

פעולות ביקורת

נערכה ביקורת על פעולות שירותי הדם של מד"א, ושל בנקי הדם המקומיים שבבתי החולים: הפעלת המערכת הממוחשבת במרכז שירותי הדם של מד"א; רמת המלאי של מנות הדם שהיו במערכת; והפעולות שהביאו לפיתוח ולהקמת שני מפעלים שונים לייצור מוצרי דם דומים. נבחנו הוראות המשרד ופיקוחו על בנקי הדם. כן נבדקו נושאים הקשורים להיערכות לשעת חירום.

נבדקו היבטים בתחום הטיפול בנפגעי נפש: פעולות הסברה ומניעה, טיפול ושיקום נפשי. עוד נבדקו נושאי ניהול בשירותי בריאות הנפש של המשרד, ההסדרים לתשלום דמי אשפוז ודמי טיפול מרפאתי פסיכיאטרי והחקיקה בתחום זה, הנמצאת בשלבי הכנה.

נבדקו פעולות המשרד בנושא הפיקוח על חומרים רדיואקטיביים. הבדיקה נערכה במכון לחקר בריאות הסביבה, המופקד על הטיפול בנושא, ובממ"ג.

נבדקו הפעולות המינהליות והכספיות הנוגעות להפעלת המבצע לקיצור תורים במרפאות בתי חולים ממשלתיים, שהוחל בו בספטמבר 1989.

בלשכת הבריאות מחוז הצפון נבצרת ובחמש הלשכות הנפתיות הכפופות לה נבדקו פעולות הלשכות בתחום שירותי בריאות הציבור.

נבדק הפיקוח על מזון מיובא; הבדיקה נערכה בשירות המזון הארצי במחלקה הווטרינרית וכן בנמלים.

בלשכות הבריאות המחוזיות ירושלים ותל אביב נבדקו דרכי החישוב של השתתפות החולים הגריאטרים ומשפחותיהם בהוצאות האשפוז בבתי חולים גריאטרים, כאשר הסידור המוסדי נעשה על ידי לשכות הבריאות.

נבדקו מינויים פוליטיים במשרד הבריאות (ראה בפרק "מינויים פוליטיים").

מעריך שירותי הדם במדינה

ריכוז ממצאים

מעריך שירותי הדם במדינה מושתת על שירותי הדם של מגן דוד אדום ועל בנקי דם מקומיים הפועלים בבתי החולים. על פי חוק מגן דוד אדום, התש"י-1950, אחת ממטרות אגודת מגן דוד אדום (להלן - מד"א) היא "לקיים לטובת כלל התושבים שירות של אגירת דם פלסמה ומוצרי לוואי שלהם". מד"א הוא אפוא הגורם העיקרי המטפל בארגון התרמות דם, בבדיקת

מנות הדם שנתרמו, באחסון ובהספקתן לבתי החולים. בבתי החולים פועלים בנקי דם מקומיים המקבלים את הדם ממד"א, והעוסקים בעיקר בהתאמת הדם שנועד לעירווי לדמם של החולים הזקוקים לו.

בבנק הדם המרכזי של מד"א מופעלת מערכת ממוחשבת המשמשת בעיקר בתהליך קליטת הדם. השימוש במערכת אינו יעיל. אין משתמשים בה לצורך ניהול מלאי המנות, ניהול ההתרמות, ניהול נתוני התורמים וכו'.

בשנים 1985 - 1987 החל מד"א בבניית מרכז חדש לשירותי דם, אליו תוכנן להעביר גם את מכון ההפרדה הישן שלו, להרחיבו ולפתחו. בשנת 1986 אושרה הקמת מפעל באחד הקיבוצים לייצור אלבומין¹ לייצוא. בינואר 1989 אישר מנכ"ל משרד הבריאות שהמוצר בטוח בשימוש בהזרקה לבני אדם. באותו חודש ביקש המפעל אישור לייצר מוצרי דם נוספים מפלסמה. רק אז החל המשרד לתת דעתו לאפשרות ששני המפעלים ייצרו מוצרי דם זהים, ועקב כך החליט להקפיא את המשך פיתוחו של מכון ההפרדה של מד"א.

עד מועד סיכום הביקורת לא הגיע המשרד לכלל החלטה, לא בנוגע לפיתוח המכון של מד"א ולא בנוגע לבקשת המפעל בקיבוץ לייצר מוצרי דם נוספים המחייבים השגת פלסמה.

במועדים ידועים מראש, כגון תקופות חגים וחופשות הקיץ, יש דרך קבע מחסור בדם, בעיקר בסוגים הנדירים; מד"א לא נערך לכך.

בעת סיום הביקורת, היתה ירידה ניכרת במספר מנות הדם לשימוש שוטף שהיו בבנק הדם המרכזי של מד"א. מלאי השקיות לאחסון מנות דם שהיה במד"א היה נמוך מאד, ולא ניתן היה לקיים התרמות דם בהיקף הרגיל.

עד מועד סיום הביקורת לא נקבע גורם מקצועי מרכזי אשר בסמכותו לפקח על פעילויות בנקי הדם ולבקר אותן.

נהלי משרד הבריאות, ביחס להפעלת בנקי דם שהיו תקפים עד מועד סיום הביקורת, לא היו מעודכנים ולא כללו חידושים ותוספות שהונהגו במדינות מתוקנות. בנהלים גם לא היו הנחיות בנושאים רבים, כגון: המוסדות שדרוש בהם בנק דם מקומי, הדרישות הפיזיות הנחוצות לקיומו של בנק דם; והכישורים המקצועיים וההשכלה הנדרשים ממנהלי בנקי דם ומעובדיו. הביקורת העלתה שונות רבה בכל הנושאים הנ"ל בין בנקי הדם בבתי החולים השונים.

ברוב בתי החולים הועלו ליקויים הקשורים לתנאי האחסון של מנות הדם במחלקות. בתי חולים אחדים דורשים מחולים, שקיבלו או האמורים לקבל עירווי דם, פיקדון כספי עבור מנות הדם; אם החולה אינו דואג לתרומה מקבילה של מנות דם, מחולט הפיקדון. לדרישה הכספית עלולות להיות השלכות על איכות הדם שיושג מנותני דם לא מתאימים.

הועלה שלא מולאו אחדות מהחלטות ועדה מיוחדת שמינה מנכ"ל משרד הבריאות בנושא היערכות שירותי הדם לשעת חירום, בעיקר בתחום המיכשור הדרוש להפעלת בנקי הדם המקומיים בשעת חירום. עוד הועלה, כי המצאי של רוב הפריטים במחסנים לשעת חירום נופל בהרבה לעומת התקן.



1. מערך שירותי הדם במדינה מושתת על שירותי הדם של מגן דוד אדום ועל בנקי דם מקומיים הפועלים בכל בתי החולים שבהם מחלקות מנתחות (להלן - בנקי דם מקומיים). על פי חוק מגן דוד

¹ אלבומין הוא תכשיר רפואי לנפגעי הלם המופק ממרכיבי דם.

אדום, התש"י-1950, אחת ממטרותיה של אגודת מגן דוד אדום (להלן - מד"א) היא "לקיים לטובת כלל התושבים שירות של אגירת דם, פלסמה ומוצרי לוואי שלהם". מד"א הוא אפוא הגורם העיקרי המטפל בארגון התרמות דם, בבדיקת מנות הדם שנתרמו, באחסון (בבנק הדם המרכזי שלו בתל השומר, ובשלוחותיו בחיפה ובירושלים) ובהספקתן לבתי החולים, לצורכי האוכלוסייה האזרחית, ולכוחות צה"ל, ברגיעה ובעת חירום. לצורך פעולות אלה מפעיל מד"א את מרכז שירותי הדם שלו. בנקי הדם המקומיים, המקבלים את הדם ממד"א, נועדו בעיקר לבצע את פעולות ההתאמה של הדם שנועד לעירווי לדמם של החולים הזקוקים לו. בכל שנה נתרמות במד"א כ-180,000 מנות דם, ובבנקי הדם המקומיים - כ-20,000 מנות דם. לדברי מנהלת שירותי הדם של מד"א כמות זו מספקת את צורכי הדם במדינה. ההכנסות של מד"א ממכירת מנות דם ומוצריו היו בשנת 1989 כ-13 מיליון ש"ח.

2. בחודשים אפריל - אוגוסט 1990, לסירוגין, ערך משרד מבקר המדינה בדיקה בנושא מערך שירותי הדם במדינה. הבדיקה נערכה בהנהלת משרד הבריאות ובאגף לשעת חירום שלו, במרכז שירותי הדם של מד"א ובשישה בתי חולים. נשלחו גם שאלונים לכל בתי החולים של קופה"ח הכללית והממשלתיים.

מרכז שירותי הדם של מד"א

מרכז שירותי הדם של מד"א פועל בבניין חדש גדול ומפואר שנבנה, מכספי תרומות של ידידי מד"א בעולם, בשטח המרכז הרפואי ע"ש שיבא שבתל השומר (להלן - המרכז). במרכז פועלים מחלקת ההתרמות ובנק הדם המרכזי. חלק ניכר משטח המרכז מיועד למכון להפרדת מוצרי לוואי מדם שפעל במקום אחר (ראה להלן). בירושלים ובחיפה פועלות שלוחות של בנק הדם המרכזי.

1. **מחלקת ההתרמות** אחראית על התרמות הדם ועל הקשר עם התורמים. תרומות דם מתקבלות מיחידים ומקבוצות מאורגנות. התרומות מיחידים מיועדות לחולה מסוים - וניתנת לתורם המחאת דם בעבור החולה הנזקק; או ניתנות בתמורה לביטוח דם לשנה, לתורם ולבני משפחתו.

הקבוצות המאורגנות הנותנות תרומות הן: יחידות צה"ל - התרומה מקנה לכל חייל התורם ביטוח לשנה לו ולמשפחתו; קבוצות אזרחיות - קיבוצים, מושבים, מוסדות ומפעלים. במקרים כאלה נעשה הסכם מיוחד בין מד"א לבין נציג הקבוצה; הנציג מתחייב לספק בתקופת הביטוח מספר מסוים של מנות דם. הביטוח חל על כל חברי הקבוצה ובני משפחותיהם; הנציג יקבל המחאות דם וכנגדן יהיו המבוטחים זכאים לקבל מנות דם בבתי חולים בשעת הצורך.

2. **בנק הדם המרכזי** מופקד על הכנת מנות הדם, בבדיקתן, אחסונן והספקתן לבתי החולים לפי דרישתם. הוא מספק לבתי החולים גם מרכיבי דם (פלאסמה, קריו, כדוריות אדומות דחוסות וטרומבוציטים).

לבנק הדם מגיעות השקיות המכילות את מנות הדם וכן המבחנות עם הדוגמאות שנלקחו מהן. תהליך קליטת הדם, בבדיקתו וסיווגו נעשה באמצעות מערכת ממוחשבת, המשמשת גם לרישום נתונים על התורמים וסוג הדם (ראה להלן). כל מנה נבדקת לקביעת סוג הדם, בבדיקת צהבת ואיידס, ובדיקות עגבת וסקר נוגדנים (באמצעות מכשירים אוטומטיים). על פי תוצאות הבדיקות קובעים אלו מנות אינן ראויות לשימוש.

3. **המערכת הממוחשבת**: ב-1983 החליטה הנהלת מד"א להקים במרכז, על מחלקותיו, מערכת מידע ממוחשבת מרכזית. חברה פרטית לשירותי יעוץ ופיתוח מערכות ענ"א הכינה עבור מד"א, ב-1985, הצעה להקים מערכת מידע ממוחשבת לניהול נתונים על תורמי דם ועל תרומות דם. בהצעה נאמר: המערכת תקל על תהליכי העבודה היומיומיים ותאפשר תכנון עבודה יעיל "לתקופת זמן רצויה"; המערכת תאפשר גישה נוחה למאגרי המידע ושליפה מהירה של נתונים בשעת הצורך, הן על תורמים והן על מנות דם; באמצעות המערכת ינוהל מעקב אחר מנות דם מרגע ההתרמה ועד הגעתן ליעדן הסופי.

על בסיס ההצעה האמורה פורסם מכרז, והחברה שזכתה בו הקימה במרכז ב-1987 מערכת מידע ממוחשבת (להלן - המערכת) שהופעלה על בסיס מחשב שנרכש למטרה זו.

הבדיקה של משרד מבקר המדינה העלתה, שהשימוש במערכת אינו יעיל. אין משתמשים בה לצורך ניהול מלאי המנות, ניהול ההתרמות, ניהול נתוני התורמים וכו'. להלן פירוט:

(א) במערכת נרשמים רק חלק מהנתונים, המצויים במד"א, בדבר קבוצות הביטוח. לגבי הנתונים הנרשמים לא נעשה עיבוד כל שהוא. איתור תורמים וניהול נתונים על התורמים מבוצעים ידנית. הוא הדין בניהול תכנית ההתרמות של הקבוצות. עוד נמצא שנתונים על קבוצות תורמים לא נרשמים כלל, כגון מושבים וקיבוצים (אשר להם סוג ביטוח שונה במקצת).

התורם ממלא טופס, ובו הוא רושם: את נתוני האישיים; האם הוא נכון לתרום שוב; מטרת התרומה (ביטוח אישי, למען חולה, או לקבוצת ביטוח). רישום בלתי ברור גורם במקרים רבים להקלדה של מספרי תעודות זהות שגויים. רק לאחרונה הוחל בבדיקת אמינותם של מספרי תעודות זהות, על פי חישוב ספרת הביקורת - עם הקלדת הנתונים.

לגבי מי שתרם בעבר ומספר תעודת הזהות שלו כבר רשום במערכת, לא נעשתה הבדיקה האמורה, ואפשר שיופיע ברשומות מספר פעמים עם מספרי זהות שונים - בהם שגויים, או ללא ספרת ביקורת. מאחר שהרשומות מסודרות לפי מספרי הזהות, הנתונים לגבי אנשים אלה יראו כאילו הם מתייחסים לאנשים שונים. לפיכך, אם אדם תרם מספר פעמים, והוא מופיע במערכת עם מספרי זהות שונים, לא ניתן לקיים מעקב שלם אחרי תרומותיו, תדירותן ואיכותן.

בשל הפגמים באמינות הנתונים במערכת, אין אפשרות לדעת באמצעותה מה מספר התורמים ומה כמות התרומות. לכן מחושבים נתונים אלה ידנית.

לדעת מבקר המדינה, דרושה בדיקה של הנתונים האישיים בקובץ התורמים מול נתוני מירשם האוכלוסין, כדי לאתר ולתקן מספרי זהות שגויים של תורמים, זאת ביחוד בשל החשיבות הרבה הנובעת למידע שבקובץ.

(ב) הבדיקה גם העלתה, שאין אפשרות לדעת, בהסתמך על הנתונים במערכת, מהו מלאי מנות הדם המאוחסנות בבנק הדם ומה הרכבו, לפי סוגי הדם השונים. מנהלת שירותי הדם הסבירה לביקורת, כי, כדי לברר זאת, "מסתכלים במקרר". לדעת מבקר המדינה, מאחר שמדובר, בדרך כלל, בעשרות ובמאות מנות דם מכל סוג, דרוש שהמערכת הממוחשבת תאפשר ניהול יעיל ומהימן של המלאי.

(ג) בעת הביקורת לא ניתן היה לבצע שליפה מהירה של נתונים מסוגים שונים, כגון נתונים בדבר מנות דם מסוג נדיר שנתרמו, מקומות ישוב של התורמים ואחרים, כחלק מן העבודה השוטפת בבנק הדם. לדעת מבקר המדינה על הנהלת בנק הדם לדאוג להכנת תכניות מחשב מתאימות שיאפשרו שליפה מהירה של הנתונים וייעול המערכת.

(ד) עוד נמצא כי במערכת של מד"א אין מידע בדבר מאפיינים נוספים לפיהם ניתן לסווג את דם התורמים. מידע כזה יש במערכת של ארגון תורמי דם מתנדבים (את"ד)².

4. מלאי הדם: (א) בעת סיום הביקורת (נובמבר 1990) מספר מנות הדם שהיו בבנק הדם של מד"א, לשימוש שוטף, היה נמוך בהשוואה למה שהיה בתקופות קודמות. למשל, היו 20 מנות דם מסוג לעומת 15, 10 ו-150 מנות מאותם סוגים שהיו בינואר 1990. הוסבר שהדבר נובע בעיקר ממחסור בשקיות לאחסון הדם, שנוצר עקב הקשיים הכספיים שבהם מד"א נתון. ההוצאה השנתית לשקיות הנה כ-2.4 מיליון ש"ח. התברר שמלאי השקיות ירד כמעט לאפס (ראה להלן גם בפרק על שעת חירום), וכתוצאה מכך היתה ירידה משמעותית בהיקף

² ארגון תורמי דם מתנדבים (את"ד) - ארגון מתנדבים ארצי שחבריו מוכנים לתרום דם ורכיבי דם על פי קריאה מיוחדת. באפריל 1990 היו באת"ד כ-2,500 חברים, מהם כשליש בעלי דם מסוג נדיר מאוד.

ההתרמות שהשפיעה על מספר מנות הדם שהיו במלאי. לדעת מבקר המדינה יש לראות בחומרה את החסר של השקיות, שהן לכאורה פריט כל כך פשוט ובסיסי, שהביא לירידה הניכרת במלאי מנות הדם, במיוחד בסוגים האמורים. נוכח המצב הבטחוני והשלכותיו האפשריות, עמדה הביקורת על כך שיש לדאוג לאלתר להשלמת כמות השקיות הנחוצות ולהבטחת רמת המלאי הדרושה של מנות הדם. ביקורת מעקב שערך משרד מבקר המדינה העלתה שבינואר 1991 מלאי מנות הדם שופר בהרבה.

(ב) הביקורת העלתה גם שבמועדים ידועים מראש יש תקלות חוזרות ונשנות מדי שנה בשנה. למשל, בתקופות החגים (פסח וראש השנה) ובחופשות הקיץ יש דרך קבע מחסור בדם, בעיקר בסוגים הנדירים מקבוצת O, ואז נעזרים בארגון תורמי הדם המתנדבים. לדעת מבקר המדינה, רצוי להעזר בארגון התורמים רק בעת חירום או במקרים מיוחדים שלא נחזו מראש, ואילו בתקופות שצוינו, שהן ידועות מראש, על מד"א להיערך כראוי.

5. המכון להפרדה: מאז שנת 1955 הפעיל מד"א - בבניין של בנק הדם הישן שלו ביפו - מכון לפרקציונציה³. מהפלסמות שלא נדרשו לעירוי במהלך 35 יום מיום התרומה הפיקו בו אלבומין לנפגעי הלם וכן גמא גלובלין לחיסונים. הכנסות מד"א ממכירת מוצרי המכון היו בשנת 1988 כ-300,000 ש"ח. במסגרת התכנית להקמת המרכז החדש לשירותי דם, תכנית שאושרה עוד בשנות השבעים, שלובה גם העברת מכון הפרקציונציה הישן לשם, וצידודו במכשירים חדישים, שיאפשרו את ייעול הליכי הייצור והעלאת רמתו, כולל ייצור מוצרים נוספים שעד אז יובאו.

(א) התכנון וההקמה של מרכז שירותי הדם החדש אושרו בידי שרי הבריאות השונים, וסמנכ"ל המשרד לתפקידים מיוחדים מונה על ידם כדי ללוות מטעמם את הפרויקט ולהשתתף בהליכי התכנון, גיבושו, קבלת ההחלטות וביצוען. עבודות הבנייה החלו בשנת 1985 והסתיימו ב-1987. בתחום המרכז הרפואי ע"ש שיבא שבתל השומר נבנה, כאמור, בניין גדול בשטח של כ-7,000 מ"ר (מכספי תרומות בסך 12 מיליון דולר של ידידי מד"א בחו"ל): כ-3,000 מ"ר לשימוש בנק הדם, כ-2,000 מ"ר למכון לפרקציונציה, ויתרת השטח - לשירותים, כגון חדרי מכוונות וגנרטורים. המבנה על מתקניו מאפשר למד"א כושר תפוקה גדול יותר, ובקרת איכות ואמינות גבוהה יותר של הבדיקות וסיווג הדם.

בד בבד עם הקמת המבנה החדש של מד"א החלו, בשנת 1985, יזמים מאחד הקיבוצים לפעול להקמת מפעל לייצור אלבומין בקיבוץ. תוכנן להפיק אלבומין מחומר גלם שייובא מחו"ל - פסולת המתקבלת בזמן הפרדת דם למרכיביו - תוך הפנית כל התוצרת לייצוא. בהקמת המפעל הושקעו למעלה מ-5 מיליון דולר והוא הוכר כמפעל מאושר.

בעקבות פניית היזמים, אישר מנכ"ל משרד הבריאות, בנובמבר 1986, את הקמתו והפעלתו של המפעל בקיבוץ. האישור ניתן לייצור אלבומין לשימוש טכנולוגי בלבד (דיאגנוסטיקה וכו'), ולא לצרכים תרופתיים או להזרקה לבני אדם. כבר באותה תקופה הצביעו גורמים שונים על אפשרות שהמפעל ירצה בעתיד לייצר מוצרי דם נוספים, ולהרחיב את הייצור להפרדת מרכיבי פלסמה, וש לצורך כך יהיה עליו להשיג פלסמה.

בנושא אישור הקמת המפעל בקיבוץ לייצור אלבומין טיפלו בעלי תפקידים שונים במשרד. לא נמצא שעד ינואר 1989 הובא הנושא לידיעתו של הסמנכ"ל לתפקידים מיוחדים, שכאמור, ליווה מטעם שרי הבריאות את הקמת הפרויקט של מד"א, כולל ייצור אלבומין.

(ב) במאוס 1988 פנו אנשי המפעל למשרד וביקשו סיוע בהוצאת האלבומין שהם מייצרים מהארץ. לצורך מכירתו בחו"ל, עוד לפני רישום המוצר כתרופה בארץ. נערך דיון בהשתתפות מנכ"ל המשרד, ראש שירותי אשפוז, ראש אגף הרוקחות, מנהל המעבדות, מנהל המכון לביקורת ולחקנים ומנהלי המפעל. הובהר למפעל, שעליו לרשום את החומר כתרופה בארץ לפני שאפשר

³ פרקציונציה - תהליך שבו מפיקים מפלסמה מוצרים לשימושים רפואיים.

יהיה לסייע לו בייצוא. הוצע להקים ועדה מייעצת למנכ"ל בנושא הדרישות לצורך בדיקת בטיחותו ואיכותו של האלבומין המופק במפעל, כדי שהחומר יאושר להזרקה לבני אדם.

בדצמבר 1988 קבעה ועדת מומחים שמונתה על ידי מנכ"ל המשרד, לאחר שבדקה את הנתונים שהמציא המפעל בדבר הייצור והבקרה של אלבומין הומני, שהמוצר המופק בתהליך הנדון "בטוח בשימוש בהזרקה לבני אדם". בינואר 1989 אישר מנכ"ל המשרד את המלצות הוועדה.

בשלב זה פנה מנכ"ל המפעל אל הסמנכ"ל לתפקידים מיוחדים שבמשרד הבריאות, והודיע שהמפעל מסוגל לייצר גם מוצרים נוספים (חלקם כאלה שגם מד"א מתכנן לייצר), בהשקעה נוספת של כ-1.2 מיליון דולר וכן ברכישת ידע, בתנאי שיגיעו להסכמה על מקור הפלסמה האמורה להיות חומר הגלם.

בעקבות הפנייה האמורה, כתב הסמנכ"ל לתפקידים מיוחדים באותו חודש, ינואר 1989, ליו"ר הוועד הפועל של מד"א: "כדי שלא יושקעו כספים לריק גם במפעל של מד"א, אני מבקש לעכב, בשלב זה, הזמנת הציוד למכון המוקם במרכז שירותי הדם של מד"א, במגמה לאפשר קיום דיון מעמיק בסוגיה זו".

בפברואר 1989 החליט מנכ"ל המשרד על הקפאת המצב הקיים בכל הנוגע להעברת המכון של מד"א למרכז שירותי הדם החדש ולהמשך פיתוחו, שהצריכו השקעה כספית נוספת של כחמישה מיליון דולר בציוד.

יוצא אפוא, שרק בתחילת 1989, כשלוש שנים לאחר הקמת המפעל, החל המשרד לתת דעתו על כך שאם ימשיכו לפתח את שני המפעלים (המכון של מד"א והמפעל בקיבוץ) במקביל, ייווצר מצב שבו שני מפעלים שונים ייצרו מוצרי דם זהים או דומים ביסודם.

(ג) לדעת מומחים, די במכון אחד כדי לספק את כל צורכי המדינה ואף לייצא חלק גדול מתוצרתו לחו"ל. לדעת משרד האוצר, הקמת שני מפעלים כאלה תביא לבזבוז משאבים בהשקעות, בציוד ובמבנים בהיקף של מיליוני דולרים ותגרום לשני המפעלים הפסדים בפעילותם השוטפת.

משרד האוצר דרש, שמשרד הבריאות יכריע בסוגיית שני המפעלים. הדרך המומלצת על ידי משרד האוצר הייתה להתבסס על המפעל בקיבוץ ולבטל את מכון הפרדה של מד"א, תוך העברת הידע המצוי במד"א למפעל בקיבוץ והעברה סדירה של הפלסמה ממד"א למפעל. עמדה זו מבוססת על ההנחה, שהמשרד ימצא, כי מוצרי הדם של המפעל בקיבוץ עומדים בסטנדרטים רפואיים מקובלים, וכי המשרד יקבל התחייבות משפטית של המפעל, שתבטיח הספקת מוצרי דם על ידי המפעל לאורך זמן.

מאז ינואר 1989 ועד מועד סיכום הביקורת, סוף שנת 1990, לא נפלה הכרעה בנושא, והמשרד לא הגיע לכלל החלטה, לא בכל הנוגע לפיתוח מכון הפרדה של מד"א ולא בנוגע לבקשת המפעל בקיבוץ לייצר מוצרי דם נוספים המחייבים השגת פלסמה. מד"א אינו מייצר מוצרי דם בכלל, ומרבית המוצרים הדרושים מיובאים. המפעל בקיבוץ מייצר מחומר גלם מיובא, אלבומין רפואי, משווק בארץ וגם מייצא אותו.

בדצמבר 1990 הודיע משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה, כי עומד להתקיים בקרוב דיון בהנהלת המשרד לקביעת עמדה סופית בעניין המכון.

הוראות משרד הבריאות והפיקוח על בנקי הדם

1. משרד הבריאות הוציא "נהלים להפעלת בנק דם ומתן עירווי לחולים" המחייבים את כל בנקי הדם. בנהלים הוראות מנחות להתרמות דם, לטיפול במנות דם, להכנת דם לחולה, לעירווי דם במחלקה ושיטות בדיקה של הדם שנתרם. הנהלים, שהיו תקפים עד סיכום הביקורת בדצמבר 1990,

הוצאו בינואר 1983 והחליפו הוראות קודמות משנת 1981. באוגוסט 1989 אמנם הוצאה תוספת לנהלים אך הוראותיה התייחסו רק למתן דם באופן דחוף ולמתן עירוי דם ליילודים.

פרק הזמן הממושך שעבר מאז הוצאו ההוראות, בלא שהמשרד עידכן אותן בחידושים ובתוספות שכבר הונהגו במדינות מתקנות, מעלה את החשש לפגיעה אפשרית באיכות שירותי הדם הניתנים במדינה. כך, למשל, עד מועד סיכום הביקורת, בדיקת צהבת לנגיף מסוג C טרם הוכנסה לשימוש שוטף ולא הייתה מעוגנת בהוראות, הגם שכבר הונהגה במדינות כאמור.

בהוראות אין הנחיות בנושאים הבאים: המוסדות (רפואיים, סיעודיים) שדרוש להם בנק דם; הדרישות הפיזיות הנחוצות לקיומו של בנק דם, כמו שטח מזערי, מיקומו בבית החולים, מכשירים (הוראות בנושאים דומים ביסודם הוציא המשרד לגבי בתי מרקחת, למשל); שימוש בטפסים אחידים; הכישורים המקצועיים וההשכלה הנדרשים ממנהלי בנק דם ומעובדיו (דרישות בנושאים אלה הגדיר המשרד לגבי רוקחים, למשל).

2. לא נקבע גורם מקצועי מרכזי אשר בסמכותו לפקח על פעילויות בנקי הדם ולבקר אותן, דבר המקובל במדינות אחרות. אין גם גורם הבודק את המתרחש בנושא זה בבתי החולים הפרטיים.

בנקי הדם בבתי החולים

באפריל 1990 הפיץ משרד מבקר המדינה שאלונים לכל בתי החולים הממשלתיים, ולכל בתי החולים של קופה"ח הכללית. בדיקה מפורטת עשה המשרד במדגם של שלושה בתי חולים ממשלתיים ושלושה בתי חולים של קופה"ח. הבדיקה העלתה שונות רבה בין בנקי הדם בנושאים הבאים:

1. **מנהלי בנקי דם:** בשבעה בתי חולים אין לבנק הדם מנהל משלו, ומנהלי המכון ההמטולוגי מופקדים בהם גם על בנק הדם. מפאת עיסוקם במכון אין הם יכולים להתפנות כראוי לפעילות בבנק הדם. בבתי החולים האחרים המצב הוא כלהלן: בחמישה - מנהל בנק הדם הוא רופא; בחמישה - המנהל הוא בעל תואר שלישי בביוכימיה או בתחום דומה; בשלושה - המנהל הוא טכנאי מעבדה.

מנהל בנק דם שאין לו היידע והכישורים המתאימים עלול לתפקד כספק מנות דם בלבד, אך אין לו היכולת הדרושה לבקר את דרישות המחלקות ולהנחות אותן אלו מוצרי דם לתת במקרה נתון. כאמור, אין בהוראות משרד הבריאות דרישות כלשהן בדבר הכישורים הנדרשים ממנהל בנק דם. לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לבחון נושא זה ולקבוע את הכישורים הנדרשים.

2. **מיקום בנק הדם ושטחו:** בהוראות אין, כאמור, הגדרה היכן יש למקם את בנק הדם. בכמה בתי חולים בנקי הדם מרוחקים מחדרי הניתוח או מחדרי המיון, או משניהם. אין הגדרה מה השטח הנדרש לבנק הדם והיכן יש להציב את עמדות העבודה. קיימים הבדלים ניכרים בין השטחים של בנקי הדם גם בבתי חולים שמספר המיטות ותחומי הפעילות שלהם דומים.

3. **תקשורת:** ההוראות קובעות, שיש להבטיח בבנק הדם קו טלפון ישיר לצורך התקשרות עם גורמי חוץ בשעת הצורך. בבתי חולים אחדים אין בבנקי הדם קווי טלפון כאלה. יצויין, שרק בארבעה בתי חולים קיים קשר טלפוני עם מד"א בחיג מקוצר.

בבתי חולים אחדים אין מכשירים לתקשורת פנים (אינטרקום) לקשר פנימי ישיר בין בנק הדם למקומות אחרים בבית החולים; יצויין שהוועדה לארגון שירותי הדם לשעת חירום (ראה גם להלן) המליצה שבכל בית חולים יהיה מכשיר כזה, מחובר לחדר ניתוח ולחדר מיון.

איתורית מאפשרת לנושא אותה לקבל הודעות גם אם אינו נמצא סמוך למכשיר טלפון. בבתי חולים אחדים אין מנהלי בנקי הדם נושאים איתורית וקשה להזעיק אותם בעת הצורך.

4. **מכשירים:** בכמה מבתי החולים המכשירים שבבנק הדם ישנים. בבתי חולים אחרים, המכשירים הקיימים אינם מספיקים או שקשה להשתמש בהם כראוי.

כמעט בכל בתי החולים, אין במחלקות ובחדרי הניתוח מקרר, לאחסון מנות הדם, העומד בדרישת ההוראות, היינו שהטמפרטורה בו 2 - 6 מעלות והכולל מתקן לבקרת טמפרטורה ומערכת אזעקה. עלולה להיות לכך השפעה שלילית על איכות מנות הדם המאוחסנות במקררים - החל מקיצור אורך חיי הכדוריות שיפגום ביעילות העירוי, וכלה בזיהום המנה שעלול להתמיר את מצב החולה מקבל העירוי.

5. **הקשר בין בנקי הדם ובין המחלקות:** (א) לפי ההוראות, אין להחזיק במקרר המחלקה, מנות דם יותר מ-12 שעות. בבדיקה, שעשה משרד מבקר המדינה בכמה בתי חולים, בהם אין מקררים העומדים בדרישות, הועלו מקרים אחדים בהם לא הקפידו על ביצוע ההוראות. במקרים אחדים היו המנות במחלקות כ-24 שעות.

(ב) מנת דם שהוכנה לחולה ולא נצרכה מוחזרת מהמחלקות לבנק הדם ומתאימים אותה לחולה אחר. לעתים בשל הזמן המצטבר של האחסון במחלקות ותנאיו הבלתי מתאימים, קיימת סכנה בשימוש במנות דם אלה. נמצא, שבתי חולים אחדים הנהיגו עוד לפני הביקורת שיטות שונות כדי להתגבר על כך: בביה"ח אחד אין מספקים דם אלא על סמך הודעות מיוחדות של המנתח שהדם נדרש לאלתר; בבתי חולים אחרים מספק בנק הדם רק מנה אחת מהכמות המוזמנת ואת המנה השנייה מספקים רק לאחר שהראשונה מעורה לחולה וכן הלאה, ואין מקבלים חזרה דם.

לדעת מבקר המדינה, על כל הגופים הנוגעים בדבר לבחון את הדרכים האמורות ובמידה שיימצאו מתאימות להוציא הנחיות אחידות לכל בנקי הדם.

6. **פעילות בנקי הדם:** בשאלונים נתבקשו בתי החולים לציין נתונים בדבר היקף הפעילות בבנקי הדם שלהם. מנהלים רבים של בנקי דם מסרו למשרד מבקר המדינה, כי הם מתקשים לעשות זאת, מאחר שאינם נוהגים לערוך סיכומים תקופתיים של מספר המנות שהמחלקות הזמינו, של מספר המנות שנופקו להן ושל אלה שהחזירו לבנק הדם. יוצא אפוא, שבנקי הדם אינם יודעים מה היקף פעילותם.

רק פחות ממחצית בנקי הדם מסרו למשרד מבקר המדינה נתונים בענין זה. מהנתונים עולה שברוב בתי החולים ביקשו המחלקות להעביר אליהן 36% - 60% בלבד ממנות הדם שהן הזמינו ושהוכנו עבורן. תהליך הכנת מנת דם לחולה נעשה בכמה שלבים: בדיקת סוג הדם של החולה, בדיקת נוגדנים, התאמת דם המנה לדם החולה, רישום בטפסים רבים ועוד. במנות דם שהוכנו עבור חולה מסויים ולא נעשה בהן שימוש, משתמשים עבור חולים אחרים.

לדעת מבקר המדינה על משרד הבריאות לבחון אם לא ניתן למנוע, או לפחות לצמצם עד כמה שאפשר, את בזבוז הזמן הכרוך בהכנת מנות דם לפי הזמנה שלאחר מעשה מתבטלת.

7. **רמת מלאי:** כדי שלא ייווצר מחסור במנות דם, קבעו בתי החולים, כל אחד לעצמו, רמת מלאי של דם לשימוש שוטף. בבתי חולים אחדים היא נקבעה בידי העובדים על פי ניסיונם; בבית חולים אחד בידי צה"ל; בבית חולים אחד בתיאום עם שירותי הדם של מד"א; בבית חולים אחד על פי תקני שעת חירום; ובבתי החולים האחרים - בידי מנהל בנק הדם והנהלת ביה"ח. מן הראוי שיהיה גורם מרכזי אחד שיקבע את רמת המלאי הדרושה בכל אחד מבתי החולים, על פי קריטריונים מוגדרים שייקבעו.

8. **כרטיס:** בהוראות מינואר 1983 מומלץ, שכל בנק דם ינהל כרטיס של כל החולים שקיבלו עירוים. בכרטיס יש לרשום פרטים על החולה, בעיקר אם היו לו בעיות, הקשורות למתן דם, ואם הוא נזקק לדם מסויים או למוצר באיכות מסוימת. הכרטיס נועדה לספק מידע לצורך טיפול בחולים הנזקקים שוב לדם. הביקורת העלתה שאין כרטיסות כאלה בכמחצית מבתי החולים.

9. **התרמת דם בבתי חולים:** שמונה בתי חולים אינם מתרימים דם, אלא מזמינים את כל המנות ומוצרי הדם הנחוצים להם ממד"א. 12 בתי חולים מתרימים דם בבנקי הדם שלהם. ההתרמה בבתי החולים מספקת חלק מצריכת הדם של ביה"ח (ברוב המקרים 10% - 30% מהצריכה ובמקרה אחד 80%). את השאר רוכש בית החולים ממד"א.

לדעת מנהלת שירותי הדם של מד"א, לא על בתי החולים לעסוק בהתרמת דם, שכן מתפקידו של מד"א לרכז את כל נושא הספקת הדם במדינה ועל בתי החולים לעסוק בהזמנת הדם הדרוש ובהתאמתו לחולה. לדבריה, למד"א, כמתרים הדם הגדול במדינה, יש כוח האדם, הציוד, היידע והניסיון הרב ביותר והמתאים ביותר בתחום זה וכן מערך תורמים ממוחשב. הדבר חשוב במיוחד לגבי חולים עם בעיות מיוחדות (נוגדנים, רקמות) הזקוקים לדם מיוחד, ומד"א יכול לספק את הדם או המוצר ביעילות ובמהירות יחסית. לדעתה, עלות ההתרמה בבית חולים יקרה יותר מהתשלום בעד מנת דם שמוזמנות ממד"א; ומד"א גם מארגן התרמות במקומות עבודה או במקומות אחרים בשעות שלאחר העבודה. בכך נמנע הפסד ימי עבודה. לעומת זאת, תורם הבא לביה"ח כדי לתרום דם מפסיד יום עבודה.

מנהלי בנקי הדם בבתי חולים המתרימים דם מסרו למשרד מבקר המדינה שבהתרמה בביה"ח יש להם אפשרות למנוע תקלות שונות הקורות לעתים בקשר למד"א, במיוחד בתקופות בעייתיות, כגון חגים וחופשות. כמו כן באפשרותם לספק מנות של דם טרי הנדרשות לניתוחי לב ולהשתלות או ליילודים, ואילו מד"א לא תמיד מספק את הדרוש.

לדעת הביקורת, על משרד הבריאות, בשיתוף עם הגורמים הנוגעים בדבר, לבחון, אם יש להעדיף התרמות בנק הדם המרכזי במד"א בלבד, או שילוב של התרמות במד"א עם התרמות בבנקי הדם המקומיים, ולהורות שכך יפעלו.

10. **בדיקות איידס:** על פי ההוראות, כל מנת דם צריכה להיבדק, בין השאר, בדיקת איידס. מד"א בודק את מנות הדם שהוא מתרים, ואילו את מנות הדם שנתרמו בבתי החולים יש לבדוק באחד משבעת בתי החולים שקבע המשרד לצורך זה (איכילוב, בילינסון, הדסה עין כרם, סורוקה, קפלן, רמב"ם, שיבא).

יצויין, שמנהל בנק הדם בבית החולים השרון, שהוא רופא, צבר ניסיון רב בבנקי דם בבתי חולים בחו"ל, ואף על פי כן עליו לשלוח את כל הדגימות ממנות הדם שנתרמו אצלו לביה"ח בילינסון. לדבריו, הדבר משבש את העבודה התקינה של בנק הדם, שכן הבנק מתרים בעצמו 80% מצריכת המנות בבית החולים. מנהלי בנקי הדם בבתי החולים וולפסון ובחולון וברזילי באשקלון, השולחים את דגימות הדם שהתרימו לביה"ח איכילוב בתל אביב לביצוע בדיקות איידס, התריעו על הבעייה העלולה להתעורר, אם תשובש התנועה בדרכים בשעת חירום. הבעייה עלולה להתעורר גם בבתי חולים אחרים המתרימים דם בעצמם, השולחים את הדגימות לבתי חולים אחרים לביצוע בדיקות איידס. לדעת מנהלי בנקי הדם האמורים, ניתן לבצע את הבדיקה בנקל בבתי החולים עצמם.

בדצמבר 1990 השיב המשרד למשרד מבקר המדינה, כי "לביצוע בדיקות איידס יש צורך במיכשור ובמיומנות שיש בה עלות רבה. לפיכך, החליט המשרד מסיבות כלכליות ומקצועיות לרכז את בדיקות האיידס במרכזים מיוחדים, וכן אין המשרד רואה בשלב זה באופן חיובי תוספת מרכזי בדיקות איידס בכל בתי החולים המתרימים דם". לדעת מבקר המדינה איכות הבדיקה הוא שיקול ראשון במעלה בכל החלטה שתתקבל.

11. **פיקדון כספי תמורת מנות דם:** כאמור, מי שתורם דם למד"א מקבל תעודת ביטוח דם לו ולבני משפחתו המזכה אותו בעת הצורך בקבלת מנות דם בבתי החולים למשך שנה בלי הגבלה כלשהי. חולה שאין לו ביטוח דם אמור לדאוג לתרומה של מנות דם בכמות זהה למנות שקיבל בעת הטיפול הרפואי.

הביקורת העלתה, שבתי חולים אחדים דורשים מחולים שקיבלו או האמורים לקבל עירווי דם ושאינ להם ביטוח דם, כאמור, פיקדון כספי; אם החולה אינו דואג לתרומה מקבילה של מנות דם, מחולט הפיקדון. עוד הועלה שהתמורה הכספית הנדרשת בגין מנת דם אינה אחידה - בתי חולים אחדים דורשים סכום הזהה לזה שהם משלמים למד"א; ואחרים - סכום הרבה יותר גבוה.

מנהלת שירותי הדם של מד"א ויו"ר את"ד התריעו בפני מנכ"ל משרד הבריאות, בפברואר 1989, ושוב בפברואר ובמאי 1990, על התופעה ודרשו להפסיקה. הם ציינו במיוחד את

ההשלכות שיכולות להיות לדרישה הכספית על איכות הדם שיושג מגורמים לא מתאימים. יצויין שארגון הבריאות העולמי קבע שיש לאמץ את העקרון של תרומות דם בהתנדבות. כאמור, אין בישראל מחסור בדם ובתורמי דם.

היערכות שירותי הדם לשעת חירום

1. ועדה לארגון שירותי הדם במוסדות הרפואה לשעת חירום: באוקטובר 1982 מינה מנכ"ל משרד הבריאות ועדה לצורך ארגון שירותי הדם במוסדות הרפואה בארץ לשעת חירום (להלן - שע"ח). בראש הוועדה הועמדה מנהלת שירותי הדם של מד"א, וחבריה היו מנהלי בנקי דם של כמה בתי חולים וכן נציגים של צה"ל, של קופה"ח הכללית ושל האגף לשע"ח שבמשרד (להלן - האגף). על הוועדה הוטל לבדוק מחדש את ההמלצות של הוועדה הקודמת לאותו נושא שמונתה ב-1977, ולדון בלקחי מבצע "שלום הגליל" בנושא הספקת דם.

בנובמבר 1983 הגישה הוועדה את סיכומיה למנכ"ל המשרד. היא קבעה את הבסיס לחישוב מספר מנות הדם החזויות שיידרשו בכל בית חולים בשע"ח, ואת רמת המלאי הרצויה של מנות דם בכל בית חולים לשעה כזו (פי 2.5 ממספר המנות החזויות שיידרשו ביממה). כן קבעה הוועדה מפתח שלפיו יחושבו צורכי בתי החולים בתחום המכשירים והציוד הדרושים להתרמה, סיווג ובדיקה של מנות דם, וכן כוח האדם הדרוש. הוועדה גם פירטה נוהלי עבודה בבנק הדם במצב חירום.

הוועדה התכנסה שוב במאי 1986 ובמאוס 1989. בפגישה במאוס 1989 נבחנו מחדש החלטות הוועדה מנובמבר 1983, עודכנו הנושאים שטופלו ונתקבלו החלטות בנושאים הדרושים שינוי. הודגש, שביתר הנושאים תקפות ההחלטות מ-1983. באותה פגישה מסרו נציגי צה"ל על הקמת יחידה לשירותי דם ועל דרך תפקודה ותיפעולה בשע"ח. בעת כזו מופעלים שירותי הדם של מד"א תחת פיקוד צה"ל באמצעות היחידה האמורה.

2. מיכשור לשע"ח: הביקורת העלתה, שבמועד סיכום הביקורת, בדצמבר 1990, טרם נרכשו אחדים מהמכשירים שהוועדה המליצה לרכוש עוד באוקטובר 1983, ויש אפוא לרכוש אותם.

3. פריטי ציוד מתכלה: באוגוסט 1990 בדק משרד מבקר המדינה את המצאי של כמה פריטי ציוד מתכלה לשע"ח שצריכים להימצא במחסני האגף (הבדיקה נעשתה על פי רישומי האגף). הועלו הממצאים הבאים:

(א) המצאי של שקיות הדם שבמחסני האגף נפל בהרבה מהדרוש לפי התקן לשע"ח. האגף הסביר, שבהתאם להסדר הקיים מזה שנים עם בנק הדם של מד"א מועברות למד"א חלק מהשקיות שבמלאי החירום לריענון באמצעותו והוא מחזיר לאגף שקיות חדשות. הבדיקה של משרד מבקר המדינה העלתה, שמלאי שקיות הדם לשימוש שוטף שהיו במרכז שירותי הדם של מד"א היה קטן מאוד (מה שגרם כאמור, גם לירידה ניכרת במלאי מנות הדם) ועקב זאת לא יכול היה מד"א להחזיר לאגף את השקיות הדרושות. בדצמבר 1990 התריע מנהל האגף "ששקיות אלה חסרות במלאי שע"ח ופוגעות בכוננות" ודרש ממד"א להחזירן. עד מועד סיכום הביקורת, דצמבר 1990, לא השתפר מצב המלאי של השקיות.

(ב) במחסני האגף לא היו ערכות לבדיקות צהבת ואיידיס. הוסבר למשרד מבקר המדינה, שהסיבה נעוצה בזמני התפוגה הקצרים יחסית של ערכות אלה. ביוני 1987 התחייבה מנהלת שירותי הדם של מד"א, במכתב למנהל האגף לשע"ח, ששירותי הדם של מד"א יעשו כמיטב יכולתם להחזיק במלאי שלהם 30,000 ערכות כאלה לשע"ח, כמות המספיקה לחודשיים. הבדיקה של משרד מבקר המדינה העלתה, שהמלאי המוחזק במד"א נמוך בהרבה מזה שהובטח.

מאחר שהיה חשש שבשע"ח אי אפשר יהיה לבצע בדיקות איידס וצהבת של מנות דם מחמת מחסור בערכות, קבע המשרד, שהספקים יתחייבו לספק בתוך 48 שעות מהדרישה את הכמויות הנדרשות

בשע"ח. משרד מבקר המדינה העלה, שההיענות של הספקים לא נבחנה בתרגילי חירום, עובדה שעל המשרד לתת דעתו עליה. עוד התברר שבאגף אין מידע על מלאי הערכות המצוי בבתי החולים של קופה"ח ובבתי החולים הממשלתיים ואין יודעים, אם הוא מספיק בשע"ח.

(ג) הועלה שבכמה סוגים של חומרים המשמשים לסיווג דם, המלאי בפועל במחסני האגף היה נמוך מהמלאי הנדרש לפי התקן לשע"ח. התברר גם שהאיכות של חלק מהחומרים היתה שנויה במחלוקת וכי החומרים לא התאימו לשימוש בכל בתי החולים. חלק מהמלאי שהיה במחסני האגף הוחזר לספק וחלק אחר הועבר לשימוש שוטף באחדים מבתי החולים הממשלתיים. בדצמבר 1990 הודיע המשרד למשרד מבקר המדינה, שהאגף הזמין מספק אחר חומרים נוספים, שאיכותם אינה שנויה במחלוקת.

(ד) פריטים אחדים (כגון: תוויות סוגי דם, קופסאות קרטון לפלסמה, שקיות קרח ועוד), שגם הם נחוצים לשע"ח, אינם נמצאים במלאי חירום כלשהו.

4. הוראות לשע"ח בבנקי הדם המקומיים: (א) בנקי הדם המקומיים נתבקשו לשלוח למשרד מבקר המדינה את ההוראות המצויות אצלם בדבר הפעלתם בשע"ח. בנקי דם אחדים לא שלחו דבר. בנקי הדם האחרים שלחו הוראות שונות. השוני הוא הן בנושאים שאליהם הן מתייחסות והן בגורמים שהוציאו אותן. גם במידת הפירוט שבהוראות יש שוני רב. על הגורמים המתאימים לבחון את ההוראות השונות ולשקול הנהגת הוראות אחידות במידת הנידרש.

(ב) כאמור, פירטה הוועדה, האמורה, לארגון שירותי הדם במוסדות הרפואה לשע"ח נוהלי עבודה בבנק הדם במצב חירום. הוועדה קבעה שבבתי החולים המקבלים פצועים לטיפול ואשפוז תיעשה העבודה בבנקי הדם בהתאם לנוהלי משרד הבריאות במתכונת של ימי רגיעה. במידה ובית החולים הוכרז כבית חולים ממייך, בהוראת רשות אשפוז עליונה, רשאי מנהל בנק הדם בתיאום עם מנהל ביה"ח לשנות נוהלי עבודה מסויימים כפי שהוועדה פירטה. רוב בנקי הדם המקומיים לא המציאו למשרד מבקר המדינה את הנהלים האמורים. על המשרד לוודא שהם מצויים בכל בנקי הדם.

ליקויים אלה יש לתקן ויפה שעה אחת קודם.



ביקורת זו היא הראשונה מסוגה על מערך שירותי הדם במדינה. מערך זה אמון על הספקת מנות דם ומרכיביו לכל בתי החולים במדינה, בזמנים כתקנם ובשעת חירום. בדרך כלל אין מחסור בדם. אולם, במועד סיום הביקורת היה מספר מנות הדם לשימוש שוטף, במלאי של מרכז שירותי הדם של מד"א, נמוך מאוד בהשוואה לתקופות קודמות. גם בהיערכות שירותי הדם לשעת חירום הועלו ממצאים - בעיקר מחסור במכשירים מסוימים דרושים שטרם נרכשו, מחסור בשקיות לאחסון מנות הדם ומחסור בערכות לבדיקת צהבת ואיידס. על המשרד לפעול לאלתר להשלמת ההיערכות, הן לפעולות שוטפות והן לשעת חירום.

במערך מעורבים גורמים שונים - מד"א, משרד הבריאות ובתי החולים שבבעלותו, קופה"ח הכללית ובתי החולים שבבעלותה ובתי החולים הפרטיים. יש לדאוג לכך שיהיה גורם מקצועי מרכזי שיהיה אחראי לנושא, יפקח על בנקי הדם המקומיים ויבקר את פעולותיהם. יש לוודא, שההוראות בנושא יהיו מלאות ומעודכנות וישקפו את החידושים שהונהגו בנושא זה במדינות מתקנות. על מד"א לפעול לשימוש יעיל יותר של המערכת הממוחשבת שבמרכז שירותי הדם שלו. על המשרד להכריע ללא דיחוי נוסף בשאלת הכדאיות של קיום שני מכונים לייצור מוצרי דם זהים או דומים ביסודם.

הטיפול בנפגעי נפש

ריכוז ממצאים

מחלות נפש וצורות קלות יותר של הפרעות בהתנהגות ושל מצוקה נפשית משפיעות על כ-15% - 20% מן האוכלוסייה. הטיפול בהן ניתן בבתי חולים פסיכיאטריים, במרפאות ובתחנות לבריאות הנפש, ובידי פסיכיאטרים, פסיכולוגים ומומחים פרטיים אחרים.

משרד הבריאות כמעט שאינו מקיים פעולות לעידוד פניות לטיפול בקרב ציבורים מיוחדים, לעזרה ולייעוץ נפשי, ולא פעולות הסברה במטרה למחוק את הסטיגמה (תג שלילי), שעדיין מלווה את חולי הנפש בקרב הציבור ומונעת מהם לפנות לעזרה.

בערים אום אל פחם, גבעתיים, דימונה, כפר סבא, כרמיאל, לוד, נצרת, קרית אונו, קרית אתא, קרית ביאליק, קרית ים, קרית מוצקין ורמת השרון אין אף מרפאה לבריאות הנפש; בערים אילת, אשקלון, טבריה, קרית גת, רמלה ורעננה אין נותנים שירותים פסיכיאטריים לילדים ולנוער.

במקומות שבהם הגוף המפעיל של שירותי בריאות הנפש הוא קופת החולים של ההסתדרות הכללית, תושבי אותו אזור, שאינם חברי הקופה, אינם מקבלים טיפול פסיכותרפויטי אלא רק תרופתי בתחנות בריאות הנפש של הקופה.

בעשור האחרון הייתה ירידה גדולה מאוד במספר המיטות, במספר המאושפזים, במספר הקבלות לאשפוז ובמספר הקבלות הראשוניות בתחום האשפוז הפסיכיאטרי, בעקבות פיתוח תרופות חדשות, שאפשרו טיפול נפשי בקהילה. ב-12 השנים 1978 - 1989 ירד שיעור המאושפזים מ-2.2 ל-1,000 נפש ל-1.6, ירידה של 27%; בסוף שנת 1978 היו מאושפזים 8,925 חולים, ובסוף 1989 - 6,475, ירידה של 27%; מספר המיטות הפסיכיאטריות היה 8,514 בסוף 1978 ו-7,159 בסוף 1989, ירידה של 16%.

משרד הבריאות הציב כיעד מרכזי בתחום בריאות הנפש את הצורך בתגבור השירותים המרפאתיים-הקהילתיים. למרות זאת, המשרד לא נערך כיאות לביצוע יעדיו: בשנים 1984 - 1990 נוספו רק 30 משרות בכוח האדם הרפואי של התחנות לבריאות הנפש שלו.

בבתי החולים הפסיכיאטריים בארץ נמצאים לפחות שתי קבוצות אנשים שבסיומם אבחונם וטיפולם אינם מוחזרים לביתם: אוטיסטים; וילדים עם הפרעות חמורות בהתנהגות, שאין להם "בית" לחזור אליו.

המשרד מתקשה למצוא רופא בעל סמכות מקצועית, שיסכים לנהל את השירות לבריאות הנפש שלו לפרק זמן סביר - בראש השירות עמדו בעשר השנים האחרונות שישה רופאים, בזה אחר זה.

נושא המימון של השירותים הפסיכיאטריים נמצא בשנים האחרונות במחלוקת בין קופות החולים לבין משרדי האוצר והבריאות.

סך כל ההכנסות של המשרד בתחום הטיפול והאשפוז הפסיכיאטרי לשנת הכספים 1990 נאמד ב-54 מיליון ש"ח, בעוד הוצאותיו נאמדו ב-232 מיליון ש"ח.

לאחר שנה אחת של הפעלת הסדרי גבייה החדשים במרפאות ובבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים, התברר, שרוב החולים ומשפחותיהם פטורים מתשלום, על פי ההנחיות שניתנו בדבר מתן פטור מתשלום דמי אשפוז פסיכיאטריים.

הצעת חוק הפסיכותרפיה, הבאה להגדיר הגדרות מחייבות מי מוסמך לעסוק בטיפול נפשי כזה, והצעת תקנות לצורך הפעלת חוק השימוש בהיפנוזה, התשמ"ד-1984, מונחות באגפי משרד הבריאות מאז 1984.

משרד הבריאות עדיין לא הכין תקנות הקובעות כללי אתיקה מקצועית של הפסיכולוגים, כללים הנחוצים כדי להפעיל את מנגנון הפיקוח על המשמעת המקצועית במקצוע הזה.



על פי הערכות רפואיות, מחלות נפש וצורות קלות יותר של הפרעות בהתנהגות משפיעות על כ-15% - 20% מן האוכלוסייה - כ-600,000 - 800,000 מתושבי הארץ. שירותי אשפוז פסיכיאטריים ניתנים במחלקות נפש שבבתי החולים הכלליים (בהיקף של 267 מיטות בשנת 1989), ב-13 מוסדות פסיכיאטריים ממשלתיים (3,539 מיטות), ב-3 בתי חולים פסיכיאטריים של קופת החולים של ההסתדרות הכללית (424 מיטות), ב-3 מוסדות ציבוריים (143 מיטות) וב-10 מוסדות פרטיים (2,786 מיטות). השירותים האמבולטוריים ניתנים במרפאות שליד בתי החולים הכלליים והפסיכיאטריים ובתחנות לבריאות הנפש. תחנות אלו - כ-60 במספר - מטפלות בכ-25,000 אנשים בממוצע בחודש.

משרד הבריאות (להלן - המשרד), שהוא הגוף העיקרי העוסק במתן שירותים פסיכיאטריים במדינה, הועיד בשנת הכספים 1990 סך של 178 מיליון ש"ח הוצאה ועוד סך של 54 מיליון ש"ח הוצאה מותנית בהכנסה לטיפול במחלות ובהפרעות הללו. עיקר ההוצאה היא בסעיף השכר במוסדות הפסיכיאטריים הממשלתיים.

עלותן של מחלות והפרעות נפשיות אינה מתמצית רק בעלויות ישירות. מכלול התופעות הנלוות אליהן, כגון העדרויות מעבודה, תאונות ועוד, גורמות עלויות נוספות למשק.

הגוף המרכזי העוסק במתן טיפול פסיכיאטרי הוא המשרד, באמצעות בתי חולים פסיכיאטריים ותחנות לבריאות הנפש. גם קופת החולים של ההסתדרות הכללית ובתי חולים ציבוריים ופרטיים מספקים שירותים בתחום זה. השירותים הפסיכולוגיים שבמערכת החינוך, בעלי מקצוע בתחומי הפסיכולוגיה, הפסיכיאטריה וסוגי תרפיה אחרים וארגונים עסקיים - כגון מכונים לטיפול, לתרפיה ולייעוץ נפשי - מתרכזים בפעולות מניעה וטיפול מרפאתי; גופים התנדבותיים אחדים (כגון ער"ן) פועלים במניעת הפרעות, אחרים (כגון אל-סם ואנוש) במתן סעד לנפגעי נפש, כל אלה ניזונים בעיקר מתמיכת המשרד למימון פעולותיהם.

משרד מבקר המדינה בדק בעבר היבטים רבים של המערכות לטיפול בחולי נפש, ולאחרונה את הנושאים האלה: אשפוז פסיכיאטרי כפוי (דוח שנתי 38, עמ' 268), הוועדות הפסיכיאטריות המחוזיות (דוח שנתי 39, עמ' 249), מערך בריאות הנפש בצה"ל (דוח שנתי 40, עמ' 796), מאגר המידע על אשפוזים פסיכיאטריים (שם, עמ' 250); המרכז הרפואי לבריאות הנפש - שער מנשה (שם, עמ' 269).

בחודשים מאי ויוני 1990 בדק משרד מבקר המדינה היבטים שונים בתחום הטיפול בהפרעות נפשיות. להלן הממצאים העיקריים שהועלו:

פעולות מניעה בתחום הפסיכיאטריה

לחץ נפשי הוא חלק מן החיים בחברה. יש שהלחץ הנפשי הוא חיובי ומפרה, אולם לחץ רב מדי יש בו כדי לגרום נזק הן נפשי והן גופני. אפשר לנקוט פעולות מניעה שונות ולהצליח, במקרים רבים, להפחית מהשפעות הלחץ הנפשי: במקרים מסוימים אפשר לצמצם או לחסל את גורם הלחץ, כגון רעש; אפשר לעזור לאדם להתכונן למצבים המביאים לחץ נפשי ואפשר לעזור לאנשים להתמודד עם הלחץ בשעת האירוע או לאחר מכן.

המשרד כמעט שאינו מקיים פעולות הסברה לעידוד פניות לטיפול, לעזרה ולייעוץ נפשי ולא פעולות הסברה שנועדו למחוק את הסטיגמה שעדיין מלווה את חולי הנפש בקרב הציבור ומונעת מרבים מהם לחפש עזרה. דוגמה של פעולה מונעת בתחום בריאות הציבור, בעזרת השירותים הפסיכולוגיים היא מתן ייעוץ וליווי פסיכולוגי צמוד לחולי איידס (כח"ן). ייעוץ זה נועד בעיקר להקל על החולה עצמו, אולם באמצעות הייעוץ אפשר להביא את החולה למצב שבו הוא ימנע מלהדביק אחרים בזדון, מתוך כעס ורגשות תסכול. במרכז הארצי לטיפול באיידס, הפועל במרכז הרפואי שיבא בתל השומר, עובד בקרב חולי האיידס פסיכולוג בחצי משרה. השקעה גדולה יותר במתן ייעוץ כזה עשויה לחסוך למדינה סכומים גדולים בעתיד.

פעולות לטיפול ולשיקום נפשי

1. בשנת 1978 הגיעו המשרד וקופת החולים של ההסתדרות הכללית (להלן - הקופה) להסדר שירותי בריאות הנפש, שנועד "להבטיח שירותים כוללניים לבריאות הנפש לכל אזרחי המדינה, ללא יוצא מהכלל". על פי אותו הסכם היה על המדינה לשאת בכל ההוצאות הכרוכות באשפוז ובטיפול אמבולטורי בתחום הפסיכיאטריה.

בהסדר זה נקבע, שהמוסדות לבריאות הנפש (בתי חולים פסיכיאטריים, מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים, מרפאות ותחנות לבריאות הנפש) יהיו פתוחים למתן שירות לכל האוכלוסייה על בסיס אזורי ולפי מדדים רפואיים בלבד. לשם הבטחת מתן שירות פסיכיאטרי על בסיס אזורי, נקבעו 23 אזורי שירות, אשר במסגרתם נקבעה מפת השירותים הקיימת, והגדרת הגורם המפעיל אותם. באחריות הקופה נמצאת אוכלוסיית האזורים עפולה, בית שאן, הוד השרון, רעננה, רמת גן, וחלקים מחיפה, מבאר שבע ומירושלים. לחלק מירושלים אחראי בית החולים עזרת נשים. שאר חלקי הארץ הם באחריות המשרד.

הביקורת העלתה, שאין אחידות בסוגי השירותים הפסיכיאטריים הניתנים בכל אזור: בערים אום אל פחם, גבעתיים, דימונה, כפר סבא, כרמיאל, לוד, נצרת, קרית אונו, קרית אתא, קרית ביאליק, קרית ים, קרית מוצקין ורמת השרון, שבכל אחת מהן יותר מ-20,000 תושבים, אין אף מרפאה לבריאות הנפש; בערים אילת, אשקלון, טבריה, קרית גת, רמלה ורעננה, שגם בכל אחת מהן יותר מ-20,000 תושבים, לא ניתנים שירותים לילדים ולנוער. תושבי אותן ערים יכולים לקבל שירותי בריאות הנפש בערים סמוכות, אלא שהמרחקים עלולים להציב בפניהם בעיה של חוסר נגישות.

בנושא זה העירה ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (ועדת נתניהו), בדוח שלה מאוגוסט 1988 (דעת הרוב), ש"ישנם אזורים המקבלים שירות מקביל מכמה מרפאות, לעומת אזורים שכלל אינם נכללים בתחום שירותי המרפאות" (עמ' 399).

בתשובת המשרד מנובמבר 1990 למשרד מבקר המדינה, נאמר, שהוא "יתחיל להפעיל את ההמלצות של ועדה מקצועית ("ועדת השישה"), שהגישה תכניות מפורטות למתן שירותים אזוריים בבריאות הנפש, שיכללו פתרונות לכל הגילים ולכל הבעיות שהפסיכיאטריה המודרנית חייבת להתמודד אתן". יצוין, שמרבית ההמלצות של ועדה זו ניתנו כבר בשנת 1978.

2. רבות מהתחנות לבריאות הנפש, גם אלו המטפלות בילדים ובנוער, נמצאות בתוך בתי חולים פסיכיאטריים (בתי החולים טירת הכרמל, באר יעקב, נס ציונה, גהה, שלוותה, אברבנאל ובאר שבע). דבר זה אינו תורם לעצם הטיפול הניתן בהן ואפשר שאף מונע פניות אליהן, מפחד להיחשף לציבור.

3. במקומות שבהם הגורם המפעיל הוא הקופה, תושבי אותו אזור, שאינם חברי קופה, אינם מקבלים טיפול פסיכותרפויטי אלא רק תרופתי בתחנות בריאות הנפש שלה.

הקופה הסבירה למשרד מבקר המדינה בספטמבר 1990, כי הסיבה לכך היא, שהממשלה אינה מממנת את עלות תפעולן של התחנות של הקופה. עוד הסבירה הקופה, שהיא רואה בעובדה, שחברי קופות חולים אחרות נהנים מטיפול תרופתי חינם בתחנותיה, סבסוד בלתי נסבל של אותן קופות

חולים. בעניין הזה לא קיבל משרד מבקר המדינה כל תגובה מקופות החולים של העובדים הלאומיים, המאוחדת ומכבי, אף על פי שהן התבקשו לעשות כך.

4. המגמות העולמיות בפסיכיאטריה המצדדות בשחרור חולים לטיפול קהילתי אגב צמצום מספר המיטות, שהתאפשר בעקבות פיתוח תרופות חדשות, הביאו גם בישראל בעשור האחרון לירידה גדולה מאוד במספר המיטות, במספר המאושפזים, במספר הקבלות לאשפוז ובמספר הקבלות הראשונות בתחום האשפוז הפסיכיאטרי. הירידה היא במספרים מוחלטים והיא גדולה יותר בשיעורים ל-1,000 נפש באוכלוסייה, בגלל גידולה באותן שנים: ב-12 השנים 1978 - 1989 ירד שיעור המאושפזים מ-2.2 ל-1.6, ירידה של 27%; בסוף שנת 1978 היו מאושפזים 8,925 חולים, ובסוף שנת 1989 - 6,475 חולים, ירידה של 27%; מספר המיטות הפסיכיאטריות היה 8,514 בסוף 1978 ו-7,159 בסוף 1989, ירידה של 16%.

סיבה נוספת לירידה במספר הקבלות החדשות לאשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים נעוצה בסגירת בתי חולים פרטיים וממשלתיים בעשור האחרון שגרמה לביטול של כ-1,200 מיטות. צמצום זה גרם לכך שכיום תפוסות כ-75% מן המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים על ידי חולים כרוניים, ולצוותים הרפואיים בהם אין הרבה גמישות בקבלת חולים חדשים.

5. אף אחד מן הגורמים המעורבים בטיפול נפשי אינו סבור שמספר החולים ומספר בעלי הפרעות נפשיות קלות יותר קטן במהלך העשור האחרון. מכאן, שיש להניח, כי מספרם גדל עם גידול האוכלוסייה, אלא שפחות מהם נמצאים כיום בין כותלי בתי החולים הפסיכיאטריים.

ב"קווים למדיניות בריאות לאומית לטווח ארוך בישראל", שהוציא המשרד בנובמבר 1989, נקבע יעד מרכזי בתחום בריאות הנפש והוא הצורך בתגבור השירותים המרפאתיים-קהילתיים והצורך בביצוע משימות, כגון הקמת חדרי מיון לשהייה קצרה בבתי החולים הפסיכיאטריים, הרחבת המסגרות הטיפוליות בקהילה - באמצעות דיור מוגן, יחידות תעסוקתיות ומועדונים מיוחדים וגם יצירת מקומות עבודה במפעלים רגילים. קווי המדיניות והמשימות האלה נדונו בהנהלת המשרד עוד בתחילת שנות ה-80, כאשר השינויים בתחום האשפוז הפסיכיאטרי החלו לגבור.

למרות זאת, המשרד לא נערך כראוי לביצוע המדיניות והמשימות: במהלך השנים 1984 - 1990 נוספו רק 30 משרות בכוח האדם הרפואי של התחנות לבריאות הנפש של המשרד (מ-203 משרות ל-233); ב-1987 קלט המשרד בתקן שלו 37 עובדים, שקודם הועסקו על ידי האגודה למען שירותי בריאות הציבור, המופעלת על ידי המשרד, בשיתוף עם ג'וינט ישראל. אגודה זו עדיין מעסיקה עובדים בכ-20 משרות בתחנות בריאות הנפש של המשרד. פעילותם של הארגונים והעמותות ההתנדבותיים העוסקים ברווחה, בדיור ובתעסוקה לנפגעי הנפש הגיעה, בשנת הכספים 1990, להיקף מצומצם למדי - המועדונים מקיימים פעילות פעמיים - שלוש בשבוע, בכל פעם כמה שעות, ובהן משתתפים כ-2,750 נפגעי נפש; עזרה בשכר דירה ניתנת לכ-200 דיירים; ובפעולות לשיקום תעסוקתי משתתפים כ-400 משתתפים.

בתקציב המשרד לשנת הכספים 1990 יוחד סך של 9.6 מיליון ש"ח לתמיכה בארגונים ובעמותות המספקים שירותים קהילתיים לנפגעי נפש (לרבות תחום הסמים), סכום שהוא כ-4% מתקציב ההוצאה של השירות. כל הסכומים והפעילויות המנויים לעיל אינם מספיקים כדי לטפל ברבים מנפגעי הנפש החיים כיום בקהילה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד להוסיף ולפתח ביתר שאת כלים, כגון דיור ותעסוקה מוגנים בקהילה, כדי למלא את החובה המוטלת עליו בתחום זה.

6. במרבית המקרים, אדם מאושפז בעקבות אבחון מחלת נפש הדורשת אשפוז לשם טיפול. בסיום הטיפול הוא אמור לחזור לחייו השגרתיים, אלא אם מצבו אינו משתפר במהלך הטיפול, מחלתו כרונית והוא זקוק להשגחה מתמדת.

בבתי החולים הפסיכיאטריים בארץ נמצאות לפחות שתי קבוצות אנשים, שבסיום אבחונם וטיפולם אינם משולחים לביתם: אוטיסטים; וילדים עם הפרעות חמורות בהתנהגות, שאין להם "בית" לחזור אליו;

(א) האוטיסטים אינם חולי נפש, ובעייתם היא בתחום התקשורת. בהעדר מסגרת טיפולית מתאימה, אושפזו האוטיסטים בבתי החולים הפסיכיאטריים. מספר האוטיסטים בארץ נאמד בכ-300 איש, מהם כ-100 מאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים וכ-45 נמצאים במוסדות מיוחדים - בכפר עופרים באזור תל אביב ובהוסטל בירושלים. יתר האוטיסטים נמצאים במסגרות למפגרים (מקצתם ללא אבחון נכון של מחלתם) ובבית הוריהם. המשרד כתב בתשובתו, כי בין האוטיסטים ישנם אנשים המהווים סכנה לעצמם או לזולת ואין מנוס מלאשפזם בבית חולים פסיכיאטרי. המשרד הדגיש: "יש מקום לרכז חולים אוטיסטיים במוסד אחד או שניים, כדי לעמוד על צרכיהם המיוחדים בעזרה ובהשתתפות של ארגונים התנדבותיים הפועלים בתחום זה".

הורי מתבגרים אוטיסטים מאזור תל אביב הקימו מעון מיוחד (כפר עופרים) לכ-35 מתבגרים כאלה. הכפר מופעל בזכות תמיכה כספית רחבה של המשרד במטופלים בו. המשרד מעורב זה כמה שנים בניסיונות להקים עוד מעון בירושלים, לכ-20 מתבגרים הנמצאים כיום בבית החולים הפסיכיאטרי איתנים.

(ב) בעייה כאובה אחרת היא של ילדים, שאושפזו לאבחון ולטיפול בבתי החולים הפסיכיאטריים, ושבתום האבחון והטיפול לא נמצאו להם מסגרות מתאימות, שבהן יוכלו לחיות ולהתפתח ואינם יכולים לחזור לבית הוריהם, משום שהתא המשפחתי נהרס או שמתעללים בהם בחיק המשפחה.

ילדים אלה, בגלל הפרעות חמורות בהתנהגותם אינם מתקבלים בפנימיות של משרד העבודה והרווחה ואילו למשרד הבריאות אין מסגרות מתאימות להחזקתם מחוץ לבתי החולים הפסיכיאטריים.

במכתב למנכ"לים של משרד הבריאות ושל משרד העבודה והרווחה ממאי 1990, התריע מנכ"ל המועצה הלאומית לשלום הילד על המצב, כדלקמן:

"מתוך 36 ילדים (גילאי 5 - 13) במחלקה הפתוחה בבית החולים הפסיכיאטרי הממשלתי בנס ציונה, הוגדרו כ-20 (!) ילדים כמי שאינם חולי נפש, אינם זקוקים לאשפוז פסיכיאטרי, וכמי שהמשך שהייתם במסגרת זו גורמת ותגרום להם נזקים חמורים".

עם זאת, הוא התרשם "מהידע, מהמסירות, מהאכפתיות ומהפתיחות של הסגל במחלקה ונאמנותם לילדים".

משרד העבודה והרווחה הודיע בתשובתו מספטמבר 1990 למשרד מבקר המדינה, שעד לאותו חודש הועברו לטיפול משרד העבודה והרווחה שני ילדים בלבד; לילד אחד נמצא מקום במוסד מסוים ולשני טרם נמצא פתרון. כן הוסיף המשרד, שהוא עושה כל מאמץ למצוא סידור מתאים לילד הזה. אין בתשובה דבר בעניין טיפולו ב-18 הילדים הנוותרים.

גם לדעת הביקורת, נגרם נזק לילדים אלה, ואולי גם לאחרים הנמצאים בבתי חולים פסיכיאטריים שונים, שכן במקום למצוא לילדים מסגרות מתאימות או לפתח בשבילם מסגרות המסוגלות לספק את צרכיהם ולקדםם, נותרים הילדים במסגרות הקיימות, שאינן מתאימות להם.

ניהול שירותי בריאות הנפש

רופא הממלא תפקיד של ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות (להלן - השירות) אמור לטפל בשורה ארוכה של נושאים הקשורים לכל המערכות הפסיכיאטריות והפסיכולוגיות הפועלות בארץ, והוא הממונה המינהלי על אותן מערכות שבבעלות המדינה. המשרד מתקשה למצוא רופא בעל סמכות מקצועית, שיסכים לנהל את השירות לפרק זמן סביר. יצוין, כי בראש שירותים אחרים של המשרד - שירותי אשפוז כללי, ושירותים למחלות ממושכות וזיקנה - עומדים רופאים כאלה כבר יותר מעשר שנים ברציפות, דבר המקנה לשירותים אלה יציבות והמשכיות בפיתוחם, ואילו בראש השירות הזה עמדו בעשר השנים האחרונות שישה רופאים, בזה אחר זה.

עקב התחלופה הגבוהה במשרה זו בין שאר הסיבות, נמצא, שראש שירותי בריאות הנפש לא היה שותף לכל ההחלטות הנוגעות לשירות שהתקבלו בשנים האחרונות. לדוגמה:

(א) מכסת התורנויות והכוננויות לרופאי בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים נקבעת ישירות בידי ראש שירותי אשפוז, בלי התערבות ראש שירותי בריאות הנפש.

(ב) לדיון על מדיניות הגבייה בשירותים הפסיכיאטריים הממשלתיים, שקיימה הנהלת המשרד ביולי 1990, לא הוזמן איש מן השירות להשתתף. השירות הכין נייר עמדה בנושא, על פי בקשת הנהלת המשרד, אולם בסיכום הדיון ובהחלטות ההנהלה לא באה לידי ביטוי עמדת השירות.

מתחילת 1989 אין ממלא מקום קבוע בתפקיד ראש השירות, ומינואר 1990 אין איש ממלא את המשרה כלל. ניהול השירות נמסר מאז אותו חודש לידי "ועדת היגוי פסיכיאטרית", ובה תשעה חברים, מנהלי בתי חולים ומוסדות פסיכיאטריים ממשלתיים ולא-ממשלתיים, הנפגשים פעם בחודש. יו"ר ועדה זו אמור למלא את התפקיד של ראש השירות אלא שעכשיו הוא זקוק לאישור צעדיו מחברי הוועדה, נוסף על אישור מגורמים אחרים במשרד, כמקודם.

העדר המשכיות בתפקיד של מי שעומד בראש השירות והצורך בקבלת אישור של ועדה מקצועית, שחבריה בעלי תפקידים אחרים מכל חלקי הארץ, מקשים על פעילותו של השירות. זה חודשים מספר מורגשת דאגה עמוקה לעתיד השירות בקרב עובדיו המקצועיים והמינהליים של השירות, ובקהילות המקצועיות של פסיכולוגים ושל האחים והאחיות הפסיכיאטריים.

בתשובתו כתב המשרד: "ניהול שירותי בריאות הנפש ימצא פתרון בתכניות שר הבריאות ובמסגרת החוק החדש לטיפול בחולי נפש".

דמי אשפוז ודמי שירות מרפאתי

ב-1.4.78 נכנס לתוקף ההסכם שחתם מנכ"ל המשרד עם קופת החולים של ההסתדרות הכללית (להלן - הקופה) בדבר מתן שירותים פסיכיאטריים. ההסכם נועד לארגן מחדש את מתן שירותי בריאות הנפש במדינה ובו נקבעו, בין היתר, התחייבויות הדדיות בין המשרד והקופה, תחומי האחריות שלהם וסמכויות ביצוע. להסכם היו השפעות כספיות ניכרות בגין אותן התחייבויות.

לאחר חתימת ההסכם הוציא מנכ"ל המשרד בספטמבר 1978 חוזר, ובו נקבע, בין היתר, כי "האשפוז בכל בתי החולים הפסיכיאטריים במדינה יינתן ללא כל תמורה, מלבד השירותים הניתנים לתיירים, לצה"ל ולזכאוויות של מאושפזים לגבי אפוטרופוס, רנטות וכו'". על פי חוזר זה, לא גבו בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים דמי אשפוז (לבד מהקבוצות שפורטו בחוזר). בעקבות ההסכם תיקנו קופות החולים את תקנותיהן וקבעו שזכותו של המבוטח לאשפוז על חשבונן אינה חלה במחלות נפש.

עוד קבע המנכ"ל באותו חוזר, כי "הטיפול המרפאתי במרפאות שליד בתי החולים הפסיכיאטריים, במרכזי בריאות הנפש ובתחנות לבריאות הנפש - יינתן ללא תמורה".

אשפוזם של חולים הן בבתי חולים פסיכיאטריים ממשלתיים והן בבתי חולים פסיכיאטריים של הקופה ושל ארגונים ציבוריים אחרים נעשה על בסיס אזורי. על פי החוזר האמור, מממן המשרד את האשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים ממשלתיים ואת הטיפול במרפאות שליד בתי חולים אלה ובתחנות לבריאות הנפש, ואינו גובה מקופות החולים את הוצאות האשפוז של חבריהן. כ-3,600 חולים המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים והם צורכים כמיליון ימי אשפוז בשנה. כן מממן המשרד, על פי אותו חוזר, את אשפוזם של חולים כרוניים במוסדות פרטיים. כיום, כ-2,600 מהם צורכים כמיליון ימי אשפוז במוסדות פרטיים. בבעלות הקופה שלושה בתי חולים פסיכיאטריים, ובהם היא מספקת כ-150,000 ימי אשפוז בשנה. הקופה נושאת בעלותם של ימי אשפוז אלה ובעלות תפעולן של המרפאות שליד בתי החולים שלה, בלי השתתפות של המשרד.

בנושא זה קבעה ועדת נתניהו בדוח הרוב שלה כדלקמן:

"מעשית, מעולם לא בוצע הסכם זה במלואו - והוא אף לא הובא כלל לאישור ממשלת ישראל ולא זכה למימון הנאות. קופת החולים המשיכה לממן את תפעולם של בתי החולים

והמרפאות הפסיכיאטריות שלה ואילו משרד הבריאות, בהתאם להנחיות מנכ"ל המשרד מספטמבר 1978, המשיך לגבות תשלום מהמשפחות עבור האשפוז והטיפול במרפאות של היחידות הפסיכיאטריות במסגרת בתי החולים הכלליים" (עמ' 398).

במשך השנים מאז חתימת ההסכם דרשה הקופה מהמשרד לקיים את ההסכם ולהחזיר לה את הוצאותיה על תפעול שלושת בתי החולים הפסיכיאטריים שבבעלותה. המשרד סבר, שההסכם האמור חסר תוקף, ושמצלות הנפש, ככל מחלה, צריכות להיכלל במסגרת הביטוח הרפואי של הקופות.

חלק גדול מהכנסות המשרד בתחום זה מקורן בקצבאות נכות או זיקנה של המוסד לביטוח לאומי, המועברות בחלקן למשרד, כמי שנושא בהוצאות החזקתן במוסד של הזכאים לקצבה. לפי הצעת התקציב לשנת הכספים 1990, יגיעו הכנסות המשרד מקצבאות המוסד לביטוח לאומי לכ-22 מיליון ש"ח, והכנסות המשרד מאשפוז על חשבון גורמים מאשפוזים אחרים יהיו 6.3 מיליון ש"ח. סך כל ההכנסות של המשרד בתחום זה לאותה שנה נאמד ב-54 מיליון ש"ח, ואילו הוצאותיו נאמדו ב-232 מיליון ש"ח.

עקב מצוקה כספית, הוציא ממלא מקום ראש שירותי בריאות הנפש של המשרד במאי 1989, על פי החלטתו של שר הבריאות, הוראות שבאו להנהיג לראשונה תשלום בעבור קבלת טיפול במערכת בריאות הנפש החל מ-1.6.89 לפי ההוראות, ייגבה תשלום של 20 ש"ח בעבור ביקור ראשון בתחנות בריאות הנפש ו-5 ש"ח בעבור כל ביקור חוזר. כעבור חודשיים נקבע, שהתשלום בעבור ביקור ראשון או חוזר יהיה 5 ש"ח.

מיום 1.6.89 החל המשרד לדרוש תשלום גם בעבור אשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים ממשלתיים. המשרד קבע, שיש לשלם בעבור יום אשפוז סכום השווה למחצית ההכנסה הפנויה של משפחת המאושפז, חלקי מספר הנפשות במשק הבית וחלקי 30. לפי חישובים אלה, על משפחה של שש נפשות, שהכנסתה הפנויה היא 1,200 ש"ח בחודש, לשלם סכום של 100 ש"ח לחודש בעבור אשפוז אחד מבניה בבית חולים פסיכיאטרי.

לאחר שנה אחת של הפעלת הסדרי גבייה (יוני 1989 - מאי 1990) התברר, שרוב החולים ומשפחותיהם פטורים מתשלום, על פי ההנחיות שניתנו בדבר מתן פטור מתשלום דמי אשפוז. עם זאת, נגבו סכומים של 100 - 300 ש"ח לחודש, ואף יותר, מבעלי יכולת. בשנה הראשונה האמורה גבה המשרד 956,000 ש"ח בגין אשפוז ו-370,000 ש"ח בגין שירותים מרפאתיים, ובסך הכל 1.3 מיליון ש"ח.

קופות החולים מתנגדות להנחיות החדשות של המשרד וטוענות שהן מנוגדות להסכם מ-1978. הקופות מנחות את מבוטחיהן שלא לשלם בעבור ביקור בתחנה או בעבור אשפוז פסיכיאטרי. לדעת הקופות, ההסדר שהיה נהוג מאז 1978 עדיין בתוקף ואין המשרד יכול לשנותו באופן חד-צדדי. קופת החולים של ההסתדרות הכללית אינה גובה תשלום בעד השירותים הפסיכיאטריים, לא במרפאות ולא בבתי החולים שלה. הביקורת העלתה, כי גם המרפאות הפסיכיאטריות שליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים אינן גובות כל תשלום.

על פי הודעת שר הבריאות דאז לראשי השירותים והאגפים במשרדו, ההכנסות מהגבייה האמורה ישמשו לפיתוח בתחום בריאות הנפש. הביקורת העלתה, כי לא הונהגו הסדרים שיבטיחו ייעוד מיוחד זה, וכספי הגבייה מהמשפחות של מאושפוזים ומטופלים בתחנות בריאות הנפש נכנסים לתקציב ההכנסה של בתי החולים הפסיכיאטריים ומשם לאוצר.

הוצאה מותנית בהכנסה

בתקציב לשנת הכספים 1989 ו-1990 נכללה הוצאה מותנית בהכנסה של קניית שירותי אשפוז, בסכומים הגבוהים ב-80% מהסכום שנרשם בשנת הכספים 1988. הביקורת העלתה, שהסיבה לכך אינה נעוצה בהגברת הגבייה בתחום האשפוז הפסיכיאטרי, אלא רישום של ההכנסה הצפויה מביצוע

החלטת ממשלה בדבר השכרה או מכירה של בית חולים כללי ממשלתי. סכומים אלה נכללו בתקנה מיוחדת ושמה "הכנסות אחרות". בתקנות התקציב לשנת הכספים 1989 נכלל בתקנה זו סך של 17.4 מיליון ש"ח, ובשנת הכספים 1990 - סך של כ-17.6 מיליון ש"ח.

מאז החלטת הממשלה ועד למועד סיום הביקורת, ביולי 1990, לא הושכר ולא נמכר כל מבנה שבבעלות המשרד ולכן לא נרשמה כל הכנסה בדוח הביצוע לשנת הכספים 1989.

לדעת משרד מבקר המדינה, אין כל קשר בין ההכנסה ממכירת בית חולים לבין ההוצאה על קניית שירותי אשפוז, ולכן לא היה מקום לתקצב אומדן הכנסה מסוג זה כהכנסה מיועדת למימון ההוצאה בתכנית זו; מקומה של הכנסה מסוג זה בתקציב הפיתוח של המשרד. התקצוב, כפי שנעשה כבר שנתיים, מעוות את התקציב כמכשיר להצגה נכונה של תוצאות פעילות המשרד וכמכשיר לבקרה על אותה פעילות: הגידול הממשי של ההכנסות בתחום בריאות הנפש באותן שנות הכספים, לעומת 1988, היה בשיעור של כ-20% בלבד, ולא 80% (ראה גם דוח שנתי 34, עמ' מה).

חקיקה

1. לסטיגמה שדבקה בטיפול נפשי, יש משקל בהחלטות משפחות ויחידים רבים להימנע מלפנות לתחנות בריאות הנפש הציבוריות ולחפש עזרה מקצועית אצל פסיכיאטרים ופסיכולוגים קליניים עצמאיים או אצל אנשים אחרים המפרסמים מודעות בעיתונות על קיום קבוצות טיפול למגוון רחב של מצבים: קבוצות לגרושים, למתבגרים מרטיבים, לסובלים בבעיות בתפקוד המיני, לאחוזי חרדה לפני בחינות וכו'.

נושא הטיפול הנפשי אינו מוסדר באופן כולל בחקיקה בישראל. חוק הפסיכולוגיה, התשל"ז-1977 קובע, שלא יעסוק אדם בפסיכולוגיה אלא אם הוא פסיכולוג. עיסוק בפסיכולוגיה הוגדר בחוק זה "עיסוק מקצועי כמשלח יד באבחונם ובהערכתם של עניינים ובעיות בתחום הנפשי, השכלי וההתנהגותי של בני אדם" וכן טיפול, שיקום, ייעוץ והדרכה בנוגע לעניינים ובעיות כאמור, הנעשים בדרך כלל בידי פסיכולוג. חוק זה אינו מקיף את כל סוגי הטיפול הנפשי. במצב זה יכולים למעשה אנשים רבים, בהם אף חסרי הכשרה רפואית כלשהי, להציע לציבור שירותי טיפול נפשי מסוגים שונים.

כדי למנוע מצב זה, עוסק המשרד, מאז 1984, בגיבוש הצעת חוק הפסיכותרפיה, שנועדה להגדיר הגדרות מחייבות מי מוסמך לעסוק בסוג כזה של טיפול נפשי. על המשרד לסיים את עבודתו בהכנת ההצעה ולפעול להעברתה לדיון ולאישור הכנסת בהקדם האפשרי.

2. עוד ב-16.1.89 (ראה דוח שנתי 39, עמ' 256), הודיע המשרד למבקר המדינה, שהוא יכין תקנות הקובעות את כללי האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים, הנחוצים כדי להפעיל את מנגנון הפיקוח על המשמעת המקצועית במקצוע זה. עד למועד סיכום הביקורת הנוכחית, בדצמבר 1990, לא הכין המשרד את התקנות האמורות.

3. על פי סעיף 2 לחוק השימוש בהיפנוזה, התשמ"ד-1984, לא יהפנט אדם את זולתו אלא אם כן הוא מורשה להיפנוט, ולפי תנאי ההרשאה. זכאי לקבל הרשאה להיפנוט מי שהוא תושב ישראל, רופא, רופא שיניים או פסיכולוג מומחה וסיים לימודי היפנוט מוכרים ועמד בבחינות שמנכ"ל המשרד הכיר בהן. בסעיף 28 לחוק נקבע, ששר הבריאות יקבע, לאחר התייעצות בוועדה מיעצת, תקנות בדבר לימודי היפנוט מוכרים והוראתם, ופרטי הבחינות וסדריהן.

הצעת תקנות כאלה נמצאת, מאז 1984, בדיון באגפי המשרד, אך התקנות עדיין לא הותקנו. בהעדר תקנות כאלה, לא ניתן להעניק הרשאה להיפנוט, ועל כן על פי החוק רשאי להפנט רק מי שהמנכ"ל פטר אותו, עד שנת 1986, מהצורך בלימודי היפנוט, כיוון שעסק בהיפנוט בפועל, ובהיקף של ממש במשך תקופה של חמש שנים.



שירותי בריאות הנפש בישראל אינם מפותחים דיים כדי לספק עזרה לרבים הזקוקים לתמיכה נפשית. התחלופה הרבה במילוי תפקיד ראש שירותי בריאות הנפש, זה עשר שנים, מקשה על הפעילות הסדירה של השירות.

על משרד הבריאות לממש את המדיניות המוצהרת שלו, כפי שבאה לידי ביטוי בפרסומיו, לזרז את פיתוח השירותים המרפאתיים והקהילתיים לנפגעי נפש, וליזום פעולות של הסברה ושל הושטת יד ועצה, כדי שיוכלו לתת עזרה נפשית לאנשים רבים שכיום אינם בטיפול אף על פי שהם זקוקים לכך.

על המשרד גם לזרז את הכנת הצעות החוק והתקנות בתחום זה, שהוא שוקד עליהן, להסדיר את נושא מימון השירותים הפסיכיאטריים ולפעול למימוש השאיפה שכל אזרח יוכל לקבל שירות זמין ויעיל בתחום הפסיכיאטריה והפסיכולוגיה.

הפיקוח על חומרים רדיואקטיביים

ריכוז ממצאים

זה כעשר שנים שאין הסכם חתום בין משרד הבריאות לבין המרכז למחקר גרעיני בנחל שורק (להלן - ממ"ג), בדבר שירותי הפיקוח על העבודה עם חומרים רדיואקטיביים שנותן ממ"ג למשרד.

קיימת אפשרות מוחשית להיווצרות מצב של ניגוד עניינים בין שתי מחלקות בממ"ג: האחת מפעילה פיקוח על מתקני קרינה, והאחרת מוכרת לאותם מתקנים חומרים רדיואקטיביים ועל כן היא מעוניינת מטבע הדברים להגדיל את היקף מכירתיה ואת היקף השימוש בחומרים האמורים. לעתים מבצעים מפקחי ממ"ג באותו מוסד עצמו, הן פיקוח וביקורת והן מתן ייעוץ בשכר, התמורה משולמת למחלקתם בנפרד. גם כאן יש אפשרות מוחשית להיווצרות מצב של ניגוד עניינים.

ספק החומרים הרדיואקטיביים חייב לדווח למכון לחקר בריאות הסביבה בכל חודש מה מכסת החומרים הרדיואקטיביים שהועברה למתקנים השונים. במכון לא נמצאו, כנדרש, כל דוחות האספקה החודשיים על החומרים הרדיואקטיביים; כמה מהדוחות שהיו במכון נשלחו אליו באיחור ניכר.

במכון לחקר בריאות הסביבה לא היה נוהל שיקבע מה הם הצעדים שיש לנקוט עם הוצאת צו לביטול היתר לעיסוק בחומרים רדיואקטיביים; כאשר הוצא צו לביטול היתר, לא נמצאו ראיות לכך שהודיעו לספקי החומר להפסיק את הספקתו.

המשרד לא גיבש מדיניות ברורה ואחידה אם וכיצד לרשום בהיתר את אקטיביות החומרים הרדיואקטיביים וכמותם, דבר שגרר אי בהירות ובלבול בקרב צרכנים, ספקים ומפקחים.

בכמה מקרים שונה נוסח ההיתרים שניתנו למכון רפואי פרטי לעיסוק בחומרים רדיואקטיביים. השינויים באותם מקרים בוצעו שלא בהתאם להמלצת ממ"ג והגדילו את כמות החומר הרדיואקטיבי שסופקה.

ממ"ג פעל בניגוד לתנאי ההיתר, בכך שסיפק למכון רפואי פרטי חומרים רדיואקטיביים בכמויות גדולות מאלו שנקבעו בהיתר של המכון.

בעת קבלת בקשה להיתר לעיסוק בחומרים רדיואקטיביים, לא הקפיד המשרד על כך שיפורטו בבקשה כל הפרטים הנדרשים בתקנות.



1. הפיקוח על עיסוק בחומרים רדיואקטיביים בישראל מוסדר ב"תקנות הרוקחים (יסודות רדיואקטיביים ומוצריהם), התש"ם-1980" (להלן - התקנות). בעת עריכת הביקורת היה השר הממונה על התקנות שר הבריאות; במהלך הביקורת הועבר תחום זה לאחריות המשרד לאיכות הסביבה. מכוח סמכותו על פי התקנות, מינה שר הבריאות את מנהל המכון לחקר בריאות הסביבה לשמש ממונה על ביצוע התקנות (להלן - הממונה).¹

תקנה 3 לתקנות קובעת, כי "לא יעסוק אדם בחומר רדיואקטיבי או במוצר המכיל חומר רדיואקטיבי אלא על פי היתר ובהתאם לתנאיו"; תקנה 9 לתקנות קובעת את סמכויות הממונה: "הממונה מוסמך לתת היתרים לעניין תקנות אלה, לפקח על השימוש בהם, הן בעצמו והן באמצעות מפקחים שימנה..."; תקנה 16 לתקנות קובעת, כי "הממונה רשאי למנות מפקחים לעניין ביצוע תקנות אלה, כולן או מקצתן, ולהגדיר את סמכויותיהם".

תקנות הבטיחות בעבודה (עוסקים בקרינה מיננת), התשמ"א-1981, קובעות, כי בכל מקום עבודה שבו מעבדים, משתמשים או מחזיקים חומרים רדיואקטיביים, וכן בכל מקום עבודה שבו מפעילים, לכל מטרה שהיא, מכשירי קרינה, ימונה ממונה על בטיחות קרינה.²

2. המרכז למחקר גרעיני שבנחל שורק (להלן - ממ"ג) עוסק, בין היתר, בייצור ובשיווק חומרים רדיואקטיביים לרפואה גרעינית ובפעולות פיקוח, ייעוץ והדרכה, בנוגע לעיסוק בחומרים רדיואקטיביים ובמכשירי קרינה ואמצעי הבטיחות שעל העוסקים בקרינה לנקוט.

החומרים הרדיואקטיביים מיוצרים בידי מחלקת רדיו-רוקחות בממ"ג (להלן - רדיו-רוקחות) ונמכרים ללקוחות באמצעות המדור לאמרכלות (להלן - האמרכלות). ממ"ג נותן גם ייעוץ והדרכה, תמורת תשלום.

לביצוע עבודת הפיקוח המעשי שכר משרד הבריאות (להלן - המשרד) את שירותיו של ממ"ג. את הפיקוח על העיסוק בחומרים רדיואקטיביים מבצעת המחלקה לבטיחות קרינה בממ"ג, באמצעות המדור לייעוץ ובדיקות בטיחותיות (להלן - המדור), שהוא המדור הנותן גם שירותי ייעוץ. מפקחי המדור עורכים ביקורת במכונים העוסקים בחומרים רדיואקטיביים. את ממצאי הביקורת מעבירים אל מחלקת בטיחות קרינה במכון לחקר בריאות הסביבה.

3. הממונה מנפיק היתרים לעיסוק בחומרים רדיואקטיביים (להלן - היתרים), לאחר שקיבל את המלצתו המקצועית של המדור. גם לצורך ביצוע שינוי בתנאי ההיתר מקבל הממונה את המלצתו של המדור. המלצות אלה אינן מחייבות, אולם מדיניות הממונה היא לפעול לפי המלצות המדור. בתנאי ההיתר נקבע, בין היתר, כי השימוש בחומרים רדיואקטיביים מותר רק במגבלות סוגי החומרים והאקטיביות שלהם, המותרים לשימוש במתקן. בדוח שנתי 37 (עמ' 351) העיר מבקר המדינה, שאין הוראות של המשרד בדבר הכמויות המרביות של חומרים רדיואקטיביים שמותר לעסוק בהם במעבדות מסוגים שונים.

הטיפול המינהלי בהיתרים - רישום, הפצה, תיוק וכו' - מבוצע במכון לחקר בריאות הסביבה של המשרד (להלן - המכון), בידי עובדת הכפופה ישירות למנהל המחלקה לבטיחות קרינה ורדיואיזוטופים במכון (להלן - העובדת).

¹ בעת סיכום הביקורת הועבר המכון לחקר בריאות הסביבה למשרד לאיכות הסביבה. לפי החלטת ממשלה מיום 15.2.90 הועברו לשר לאיכות הסביבה הסמכויות הנתונות לשר הבריאות לפי התקנות ולפי החוק המסמך.

² בנושא זה ראה בדוח שנתי 38, עמ' 81.

4. באוקטובר 1989 נתקבלה במשרד מבקר המדינה תלונה מראש המדור בממ"ג (להלן - התלונה), שעניינה, בין היתר, תפקוד המכון ועובדיו, ככל הקשור לפיקוח על חומרים רדיואקטיביים ולבעלי תפקידים בממ"ג. משרד מבקר המדינה בדק את התלונה ופניות אחרות של ראש המדור במשרד הבריאות ובממ"ג והועלו הממצאים האלה:

ההסכם ופעולות הפיקוח

1. הביקורת העלתה, כי זה עשר שנים שאין הסכם חתום בין המשרד לממ"ג: ההסכם האחרון נחתם באפריל 1980 למשך שנה, ותוקפו פג ב-31.3.81. באפריל 1988 אמנם הוכן הסכם חדש (להלן - ההסכם), שהיה אמור להיות בתוקף עד 31.3.89, עם אפשרות להארכה בשנה נוספת, אולם הוא לא נחתם. למעשה, היה המסמך שהוכן באפריל 1988 בגדר הסכם מסגרת לפעילות המשרד וממ"ג. הביקורת עמדה על כך, שמסירת עבודות במהלך כעשר שנים, מתום תוקפו של ההסכם, הוא ליקוי שיש לתקנו לאלתר. בנובמבר 1990 הודיע ממ"ג למשרד מבקר המדינה, כי ביולי הוא הכין טיוטת הסכם חדש, בספטמבר כתבו שני הצדדים תוספת לטייטה, וכי ממ"ג רואה בשני מסמכים אלה, גם עד שייחתמו, מסגרת מחייבת.

2. בהסכם נקבע, כי דוח על בדיקת מתקן קרינה, אשר המפקחים מבצעים, יומצא למשרד בתוך 14 ימים מיום הבדיקה. הביקורת העלתה, שהדוחות מתקבלים מקצתם באיחור רב. בנובמבר 1990 הודיע ממ"ג, שבעקבות הביקורת ניתנה הוראה בכתב להקפיד על הגשתם בזמן.

3. ההסכם אינו מטיל על המפקחים חובה לערוך מעקב אחר ביצוע המלצותיהם; בדרך כלל, מפקח המדור ממליץ להתנות את ההיתר לעסוק בחומר רדיואקטיבי בתנאים מסוימים. רק בביקור הבא שעורך המפקח במתקן, לעתים כעבור שנה, נבדק אם התנאים אכן נתמלאו. גם המכון, מצדו, אינו מקיים מעקב שוטף אחר יישום המלצות המדור.

הממונה בדק, באמצעות ועדה מייצעת לבטיחות קרינה (להלן - הוועדה המייעצת), את עקרונות הפיקוח על מתקנים רדיואקטיביים. באוקטובר 1987 הגישה הוועדה דוח מסכם; בדוח הובאו כמה המלצות, ובהן לארגון מחדש של המינהלה הקשורה בבקרת הפעילות בחומרים רדיואקטיביים, אגב מיחשובה, באופן שיאפשר לממונה לקבל תמונת מצב מעודכנת, מעקב אחר הפעלת הפיקוח על ידי ממ"ג לפי ההסכם אתו, ומעקב אחר תיקון הליקויים ושיפורים שנדרשו; כמו כן המליצה הוועדה להתקשר בהסכם רב-שנתי לביצוע הפיקוח. עד מועד סיום הביקורת לא יושמו המלצות הוועדה.

4. המחלקה לבטיחות קרינה בממ"ג מפעילה, כאמור, פיקוח על מתקני קרינה, מכוח הסכם עם המשרד; ואילו רדיו-רוקחות בממ"ג מוכרת לאותם מתקנים את החומרים הרדיואקטיביים. העניין שיש לרדיו-רוקחות ולממ"ג בכלל בהגדלת היקף המכירות, מחד גיסא, ותפקיד הפיקוח המוטל על המחלקה לבטיחות קרינה מכוח ההסכם כמבואר מאידך גיסא, יוצרים, לדעת מבקר המדינה, אפשרות מוחשית למצב של ניגוד עניינים.

מפקחים מהמחלקה לבטיחות קרינה נותנים מדי פעם בפעם ייעוץ למוסדות שעליהם הם מפקחים. תמורת הייעוץ מקבלת המחלקה תשלום נפרד מהמוסד. מתן ייעוץ כנגד תמורה לגוף הנתון לפיקוחו ולביקורתו של הגוף המייעץ, יוצר אפשרות מוחשית של ניגוד עניינים, שממנו חובה להימנע.

הנושא של ניגוד עניינים העסיק זה מכבר את הוועדה לאנרגיה אטומית, את ממ"ג עצמו ואת משרדי הממשלה המקבלים שירותים מאת ממ"ג. אחת הטענות, נגד האפשרות של ניגוד עניינים שהועלתה בדיונים בנושא זה, היא שממ"ג היא גורם מקצועי ברמה גבוהה, ובתחומים שונים אף גורם בלעדי. במארכ 1990 הפיץ ממ"ג כללים מספר לפעילות המפקחים על המשתמשים בקרינה רדיואקטיבית. הכללים נוגעים רק לבדיקות שאת התשלום תמורתן נותן משרד ממשלתי ולא הנבדק עצמו. לדעת מבקר המדינה, אמנם יש בכללים חלקיים אלה כדי לצמצם את האפשרות של היווצרות מצב של ניגוד עניינים, אך לא כדי למנוע במידה מספקת היווצרות מצב כזה. לפיכך על הגורמים הנוגעים בדבר לשקול הנהגת פיקוח חיצוני על ידי בני סמכא בתחומי הפעולה, שבהם החשש לניגוד עניינים עודנו קיים.

הטיפול בהיתרים

1. הטיפול בהיתרים מרוכז בידי עובדת המופקדת על העניינים האלה: קבלת המלצות המפקחים להוצאת היתרים; רישום הכמויות בהיתרים; הוצאת היתרים; קבלת דוחות מהספק על אספקת החומר הרדיואקטיבי; קבלת דוחות הביקורת מממ"ג.

מנהל המחלקה לבטיחות קרינה ורדיואיזוטופים במכון מסר למשרד מבקר המדינה, כי הוא אינו מפעיל בקרה שוטפת על הליכי הנפקת ההיתרים, כיוון שהליך זה כרוך בניירת מרובה ובהליכי עבודה מיושנים. לדעתו, יש למחשב את הטיפול בהיתרים ולמסד במערכת הממוחשבת אמצעי בקרה ופיקוח. בפועל, אין כל פיקוח על עבודתה של העובדת. לדעת מבקר המדינה, היעדר המיחשוב אמנם מקשה על הבקרה, אולם אין בכך כדי לפטור את האחראים מחובת הפעלתם של בקרה ופיקוח.

2. על ספק החומרים הרדיואקטיביים לדווח למשרד בכל חודש על מכסת החומרים הרדיואקטיביים שהועברה למתקנים השונים. בבדיקת משרד מבקר המדינה נמצא, כי היה פיגור ניכר במועד הדיווח על אספקת החומרים, ומרבית הדיווחים הומצאו באיחור שהגיע עד חודשיים וחצי. למשל: דוח על האספקה ביולי 1988 נכתב רק ב- 11.10.88; דוחות על האספקה ביולי ובאוגוסט 1989 הגיעו למכון, לפי הרישומים, רק ב-5.10.89.

בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה במכון, בדצמבר 1989, לא נמצאו רבים מדוחות האספקה שהיה על ממ"ג להעביר למשרד. למשל, לשנת 1988 חסרו דיווחים על האספקה בחודשים ינואר, פברואר, אפריל, יוני, נובמבר ודצמבר; לשנת 1989 חסרו דיווחים על החודשים ינואר - מאי וספטמבר - נובמבר.

עד מועד תחילת הביקורת, נובמבר 1989, לא נמצאו דיווחים של העובדת לממונים עליה על אי קבלת דוחות מהספק ועל הפיגור בקבלת כמה מהדוחות. הגשת דוחות באיחור כה רב והיעדר בקרה ופיקוח על הגשתם, כל אלה פוגעים ביכולת הממונה לאתר בהקדם חריגות באספקה. בעקבות הביקורת הודיע ממ"ג, שניתנו הנחיות בכתב להקפיד על דיווח למשרד בזמן.

מכון פרטי למתן שירות רפואי ולאבחון

1. בעקבות התלונה, בדק משרד מבקר המדינה את דוחות מפקחי המדור על מכון פרטי למתן שירות רפואי ואבחון (להלן - המכון הרפואי הפרטי). עוד בשנים 1981 - 1985 הצביעו דוחות מפקחי המדור על ליקויים חמורים בפעולתו של המכון הרפואי הפרטי. משרד מבקר המדינה בדק את דוחות המדור על המכון מהשנים האחרונות והעלה, כי גם בהם צוינו מדי פעם בפעם ליקויים. להלן דוגמאות:

בדוח מפקח המדור מ-19.5.87 נאמר: "החומר הרדיואקטיבי מגיע למוסד כאשר האחראי אינו נמצא במקום. אינו מוצב אחרי מיגון עופרת וגורם להעלאת רמת הקרינה בחדר..."; בדוח מ-1.12.88 צוין, כי "מאחסנים במחסן שבכניסה למכון פסולת שטרם דעכה. מכיוון שפסולת זו לא ממוסכת רמת הקרינה שנמדדה ליד הדלת עלתה"; בדוח מ-17.8.89 צוין, כי במכון משתמשים בכמויות חומר העולות על המותר ברישיון. הודגש, כי יש לדאוג שחולים שהוזרק לגופם חומר רדיואקטיבי יהיו בחדר ההמתנה שמיועד להם.

2. משרד מבקר המדינה בדק את ההיתרים לאספקת חומרים רדיואקטיביים למכון הרפואי הפרטי והעלה, כי בכמה מהם שונה נוסח ההיתר, או נערך, שלא על פי המלצה כתובה של מפקחי ממ"ג. שינויים אלה איפשרו למכון הרפואי הפרטי לקבל יותר חומר רדיואקטיבי. להלן דוגמאות: באוקטובר 1987 שונה ההיתר למכון הרפואי הפרטי על סמך המלצה טלפונית מממ"ג, ולא על סמך המלצה בכתב, כנהוג וכמקובל; למשרד מבקר המדינה לא הובהר שהייתה דחיפות כלשהי. בינואר 1988 סוכם במכון, בישיבה משותפת עם נציג ממ"ג, כי למכון הרפואי הפרטי תאושר אספקת גנרטור של 1,000 מיליקירי טכנציום לשבוע, ואילו נוסח ההיתר שהנפיקה העובדת היה "1,000 מיליקירי בו זמנית במתקן", דבר שאיפשר אספקת גנרטור של 600 מיליקירי שלוש - ארבע פעמים

בשבוע; לקראת חידוש ההיתר, ביולי 1989, המליץ מפקח ממ"ג להגביל את השימוש בטכנציום ל-1,000 מיליקירי לשבוע, או לחילופין - 2 גנרטורים של 600 מיליקירי לשבוע". בנספח להיתר שהוצא למכון הרפואי הפרטי נרשמה כמות של 1,000 מיליקירי טכנציום בו זמנית במתקן ו-2 גנרטורים מוליבדן של 600 מיליקירי בשבוע. נוסף זה איפשר למכון לרכוש כמויות חומר גדולות בהרבה מאלה שעליהן המליץ מפקח ממ"ג.

3. ב-24.1.88 ערכו עובדים מהמכון ומממ"ג במכון הרפואי הפרטי ביקורת פתע. נמצאו במהלכה ליקויי בטיחות חמורים:

ברחוב הסמוך נמצא בתוך אשפה שק עם זיהום רדיואקטיבי ברמה גבוהה. גם בסמוך לשק נמדדה קרינה ברמה גבוהה. בתוך המכון הרפואי הפרטי, בחדר המתנה קטן, הצטופפו כ-30 חולים, רבים מהם המתינו לבדיקה שאין לה כל קשר לחומר רדיואקטיבי; בין הממתינים היו גם חולים שהוזרק להם חומר רדיואקטיבי. בחדר הכנת המזרקים נמצא מכל פלסטי גדול פתוח כשהוא גרוש ציוד משומש, מזוהם ומקרין. על השולחן, מחוץ לאזור המיסוך, הונח גנרטור שבסמוך לו הייתה רמת קרינה גבוהה במיוחד. ממלא מקום האחראי לבטיחות במכון הרפואי הפרטי התפטר כשלושה שבועות לפני ביקורת הפתע, אולם מנהל המכון לא הודיע למשרד על דבר ההתפטרות. ממועד ההתפטרות בוצעו העבודות עם חומר רדיואקטיבי ארבעה ימים בשבוע, שלא בנוכחות אחראי בטיחות קרינה, כפי שנדרש בתנאי ההיתר. לעתים פונו שאריות חומר רדיואקטיבי לאשפה העירונית, במקום להעבירן לסילוק מיוחד.

בעקבות הליקויים החמורים שהועלו, המליץ ראש תחום הגנה מקרינה בממ"ג להורות על הפסקת העבודה עם חומר רדיואקטיבי במכון הרפואי הפרטי, עד לתיקון הליקויים.

4. בעקבות ההמלצה האמורה, הוציא הממונה ב-24.1.88 צו לביטול היתר לעסוק בחומרים רדיואקטיביים במכון הרפואי הפרטי. לדברי הממונה, היה זה צעד חריג, שאותו נקט לראשונה, כלפי מכון רפואי, וזאת בשל חומרת הממצאים במקרה הנדון.

למכון לחקר בריאות הסביבה לא היה נוהל שיפרט את הצעדים שיש לנקוט במקרה של הוצאת צו לביטול היתר. במכון לא נמצא תיעוד שיעיד שעם הוצאת הצו הודיע המכון מיד לספק להפסיק אספקת חומרים רדיואקטיביים לגוף הנוגע בדבר, בין בכלל ובין מעבר לכמות נתונה. יתירה מזו, מנהל מחלקת בטיחות קרינה ורדיואיזוטופים מסר למשרד מבקר המדינה, כי לא ידוע לו אם המכון הרפואי הפרטי נמנע משימוש בחומרים רדיואקטיביים במשך התקופה מיום הוצאת הצו לביטול ההיתר ועד לחידוש ההיתר ב-28.1.88, וכי לא נשלח מפקח לביצוע בדיקה במכון הרפואי הפרטי במהלך ימי הצו.

משרד מבקר המדינה העיר, כי על הנהלת המכון לקבוע נוהל למקרה של הוצאת צו לביטול היתר, נוהל שיכלול חובת הודעה לספק, מיד עם הוצאת הצו, להפסיק אספקת חומר רדיואקטיבי; זאת כדי לוודא שאכן הצו מבוצע וכי לא נגרם סיכון לבריאותו של אדם (בהתאם לס' 12 - 13 בתקנות). בעקבות הביקורת, הכין מנהל מחלקת בטיחות קרינה ורדיואיזוטופים, ב-9.11.90, הצעת נוהל הקובעת את הפעולות שיש לנקוט במקרה של ביטול היתר לעיסוק בחומרים רדיואקטיביים.

5. ב-6.5.90 דיווח אזרח למכון על מציאת מכלים עם סימון של חומרים רדיואקטיביים, במכולה של פסולת בגבעתיים. בבדיקה שערכו עובדי ממ"ג והמכון התברר, כי במכלים פסולת של חומרים רדיואקטיביים וכי הם פונו מהמכון הרפואי הפרטי.

מהתיעוד בדבר האירוע עולה, כי על אחד המכלים שהושלכו מהמכון הרפואי הפרטי הייתה כתובת של חברה אחרת. לדברי הממונה ומנהל המחלקה לבטיחות קרינה במכון, מדובר במכל ישן שלא היה בשימוש. מהתיעוד במשרד לא עולה, שנושא זה נבדק ביסודיות, ואין יודעים כיצד הגיע מכל של חברה אחרת, גם אם הוא ישן, למכון הרפואי הפרטי. הביקורת, הצביעה על הצורך שנושא זה ייבדק.

בעקבות מציאת החומרים הרדיואקטיביים נקט הממונה כמה צעדים מידיים: הוצא צו לביטול היתר לעסוק בחומרים רדיואקטיביים במכון הרפואי הפרטי מ-13.5.90. בוטל מינוים של האחראי לבטיחות

קרינה במכון הרפואי הפרטי ושל ממלא מקומו. נשלחה הודעה לספק החומרים הרדיואקטיביים להפסיק את אספקתם למכון הרפואי הפרטי.

צוות בדיקה, שמינה מנכ"ל המשרד לאיכות הסביבה מיד לאחר האירוע, הגיש מסקנות ראשונות למנכ"ל ב-20.5.90. במסקנותיו קובע הצוות, כי סיבת האירוע היא רשלנות של המכון הרפואי הפרטי, המהווה עבירה לפי תקנות הרוקחים (יסודות רדיואקטיביים ומוצריהם), התש"ם-1980.

במסגרת המלצותיו גיבש הצוות עמדה בדבר צעדים נוספים שיש לנקוט כנגד המעורבים באירוע, ואלה הם: (א) ממונה על בטיחות הקרינה, שהועסק במכון הרפואי הפרטי בזמן הקובע, יושעה מתפקידו זה לצמיתות, במכון ובכל מוסד אחר; ממלא מקומו, שמינויו בוטל כאמור, יושעה גם הוא מתפקידו במכון הרפואי הפרטי או במוסד אחר עד 1.5.91; לאחר מכן יהא עליו לעמוד שוב בבחינות הנדרשות כתנאי לחזרתו לתפקיד האמור. (ב) המכון הרפואי הפרטי ייסגר עד ל-1.6.90 כלומר - במשך 16 ימי עבודה (מיום שלילת ההיתר ב-13.5.90). פעילותו תחודש רק כאשר הממונה, לאחר חוות דעת מקצועית של צוות הפיקוח בממ"ג, יאשר את האחראים החדשים על בטיחות הקרינה במכון האמור. (ג) אם עד 1.5.92 תבוצע במכון הרפואי הפרטי, בתחום בטיחות הקרינה, עוד עבירה דומה או מעשה רשלנות, או חריגה מנהלים, בהיקף שלדעת הממונה הוא ניכר, יישלל מייד ההיתר של המכון לעסוק בחומרים רדיואקטיביים למשך שישה חודשים; כמו כן יינקטו צעדים נוספים. עד ל-1.5.92 ייערכו במכון הרפואי הפרטי שש ביקורות בשנה.

מנכ"ל המשרד לאיכות הסביבה אימץ את מסקנות הצוות והמלצותיו. בעקבות זאת נסגר המכון הרפואי הפרטי ולספקי חומר רדיואקטיבי נשלחה הודעה להימנע מלספק למכון חומר.

ב-1.6.90 הונפק למכון הרפואי הפרטי היתר חדש. עובר להנפקת היתר זה וידא המכון, כי המכון הרפואי הפרטי אכן קיים את שנדרש ממנו בתנאי להידוש ההיתר.

6. בהיתרים של כמה מהמוסדות מוגבלת כמות החומר הרדיואקטיבי לשימוש בו לתקופת זמן קצובה. בהיתרים אחרים צוין שיעור אקטיביות החומר, אך לא צוינה כל הגבלת זמן. מצב זה גורר אי בהירות ובלבול, אצל הצרכנים, הספקים והמפקחים כאחד.

בדצמבר 1989, במהלך הביקורת, הודיע הממונה, כי ממ"ג המליץ על רישום כמויות חומר רדיואקטיבי "בו זמנית במתקן" בכל המתקנים המשתמשים בחומר רדיואקטיבי. היתר להחזקת כמות חומר "בו זמנית" במתקן, מאפשר לצרכן להשתמש בחומר רדיואקטיבי ולהזמין חומר זה בלי הגבלה, ובלבד שכמות החומר הנמצאת ברשותו במועד מסוים לא תעלה על הכמות שנקבעה בהיתר. ההגבלה הבטיחותית של כמות החומר שניתן להחזיק במתקן, מצביעה, שבמתקן יש סידורי בטיחות להחזקת כמות החומר המירבית שאושרה. לדברי הממונה, ובעצה אחת עם ממ"ג, הגבלת כמויות החומר בהיתר אינה אלא כלי ניהולי היכול להיות אמצעי לחץ להבטחת תנאי בטיחות מתאימים במתקנים. לא נמצאה אחידות בהיתרים שהונפקו עד למועד סיום הביקורת: באחדים מהם ניתן אישור "בו זמנית" ובאחדים אישור מוגבל בזמן (בשבוע או בחודש) והיו היתרים לשני הסוגים גם יחד. נוסף על כך, עד לסיום הביקורת, אמצע יולי 1990, לא גיבשו המשרד וממ"ג מדיניות ברורה ואחידה בכל הקשור לרישום אקטיביות החומרים הרדיואקטיביים בהיתרים וכמותם. על המשרד לקבוע בהקדם נוסח אחיד וברור להיתרים.

7. (א) הבדיקה שערך משרד מבקר המדינה העלתה, כי מחלקת רדיו ורוקחות סיפקה חומרים רדיואקטיביים למכון הרפואי הפרטי בכמות גדולה מזו שנקבעה בהיתר, כגון בחודשים אפריל ומאי 1988, ומיולי 1988 עד אוגוסט 1989. מנהל מחלקת בטיחות קרינה ורדיואיזוטופים במכון הסביר למשרד מבקר המדינה, שהכמויות שסופקו למכון זה גדולות אף מהכמויות שבהן משתמשים במוסדות רפואה גדולים בארץ.

בדיקת דוחות הביקורת של מפקחי המדור בשנים 1988 - 1989 העלתה, שרק באוגוסט 1989 כתב המפקח בדוח, לראשונה, כי במכון הרפואי הפרטי משתמשים בכמויות חומר רדיואקטיבי מעבר לנקוב בהיתר שלו.

(ב) ההיתר לעיסוק בחומרים רדיואקטיביים שניתן לממ"ג בהתאם לתקנה 5 לתקנות קובע, כי אין להעביר, לספק או למכור חומר רדיואקטיבי אלא לבעל היתר לעיסוק בחומרים, ובמגבלות ההיתר שלו. בכך שסיפק חומר רדיואקטיבי למכון הרפואי הפרטי בכמות גדולה מהנקוב בהיתר, הפר הספק (מחלקת רדיו-רוקחות) את תנאי ההיתר שלו עצמו לעסוק בחומרים רדיואקטיביים, ואת ההוראות הכלולות בתקנות.

(ג) העובדת הייתה חייבת להתריע, הן בפני הממונים עליה והן בפני הספק, על אספקת כמות חומר רדיואקטיבי בכמות העולה על הנקוב בהיתר. משרד מבקר המדינה לא מצא כל מסמך שיעיד כי העובדת אמנם עשתה כן.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד (שהעסיק באותו מועד את העובדת), שצריך לבדוק ביסודיות את טיפולה של העובדת בהיתר למכון הרפואי הפרטי. בדצמבר 1990 השיב המשרד, כי הוא ממליץ שהטיפול בעניינה ייעשה לאחר העברת המכון למשרד לאיכות הסביבה.

8. תקנה 10(א) לתקנות קובעת, כי בעת הגשת בקשה להיתר ימסור המבקש, בין היתר, "פרטים על הפיקוח הבטיחותי ונוהלי בטיחות וחירום, לרבות האמצעים שיינקטו בעת תקלות אפשריות". תקנה 10(ב) לתקנות קובעת, כי יש לפרט גם את "השפעת המתקן על הסביבה, הן בתפעולו הרגיל והן במקרה של תקלה" וכן למסור "פירוט הסיכונים האפשריים של המתקן והאמצעים המתוכננים למניעתם או לניטרולם". עליו גם לצרף "תרשים הנדסי של המתקן וציורו".

משרד מבקר המדינה העלה, כי בדרך כלל אין מקיימים במלואן דרישות אלה. בעקבות הביקורת הוציא הממונה, ב-19.7.90, הוראה להתאים את נוסח הבקשה להיתר, לנדרש בתקנות.

ביצוע הבדיקות

1. המשרד נוקט צעדים כדי להקטין ככל האפשר חשיפת אנשים למנות מיותרות של קרינה רדיואקטיבית. הסיכוי שייגרם נזק בריאותי גדל ככל שעולה מנת הקרינה שנחשפים לה.

במהלך הביקורת הובאה לידיעתה תלונתו של ראש המדור הנוגעת לשגרת הביצוע של הבדיקות עצמן. נושא זה הדאיג גם את הממונה והוא העבירו לבדיקה מקצועית של המשרד.

בעקבות הוראת המשרד, בדק סגן ראש שירותי האשפוז במשרד (להלן - הבודק), במאי 1990, את תלונת ראש המדור על איכות הבדיקות הרפואיות במכון הרפואי הפרטי, שהן לטענתו שטחיות וחלקיות. מסקנות הבודק היו, כי לא נמצא בסיס לטענה כאילו חורגות הבדיקות במכון הרפואי הפרטי מהפרקטיקה הרפואית המקובלת.

2. מנהל המחלקה לבטיחות קרינה ורדיואיזוטופים במכון העלה כמה בעיות עקרוניות ומהותיות הקשורות להגנת החולה והציבור במסגרת הפעילות של הרפואה הגרעינית: מקצת הרופאים העוסקים ברפואה גרעינית לא עברו הכשרה במקצוע הספציפי שבו הם עוסקים, ואין גם דרישה להכשרה ייעודית. קיים חשש שהרופאים אינם ערים כלל למכלול הסכנות הכרוכות במדידת החומר; במכונים אחדים מתבצעת ההזרקה בידי טכנאי ולא בידי רופא, אף כי החומר המוחדר הוא תרופה לכל דבר.

עד למועד סיכום הביקורת, אוקטובר 1990, לא נבדקו טענותיו העקרוניות של מנהל המחלקה האמור.

הועלה, כי מסגרת הפעילות של המכון מוגבלת להבטחת תנאי בטיחות מתאימים במתקנים העוסקים בחומרים רדיואקטיביים אולם הוא אינו מקיים פיקוח כל שהוא על השימוש הרפואי הנעשה בחומרים אלה. כפי שהוסבר למשרד מבקר המדינה, גם אין ביכולתו לקיים פיקוח כזה. לדעת מבקר המדינה, על המשרד לתת את הדעת גם לנושא של היעדר פיקוח בתחום השימוש הרפואי, כדי לייעל ולמצות את הבקרה על המתקנים.

ממונים על בטיחות קרינה

בהתאם לתקנה 9 לתקנות, מנפיק הממונה היתרים לעסוק במתקנים ובחומרים רדיואקטיביים. בהיתרים נרשמים, בין היתר, שמות האחראי על בטיחות הקרינה במתקן וממלאי מקומו.

הביקורת העלתה, כי המשרד לא הוציא הוראות בדבר תפקידי הממונים על בטיחות קרינה, היקף העסקתם והזמן שעליהם להשקיע בעבודה במכון. יש שהם מועסקים במשרה מלאה במקום אחד ובד בבד במשרה חלקית, כממונה על בטיחות קרינה, במקום אחר.

הוועדה המייעצת לבטיחות קרינה ציינה, כי הרמה המקצועית של מקצת הממונים על בטיחות קרינה היא נמוכה מהדרוש לצורכי המוסד שהם מועסקים בו, וכי הסמכתם מבוססת על תוצאותיה של בחינה פשוטה בתום קורס של ימים אחדים בלבד.



בתוקף החלטת ממשלה מיום 15.2.90, הועברו לשר לאיכות הסביבה הסמכויות של שר הבריאות לפי התקנות והחוק המסמיך. בעקבות ההחלטה הועבר המכון לחקר בריאות הסביבה ממשרד הבריאות למשרד לאיכות הסביבה.

בבדיקת סדרי הפיקוח על חומרים רדיואקטיביים הועלו ליקויים בתחום ההתקשרות עם נותני שירותים של פיקוח וייעוץ.

הפיקוח המינהלי של משרד הבריאות על העוסקים בחומרים רדיואקטיביים אינו שלם. העברת חומר רדיואקטיבי והשימוש בו מותרים רק לבעל היתר ובהתאם לתנאיו של היתר. מכאן הצורך בבקרה ובפיקוח על קיום התנאים בהיתרים, קל וחומר כשמדובר בחומר שסכנה בצדו, ושימוש לא נאות בו עלול להזיק לבריאות.

לשם ביצוע בקרה ופיקוח יש למחשב נתונים, ולאחוז באמצעים מתאימים אם היו חריגות מסמכות או שימוש לא נאות.

על המשרד לגבש מדיניות אחידה וברורה למתן היתרים לעסוק בחומרים רדיואקטיביים, כדי למנוע אי בהירות הן בקרב המשתמשים בחומרים והן בקרב ספקיהם.

מן הראוי, שהמשרד יסדיר קבלת דוחות שוטפים, ובמועד, מספקי החומר הרדיואקטיבי, כדי שיוכל לעשות בזמן המתאים בקרה על העמידה בתנאי ההיתרים.

מבצע קיצור תורים

ריכוז ממצאים

מבצע קיצור תורים הופעל מספטמבר 1989 במרפאות של בתי החולים הממשלתיים, על פי הסכמה שבין משרד האוצר, משרד הבריאות והסתדרות רופאי המדינה.

ועדת נתניהו, שבדקה בין היתר את נושא הסדרי קיצור התורים, ראתה בפעילות במבצע לקיצור תורים בבתי חולים ממשלתיים מעין "מיני משמרת שנייה", שהביאה לתוספת בדיקות, אבחנות וניתוחים אמבולטוריים, בלי שהוגדלה זמינות האשפוז לניתוחים אלקטיביים ולכן, אין בו פתרון לבעיה הידועה של תור הממתינים לניתוחים אלקטיביים.

המשרד היקצה כספים לתשלומים לעובדים על פי הסדרי המבצע, לכל בתי החולים, ובכללם כאלה שבשנים האחרונות לא היו בהם תורים כלל.

בידי המשרד לא היו נתונים בדוקים על תור הממתינים במרפאות.

זוחות השתתפות במבצע של עובדים רבים לא היו מלאים, ויש שאושרו לתשלום בלי שנבדקו הרישומים בהם.



רקע כללי

בתחילת 1989 הועסקו בשירות הציבורי רופאים בכ-10,000 משרות. רובם המכריע של רופאים אלה הועסקו בשירות המדינה. כ-2,300 משרות בקופת החולים של ההסתדרות הכללית (להלן - הקופה), כ-800 בבית החולים הדסה וכ-200 במרכז הרפואי שערי צדק. הרופאים מאוגדים בהסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) שאינה קשורה להסתדרות הכללית.

בשנים 1987 - 1989 תכפו והלכו עיצומים והשבתות שנקטו הצוותים הרפואיים לסוגיהם ועובדי המינהל והמשק כדי להשיג שיפור בשכרם, דבר שהביא לשיבושים תדירים בפעילות בתי החולים הציבוריים. בשל כך נדרשו בתי החולים לשלוח חולים לבתיהם, לדחות ניתוחים וטיפולים ולהימנע מלקבל חולים חדשים.

רופאי המדינה תבעו בעיקר הסדרי עבודה חדשים, על בסיס העיקרון של שכר ותנאי עבודה שווים במערכות הבריאות הממשלתית ושל הקופה. לטענתם ואף לפי נתוני משרד האוצר, היה שכרם של רופאי הקופה גבוה בכ-15% לפחות משכרם של הרופאים עובדי המדינה. עמדת האוצר הייתה, כי יש לבסס את הסכם השכר החדש על המלצות ועדת זוסמן - דבר שהיה אמור לשפר את שכרם של מרבית רופאי בתי החולים, אולם לא את שכרם של הרופאים האחרים.

כדי שלא להחריף את השיבושים במערכת הבריאות ולאפשר המשך של משא ומתן בעניין, הגיעו משרד האוצר, משרד הבריאות וההסתדרות הרפואית בישראל, ביולי 1989, להסכם המהווה הסדר פשרה בין הצדדים, ולפיו יופעל במרפאות בתי חולים ממשלתיים מבצע קיצור תורים (להלן - המבצע) לשבעה חודשים, ספטמבר 1989 - מארס 1990. במסגרת המבצע תשולם לרופאים תוספת שכר בעד עבודה נוספת. מאחר שהמשא ומתן בין הצדדים בדבר הסכם שכר חדש לרופאים עדיין נמשך, אישר משרד האוצר למשרד הבריאות מפעם לפעם, מאפריל 1990, את המשך מבצע קיצור התורים בחודשיים נוספים, והקציב את התקציב לכך. אישור משרד האוצר להמשך מבצע קיצור התורים במשרד הבריאות היה בתוקף גם במועד סיכום הביקורת בתחילת מארס 1991.

פרטי הסדר המבצע עם רופאי המדינה מיולי 1989 דומים להסדר עם רופאי הקופה שהונהג בה עוד בנובמבר 1988 אולם ההסדר בקופה חל על ניתוחים אלקטיביים הדורשים אשפוז, ואילו ההסדר שהונהג בבתי החולים הממשלתיים הוגבל לפעולות אבחון, פעולות חודרניות וניתוחים קלים במרפאות, שאינם דורשים אשפוז במחלקות בית החולים. ביום 28.6.90 נתן בית המשפט המחוזי בתל אביב צו מניעה זמני האוסר על הקופה להמשיך להפעיל את מבצע קיצור התורים. הקופה ביקשה רשות ערעור על צו זמני זה בכיהמ"ש העליון וביום 4.3.91 נתן ביהמ"ש העליון פסק דין הדוחה בקשה זו ומאשר את תוקף צו המניעה הזמני.

לצורך הפעלת המבצע לתקופה 1.9.89 - 31.3.90, נקבע תקציב בסך 13 מיליון ש"ח. התקציב אושר בוועדת הכספים של הכנסת מהרזרבה הכללית של תקציב המדינה. התקציב הכולל שאושר בשנה הראשונה של המבצע, ספטמבר 1989 - אוגוסט 1990, הסתכם ב-21.7 מיליון ש"ח וההוצאה הכוללת על תשלומים לעובדים בבתי החולים הממשלתיים בגין המבצע, באותה תקופה הסתכמה ב-22,233,400 ש"ח. מזה שולמו לרופאים 16,169,500 ש"ח (לרופאים בבתי חולים כלליים - 13,946,700 ש"ח, לרופאים בבתי חולים פסיכיאטריים - 1,892,300 ש"ח, לרופאים בבתי חולים גריאטריים 330,500 ש"ח). לאחיות שולמו 2,289,500 ש"ח; לעובדים פרה רפואיים 1,773,300 ש"ח; ולעובדי מינהל ומשק - 2,001,100 ש"ח. המשרד קבע לבתי החולים הממשלתיים לסוגיהם הוצאה מירבית חודשית המבוססת על מספר הרופאים המועסקים בכל בית חולים, במקום לאשר

הוצאה רק לאותם בתי חולים שבהם קיימים תורים, ובתחומים שבהם הם קיימים למעשה. כן קבע המשרד בעבור המבצע תשלום חודשי מירבי של 1,000 ש"ח לרופא מומחה ו-600 ש"ח לרופא מתמחה, התשלום עודכן במאוס 1990 ל-1,500 ש"ח ו-1,000 ש"ח, בהתאמה.

ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל בראשותה של השופטת ש' נתניהו (להלן - הוועדה), בדקה בין היתר, את נושא "הסדרי קיצור תורים". בדוח הוועדה שפורסם בספטמבר 1990 נאמר בעניין זה:

"ההסדרים לקיצור תורים אמורים כביכול להוות מבצע לקיצור תורים, אך למעשה אין הם באים אלא לתגמל קבוצות גדולות של הרופאים, באופן שלא יחשב לתוספת שכר, בתקווה שכך לא יעוררו דרישות לתוספת שכר במגזרים אחרים במשק. אין במבצע זה כל התמודדות של ממש עם בעיית התורים ואין הם אלא פתרון מדומה לבעיית התיגמול במערכת, בצורה של תוספת שכר מוסווית על עבודה האמורה להתבצע בשעות נוספות או במשמרת נוספת ... מובן, שהסדרים אלה פוגעים ביכולת היישום של שתי ההמלצות המרכזיות של ועדת זוסמן: שכר אמיתי וגלוי, אגב ביטול פיקציות, וכן שכר שווה בעד עבודה בעלת ערך שווה. ההסדרים אמורים להיות זמניים, אך הם מתמשכים כבר זמן רב, בהוכיחם את אמיתותה של האמירה, שאין פתרון קבוע יותר מהפתרון הזמני".

בחודשים ספטמבר - אוקטובר 1990 בדק משרד מבקר המדינה את ההסדרים המינהליים והכספיים של המבצע לקיצור תורים בבתי חולים ממשלתיים. הבדיקה נערכה במשרד הבריאות ובמשרד האוצר, בשלושה בתי חולים כלליים: המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר (להלן - תל השומר); המרכז הרפואי העירוני-ממשלתי ע"ש סורסקי, ת"א - איכילוב (להלן - איכילוב), ורמב"ם בחיפה; בבתי החולים לחולי נפש טירת כרמל ומזרע, עכו; ובבתי החולים הגריאטריים נווה אבות בפרדס חנה, ופלימן בחיפה. הבדיקה, שהחלה מנקודת המוצא שקבעה הוועדה, התמקדה בנוהלי הדווח והמעקב אחר ביצוע ההסדר והתשלומים על פיו.

המבצע

הבסיס להסכמת משרד האוצר למבצע קיצור תורים היה החלטת ועדת השרים לנושאים דחופים במערכת הבריאות, מיולי 1988, שאושרה בידי הממשלה, ולפיה בתי החולים יופעלו גם לאחר שעות העבודה המקובלות בימי העבודה הרגילים כמבצע חד פעמי לשם ביצוע 15,000 ניתוחים אלקטיביים ו-7,500 פעולות חודרניות מיוחדות. החלטה זו לא בוצעה כיוון שמרבית הרופאים אינם מנתחים ואילו הסתדרות רופאי המדינה תבעה לתגמל את כלל הרופאים, לכן הוסכם בין הצדדים ביולי 1989, כאמור, על מבצע קיצור תורים במרפאות בתי החולים, שבהן מועסקים, בדרך כלל, כל הרופאים עובדי בתי החולים. הסכם זה הגדיל למעשה את היקף המבצע הרבה מעבר להחלטת הממשלה המקורית. יתר על כן, אין בהסכם כדי לפתור את הבעיה הדחופה של תור הממתנים לניתוחים אלקטיביים בבתי החולים הממשלתיים.

מנהלי כמה מבתי החולים שנבדקו, שעמם דן משרד מבקר המדינה בנושא קיצור תורים, ציינו, כי מוטב היה להנהיג שכר עידוד לפי התפוקה במרפאות במשמרת הבוקר, במקום מבצע קיצור תורים במשמרת אחר הצהריים. לדבריהם, מרבית התורים אינם ממושכים, וכך היה גם ערב המבצע. המבצע יצר נורמות חדשות לא רצויות - רופאים שראו בהמשך עבודתם אחת צ"ח חלק מתפקידם, אינם מוכנים עוד לעשות כן אלא בתשלום. בגלל המבצע העדיפו רבים לעבוד אחת צ"ח במקום במשמרת הבוקר, דבר שהביא עמו ירידה במוסר העבודה, החיוני במיוחד במקצוע הרפואה.

הוועדה חיוותה את דעתה בעניין זה ברוח שהתבטאו מנהלי בתי החולים. לדעתה, יש למצוא פתרון של תיגמול נאות, שיביא לתפעול מסודר של הפוטנציאל של מערכת הבריאות במשמרת שנייה, ולפי הצורך גם בשלישית, אגב הגדרת התפוקה המזכה בתיגמול. כל פתרון שיביא לעבודה במשמרות אלה יש להחיל רק על עובדים העוסקים במישורן בניתוחים שהוכח כי תור הממתנים להם אינו סביר.

לצורך קביעת העלות הנדרשת למבצע מתקציב המדינה, ביקש משרד האוצר ממשרד הבריאות, עוד ביולי 1988, את רשימת הממתינים לבדיקות ולניתוחים בבתי החולים והגדרת התפוקות במשמרת בוקר. נתונים אלה לא הומצאו למשרד האוצר עד מועד סיום הביקורת.

הוראות נוהל של המשרד מ-27.8.89 ומ-19.11.89 אל כל מנהלי בתי החולים הממשלתיים קובעות, בין השאר, כי המבצע כולל פעילויות רפואיות אלו: אבחונים, פעולות חודרניות וניתוחים. ככלל, כל הפעולות הן על בסיס אמבולטורי בלא אשפוז החולה; כל עבודה במבצע תיעשה החל בשעה 15.00 (שעת סיום המשמרת הראשונה והתחלת המשמרת השנייה), ובשום פנים ואופן לא לפני כן; בימים ובשעות שרופאים ועובדים אחרים נמצאים בתורנות או בכוננות ועובדי מינהל ומשק עובדים בשעות נוספות, אין הם רשאים להשתתף במבצע.

תעריפי התשלום לססיה¹, עודכנו מפעם לפעם בעקבות עליית מדד המחירים לצרכן. אלה התעריפים שנקבעו לרופאים מומחים ולרופאים מתמחים, באוקטובר 1990, כסדרם: לפעולות אבחון - 156 ו-88 ש"ח; לניתוחים - 212 ו-100 ש"ח; ולפעולות חודרניות - 355 ו-150 ש"ח. לאחיות, לעובדים פרה רפואיים ולעובדי מינהל ומשק נקבע תגמול בעד השתתפות לפי ערך שעה כפול 200%, ולמועסקים בחדר ניתוח לפי ערך שעה כפול 300%, בעד כל שעה השתתפות בססיה.

הביצוע בבתי חולים

בשלושה בתי חולים כלליים, שבהם נערכה הביקורת, יש 2,591 מיטות אשפוז, שהן כ-44% מ-5,941 המיטות שב-11 בתי החולים הממשלתיים הכלליים.

להלן נתונים, שהמציאו בתי החולים האמורים למשרד מבקר המדינה, על מספר הביקורים במרפאות במוצע בחודש בשנה הראשונה למבצע במשמרת הבוקר ובמסגרת המבצע (ספטמבר 1989 - אוגוסט 1990), לעומת התקופה המקבילה בשנה שלפני המבצע.

במשמרת ראשונה (בשעות העבודה הרגילות)		במשמרת שנייה (אחרי שעות העבודה הרגילות)	
<u>בחודש בממוצע</u>		<u>בחודש בממוצע</u>	
1989 - 1990	1989 - 1990	1989 - 1990	1989 - 1990
תל	25,536	3,047	25,440
השומר			
איכילוב	21,929	1,768	23,706
רמב"ם	20,732	2,450	22,479

הטבלה מראה, כי בבית החולים תל השומר לא חל שינוי הראוי לציון במספר הביקורים בשנת המבצע הראשונה; באיכילוב וברמב"ם עלו הביקורים במשמרת הראשונה בחודש במוצע בכ-8% לעומת השנה הקודמת. כן מראה הטבלה, כי מספר הביקורים במבצע, במשמרת שנייה, מסך כל הביקורים במשמרת הראשונה באותה שנה הוא כלהלן: בתל השומר כ-12%, באיכילוב כ-7.5% וברמב"ם כ-1.1%. היינו כ-10% במוצע.

לצורך התשלום המגיע למשתתפים בססיה, קבע בית חולים תל השומר את הצוות הרפואי הנחוץ לניתוח מסוים (רופא עוזר, מרדים, אחות) וכן את משך הזמן המירבי הדרוש לביצוע פעילות מסוימת בססיה, ובהתאם לכך הינחה את המחלקות שלו. בתי חולים ממשלתיים אחרים לא נהגו כך. בעניין זה הסתפק המשרד במתן הנחיות כלליות ופרסם רק רשימה של סוגי ניתוחים קלים שניתן לבצע במסגרת המבצע. מצב זה אינו מאפשר פיקוח יעיל על הפעילויות שבוצעו בססיה בבתי החולים האחרים.

¹ ססיה (Session) - מוגדרת כחבילת עבודה של צוות רפואי (כגון רופא ואחות) המבצע בריקה רפואית או טיפול, ניתוח קל או פעולה חודרנית, במספר מסוים של חולים.

מבדיקה השוואתית שעשה משרד מבקר המדינה עולה, כי במסגרת המבצע בשנה הראשונה דיווח תל השומר על ביצוע בדיקות וטיפולים ל-38,726 חולים, ורמב"ם ל-29,400 חולים. לפי נתוני המשרד, שולמו בעד פעולות אלה לעובדי תל השומר סך 1,536,000 ש"ח ולעובדי רמב"ם 2,409,900 ש"ח. משרד מבקר המדינה לא קיבל הסבר על הפערים במספר הנבדקים ובסכומי התגמולים בין שני בתי חולים אלה. מן הראוי, שמשרד הבריאות יבדוק לעומק את הנסיבות שהביאו לפערים גדולים אלה.

לדברי מנהלי בתי חולים, התור במרפאות לטיפולים השכיחים לא היה ארוך ההישג שהושג במבצע אינו בעל משקל, וההיקף של גידול הפעילות במרפאות – בכ-10% בחודש במוצע - אינו משמעותי. מובן שהמטרה העיקרית של המבצע הייתה לשפר את תנאי השכר של העובדים, אולם על המשרד לשקול האם התוצאות שנתקבלו בבתי החולים הגדולים ביותר מצדיקות את המשכת המבצע, מה גם שבבתי החולים הבינוניים והקטנים אי אפשר להגיע אף לתוצאות אלה, שכן התור במרפאות אלה מצומצם מאוד או שאין בהם תור כלל. כאמור, לנושא זה התייחסה גם הוועדה.

דיווח

משרד מבקר המדינה בדק מדגם של 50 טופסי דיווח של רופאים שהשתתפו במבצע בכל אחד מבתי החולים שבהם נערכה הביקורת. הבדיקה העלתה, כי שיעור החולים שהוזמנו ולא באו למרפאות השונות היה כלהלן: בבתי החולים הכלליים כ-10%; בבתי החולים לחולי נפש כ-30%. התברר, שהמשרד שילם לרופאים ולעובדים אחרים תשלום מלא לפי התעריפים שבתוקף גם כשחולים שהוזמנו לא באו. בינואר 1991 הודיע המשרד למשרד מבקר המדינה, כי על הרופאים לקבל תשלום בעבור עבודה בפועל, וכי אם החולים לא הופיעו, הנהלות בתי החולים לא היו צריכות לאשר לתשלום דיווחים שהגישו הרופאים.

הוראות המשרד מחייבות, שכל מי שמתתף במבצע (רופא, אחות, עובד מינהל ומשק ועובד אחר) יגיש למנהל בית החולים, לאישורו, דוח חודשי על פעילותו; הדוח יוגש בשני טפסים שונים זה מזה: טופס אחד מועבר למשרד הראשי לתשלום; ובטופס אחד, שישמר בהנהלת בית החולים, יש לפרט את סוגי הפעולות שבוצעו, שם החולה שנבדק, שעת הבדיקה וכד'. התברר, כי בתל השומר נוהגים להעתיק את הפרטים, הדרושים לדעת ההנהלה לעיבוד הנתונים במחשב, ואחר כך להשמיד את הטפסים המקוריים. מאחר שטופסי דיווח אלה לא נשמרו בבית החולים, לא היה אפשר לבדוק את כל הפרטים שנרשמו בהם.

עובדי המינהל והמשק שהשתתפו במבצע באיכילוב, לא הגישו כלל את הדוח שיש לשמור בהנהלת בית החולים, ולכן נבצר ממשרד מבקר המדינה לבדוק אותם.

בטירת הכרמל הסתכם ב-256,000 ש"ח התגמול לרופאים ולעובדים אחרים בגין השתתפותם במבצע בשנה הראשונה. בכל חודש דיווחו העובדים בבית חולים זה על השתתפותם במבצע כלהלן: 25 מבין 32 הרופאים, 20 מבין 170 אחיות, 4 מבין 38 עובדים פרה רפואיים ו-5 מבין 82 עובדי מינהל ומשק.

במאי וביוני 1990 דיווח רופא בבית החולים טירת כרמל על מתן הדרכה לצוות הרפואי בשעות שנועדו למבצע, בניגוד להוראות המשרד הקובעות, שהפעילות בכל בתי החולים במסגרת המבצע לא תהיה אלא בדיקה או טיפול רפואי.

בספטמבר 1990 נתקבלה במשרד מבקר המדינה תלונה, שדוחות שהגישו כמה רופאים למנהלת בית החולים הוחזרו להם להשלמת פרטים חסרים לקראת ביקורת של משרד מבקר המדינה בבית החולים. המתלונן פנה בעניין זה גם למשרד הבריאות, וזה הטיל על היחידה לביקורת פנים שלו לבדוק את התלונה. את תוצאות הבדיקה של הצוות העביר מנכ"ל המשרד לממונה על המשמעת בנציבות שירות המדינה כדי לקבל את חוות דעתו, והודיע על כך למשרד מבקר המדינה. באמצע נובמבר אותה שנה הודיע מנכ"ל המשרד למנהלת בית החולים ולמשרד מבקר המדינה, כי לדעת הממונה על המשמעת, שבדק את כל החומר, יש מקום להעיר למנהלת כי מחובתה להקפיד תמיד

שהעובדים יגישו דיווח מפורט ומלא ולא רק כאשר צפויה ביקורת של משרד מבקר המדינה. כן הודיע מנכ"ל המשרד, שהממונה לא מצא מקום לנקיטת צעדים נוספים בעניין, והוא מצטרף לדעתו של הממונה.

בדיקת המדגם האמורה של שני סוגי דוחות של הרופאים ועובדים אחרים בבתי החולים השונים העלתה, כי בדוחות רבים, בעיקר מהמדגם שנבדק בבתי חולים לחולי נפש ובבתי חולים גריאטריים, לא הוקפד על דיווח מלא ונאות. חסרו בהם נתונים חשובים, כגון השעה שבה בוצעה העבודה, והפעולות שנעשו - נתונים שעל פיהם נקבע שיעור התגמול. יש שהרופאים דיווחו על פעילותם במסגרת המבצע, אם כי לפי הרישומים שבדוחות בוצעו פעולות אלו בשעות העבודה הרגילות. כן הועלו אי התאמות בין מספר הפעולות שנרשמו בדוח המפורט, הנשאר בבית החולים, לבין הדוח המועבר למשרד לתשלום. בדרך כלל, אישרו מנהלי בתי החולים את הדוחות בלי לבדוק כראוי את נכונות הפרטים שבהם. תופעה זו שכחה במיוחד בבתי חולים לחולי נפש ובבתי חולים גריאטריים, שאין בהם תור בדרך כלל.

במסגרת המבצע, הזמינו שלוש תחנות לבריאות הנפש (נהריה, עכו וכרמיאל) המסונפות לביה"ח לחולי נפש מזרע, את החולים ששוחררו מבית החולים לבדיקת מעקב אחת לחודש - חודשיים, במקום אחת לשלושה - ארבעה חודשים, כנהוג בשנה שלפני המבצע. מהתיעוד שבתחנות לא ניתן היה לקבוע את התדירות הרצויה למעקב אחרי חולה זה או אחר.

לפי נתוני המרכז הגריאטרי פרדס חנה, נבדקו בשנה הראשונה למבצע 529 חולים, מהם 454 מאושפזים ו-75 שעדיין לא הוחלט על אשפוזם. בדיון שקיים משרד מבקר המדינה עם עובדים בכירים של בית החולים על דרכי הפעלת המבצע בבית החולים, אמרו העובדים, שמרבית פעילויות המבצע בחודשים אפריל - ספטמבר 1990 התנהלו במשמרת הבוקר.

הוראות משרד הבריאות קובעות, כי בבדיקת אבחון של רופאי בתי חולים כלליים וגריאטריים ייבדקו ארבעה חולים בססיה. משרד מבקר המדינה בדק בבית החולים פרדס חנה מדגם של דוחות שהוגשו בחודשים אפריל - אוגוסט 1990; הבדיקה העלתה, כי בכמה דוחות של עובדים לסוגיהם נרשם שנבדק חולה אחד בססיה, במקום ארבעה כדרוש.

לפי הוראות המשרד, כל הפעילויות במסגרת המבצע יבוצעו במתכונת זהה לעבודה השגרתית המתבצעת במשמרת הבוקר, דהיינו אם רופא ביצע בבוקר פעילות בלי עזרת כוח אדם נוסף (אחות, עובד מינהל ומשק) כי אז יבוצעו הפעילויות במתכונת דומה במבצע. התברר, כי המשרד לא נתן הנחיות בדבר המספר המירבי של עובדי מינהל ומשק הרשאים להשתתף בססיה אחת. כ-100 מבין 200 עובדי מינהל ומשק שבפרדס חנה מדווחים דרך קבע על השתתפותם במבצע מדי חודש בחודשו, אבל שיעור השתתפותם של עובדי מינהל ומשק שנבדק בבתי חולים כלליים נמוך בהרבה, יחסית. לדוגמה, בבית החולים נהריה משתתפים, בדרך כלל, כ-5 מבין 200 עובדי מינהל ומשק המועסקים בו. יתר על כן, באוגוסט 1990 דיווחו שמונה עובדי מינהל ומשק בפרדס חנה בשני מקרים כי השתתפו בשתי ססיות שבכל אחת מהן נבדק חולה אחד בלבד. עם השמונה נמנו עובדת סוציאלית, מזכירה רפואית, עובד תחזוקה, נהג ועובדת ניקיון.

לצורך מעקב ופיקוח על הפעלת המבצע בבתי החולים השונים מינה המשרד, בספטמבר 1989, צוות בקרה מרכזי בראשות רופא, עוזר לראש שירותי אשפוז, והוטל עליו, בין היתר, לערוך ביקורים בבתי החולים. לדברי ראש הצוות נערכו ביקורים כאלה, אולם לא דווח על כך בכתב כיוון שלא נמצאו ליקויים הראויים לדיווח. מן הצורך, שהמשרד ינחה את חברי הצוות, שבכל מקרה יש לדווח בכתב על הנושאים שנבדקו והתוצאות שנתקבלו.



נושא קיצור התורים נבדק בידי ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. לדעת הוועדה, ההסדרים לקיצור תורים מהווים "פתרון" פיקטיבי שמעצם היותו תוספת שכר מוסווית הוא מהווה שיטה המעודדת יצירת תורים ארוכים חדשים".

ממצאי הביקורת מצביעים, שיש צורך דחוף שבידי המשרד יימצאו נתונים בדוקים על מספר הממתינים בתור לאבחון ולטיפול במרפאות. לכשירוכזו נתונים אלה יהיה אפשר להחליט אלו מבתי החולים יכללו במבצע לקיצור תורים. גם במסגרת הקיימת על המשרד להגביר את הפיקוח מטעמו על דיווחי העובדים על השתתפותם במבצע, כדי לוודא שהתגמול שניתן להם יהיה בעד עבודה נוספת שבוצעה במסגרת זו.

לשכת הבריאות מחוז הצפון - נצרת

ריכוז ממצאים

לשכת הבריאות בנצרת נותנת, באמצעות חמש לשכות נפתיות, שירותים בתחום בריאות הציבור לאוכלוסייה של כ-750,000 נפש שבמחוז הצפון. בבדיקה שערך משרד מבקר המדינה הועלו הממצאים האלה:

החלטת הממשלה מאפריל 1989, בדבר העברת תחומי פעולה שונים ממשרד הבריאות למשרד לאיכות הסביבה, טרם בוצעה, למעט העברת היחידה לחקר בריאות הסביבה.

ב-31 ישובים, מרביתם בנפת טבריה, אין מערכות חיטוי למי השתייה. בשישה ישובים שברמת הגולן, איכות מי השתייה ירודה ביותר.

שפכים גולמיים של כמה ישובים בצפון זורמים לנחלים. שפכים תעשייתיים של מפעל מזון בגליל המערבי, גורמים נזק לאדמה חקלאית שבסביבה ולזיהום מי תהום.

עשר דירות בעפולה שניבנו בשנות השבעים, טרם חוברו לרשת הביוב.

שפכים לא מטוהרים מרשת הביוב של עיריית נהריה וממפעל תעשייתי גדול שבתחומה זורמים לים.

תדירות ביקורי הפיקוח במתקני הביוב שבתחומי הלשכות בטבריה ובצפת הייתה מועטה.

משחטה בטבריה פועלת בתנאי תברואה המסכנים את בריאות הציבור.

המשרד לא הוציא הנחיות פעולה ללשכות, כאשר רשות מקומית אינה ממלאת תפקידים לפי חוק רישוי עסקים.



1. למשרד הבריאות (להלן - המשרד) שש לשכות בריאות מחוזיות, להן כפופות 11 לשכות בריאות נפתיות. שכות הבריאות פועלות במסגרת שירותי בריאות הציבור שבמשרד, ומתפקידו לדאוג להכוונה ולמתן שירותי רפואה מונעת, וכן להבטיח רמה נאותה של תברואה ציבורית, באמצעות פיקוח על איכות מי השתייה, פיקוח על הרשויות המקומיות בתחום איסוף, טיהור וסילוק תברואי של שפכים ואשפה, ופיקוח תברואי על מוצרי מזון.

2. בחודשים מארס - יוני 1990, ערך משרד מבקר המדינה ביקורת בלשכת הבריאות המחוזית צפון שבנצרת, ובחמש לשכות הבריאות הנפתיות הכפופות לה: טבריה, נצרת, עכו, צפת ועפולה. נבדקו, בעיקר, ההסדרים הכרוכים במתן שירותי בריאות לאם ולילד, הפיקוח על מי שתייה, שירותי התברואה והביוב, והיבטים הקשורים לרישוי עסקים. בנושא הביקורת המועלים בדוח זה ראה גם