא קטנה. זכותו של העובד לערור על החלטות ועדה רפואית נקבעה בחוק וגם בהוראות התקשי"ר; כדי להבטיח, זכות זו תובא על ידי המשרד לידיעת העובד, דנה הביקורת עם משרד הבריאות בצורך, שבהודעות, שהוועדה שולחת למשרדים על החלטותיה, יצוין, שלעובד זכות לערור על ההחלטה.

## ממצאי מעקב

### שירותי בריאות הנפש

דו"ח שנתי 21, עמ' 245

בסיכומיה והצעותיה לדו"ח שנתי 21, כפי שאושרו על ידי הכנסת (ראה דו"ח שנתי 22, עמ' 921), ציינה ועדת הכספים, שהיא רואה בדאגה מרובה את המצב בתחום שירותי בריאות הנפש על ענפיו השונים, כפי שהוא משתקף מתוך ממצאי הביקורת. מצוקת האישפוז וחוסר הטיפול פוגעים במיוחד בחלשים שבחברה, בילדים ובנוער, במפגרים ובזקנים. אמנם האמצעים לשינוי המצב מיסודו אינם בהישג יד, לא מבחינה כספית ולא מבחינת כוח אדם הדרוש, אולם אסור שמגבלות אלה ירתיעו מעשיית המאמץ להביא לפחות בהדרגה לאותם שיפודים אשר באמצעים מצומצמים יחסית ניתן להגיע אליהם, כגון מעקב אחרי חולים, טיפול מונע, ותיאום בין-משרדי.

בדיקת מעקב, שנערכה בינואר 1973 בנושא בריאות הנפש, העלתה:

**מערך האישפוז** ב-1965 ערך משרד הבריאות תכנית לשנים 1966 — 1974, לארגון המערך לאישפוז של חולי נפש במדינה, ובאוקטובר 1968 ערך תכנית לתקופה 1969 — 1980. הביקורת העלתה, כי הביצוע לא התקדם לפי התכנית: מספר מקומות האישפוז היה קטן במידה ניכרת מהמתוכנן ולא בכל איזור נמצאו מוסדות מהסוגים הדרושים.

ועדת הכספים קבעה, כי על המשרד לפעול לביצוע המדיניות שקבע לעצמו, המתבססת על העיקרון, שבכל איזור יהיו מוסדות אישפוז לחולי נפש מכל הסוגים, כדי להבטיח אישפוז מתאים לחולה בהתאם למצבו.

ב-1972 אישרה הנהלת משרד הבריאות תכנית חדשה לארגון מחדש של מערכת שירותי בריאות הנפש, המתבססת על הקמת מרכזים קהילתיים ב-19 אזורים. כל מרכז נועד לשרת אוכלוסייה של כ-150,000 נפש והוא יספק שירותים רפואיים מכל הסוגים, החל משירותי מרפאה וכלה באישפוז לזמן ממושך. לביצוע התכנית