

שירותי כביסה בבתי חולים כלליים

ארבעה בתי חולים כלליים (רמב"ם, תל השומר, רוטשילד וצפת), מבין 12 בתי חולים כלליים ממשלתיים ועירוניים-ממשלתיים, מכבסים את הכבסים שלהם במכבסות הנמצאות בתחומם ומופעלות על ידיהם, בעוד שיתר בתי החולים מוסרים את הכביסה למכבסות פרטיות. היקף הכביסה הנמסרת למכבסות פרטיות על ידי בתי החולים הממשלתיים הכלליים היה בשנת הכספים 1982 כ-5,000 טון. הוצאות בתי החולים על קניית שירותי כביסה הגיעו באותה שנה ל-88 מיליון שקל בקירוב.

בחודשים ספטמבר-נובמבר 1983 ערך משרד מבקר המדינה ביקורת על סידרי הגיהול של שירותי כביסה במשרד הבריאות בירושלים ובבתי חולים — בעיקר רמב"ם, תל השומר ואיכילוב.

מכרזים

1. על פי תקנות כספים ומשק שהוציא משרד האוצר (תכ"ם), קניית שירותים כגון כביסה, טעונה, בדרך כלל, מכרז. בעקבות מכרז ארצי, שערך משרד הבריאות (להלן — המשרד) באמצע 1979, הוא חתם על הסכמים עם המכבסות הפרטיות שזכו במכרז. תוקף ההסכמים היה מאוקטובר אותה שנה עד לסוף ספטמבר 1980, והם הוארכו לשנה נוספת, עד לסוף ספטמבר 1981. בתום תקופת ההסכם המוארכת לא נערך מכרז חדש, אלא נוהל משא ומתן עם נציגי אותן מכבסות. בסיכום המשא ומתן נקבעו התנאים העיקריים הבאים: החל ב-1.10.81 אושרה למכבסות תוספת של 50% למחיר הבסיסי שהיה בתוקף עד אז; על המחיר שנקבע יתוסף מע"מ בשיעור של 12%, שקודם לכן היה כלול במחיר; עדכון המחירים ייעשה בכל חודש לפי עליית מדד המחירים לצרכן (להלן — המדד), ולא פעם בשלושה חודשים, כפי שנקבע בהסכם המקורי. תוקף סיכום זה היה לשנה, עד 30.9.82. בסיכום נקבע, כי המשרד יערוך, לא יאוחר מ-1.7.82, מכרז לקבלת שירותי כביסה החל באוקטובר 1982.

— המשרד לא עיגן תנאים אלה בהסכם חתום עם נציגי המכבסות. עם זאת קיבל אישור של ועדת הרכישות המרכזית של המשרד לשינויים.

2. באמצע 1982 ערך המשרד שני מכרזים למתן שירותי כביסה: האחד אזורי והאחר ארצי. המכרז האזורי, שפורסם במאי 1982, התייחס למתן שירותי כביסה לבתי החולים העירוניים-ממשלתיים באזור תל אביב (איכילוב, רוקח ויולדות הקירייה). המכרז הארצי, שפורסם ביוני אותה שנה, התייחס למתן שירותי כביסה לכל יתר המוסדות הרפואיים של המשרד (בתי חולים כלליים, למחלות נפש ולמחלות ממושכות).

שש מכבסות הגישו הצעות למכרז האזורי. שלוש ממכבסות אלו, שנתנו שירותי כביסה לאחד מבתי החולים עוד לפני פרסום המכרז, הגישו הצעות במחיר של 16–17 שקל לק"ג כביסה; שלוש המכבסות האחרות, שלא נתנו קודם לכן שירותי כביסה לבתי החולים, הציעו מחירים נמוכים יותר, שנעו בין 8.9 ל-10.4 שקל לק"ג. ועדת הרכישות המרכזית של המשרד החליטה ביוני 1982 למסור את העבודה לשלוש המכבסות שהצעותיהן היו הזולות ביותר; העבודה נמסרה להן על פי חוזה. להלן פרטים על המחירים וכמויות הכבסים לכיבוס שהציעו המכבסות ושאושרו על ידי ועדת הרכישות המרכזית:

המכבסה	כמות הכבסים החודשית המירבית שהציעה המכבסה (בק"ג)	מחיר כיבוס לק"ג כביסה (בשקלים)	המיכסה שאושרה לבעלי המכבסות בוועדת הרכישות המרכזית (בק"ג)
א'	60,000	8.86	50,000
ב'	75,000	9.00	60,000
ג'	65,000	10.40	30,000

מהמסמכים שבתיקים של אחד מבתי החולים עולה, שמכבסה ב' לא היתה מסוגלת לכבס את הכמות שאושרה לה. המכבסה נתנה שירותים לאחד מבתי החולים מאוגוסט עד דצמבר 1982. כמות הכבסים שהיא כיבסה עברה נעה בין 10 לכ-12 טון בחודש בלבד, לעומת 60 טון שאושרו לה. בלית ברירה נאלץ בית החולים למסור כמות כביסה גדולה יותר לכיבוס למכבסה ג'. מהתייעוד עולה גם, שנגד מכבסה ב' היו תלונות מטעם עובדי בית החולים ובית החולים הפסיק לקבל ממנה שירותי כביסה.

לאחר כמה חודשים. המכון הישראלי לסיבים, המשמש גוף מפקח על טיב עבודת המכבסות, העיר גם הוא בדצמבר 1982, לאחר ביקור במקום, כי איכות הכיבוס במכבסה זו היתה גרועה.

— המשרד לא דאג, לפני קבלת ההחלטה בדבר מסירת העבודה למכבסה ב', לבדוק את טיב עבודתה, ואם היא אכן מסוגלת לכבס את הכמות שאושרה לה.

— המכבסות שהגישו למכרו האמור הצעות יקרות יותר, ואשר נתנו שירותי כביסה לבית החולים בשנים שלפני הוצאת המכרו, דרשו כאוגוסט 1982 מהמשרד להקטין את כמות הכבסים הניתנת לכיבוס למכבסה ג' עד לכמות שאישרה ועדת הרכישות המרכזית בעקבות המכרו. המשרד הודיע באותו חודש לבית החולים, כי כיון שוועדת הרכישות המרכזית החליטה למכור למכבסה זו רק 30 טון, והמכבסות האחרות שזכו במכרו — מכבסות א' וד' — אינן מסתלות לכבס את הכמויות שאושרו להן, יש למכור את הכביסה העודפת, לפי תנאי ההסכמים הישנים למכבסות שנתנו שירותי כביסה ערב הוצאת המכרו. הוראה זאת אכן בוצעה.

לפי הוראות המשרד הוקטנה, איפוא, כמות הכביסה למכבסה ג' ל־30 טון; בעקבות כך הופסקה עבודתה בעבור בית החולים. המכבסה פנתה באוגוסט 1982 לבית החולים, בטענה שהמחיר שהוצע במכרו התבסס על כמות כוללת של 65 טון בחודש ושסוכם עימה שאם המכבסות אחרות שהשתתפו במכרו יקבלו בסופו של דבר מחיר יותר גבוה, יתוקן המחיר גם לגביה, ושהיא תפוצה על הוצאות ההתארגנות לקבלת העבודה. בנובמבר אותה שנה הגישה המכבסה לבית החולים תביעה בסך של 255,340 שקל להחזיר הוצאות עקב ביטול ההתקשרות; במאי 1983 נענה המשרד חלקית לתביעותיה ושילם לה סך של 75,000 שקל לכיסוי הפסדים שנגרמו לה עקב הפסקת עבודת הכיבוס בבית החולים.

— מהתייעוד עולה, שבית החולים שילם בחודשים ספטמבר–נובמבר 1982 למכבסה ג', שזכתה במכרו, מחירים שהיו גבוהים מאלה ששולמו באותה תקופה לאחת המכבסות האחרות, שלא זכתה במכרו. לדעת הביקורת, לא יתכן במינהל ציבורי תקין מצב, שספק, שהגיש הצעה למכרו ולא זכה בו, יקבל כער שירותיו מחיר גבוה מאשר ספק אחר שזכה במכרו.

3. תיבת המכרזים למכרו הארצי נפתחה ב־25.7.82; התברר, שרק שלוש מכבסות הגישו הצעות מחיר. יתר המכבסות, שלא הגישו הצעות למכרו, התאגדו בקרטל, וסירבו להשתתף במכרו. ב־1.8.82 פנה המשרד אל הממונה על ההגבלים העסקיים שבמשרד התעשייה והמסחר בדבר התארגנות המכבסות כקרטל. באוקטובר אותה שנה הגיש הממונה על ההגבלים העסקיים כתב אישום נגד המכבסות בדבר, פעילותן בניגוד לחוק ההגבלים העסקיים, התשי"ט—1959. השופט ציין בגזר דינו, כי "שני הצדדים גם יחד פעלו בעבר במשותף והגיעו להסדרים שונים בדבר תנאי החוזים — תוך התעלמות מאיזכורי החוק. לאחר הגשת התלונה המשיכו ונפגשו בדרך זו. ולכאורה גם ההסדר שהושג לסיכום הסכסוך — הסדר כובל הוא שהמדינה צד לו; והאנשים שחתמו עליו עברו על העבירה המיוחסת לנאשם". בעקבות גזר דין זה, פנה הממונה על ההגבלים העסקיים ליועץ המשפטי לממשלה והציע שתוצא הנחיה מתאימה לכל הנוגעים בדבר במיגור הממשלת.

ההסכמים

1. על פי ההסכמים בין משרד הבריאות לבין המכבסות, שנחתמו עוד בעקבות המכרו מ־1979, רשאים הצדדים לבטל את ההסכם בהודעה מוקדמת בכתב של חודשיים מראש. ב־5.7.82 הודיע נציג המכבסות למשרד על ביטול ההסכם (שהיה עדיין בתוקף מאחר שלא נחתמו הסכמים חדשים) לאחר תום 60 יום מיום קבלת המכתב על ידי המשרד. המכתב נתקבל ב־11.7.82.

בין התאריכים 10.8.82 ל־17.8.82 — בטרם חלפו 60 יום מקבלת המכתב במשרד — כבר חדלו המכבסות לספק לבתי החולים-הממשלתיים שירותי כביסה; דבר זה גרם למחסור בכבסים, במיוחד הורגש הדבר בחדרי הניתוח. עוד באותו חודש הגיש המשרד נגד בעלי המכבסות תביעה משפטית בגין הפרת הסכם.

— המשרד פנה, כאמור לעיל, לממונה על ההגבלים העסקיים בדבר הקרטל של המכבסות; באותה עת המשיך בנייהול משא ומתן עם נציגי המכבסות בדבר מתן שירותי כביסה לבתי החולים הממשלתיים. במסגרת משא ומתן זה סוכם, כאמור לעיל, באוגוסט 1982 על העסקת המכבסות שלא

זכו במכרו האזורי ועל הקטנת כמות הכביסה לאחת המכבסות שזכו באותו מכרו. כמו כן, סוכם על ביטול תביעה משפטית שהגיש המשרד נגד המכבסות, על הפרת ההסכם. בשיבה עם נציגי המכבסות מיום 20.9.82 הוסכם גם לתת להן, החל מ-1.9.82, תוספת בשיעור של 20% על המחירים שנקבעו.

המצב המתואר הוא תוצאה מכך שבכל הנוגע לשירותי כביסה, קיימת תלות של בתי החולים הממשלתיים במכבסות פרטיות, והמשרד נאלץ מפעם לפעם להעלות את המחירים לפי דרישותיהן.

2. — בהסכמים שונים שנחתמו עם בעלי המכבסות נקבע, כי המחירים יעודכנו לפי המדד אולם, מדי שנה בשנה התקיימו בין עובדי משרד הבריאות לבין נציגי המכבסות דיונים בדבר מתן תוספת כגון התייקרות, נוסף על תוספת ההתייקרות לפי המדד. כאמור לעיל, באוקטובר 1981 ניתנה תוספת כגון שחיקה בשיעור 50%, ובאוקטובר 1982 — בשיעור של 20%.

תוספות השחיקה לא נכללו בתקציבים השנתיים של בתי החולים, ודבר זה היווה אחד הגורמים לגרעונות בסעיף התפעול של בתי החולים הכלליים. גרעונות בולטים היו בסעיף כביסה, לפי רישומי העזר. למשל, בשנת הכספים 1981 בבית החולים איכילוב — 1.2 מיליון שקל, ובשנת הכספים 1982 בבתי החולים רוקח וילדות הקירייה — 1.1 ו-1.4 מיליון שקל, בהתאמה.

3. באוקטובר 1982 נחתמו בין המשרד לבין בעלי המכבסות הסכמים חדשים בדבר שירותי כביסה. תוקף ההסכמים הוא לשנתיים — מ-1.9.82 עד 31.8.84; תקופת ההסכם תוארך מאלה לשנתיים נוספות, דהיינו עד לאוגוסט 1986. כפי שעולה מהשתלשלות העניינים שתוארה לעיל, הרי מאז 1981 — מועד שבו הסתיים תוקף החוזה המוארך, שהתבסס על מחירי המכרו משנת 1979 — ועד לשנת 1986, נקבעים מחירי הכביסה, שמשלם המשרד למכבסות פרטיות, למעשה במשא ומתן.

בדיקה מסודרת שערך משרד מבקר המדינה בבתי חולים ממשלתיים ובבתי חולים של קופת החולים של ההסתדרות הכללית (להלן — קופת החולים) העלתה, כי המחירים שמשלם משרד הבריאות למכבסות הפרטיות עולים על אלה שמשלמת להן קופת החולים. ההפרש בין המחירים האמורים, לגבי כביסה כללית, נע בתקופה נובמבר 1982 — אוגוסט 1983 בין 2.31—4.30 שקל לק"ג*. היות שהיקף הכביסה הנמסרת למכבסות פרטיות על ידי בתי החולים הממשלתיים הכלליים הוא כ-5,000 טון בשנה, מסתכמים הפרשי המחירים בסכומים ניכרים מאוד.

4. בהסכם של המשרד עם המכבסות הפרטיות נקבע, כי בתי החולים ישלמו את חשבון הכביסה עד 30 יום מסוף החודש שבגינן הוגש החשבון. אי קביעת מועד מדויק לסילוק החשבון איפשר לכל בית חולים לנהוג בעניין זה כראות עיניו. בית החולים איכילוב ניצל את תקופת האשראי שניתנה לו ושילם את החשבון רק בסוף החודש לאחר תום מתן השירות, בעוד שבית החולים רמב"ם סילק חשבוניות עד לאמצע החודש שלאחר מתן השירות. בית חולים זה שילם למכבסה פרטית במחצית הראשונה של שנת הכספים 1983 סך כולל של כ-8 מיליון שקל.

הפיקוח

1. הכבסים של בית החולים רמב"ם נמסרו לכיבוס בחלקם למכבסה פרטית, ובחלקם הגדול במכבסה של בית החולים. הוצאות בית החולים על קניית שירותי כביסה בשנת הכספים 1982 הגיעו ל-7.7 מיליון שקל. בהסכם האמור, מאוקטובר 1982, בין המשרד לבין מכבסות פרטיות, נכללה קניית שירותי כביסה לבית החולים רמב"ם בהיקף מיוערי של 50 טון בחודש.

הביקורת העלתה, כי המכבסה שמפעיל בית החולים עובדת במשמרת אחת מלאה ובמשמרת שניה, חלקית. לפי חישובים שערך משרד מבקר המדינה, לו עבדה מכבסת בית החולים בשתי משמרות מלאות, והייצור שלה היה סדיר (ראה להלן), היא היתה מסוגלת לספק את כל צורכי הכיבוס של בית החולים, בלי להיזקק למכבסה פרטית.

— באמצע 1981 הנהיג בית החולים רמב"ם, לגבי המכבסה הפרטית, טופס שקילה, שבו יש לרשום את פרטי השקילה של הכביסה הן המשומשת והן הנקייה. התברר, שעובדי בית החולים לא שקלו את הכביסה המשומשת, אלא אמדו את משקלה. בידי בית החולים לא היו טופסי השקילה לתקופה

* באוגוסט 1983, למשל, שילם המשרד סך של 29.92 שקל לק"ג כביסה, וקופת החולים — 25.62 שקל לק"ג.

יוני 1982 עד סוף מאי 1983. בטופסי השקילה המתייחסים לתקופה מיום 1.6.83 ועד אמצע אוקטובר 1983 אף לא נרשמו אומדנים לגבי משקל הכביסה המשומשת.

מכאן, שהתשלומים לסילוק חשבוניות הכביסה למכבסה הפרטית הסתמכו על שקילת הכביסה הנקייה בלבד, ואין ודאות, שבית החולים אכן קיבל בחזרה את כל הכבסים שהוא מסר לכיבוס. זאת ועוד: לפי תנאי ההסכם מאוקטובר 1982 בין המשרד לבין המכבסות הפרטיות, יש לספור את סוגי הכבסים הנמסרים למכבסה והמתקבלים ממנה. בית החולים לא נהג לספור את הכבסים שנמסרו למכבסה הפרטית ושנתקבלו ממנה.

2. בדצמבר 1982 נדרשו בתי החולים, על ידי שירותי האשפוז שבמשרד, להקפיד על משלוח "דו"ח מחזור כביסה תלת חודשי". דו"ח זה כולל, בין השאר, פרטים על כמות הכבסים הנמסרים מחוץ לבית החולים או המכובסים בבית החולים, ההוצאה על כביסה והשימוש הממוצע בכבסים ביום אשפוז.

— בתי החולים תל השומר, איכילוב ורמב"ם לא דיווחו, בדרך כלל, לשירותי האשפוז על נתוני הכביסה, כנדרש, לבד מדו"ח תלת חודשי לתקופה אוקטובר — דצמבר 1982, שהגיש בית החולים רמב"ם; אולם, גם בדו"ח זה ניתן אומדן כללי בלבד של כמות הכבסים המכובסים בבית החולים. העדר דוחות סדירים מקשה על הפיקוח מטעם המשרד.

3. — מספר העובדים במכבסה שמפעיל בית החולים תל השומר הוא 49; מספר העובדים במכבסת בית החולים רמב"ם הוא 26. המשרד אמנם מקבל מפעם לפעם דו"חות על העלות של הוצאות הכיבוס והגיהוץ, אולם על אף שמכבסות אלו הן יחידות גדולות יחסית, לא נערך להן תקציב, וממילא אינו מנוהל, במסגרת הנהלת החשבונות של בית החולים, רישום מרוכז ונפרד של הוצאות על שירותי הכביסה. עריכת תקציב למכבסות ורישום מרוכז של ההוצאות למעשה היה מאפשר פיקוח יעיל יותר וקביעת מחיר עלות לק"ג כביסה, וגם היה מאפשר למשרד לקבוע עמדה ברורה יותר בעניין המחירים בעת ניהול המשא ומתן עם מכבסות פרטיות.

4. — מכבסת בית החולים תל השומר מפעילה שבע מכונות כביסה. בשנת 1982 כובסו בה, לדבריה, כ-1,920 טון כבסים. המכבסה מופעלת במשמרת אחת בלבד, והיא אינה מדווחת בכתב להנהלת בית החולים על תפוקת הכביסה.

במכבסה של בית החולים רמב"ם פועלות שלוש מכונות כביסה גדולות בעלות כושר תפוקה של 180—200 ק"ג במחזור, ומכונה קטנה בעלת כושר תפוקה של 20 ק"ג במחזור. עובדי המכבסה לא נהגו, עד למועד סיכום הביקורת, לשקול את הכביסה שהוכנסה למכונות כביסה אלו.

החל במאוס 1982 מופעלת המכבסה בשתי משמרות (משמרת שנייה חלקית) ומאו הופסק הרישום של הכבסים המכובסים, דבר המונע פיקוח נאות על הכמויות המכובסות ואינו מאפשר לדעת את מידת הניצול של מכונות הכביסה.

5. — במכבסת בית החולים רמב"ם קיימת מעגילה מיושנת בת 21 שנה, המוערדת לייבוש ולגהוץ הכבסים, והמושבתת זה זמן רב. עוד באוקטובר 1978 ושוב בפברואר 1980 הודיע המכון הישראלי לסיבים, שניתן להפעיל את המעגילה רק לאחר עריכת בדיקות ושינויים. בעקבות זאת נעשו בה תיקונים. באפריל 1982 קבעו מהנדסי ייצור, כי "צוואר הבקבוק" בהפעלת קו הייצור של המכבסה שמפעיל בית החולים הוא הייבוש במעגילה, ועליה לפעול באופן רצוף בכל שעות העבודה. בדו"ח חברת ייעוץ מינואר 1983 צויין, שלמעגילה יש תקלות רבות והומלץ לבדוק אפשרות של החלפת מכונה זו בחדישה יותר, וכדרך זו למנוע הפסקות עבודה עקב קילקולים (כ-20% ביממה). רק באמצע שנת 1983 החליט המשרד להחליף את המעגילה. עד למועד סיכום הביקורת לא הוזמנה מעגילה חדשה.

שכר עידוד

בעקבות הסכם מפברואר 1977 בין הממשלה, מרכז קופת החולים והארגונים הייצוגיים של העובדים, בדבר הנהגת שיטה להפעלת שכר עידוד, מינה משרד הבריאות, ביוני 1981, ועדת היגוי המורכבת מעובדי המשרד, שמתפקידה לסייע ליחידת האו"ש במשרד להנהיג שכר עידוד במכבסות בתי החולים. ועדה זו התכנסה לכמה ישיבות והעבירה לבתי החולים שאלון לשם קבלת נתונים על המכבסות שהם מפעילים. באפריל 1982 פורסם מכתב לביצוע מחקר להנהגת שכר עידוד במכבסות

של בתי החולים תל השומר, רמב"ם ורוטשילד. ביצוע המחקר נמסר באוקטובר אותה שנה לחברה פרטית והוא הושלם במאוס 1983. עד למועד סיכום הביקורת לא הונגה שכר עידוד במכבסות של בתי החולים הממשלתיים. הנהגת שכר העידוד יש בה כדי לייעל את העבודה ולגרום חסכון בהוצאות. בתחילת ינואר 1984 הודיע המשרד, שבאמצע דצמבר 1983 סוכם על הפעלת ועדת יישום להפעלת שכר עידוד.

מכבסות ומכונות כביסה שכורות

כדי להקטין במידת מה את התלות במכבסות הפרטיות ולהבטיח מתן שירות לבתי החולים בשעת חירום, החליטה הנהלת המשרד במחצית השנייה של שנת 1982, בעת קיום עיצומים על ידי מכבסות פרטיות, לשכור מכונות כביסה קטנות, כמפורט להלן:

בתי חולים הפעילים מכבסות		בתי חולים שיש להם מכונות כביסה שכורות ומוסרים את מרבית הכביסה לכיבוס במכבסות חוץ		בתי חולים שאינם מפעילים מכבסות, אלא מוסרים את הכבסים לכיבוס במכבסות חוץ	
תקן המיטות ⁽¹⁾	בית החולים	תקן המיטות ⁽¹⁾	בית החולים	תקן המיטות ⁽¹⁾	בית החולים
1098	תל השומר	534	איכילוב	337	נהריה
778	רמב"ם ⁽²⁾	515	אסף הרופא	320	אשקלון
375	רוטשילד	490	וולפסון	226	רוקח ת"א
355	צפת	327	הלל יפה	173	פוריה
				152	יולדות ת"א

(1) תקן המיטות הובא בטבלה זו כמגמה להציג את היקף הפעילות של בית החולים.

(2) בית חולים זה מוסר חלק קטן בלבד מהכבסים למכבסה פרטית.

מהטבלה עולה, שבתי החולים רוטשילד וצפת, שתקן המיטות שלהם מונה 375 ו-355, בהתאמה, מפעילים בעצמם מכבסות בעוד שבתי החולים אסף הרופא ואיכילוב, שתקן המיטות שלהם מונה 515 ו-534, בהתאמה, אינם מפעילים מכבסות. לבית החולים הלל יפה בחדרה, שתקן המיטות שלו מונה 327, יש מכונות שכורות, בעוד שבבתי החולים נהריה ואשקלון, שתקן המיטות שלהם דומה, אין מכונות שכורות. בתיקי המשרד לא נמצאו קריטריונים ולא תכנית כוללת לטווח ארוך, בדבר הפעלת מכבסות בבתי החולים והקצאת מכונות שכורות לבתי חולים שאינם מפעילים מכבסות. המשרד הסביר בינואר 1984, שמדיניותו בשנים האחרונות היתה שלא להשקיע בהקמה ובהפעלה של מכבסות עצמיות בבתי החולים, אלא לקבל את השירות ממכבסות פרטיות. עוד הסביר המשרד, שלבתי החולים נהריה ואשקלון לא הוכנסו מכונות כביסה שכורות כיוון שהתנאים הפיסיים לא איפשרו זאת.



משרד הבריאות קשור מזה שנים רבות עם מכבסות פרטיות לקבלת שירותי כביסה בבתי החולים. כפי שעולה מממצאי הביקורת, נמסרו עבודות שירותי הכביסה לא בתנאים שנקבעו במכרז, אלא על פי משא ומתן: בעקבות מכרז מ-1979 נקבעו המחירים שיש לשלם — עד לסוף 1981 — למכבסות שזכו בו; במרוצת השנים שלאחר מכן הוארך תקף ההסכמים בעקבות משא ומתן בדבר שינוי המחירים והתנאים האחרים, עד 1986. התברר גם, שבמשך השנים לא פעל המשרד במידה הררובה לגיוון אפשרויותיו לקבל שירותי כביסה: הפעלה בחיקף נרחב יותר של מכבסות בבתי החולים, במקרים שהרכב כדאי; הפעלה של מכבסות קיימות במשמרת ענייה ושלישית; פנייה לספקים נוספים שיש ביכולתם לספק למשרד שירותי כביסה.

שירותים אלה הם חיוניים לבתי החולים, ועל כן נודעת חשיבות מיוחדת למניעת תלותו של המשרד במכבסות פרטיות. למעשה, התפתח כחלק גדול של בתי החולים מצב של תלות במכבסות הפרטיות, שעלול היה לסכן מתן שירות כביסה רצוף וסדיר. מצב זה גם הביא לכך שהמשרד היה בעמדת מיקוח נחותה מאוד בעת המשא ומתן עם המכבסות הפרטיות, הן ביחס לקביעת תנאי ההתקשרות והן ביחס לתקופות ההתקשרות. המשרד גם לא ערך למכבסות המופעלות על ידי בתי החולים שלו

תקציב נפרד ולא הורה על רישום מרכזי על הוצאותיהן למעשה של מכבסות אלה. דבר זה היה מאפשר למשרד קביעת עמדה ברורה יותר בעת המשא ומתן על המחירים שדרשו המכבסות הפרטיות. כנסיכות אלו, ההתקשרות עם המכבסות נעשתה לתקופה ארוכה, והמשרד לא מצא פתרונות חלופיים טובים יותר למערכת, הן מבחינה כספית והן מבחינת איכות השירות.

ממציא הביקורת עולה, שמשרד הבריאות לא דאג במידה מספקת להבטחת פיקוח נאות על המכבסות המופעלות על ידי בתי החולים, ועל שירותי הכביסה הניתנים על ידי מכבסות פרטיות.

שירותי רפואה דחופה

שירותי רפואה דחופה הם מערכת של שירותים בקהילה או באיזור, המאתרים מצבי חירום רפואיים או מדווחים עליהם, מעניקים שירות רפואי ראשוני במקום האירוע, דואגים לתעבורה ולטיפול בדרך למיתקן הרפואי, וממשיכים בטיפול עד שהחולה מופנה לטיפול רפואי מוגדר או משתחרר ממנו. שירותי הרפואה הדחופה בארץ כוללים שתי רשתות: שירותי מגן דוד אדום (להלן — מד"א) וחדרי מיון של בתי החולים. רופאי מרפאות קופות החולים נותנים את השירות הרפואי הראשוני הבסיסי, המושתת על קשר ישיר ורצוף עם החולה, והם אמורים להפנות לבתי החולים את החולים שבהם אין הם יכולים לטפל במרפאה או בבית החולה, או כאשר המיכשור הרפואי הדרוש קיים רק בבית החולים. בכמה בתי חולים נקבעו הסדרים, שלפיהם חדר המיון משמש, במקצועות רפואיים מסוימים, גם כמרפאה למתן שירות רפואי ראשוני.

מד"א מקיים שירות של ניידות לטיפול נמרץ (נט"ן), המופעל בסניפיו 24 שעות ביממה*. בשעות הערב והלילה (מ" 19.00 ועד 7.00 בבוקר שלמחרת) קיים במקומות רבים שירות לתורנויות לילה של רופאים (שרל"י). במרבית האזורים ממוקם שירות זה, בתחנות מד"א.

משרד מבקר המדינה בחן, במחצית השנייה של 1983, כמה היבטים במערכת לרפואה דחופה בארץ. הבדיקה נעשתה לגבי ההסדרים הנהוגים במשרד הבריאות (להלן — המשרד), בקופת החולים של ההסתדרות הכללית ובמד"א, ובעזרת נתונים מגופים אלה. להלן עיקר תוצאות הבדיקה:

1. לפי תקנות בריאות העם (אשפוז בבית חולים), התשמ"א—1980, שפורסמו ביום 16.10.80, לא יסרב בית חולים ממשלתי או נתמך על ידי המדינה לבדוק חולה בחדרי מיון שבו. לכן, מוטלת על בתי חולים אלה חובת בדיקה רפואית של כל מי שפונה לחדר המיון, בין אם פנה לפי הפניית רופא, בין אם לאו.

על פי מחקרים שנערכו בארץ ובחו"ל, הציבור רואה את חדרי המיון כמקום מתאים לקבלת טיפול רפואי: אין צורך בהזמנה מראש, הטיפול הוא בלתי פורמלי, קיימת חובה מצד בית החולים לבדוק כל פונה; מצד אחר קשה, במיוחד במקומות ישוב קטנים ומרוחקים, לקבל טיפול רפואי שלא בחדר המיון מחוץ לשעות העבודה של מרפאות קופות החולים, וכן בשבתות ובחגים. בקהילה גם קיימת סברה שרופאי בתי החולים מיומנים יותר מרופאי המרפאות ומהרפואים במוקד מד"א, לגבי טיפולים שבעיני החולה נראים דחופים. במחקרים בחו"ל נמצא, כי רק 10% מהפונים שטופלו בחדרי המיון הוגדרו כמקרי חירום, 35% כדחופים, ו-55% כמקרים שאינם דחופים; ואילו על פי הערכת החולים עצמם את חומרת מחלתם היה המצב הפוך.

2. להלן טבלה המראה את מספר הפונים, במוצעי יומי, לחדרי המיון של בתי החולים הממשלתיים (בכללים עירוניים-ממשלתיים) ושל בתי החולים המופעלים על ידי קופת החולים של ההסתדרות הכללית, ושיעור המופנים לאשפוז מכלל הפונים**:

* על נושא שירות ניידות לטיפול נמרץ ראה בדו"ח מבקר המדינה על הביקורת במד"א מספטמבר 1983, עמ' 53.

** הנתונים לגבי תשעה בתי חולים ממשלתיים מבוססים על כל שנת הכספים 1982, ולגבי שלושה אחרים — נהריה, רמב"ם והלל יפה — על חודשים מספר באותה שנה; הנתונים לגבי בתי החולים של קופת החולים מבוססים על השנה הקלנדרית 1982.

תקציב נפרד ולא הורה על רישום מרכזי על הוצאותיהן למעשה של מכבסות אלה. דבר זה היה מאפשר למשרד קביעת עמדה ברורה יותר בעת המשא ומתן על המחירים שדרשו המכבסות הפרטיות. כנסיכות אלו, ההתקשרות עם המכבסות נעשתה לתקופה ארוכה, והמשרד לא מצא פתרונות חלופיים טובים יותר למערכת, הן מבחינה כספית והן מבחינת איכות השירות.

ממציא הביקורת עולה, שמשרד הבריאות לא דאג במידה מספקת להבטחת פיקוח נאות על המכבסות המופעלות על ידי בתי החולים, ועל שירותי הכביסה הניתנים על ידי מכבסות פרטיות.

שירותי רפואה דחופה

שירותי רפואה דחופה הם מערכת של שירותים בקהילה או באיזור, המאתרים מצבי חירום רפואיים או מדווחים עליהם, מעניקים שירות רפואי ראשוני במקום האירוע, דואגים לתעבורה ולטיפול בדרך למיתקן הרפואי, וממשיכים בטיפול עד שהחולה מופנה לטיפול רפואי מוגדר או משתחרר ממנו. שירותי הרפואה הדחופה בארץ כוללים שתי רשתות: שירותי מגן דוד אדום (להלן — מד"א) וחדרי מיון של בתי החולים. רופאי מרפאות קופות החולים נותנים את השירות הרפואי הראשוני הבסיסי, המושתת על קשר ישיר ורצוף עם החולה, והם אמורים להפנות לבתי החולים את החולים שבהם אין הם יכולים לטפל במרפאה או בבית החולה, או כאשר המיכשור הרפואי הדרוש קיים רק בבית החולים. בכמה בתי חולים נקבעו הסדרים, שלפיהם חדר המיון משמש, במקצועות רפואיים מסוימים, גם כמרפאה למתן שירות רפואי ראשוני.

מד"א מקיים שירות של ניידות לטיפול נמרץ (נט"ן), המופעל בסניפיו 24 שעות ביממה*. בשעות הערב והלילה (מ" 19.00 ועד 7.00 בבוקר שלמחרת) קיים במקומות רבים שירות לתורנויות לילה של רופאים (שרל"י). במרבית האזורים ממוקם שירות זה, בתחנות מד"א.

משרד מבקר המדינה בחן, במחצית השנייה של 1983, כמה היבטים במערכת לרפואה דחופה בארץ. הבדיקה נעשתה לגבי ההסדרים הנהוגים במשרד הבריאות (להלן — המשרד), בקופת החולים של ההסתדרות הכללית ובמד"א, ובעזרת נתונים מגופים אלה. להלן עיקר תוצאות הבדיקה:

1. לפי תקנות בריאות העם (אשפוז בבית חולים), התשמ"א—1980, שפורסמו ביום 16.10.80, לא יסרב בית חולים ממשלתי או נתמך על ידי המדינה לבדוק חולה בחדרי מיון שבו. לכן, מוטלת על בתי חולים אלה חובת בדיקה רפואית של כל מי שפונה לחדר המיון, בין אם פנה לפי הפניית רופא, בין אם לאו.

על פי מחקרים שנערכו בארץ ובחו"ל, הציבור רואה את חדרי המיון כמקום מתאים לקבלת טיפול רפואי: אין צורך בהזמנה מראש, הטיפול הוא בלתי פורמלי, קיימת חובה מצד בית החולים לבדוק כל פונה; מצד אחר קשה, במיוחד במקומות ישוב קטנים ומרוחקים, לקבל טיפול רפואי שלא בחדר המיון מחוץ לשעות העבודה של מרפאות קופות החולים, וכן בשבתות ובחגים. בקהילה גם קיימת סברה שרופאי בתי החולים מיומנים יותר מרופאי המרפאות ומהרפואים במוקד מד"א, לגבי טיפולים שבעיני החולה נראים דחופים. במחקרים בחו"ל נמצא, כי רק 10% מהפונים שטופלו בחדרי המיון הוגדרו כמקרי חירום, 35% כדחופים, ו-55% כמקרים שאינם דחופים; ואילו על פי הערכת החולים עצמם את חומרת מחלתם היה המצב הפוך.

2. להלן טבלה המראה את מספר הפונים, במוצעי יומי, לחדרי המיון של בתי החולים הממשלתיים (בכללים עירוניים-ממשלתיים) ושל בתי החולים המופעלים על ידי קופת החולים של ההסתדרות הכללית, ושיעור המופנים לאשפוז מכלל הפונים**:

* על נושא שירות ניידות לטיפול נמרץ ראה בדו"ח מבקר המדינה על הביקורת במד"א מספטמבר 1983, עמ' 53.

** הנתונים לגבי תשעה בתי חולים ממשלתיים מבוססים על כל שנת הכספים 1982, ולגבי שלושה אחרים — נהריה, רמב"ם והלל יפה — על חודשים מספר באותה שנה; הנתונים לגבי בתי החולים של קופת החולים מבוססים על השנה הקלנדרית 1982.

שיעור המאושפזים (ב-%)	מספר פניות ביום	מספר המיטות בבית החולים (1)	בתי חולים ממשלתיים
24.0	110	337	ממשלתי, נהריה
24.7	136	301	זיו, צפת
28.5	66	173	פוריה, טבריה
21.8	267	738	רמב"ם, חיפה
26.2	98	335	רוטשילד, חיפה
39.7	121	327	הלל יפה, חדרה
21.0	158	510	איכילוב, תל-אביב
24.0	89	226	רוקח, תל-אביב
14.4	260	490	וולפסון, חולון
26.4	300	962	שיבא, תל השומר
28.0	240	503	אסף הרופא, צריפין
13.4	218	320	ברזילי, אשקלון
בתי חולים של קופת החולים			
23.0	209	820	בילינסון, פתח-תקוה
16.8	231	495	מאיר, כפר סבא
15.9	141	364	כרמל, חיפה
			העמק, עפולה
16.8	129	374	השרון, פתח-תקוה
אין נתונים	252	451	קפלן, רחובות
15.3	314	655	סורוקה, באר-שבע
15.4	58	65	יוספטל, אילת

(1) מספר המיטות ניתן כאן כדי להראות את גודלם היחסי של בתי החולים.

מן הטבלה עולה, שמספר הפונים לבתי החולים יוספטל באילת וברזילי באשקלון הוא גדול מאוד, יחסית למספר המיטות בהם. מספר גדול, יחסית, של פונים מגיעים גם לבתי החולים הממשלתיים זיו, וולפסון ואסף הרופא, ומבין אלה של קופת החולים — לבתי החולים מאיר, קפלן וסורוקה.

לדברי קופת החולים של ההסתדרות הכללית, המבוססים על נתונים המתייחסים לבתי החולים שהיא מפעילה, קיימות אמנם תנודות במספר הפונים לחדרי המיון, אולם אין היא רואה מגמה כללית, בשנים האחרונות, של שימוש גובר והולך בחדרי המיון של בתי חולים אלה.

מספר הפונים לשירות תורניות לילה של רופאים (שרל"י) * ירד בהדרגה, מהיקף ארצי של כ-273,000 ביקורי בית וביקורים במוקד בשנת הכספים 1977, לי-220,000 בקירוב בשנת הכספים 1982, ירידה של כ-20%. מספר המוקדים למתן שירות זה ירד אף הוא — מ-44 ל-41 באותה תקופה.

3. מהמחקרים גם עולה, כי 40%—60% מכלל המטופלים בחדרי המיון פנו אליהם באופן עצמאי, שלא על פי הפניית רופא. בתקופה שבין סוף 1981 לתחילת 1982 נחקשו בתי החולים הממשלתיים לדוות למחלקה לכלכלה רפואית ולסטטיסטיקה של משרד הבריאות, על כל הפניות לחדרי המיון שלהם, ולמיינן לשני סוגים: אלה שפנו על פי הפנייה מרופא, ואלה שהגיעו ללא הפניית רופא — תוך ציון מספר החולים שנתקבלו לאשפוז. להלן טבלה על פי נתוני המשרד, המבוססים על אותם דיווחים שנתקבלו מבתי החולים:

שיעור החולים שנתקבלו לאשפוז (ב-%)			
מספר הפונים ללא הפניית רופא	מספר הפונים על פי הפניית רופא	תקופת הדיווח	בית החולים
14.6	32.3	ינואר, מארס ואפריל 1982	נהריה
17.1	22.0	דצמבר 1981, ינואר 1982	רמב"ם
16.6	30.6	פברואר ומארס 1982	אסף הרופא
12.1	18.5	פברואר 1982	רוטשילד
15.7	26.5	ינואר ומארס 1982	איכילוב
13.9	9.0	ינואר ומארס 1982	ברזילי

* ראה דו"ח שנתו 31, עמ' 283. והדו"ח על הביקורת במד"א מספטמבר 1983, עמ' 38.

מן הטבלה עולה, ששיעור החולים שהופנו לאשפוז, מבין אלה שהגיעו לחדרי מיון על פי הפניית הרופא, היה גדול עד פי שניים משיעור המאושפזים מבין אלה שפנו בעצמם לחדרי המיון. רק בבית החולים ברוילי באשקלון עלה שיעור החולים שהופנו לאשפוז ואשר הגיעו לחדר המיון ללא הפניית רופא על אלה שהגיעו על פי הפניית רופא. אמנם, מהעובדה שחולה לא אושפז בעקבות ביקור בחדר מיון, אין להסיק שביקורו לא היה מוצדק, אולם יש בנתונים המובאים לעיל כדי להצביע על מגמה, ורצוי שהגורמים הנוגעים לדבר — משרד הבריאות וקופת החולים של ההסתדרות הכללית — יערכו בדיקה מעמיקה, כדי להגיע למסקנות בדבר ויסות יעיל, ככל האפשר, של הפונים לעזרה רפואית.

4. מבחינת הערכת ההשפעה של פניות החולים על תיפקוד המרפאות ועל העומס על חדרי המיון יש משמעות רבה לשעות שבהן מתקדקות הפניות לחדר המיון. באמצע 1983 אספה קופת החולים של ההסתדרות הכללית נתונים לגבי בתי החולים שהיא מפעילה; הנתונים, שהתייחסו אמנם רק לתקופות הפעלה קצרות בחודשים פברואר, מארס ומאי 1983*, מראים, כי התפלגות שעות הקבלה של החולים בחדרי המיון היתה כלהלן:

בית החולים	מחצות עד 07.00	מ"מ 07.00 עד 12.00	מ"מ 12.00 עד 18.00	מ"מ 18.00 עד חצות
בילינסון	4.0	39.6	33.2	23.2
מאיר	4.4	35.2	31.4	29.0
סורוקה	4.3	34.9	35.1	25.7
שרון	5.7	31.4	33.4	29.5
קפלן	6.0	31.9	32.4	29.7
העמק	3.5	41.9	31.6	23.0
כרמל	6.0	31.9	32.0	30.1

מהנתונים עולה, שמשעה 7.00 בבוקר ועד 18.00 בערב הגיעו לחדרי המיון כ-70% מכלל הפונים, בעוד שפרק זמן זה מהווה פחות ממחצית משעות היממה.

5. הדיעה המתגבשת, גם במשרד וגם בקופת החולים של ההסתדרות הכללית, היא שיש צורך למנוע, ככל האפשר, מאנשים שאינם זקוקים לטיפול בחדר מיון, מלהגיע אליו. לשם כך, יש צורך, בין השאר, לחזק שירותי בריאות ראשוניים. עוד בפברואר 1981 הצביע סגן המנהל הכללי הרפואי דאז של המשרד, במכתב למנכ"ל המשרד, ששרל"י "אינו יעיל, אינו עונה על הדרישות הרפואיות וגורם לבזבוז משאבים (הפניית יתר לחדרי המיון, העדר טיפול המשכי רצוף וכו')". אם כי הבעיה ידועה, כאמור, להנהלת המשרד, לא ננקטו, עד למועד סיום הביקורת, צעדים מעשיים כדי להתמודד עמה.

במגמה להקטין את היקף הפניות שאינן מוצדקות לחדר המיון, מגבילה קופת החולים של ההסתדרות הכללית, מזה שנים, את השתתפותה הכספית בהוצאות החולים בעד שירותי חדר מיון בבתי החולים שלה; לדברי הקופה, ניתנת ההשתתפות רק לאחר בירור ההצדקה הרפואית שהיתה בפנייה לחדר המיון. הקופה הודיעה, בדצמבר 1983, למשרד מבקר המדינה, שבבית חולים אחד נעשה נסיון — שעוד לא סוכם — לבחינת השפעתו של גובה התשלום החל על המבוטחים הפונים לחדר מיון, על היקף הפניות.



חדר המיון נועד, בדרך כלל, לתת שירות רפואי במקרים שבהם הרפואה הראשונית אינה מסוגלת לתיתו. בשימושם של חדרי המיון נמצאים ציוד ומיכשור רפואי מתוחכמים, ולכן עלות הטיפול בהם היא גבוהה. תקנות בריאות העם גרמו לכך, שחולים פונים לחדר המיון לבדיקה ולטיפול, גם אם בעייתם אינה דחופה. העדר אפשרות לדחות חולים אלה ולהפנותם לשירותי הרפואה הראשונית, עלול לגרום ניצול לרעה של שירותי המיון. נראה איפוא, שיש מקום לשקול הנבלת פניות של חולים שאינם מוגדרים כ"מקרים דחופים" לחדרי המיון, כדי להקטין את העומס עליהם, ולאפשר לצוותים של חדרי המיון להתרכז בטיפול במקרים דחופים ממש.

* בחלק מהתקופה שבתו הרופאים.

הנתונים שהוכחו לעיל מצביעים על שיעור אשפוז נמוך של חולים שפנו לחדרי מיון, במיוחד של אלה שלא הופנו לחדר המיון על ידי רופא, ועל ירידה ניכרת, יחסית, בשימוש בשרליש. העובדה שחולה שוחרר מחדר המיון לביתו, אמנם אינה מוכיחה בהכרח שפנייתו לא הייתה מוצדקת, אולם, נוכח הנתונים המובאים כאן, ראוי, לדעת הביקורת, שמשרד הבריאות ייוזם במשותף עם קופת החולים של ההסתדרות הכללית בדיקה מעמיקה של נושא הביקורים בחדרי מיון, ללא הצדקה רפואית, ולאתור הדרכים למניעת תופעה זו, דבר העשוי גם להביא לחלוקה יעילה יותר של מתן השירות הרפואי בין הרפואה הראשונית של קופת החולים, שרליש וחדרי המיון.

שירותי בריאות בשכונות מצוקה

התכנית לשיקום ולהתחדשות שכונות המצוקה הוכרה על ידי הממשלה, באמצע 1977, כמשימה חברתית דחופה, שבביצועה שותפות המערכת הממשלתית, הסוכנות היהודית ויהדות התפוצות. מטרת התכנית הייתה לשקם שכונות שבהן האוכלוסייה שרויה במצוקה פיסית, חברתית וכלכלית, וליצור חיי קהילה בעלת איכות חיים טובה. משרד הבינוי והשיכון ממלא תפקיד מרכזי בתכנית במישור השיקום הפיסי. בתחום השיקום החברתי נוטלים חלק, מאז 1978, משרדי העבודה והרווחה והחינוך והתרבות ומתחילת 1979 — גם משרד הבריאות. בשנת 1982 הקיף מפעל שיקום השכונות 69 שכונות וישובי מצוקה שבהם התגוררו כ-540,000 תושבים. ביקורת קודמת על פעולות שיקום שכונות מצוקה נערכה בשנת 1980 — ראה דו"ח שנתי 31 (עמ' 225).

שירותי הבריאות במסגרת התכנית לשיקום ולהתחדשות השכונות נועדו לשפר את רווחתם ומצב בריאותם של התושבים, על ידי חיזוק שירותי הבריאות הקהילתיים הפועלים בשכונות המצוקה ופיתוח שירותים מיוחדים נוספים, בעיקר בתחומים הבאים: תכניות הכנה ללידה והורות, תכניות להתפתחות תקינה של הילד באמצעות פעולות העשרה וגרייה (סטימולציה), אבחון מוקדם וטיפול בילד החריג, טיפול מונע בקשיש ובחולה הכרוני, איתור ואבחון של בעיות בתחום בריאות הנפש ופיתוח מרכזים אזוריים למניעה ולגמילה מסמים, ופיתוח שירותי רפואת שיניים מונעת וקורטיבית (טיפולית).

האחריות הממלכתית לקידום תכניות הבריאות בשכונות מוטלת על משרד הבריאות (להלן — המשרד). התכנית מבוצעת ברובן על ידי המשרד, חלקן על ידי קופת החולים של ההסתדרות הכללית (להלן — קופת החולים), גופים התנדבותיים, ובירושלים ובתל אביב — העיריות. שירותי הבריאות ניתנים במסגרת התחנות לבריאות המשפחה, תחנות לבריאות הנפש, מרפאות קופת החולים, מרפאות שיניים ומרכזי יום לקשישים.

בשנת הכספים 1982 מנה תקן עובדי שיקום השכונות של משרד הבריאות 56 משרות של רופאים, אחיות בריאות הציבור, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ועובדים פרא-רפואיים. לקופת החולים ולעיריות ירושלים ותל אביב הוקצו 12 תקנים במרפאות ובתחנות. שלושה עובדים הועסקו בארגון ובריכוז ארצי באגף לתכנון מוסדות רפואה של המשרד.

בחדשים אפריל-אוגוסט 1983 בדק משרד מבקר המדינה, לסירוגין, את ההתארגנות של משרד הבריאות להפעלת תכניות בריאות בשכונות מצוקה, את היעדים שקבע המשרד ואת הפעלת התכניות שאושרו לביצוע בשכונות השיקום. הבדיקה נערכה במשרד הראשי, בהנהלת שירותי בריאות הציבור, ביחידה לשיקום, בלשכות הבריאות המחוזיות תל אביב וחיפה ובלשכות הנפתיות רמלה, פתח תקווה ונתניה, וב-11 התחנות לבריאות המשפחה שבשכונות מצוקה: בעיר העתיקה ברמלה, בלוד (2 תחנות), בבית דגן, בשכונת ג'סי כהן בחולון, בשכונת נוה אליעזר בתל אביב, בפרדס כץ שבבני ברק, בעמישב שבפתח תקווה, בראש העין, בשיכונים דורה וסלע בנתניה. כן נערכה, ביקורת במרפאה של קופת החולים באור יהודה.

ארגון הפרויקט

בדרג הבכיר נושאת באחריות להתווית המדיניות הכללית ועדה משותפת של שרים ושל ראשי מחלקות בסוכנות היהודית (להלן: הוועדה המשותפת). בכפיפות לוועדה פועל צוות בין-משרדי בהשתתפות נציגים של משרדי הממשלה ושל הסוכנות היהודית. כן פועלת ועדת מנכ"לים של משרדי הממשלה בראשותו של סגן שר הבינוי והשיכון, האחראי מטעם הממשלה על פרויקט

הנתונים שהוכחו לעיל מצביעים על שיעור אשפוז נמוך של חולים שפנו לחדרי מיון, במיוחד של אלה שלא הופנו לחדר המיון על ידי רופא, ועל ירידה ניכרת, יחסית, בשימוש בשרליש. העובדה שחולה שוחרר מחדר המיון לביתו, אמנם אינה מוכיחה בהכרח שפנייתו לא הייתה מוצדקת, אולם, נוכח הנתונים המובאים כאן, ראוי, לדעת הביקורת, שמשרד הבריאות ייוזם במשותף עם קופת החולים של ההסתדרות הכללית בדיקה מעמיקה של נושא הביקורים בחדרי מיון, ללא הצדקה רפואית, ולאתור הדרכים למניעת תופעה זו, דבר העשוי גם להביא לחלוקה יעילה יותר של מתן השירות הרפואי בין הרפואה הראשונית של קופת החולים, שרליש וחדרי המיון.

שירותי בריאות בשכונות מצוקה

התכנית לשיקום ולהתחדשות שכונות המצוקה הוכרה על ידי הממשלה, באמצע 1977, כמשימה חברתית דחופה, שבביצועה שותפות המערכת הממשלתית, הסוכנות היהודית ויהדות התפוצות. מטרת התכנית הייתה לשקם שכונות שבהן האוכלוסייה שרויה במצוקה פיסית, חברתית וכלכלית, וליצור חיי קהילה בעלת איכות חיים טובה. משרד הבינוי והשיכון ממלא תפקיד מרכזי בתכנית במישור השיקום הפיסי. בתחום השיקום החברתי נוטלים חלק, מאז 1978, משרדי העבודה והרווחה והחינוך והתרבות ומתחילת 1979 — גם משרד הבריאות. בשנת 1982 הקיף מפעל שיקום השכונות 69 שכונות וישובי מצוקה שבהם התגוררו כ-540,000 תושבים. ביקורת קודמת על פעולות שיקום שכונות מצוקה נערכה בשנת 1980 — ראה דו"ח שנתי 31 (עמ' 225).

שירותי הבריאות במסגרת התכנית לשיקום ולהתחדשות השכונות נועדו לשפר את רווחתם ומצב בריאותם של התושבים, על ידי חיזוק שירותי הבריאות הקהילתיים הפועלים בשכונות המצוקה ופיתוח שירותים מיוחדים נוספים, בעיקר בתחומים הבאים: תכניות הכנה ללידה והורות, תכניות להתפתחות תקינה של הילד באמצעות פעולות העשרה וגרייה (סטימולציה), אבחון מוקדם וטיפול בילד החריג, טיפול מונע בקשיש ובחולה הכרוני, איתור ואבחון של בעיות בתחום בריאות הנפש ופיתוח מרכזים אזוריים למניעה ולגמילה מסמים, ופיתוח שירותי רפואת שיניים מונעת וקורטיבית (טיפולית).

האחריות הממלכתית לקידום תכניות הבריאות בשכונות מוטלת על משרד הבריאות (להלן — המשרד). התכניות מבוצעות ברובן על ידי המשרד, חלקן על ידי קופת החולים של ההסתדרות הכללית (להלן — קופת החולים), גופים התנדבותיים, ובירושלים ובתל אביב — העיריות. שירותי הבריאות ניתנים במסגרת התחנות לבריאות המשפחה, תחנות לבריאות הנפש, מרפאות קופת החולים, מרפאות שיניים ומרכזי יום לקשישים.

בשנת הכספים 1982 מנה תקן עובדי שיקום השכונות של משרד הבריאות 56 משרות של רופאים, אחיות בריאות הציבור, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ועובדים פרא-רפואיים. לקופת החולים ולעיריות ירושלים ותל אביב הוקצו 12 תקנים במרפאות ובתחנות. שלושה עובדים הועסקו בארגון ובריכוז ארצי באגף לתכנון מוסדות רפואה של המשרד.

בחדשים אפריל-אוגוסט 1983 בדק משרד מבקר המדינה, לסירוגין, את ההתארגנות של משרד הבריאות להפעלת תכניות בריאות בשכונות מצוקה, את היעדים שקבע המשרד ואת הפעלת התכניות שאושרו לביצוע בשכונות השיקום. הבדיקה נערכה במשרד הראשי, בהנהלת שירותי בריאות הציבור, ביחידה לשיקום, בלשכות הבריאות המחוזיות תל אביב וחיפה ובלשכות הנפתיות רמלה, פתח תקווה ונתניה, וב-11 התחנות לבריאות המשפחה שבשכונות מצוקה: בעיר העתיקה ברמלה, בלוד (2 תחנות), בבית דגן, בשכונת גיסי כהן בחולון, בשכונת נוה אליעזר בתל אביב, בפרדס כץ שבבני ברק, בעמישב שבפתח תקווה, בראש העין, בשיכונים דורה וסלע בנתניה. כן נערכה, ביקורת במרפאה של קופת החולים באור יהודה.

ארגון הפרויקט

בדרג הבכיר נושאת באחריות להתווית המדיניות הכללית ועדה משותפת של שרים ושל ראשי מחלקות בסוכנות היהודית (להלן: הוועדה המשותפת). בכפיפות לוועדה פועל צוות בין-משרדי בהשתתפות נציגים של משרדי הממשלה ושל הסוכנות היהודית. כן פועלת ועדת מנכ"לים של משרדי הממשלה בראשותו של סגן שר הבינוי והשיכון, האחראי מטעם הממשלה על פרויקט

השיקום. האחריות לפרוייקט במישור המקומי היא בידי צוות היגוי בהשתתפות נציגי הרשות המקומית, משרדי הממשלה והסוכנות.

הצוות הבין-משרדי כולל נציגים מכל אחד ממשרדי הממשלה הנוגעים בדבר; נציגים אלה מתמנים על פי מינוי אישי על ידי השרים הממונים על אותם משרדים. מתפקידם של הנציגים לתאם בין הצוות הבין-משרדי לבין משרדם, להציג את עיקרי המדיניות של משרדם, ולהביא את החלטות הצוות לידיעת השר והנהלת המשרד. משרד הבריאות מינה שלושה נציגים לצוות זה: בתחילת 1979 — עובדת של האגף לתכנון מוסדות רפואה; באותה תקופה צורף אליו ראש שירותי בריאות הציבור (המכהן מאמצע 1980 כמנהל שירותי הפרט והקהילה); בינואר 1982 מונה לכך גם המשנה למנהל הכללי.

— בדיקת הפרוטוקולים של ישיבות הצוות הבין-משרדי מתחילת 1979 ועד למאי 1983 העלתה, כי רק עובד אחד, מבין הנציגים של משרד הבריאות, השתתף באורח שוטף בישיבות הצוות. מנהל שירותי הפרט והקהילה השתתף בחלק מהישיבות ומאמצע 1982 הפסיק את השתתפותו, ואילו המשנה למנכ"ל המשרד השתתף בישיבה אחת בלבד — בפברואר אותה שנה. לדברי המשרד דוות לו על דינוי הצוות.

פעולות המשרד

מירב הפעילות בפרוייקט השיקום נעשית באמצעות לשכות הבריאות המחוזיות והנפתיות. פעילות בהיקף מצומצם ביותר נעשית באמצעות האגף לשירותי בריאות הנפש. תפקידן של לשכות הבריאות: לייצג את המשרד במישור המקומי, לייצג צוות ההיגוי המקומי בהכנת תכניות בריאות, להדריך ולפקח על ביצוע התכניות. לשכות הבריאות כפופות להנהלת שירותי בריאות הציבור, שבמסגרתו פעולות יחידות מטה מקצועיות.

— הנהלת שירותי בריאות הציבור לא העבירה ללשכות הבריאות הנחיות בכתב לפעילותן ולא קבעה יעדים מוגדרים וקריטריונים להפעלתם. בנסיבות אלו, כל הנהלה של לשכת בריאות קבעה את התכניות לשכונות לפי הצרכים שנראו לה מתאימים. בארבעה נושאים: רפואת שיניים, קשישים וחולים כרוניים, חינוך לבריאות ובריאות הנפש, גיבשו אמנם היחידות קווים מנחים ומסגרות לפעולה. אולם, שני הנושאים האחרונים גובשו והועברו ללשכות הבריאות למיפול רק באמצע 1982, כאשר מרבית התכניות כבר הוגשו לאישור או אושרו להפעלה. בנושאים חשובים אחרים הכלולים בטבלת התחנות לבריאות המשפחה, כמו: הגיל הרך, תכנון המשפחה, טיפול בילד החריג וחינוך לתזונה, לא הוצאו הנחיות כלל.

התקציב וביצועו

מקורות המימון שנועדו לביצוע תכניות השיקום בשכונות הם מתקציב המדינה ומתקציב הסוכנות היהודית. מתפקידו של הצוות הבין-משרדי לאשר את ביצוע התכניות. תקציב המשרד מורכב משני סעיפי הוצאה — לכוח אדם ולהפעלה, הנרשמים בסעיפים נפרדים במסגרת תקציביהן של "שש לשכות בריאות מחוזיות ונפת בריאות אחת. ההקצאה לכוח אדם נועדה לתשלומי שכר לעובדים שהמשרד מעסיק במשרות תקניות. ההקצאה לתקציבי פעולה כוללת הוצאות עבור עובדים המועסקים על ידי קופת החולים, רשויות מקומיות ועבודה על בסיס של שעות, וכן הוצאות לרכישת ציוד וחומרים ולשיפוצי מבנים; מ־1983 נוסף סעיף תקציבי נפרד לשיפוצים.

לשנת הכספים 1979, שהיתה השנה הראשונה להצטרפות המשרד לתכנית, לא הועמד לרשותו תקציב למימון פעולות בריאות. במהלך השנה האמורה דן הצוות הבין-משרדי בתכניות בריאות, אך אישורן נדחה, על פי דרישת המשרד, לסוף שנת התקציב, לשם גיבוש דרכי פעולה בנושא.

להלן נתונים, שריכוז משרד מבקר המדינה, על תקציבי המשרד לתכניות השיקום, וביצועם בשנות הכספים 1980—1983 (באלפי שקלים):

שנת הכספים	התקציב על שינויים	הוצאה למעשה	ביצוע בפועל ב-%
1980	3,835	740	19.3
1981	13,670	6,033	44.1
1982	49,367	19,398	39.2
1983 (על פי התקנות לתקציב)	89,694		

— מהנתונים במכלה עולה, שהביצוע בפועל היה קטן במידה ניכרת מהתקציב המעודכן, בעיקר בשל עיכובים שנגרמו על ידי האוצר בהעברת התקציבים למשרד מאז אישורם על ידי הצוות הבין-משרדי. כתוצאה מכך נדחו או בוטלו תכניות רבות שתוקצבו לאותן שנים. בעניין זה כתב סגן שר הבינוי והשיכון למנכ"ל משרד האוצר, בנובמבר 1981, כי בסדורו הרבים בשכונות המצוקה התלוננו בפניו ראשי הרשויות המקומיות על קשיים בביצוע תכניות בריאות שאושרו ותוקצבו על ידי הצוות הבין-משרדי.

לשנת הכספים 1980 אישר משרד האוצר, בספטמבר אותה שנה, הקצבה ראשונה בסך של 2.8 מיליון שקל ותקן כוח אדם המונה 15 משרות, מבין 45 שאושרו למשרד הבריאות על ידי הצוות הבין-משרדי. גם לאחר האישור עיכב משרד האוצר את שחרור ההקצבה בגלל בירורים נוספים שנמשכו עד לנובמבר אותה שנה. 30 משרות שאיושן הוקפא תוקצבו בסוף שנת הכספים כעבודה בלתי צמיתה אך מרביתן לא אוישו.

בתקציב המשרד לשנת הכספים 1981 נכללו 30 המשרות האמורות בשיא כוח האדם של המשרד. עד לדצמבר אותה שנה אישר הצוות הבין-משרדי למשרד סך כולל של 18.8 מיליון שקל, אך ההקצבה שהוקצתה לו על ידי האוצר, עד לאותו מועד, היתה בסך של 8.7 מיליון שקל בלבד. באמצע ינואר 1982 אישר משרד האוצר הגדלת ההקצבה בסך של כ-4.8 מיליון שקל ותקן כוח אדם המונה 13 משרות נוספות לעבודה בלתי צמיתה, עד לסוף שנת הכספים. משרות אלו התוספו לשיא כוח האדם של המשרד מאפריל אותה שנה.

תכניות שאושרו בישיבות הצוות הבין-משרדי בחודשים יוני עד אוגוסט 1982 עוכבו על ידי המשרד לצורך בירורים, ורק באוקטובר אותה שנה הוא פנה לאוצר והמציא לו תכניות שאושרו עד לאותו מועד. בגלל חילוקי דיעות בין משרד האוצר לבין המשרד עוכב שחרור ההקצבה לשנת הכספים 1982. משרד האוצר סרב להגדיל את שיא כוח האדם של המשרד להפעלת התכניות. האוצר דרש, כי העסקתם של העובדים החדשים תיעשה מאותו מועד ואילך באמצעות הרשויות המקומיות. להסדר זה התנגד המשרד, המעסיק, כאמור, מיגוון של עובדים מקצועיים במסגרת לשכות הבריאות שלו. בדצמבר 1982 פנה שר הבריאות לשר האוצר וביקש לאשר לו תקן כוח אדם המונה 25 משרות ולהעביר אליו סכום של 13 מיליון שקל שאושרו לביצוע. במכתבו הדגיש שר הבריאות, כי אי ביצוע התכניות מביא לאובדן האמון בדרג הממלכתי וכי מכתבי תלונה רבים נשלחים למשרדו על ידי נציגי שכונות המצוקה. רק בסוף ינואר 1983 הודיע משרד האוצר לוועדת הכספים של הכנסת על אישור של הגדלת ההקצבה למשרד בסך של 13 מיליון שקל, מזה 8 מיליון שקל להעסקת כוח אדם על בסיס ארעי ו-5 מיליון שקל לשיפוצים. כתוצאה ממתן האישור במועד מאוחר, בוטלו חלק מהתכניות החדשות שאושרו. בתחילת שנת הכספים 1983 פוטרו העובדים הארעיים שנתקבלו לעבודה ותכניות נוספות בוטלו.

במאי 1983 דנה הוועדה לענייני ביקורת המדינה של הכנסת בנושא שיקום והתחדשות השכונות. עיקר הדיון נסב על בעיית אישורי התקציב לפרוייקטים בתחום הבריאות. בעקבות דיוני הוועדה פנה סגן שר הבינוי והשיכון למשרדי האוצר והבריאות שיפעלו לתיאום עמדותיהם בנדון. ביוני אותה שנה פנה המשרד לכמה רשויות מקומיות בהצעה שעובדים יועסקו באמצעותן. הבדיקה העלתה, כי כמה רשויות מקומיות הסכימו לכך (ביניהן: באר שבע, טבריה, קריית-אטא וטירת הכרמל) ואחרות סרבו (אשקלון, בני ברק, חולון ורמת גן).

בתחילת מאי 1983 אישרה ועדת התיקצוב של הצוות הבין-משרדי את תקציבי השיקום של משרדי הממשלה היעודיים לשנת הכספים 1983. באותו חודש הגיש המשרד הצעת תקציב לאוצר, שהתבססה על אישורי תכניות הבריאות ב-69 שכונות. הצעת התקציב כללה תקציבי פעולה ותקנים. ביוני וביוולי 1983 התקיימו דיונים ממושכים בנושא בין המשרד לבין האוצר, אך עד למועד סיום הביקורת — אוגוסט 1983 — לא הסתיים טיפולו של משרד האוצר בעניין ועקב כך לא שוחררו הקצבות ולא בוצעו תכניות חדשות בתחומים השונים.

הפעלת תכניות השיקום

התכניות שביצע המשרד ב-1982 לקידום שירותי בריאות קהילתיים בשכונות, התמקדו בשבעה תחומי פעילות. מבין 69 שכונות שאושרו לשיקום הופעלו תכניות בנושאי בריאות ב-49. בשמונה שכונות היתה הפעילות השיקומית עניפה וכללה חמש ויותר תכניות בריאות; בשתי שכונות — ארבע

תכניות; כ־20 שכונות — שתיים עד שלוש תכניות; ב־19 שכונות היתה הפעילות מצומצמת ביותר וכללה רק תכנית אחת. מדו"ח של המשרד על ביצוע תכנית שיקום עד לאוקטובר 1982 עולה: ב־22 שכונות נפתחו פינות גרייה והעשרה לגיל הרך בתחנות לבריאות המשפחה; ב־6 שכונות תוגברו צוותים של מומחים לאיתור ולאבחון של ילדים חריגים; ב־12 שכונות פותחו שירותי תכנון משפחה וייעוץ לחיי משפחה; ב־22 שכונות הופעלו מרפאות שיניים; ב־22 שכונות תוגברו שירותי בריאות לקשישים ולחולים כרוניים, המשולבים עם שירותי הרווחה; ב־6 שכונות פותחו שירותים בתחום בריאות הנפש; ב־15 שכונות הורחבו שירותי ההדרכה לחינוך לבריאות וייעוץ לתזונה נכונה.

רפואת שיניים

אחד מייעדי המשרד, במסגרת פרוייקט השיקום, הוא לפתח ולהרחיב את שירותי רפואת השיניים לאוכלוסייה במצוקה שהיא פגיעה במיוחד, הן בגלל היעדר מודעות לחשיבות הטיפול המונע והקורטיבי של השיניים, והן בשל העדר אמצעים כספיים לקבלת הטיפולים הדרושים. בפברואר 1980 פרסמה היחידה לבריאות השן קווים מנחים להפעלת שירותי רפואת השיניים במסגרת פרוייקט השיקום: תיכנון וקביעת סטנדרדים להפעלת מרפאות שיניים; סדרי עדיפויות למתן השירותים (בעיקר לילדים, לגשמים בהריון ולקשישים); סוגי הטיפולים שיינתנו וקביעת מחירון טיפולים המותאם ליכולת האוכלוסייה.

במסגרת פרוייקט השיקום הוקמו, היו בהליכי הקמה או הורחבו עד תחילת 1983, 36 מרפאות שיניים, מהן פועלות על ידי רשויות מקומיות, 6 על ידי קופת החולים ו־3 על ידי עמותות. בשתי שכונות ניתן הטיפול על ידי קניית השירות הרפואי ממרפאות קיימות, ומרפאת שיניים אחת פועלת במסגרת תחנה לבריאות המשפחה של המשרד. 14 מרפאות שיניים לא הופעלו עד למועד סיכום הביקורת: בארבע מהן נסתיימה הבנייה כחצי שנה עד שנה קודם לכן (באופקים, ביבנה, באור עקיבא ובשכונת התקווה בתל אביב); עשר מרפאות עדיין היו בשלבי בנייה שונים.

מתפקידה של היחידה לבריאות השן לפקח על הפעלת המרפאות ולקבל מהן דיווחים. היחידה אינה מקיימת פיקוח במרבית המרפאות וקיבלה דיווחים רק מארבע מבין 22 המרפאות הפועלות בשכונות. ביולי 1982 כתב מנהל היחידה לבריאות השן למשנה למנכ"ל המשרד, כי הוא מבקש לשחרר את היחידה מכל אחריות לנושא זה במסגרת פרוייקט השיקום. לדבריו, אין ליחידה כוח האדם הדרוש לפיקוח על המרפאות בשכונות. נושא הפעלת מרפאות השיניים הועלה גם בישיבת ועדת המנכ"לים של משרדי הממשלה, שהתקיימה בינואר 1983. בישיבה סוכם, כי "הסמכות להפעלה נכונה של מרפאות השיניים בשכונות השיקום נתונה בידי שר הבריאות והמנכ"ל, ועליהם לנקוט אמצעים העומדים לרשותם כדי להוציא לפועל את המדיניות המקצועית בנושא זה". עד למועד סיכום הביקורת לא חל שינוי במצב.

קופת החולים הרחיבה בשנים האחרונות, במידה רבה, את היקפם של שירותי ריפוי השיניים, אף שאין הם נמנים עם שירותי החובה שהקופה נותנת. קופת החולים מצוידת בכלים המקצועיים והמינהליים להפעלת מרפאות שיניים בשכונות מצוקה. לכן חתמה עמה הסוכנות היהודית — המממנת, במסגרת הפרוייקט, הקמה והרחבה של חלק מהמרפאות — על הסכמים בדבר ההקמה וההפעלה של מרפאות שיניים בשכונות מצוקה החל באוגוסט 1981. מאחר שהסכמים אלה נעשו בנפרד מפעולות המשרד בתחום רפואת השיניים במסגרת שיקום השכונות, לא נכללו בהם קווי ההנחיה שקבע המשרד, כגון סדרי עדיפויות במתן השירות. המחירים שגובה קופת החולים בעבור הטיפולים לסוגיהם, כפי שנקבעו על ידי מוסדותיה, הם גבוהים מהמחירים שקבע המשרד לגבי יתר המרפאות בשכונות המצוקה.

לדעת הביקורת, רצוי שתושבי שכונות המצוקה יידרשו לשלם מחירים אחידים בעבור שירותי רפואת השיניים ויהנו, במידת האפשר, מתנאים שווים. מן הראוי, שהמשרד וקופת החולים יעשו להשגת מטרה זאת.

שיפץ מבנים והרחבתם

מבני התחנות לבריאות המשפחה שמפעיל המשרד שייכים לרשות המקומית שבתחומה פועלת התחנה. בשנים האחרונות גדלה אוכלוסיית המטופלים בתחנות ונוספו בהן פעילויות חדשות. במסגרת פרוייקט השיקום, תוגברו פעילויות שונות הן בתחום הטיפול הפרטני והן בטיפול הקבוצתי.

על פי התיעוד של היחידה לשיקום, כמחצית ממבני התחנות שבשכונות אינם מתאימים, מבחינת גודלם, לצרכים ולפעילויות המבוצעות בהן, ומצבם של חלק מהמבנים הוא גרוע.

במסגרת פרויקט השיקום לא הוקצו בעבר למשרד כספים לשיפוץ ולהרחבה של מבני התחנות. בסוף ינואר 1983 אישר משרד האוצר למשרד סך של 5 מיליון שקל לביצוע שיפוצים עוד בשנת הכספים 1982. סכום זה הספיק לשיפוץ ולהרחבה של תחנות מעטות ובוצעו שיפוצים קלים בלבד.

בריאות הנפש

אחת מהמטרות של תכנית השיקום היא לתגבר את פעילותן של התחנות לבריאות הנפש הקהילתיות ולסייע בעיקר למשפחות בעייתיות, לילדים בגיל הרך ובגיל ההתבגרות, וכן לפתח מרכזים אזוריים למניעת השימוש בסמים ולגמילה מהם.

— במסגרת המשרד פועל האגף לשירותי בריאות הנפש האחראי לנושא. מהתיעוד עולה כי מאז מאי 1980 פנתה היחידה לשיקום לראש האגף לקבלת קווים מנחים לפעילותה. ההנחיות נתקבלו רק כעבור שנתיים, במאי 1982. כתוצאה מכך הן הועברו לנציגי המשרד בוועדות ההיגוי המקומיות בשלב מאוד מאוחר של גיבוש תכניות, דבר שהשפיע על פיתוח השירותים. עד לתחילת 1983 היה היקף הפעילות בנושא בריאות הנפש בשכונות המצוקה מצומצם ביותר. הוגשו 14 תוכניות לתיגבור השירותים בתחנות, מהן הופעלו תכניות ב-10 שכונות, ואף בהן לא ניתן מענה לכמה תחומים חשובים, כמו ייעוץ בכעיות אישות וייעוץ לנוער. האגף גם לא נקט יוזמה, במסגרת פרויקט השיקום, לקידום הטיפול בכעיות הסמים. גם כקווים המנחים שהוא פרסם לא נכללו הנחיות לפעולות בנושא חשוב זה. המשרד הודיע בדצמבר 1983 למשרד מבקר המדינה, כי הוגשה הצעת תכנית למיתוח דרכי הטיפול בכעיות ההתמכרות לסמים.



התכנית לשיקום ולהתחדשות שכונות המצוקה היא בעלת חשיבות לאומית, מטפלים בה כמה משרדי ממשלה וכן הסוכנות היהודית ויהדות התפוצות. משרד הבריאות הצטרף לתכנית ב-1979; אך באותה שנה עוד לא הועמד לרשותו תקציב למימון הפעולות, מה שגרם לעיכוב כביצוען. עיקר פעולות המשרד הן: תגבור תכניות הבנה ללידה ולהורות, טיפול בגיל הרך, שירותי רפואת שיניים, בריאות הנפש, וגמילה מסמים. הביקורת העלתה, שנעשתה עבודה חשובה בכמה תחומים, כגון הטיפול בגיל הרך ורפואת השיניים. אולם, היקף הפעילות בנושאים אחרים היה מצומצם: ל-20 שכונות מצוקה, מבין 69 שאושרו לשיקום, לא היו כלל תכניות בתחום הבריאות, ובי-19 שכונות, מבין 49 שבהן הופעלו תכניות, הייתה הפעילות מצומצמת ביותר.

בתחום בריאות הנפש נעשה מעט, ובתחום מניעת השימוש בסמים וגמילה מהם לא נעשו כל פעולות. בשנים 1980—1982 הוצא שיעור קטן בלבד מהמשאבים הכספיים שהועמדו לרשות מפעל שיקום השכונות.

על משרד הבריאות להגביר את פעילותו מבחינה ארגונית ומינהלית בתחום חיוני זה.

מכשירים רפואיים לנכים

1. נכים הזקוקים למכשירי עזר רפואיים לשיפור כושרם הטיפקודי ולשיקומם הרפואי זכאים לקבלת סיוע כספי: נפגעי פעולות בטחוניות — ממשרד הבטחון; נפגעי תאונות עבודה — מהמוסד לביטוח לאומי; נפגעי רדיפות הנאצים — ממשרד האוצר; נכים, תוך השנה הראשונה לעלייתם — מהסוכנות היהודית לארץ ישראל. אשר לנכים שאינם נמנים עם קבוצות אלו, קבעה עוד באמצע 1978 ועדה בהשתתפות נציגים של הממשלה, הציבור וארגון הנכים, שמונתה על ידי שר האוצר ושר העבודה והרווחה, בין השאר: נכה בגפיו, הזקוק לפי קריטריונים מקצועיים הנהוגים במשרד הבריאות, לאבזרים רפואיים, יקבל מהמשרד מענק בשיעור של 90% ממחיר האבזרים שהוא רוכש או מחליף. בהתאם לכך, מאז נובמבר 1978 חויבו נכי הגפיים בהשתתפות בשיעור של 10% בלבד ממחיר כל מכשיר שנוקדו לו. נכים המתקיימים על קיצבת זיקנה עם הטבה סוציאלית, תמיכת סעד או קיצבת נכות מלאה, פטורים מכל השתתפות.