

מן הראוי להדגיש גם את חלקו של משרד האוצר במהלך אישור הפרויקט וביצוע תקציבו. נציגו, מאגף החשב הכללי ומאגף התקציבים, השתתפו בדיונים עם הספק ועם ספק המשנה ואישרו הסדרים שהושגו עמם.

כל דרג ממשלתי העושה שימוש בכספי הציבור חייב לנהוג כך שכל הוצאה תהיה מוצדקת ותביא תועלת. המשרד לא עשה את הדרוש כדי שההוצאות בגין הפרויקט יהיו תכליתיות, ולא מנע ירידת כספים לטמיון.

מרכז רפואי רמב"ם

ריכוז ממצאים

המרכז הרפואי רמב"ם (ביה"ח) הוא מהגדולים שבבתי החולים במדינה. הוא משרת חלק מאוכלוסיית חיפה, הקריות ויישובים אחרים באזור. הוא גם משמש מרכז רפואי על-אזורי יחיד לכל צפון הארץ, ונותן שירותים רפואיים בכל התחומים לכוחות צה"ל בצפון וכן קולט נפגעי פעולות איבה ונפגעי תאונות דרכים.

בעת הביקורת, ב-1993, היה במחלקה לניתוחי לב בביה"ח צוות מנתחים יחיד. בראש הצוות עמד מנהל המחלקה, שהוא והוא בלבד מסוגל לנתח ניתוחי לב מורכבים, כך שבהעדרו לא היה אפשר לבצע בבית חולים זה ניתוח לב מורכב. יצוין שנוספו שני רופאים בכירים למחלקה בשנת 1994.

המחלקה האונקולוגית בביה"ח היא המחלקה הציבורית היחידה המקבלת לאשפוז חולי סרטן מכל אזור הצפון. בעת הביקורת היו בשימוש המחלקה, לתכנון הקרנות ולביצוען, שני מכשירים מיושנים ולא תקינים, שמומחים לדבר המליצו זה מכבר להחליפם. בעקבות הביקורת הוחלף אחד המכשירים.

בהעדר מיטות פנויות במחלקה לטיפול נמרץ כללי מקבלים חולים סיוע נשימתי במחלקות אחרות, שבהן תנאי הסיעוד, הרמה המקצועית והציוד נופלים מאלה שבמחלקה לטיפול נמרץ.

בינואר 1994 הורה מנכ"ל משרד הבריאות לבדוק בכמה מחלקות את נושא הזיהומים. בעקבות ההוראה, הוחלט לבצע סקרים על מצב הזיהומים לאחר ניתוח בתשע מחלקות בביה"ח. עד מועד סיום הביקורת הוחל בביצוע סקר אחד בלבד.

היה פיגור ניכר בעבודתה של המחלקה לרשומות רפואיות. תיקי חולים שנפטרו הגיעו למחלקה יותר משנה לאחר הפטירה.

מספר המעליות בבניין האשפוז הראשי אינו מספיק לצורכי ביה"ח, ותפקודן אינו מניח את הדעת. עם החברות שתחזקו את המעליות לא נחתמו חוזים.

ביה"ח אין די מחסנים. לכן אוחסנו חומרי בנייה תחת כיפת השמים, מקצתם אף בשטח לא מגודר, והם עלולים להינזק. ספירת מלאי של ציוד המפוזר בשטח ביה"ח לא נעשתה זה שנים רבות. דלתות מחסנים ננעלות במנועולי תלייה לא אמינים.

בתחומים חשובים של בטיחות מפני אש לא מולאו במלואן דרישות רשות הכבאות. כך למשל, בשלושה בניינים לא הותקנה מערכת לגילוי שריפות ולא הותקן כיבוי אוטומטי בארונות החשמל.



בתחילת 1994 פעלו במרכז הרפואי רמב"ם (להלן - ביה"ח) בחיפה 32 מחלקות אשפוז, ובהן 816 מיטות על פי התקן ועוד 50 מיטות לאשפוז יום, וכן מרפאות חוץ, מכונים ומעבדות. במאוס אותה שנה קיבל ביה"ח אישור, מהממונה על רישוי מוסדות במשרד הבריאות (להלן - המשרד), להגדיל את התקן ב-21 מיטות.

ביה"ח נותן שירותים אזוריים לאוכלוסיית חיפה, הקריות, יישובים בעמק זבולון ובגליל התחתון, והוא גם משמש מרכז רפואי על-אזורי יחיד לכל צפון הארץ. עוד נותן ביה"ח שירותים רפואיים לכוחות צה"ל בצפון ולאוכלוסיית אזור הביטחון בלבנון.

בתחילת 1994 מנה תקן העובדים בביה"ח 1,765 משרות: 330 רופאים, 807 אחיות, 187.5 עובדים רפואיים אחרים ו-440.5 עובדי מינהל ומשק. במהלך אותה שנה אושרו לביה"ח עוד 26.5 משרות תקניות. עוד העסיק ביה"ח 263 עובדים ב-155 משרות, על חשבון קרן מחקרים רפואיים ופיתוח תשתית שליד ביה"ח, ו-53 עובדים ב-34 משרות, שמימנה אגודת הידידים של ביה"ח.

בשנת 1993 נתקבלו במחלקות האשפוז של ביה"ח, על פי נתוני שירותי מידע ומחשוב של המשרד, 51,380 חולים, ומספר ימי האשפוז הסתכם ב-270,923 (לא כולל אשפוזי יום). התקציב הרגיל של ביה"ח לשנת 1993 היה 213.1 מיליון ש"ח. לפי נתוני החשב הכללי במשרד האוצר, הוצאות ביה"ח בשנת 1993, במסגרת התקציב הרגיל, הגיעו ל-211.2 מיליון ש"ח, מזה כ-144 מיליון ש"ח על שכר עבודה ו-67.2 מיליון ש"ח על תפעול. הכנסות ביה"ח באותה שנה הגיעו לכ-236.4 מיליון ש"ח, מזה כ-15.4 מיליון ש"ח השתתפות משרד הביטחון והכנסות ממיון.

בחודשים יולי - נובמבר 1993 עשה משרד מבקר המדינה ביקורת בנושאים הנוגעים לתפקוד ולתפעול של ביה"ח. הממצאים שהועלו הובאו לידיעת הנהלת המשרד בנובמבר אותה שנה. במחצית השנייה של שנת 1994 עודכנו הממצאים ונבדקו עוד נושאים בתחומי המינהל והמשק.

תפקוד המרכז הרפואי רמב"ם כבית חולים על-אזורי

ניתוחי לב

באזור הצפון נעשים ניתוחי לב מורכבים בשני בתי חולים בלבד: במחלקה לכירורגיית לב בבית החולים כרמל (של קופת החולים הכללית) שבה 24 מיטות, ובמחלקה בביה"ח שבה 15 מיטות.

זה כמה שנים היה במחלקה לניתוחי לב של ביה"ח צוות ניתוח אחד בלבד. בזמן הביקורת, עמד בראשו של הצוות מנהל המחלקה, שהוא והוא בלבד היה מסוגל לנתח ניתוחי לב מורכבים. האפשרות לבצע ניתוח כזה היתה אפוא תלויה בנוכחותו במקום. לא היתה גם אפשרות לתת גיבוי של צוות ניתוח לפעילות הכירורגיית של מכון הלב שבביה"ח, ומשרד מבקר המדינה העיר על כך למשרד עוד בנובמבר 1993.

בינואר 1994 הצטרף למחלקה רופא מנתח בכיר. בדוח ממארס 1994 של ועדה לבדיקת פעילות המערך הכירורגי בביה"ח, שמינה מנכ"ל המשרד, צוין, בין היתר, כי "מצב בו מחלקה לכירורגיה של הלב פועלת עם צוות כה מצומצם ... אינו מתקבל על הדעת". בהמלצותיה קבעה הוועדה, כי "יש לתגבר לאלתר את צוות המחלקה במנתח לב בכיר נוסף". ואכן, באפריל אותה שנה הצטרף למחלקה עוד מנתח מומחה. צירופם של שני רופאים אלה מאפשר הפעלת צוותי ניתוח נוספים לניתוחי לב מורכבים. ביה"ח גם רכש בינתיים ציוד נוסף שנדרש לפעילות המורחבת של המחלקה.

אונקולוגיה

המחלקה האונקולוגית בביה"ח, שבה 45 מיטות, היא המחלקה הציבורית היחידה המאשפת חולי סרטן מכל אזור הצפון. המחלקה מצוידת במכשירים שונים, ובהם שני מאיצים קוויים ומכשיר הדמיה (סימולטור).

לפני טיפול בהקרנה, אמורים החולים לעבור בדיקה באמצעות מכשיר הדמיה המזהה בדייקנות רבה את אזורי הגידול הממאיר שבגוף, ומתווה מפה ממוחשבת של האזור המיועד להקרנה. מפה זו משמשת תכנית פעולה למאיץ הקווי לביצוע ההקרנות.

בעת הביקורת פעל בביה"ח מכשיר הדמיה שנרכש ב-1979. הוא לא פעל כראוי, ביצעו לא היו מספקים והוא גם הושבת לעתים קרובות לצורך תיקונים. המשרד והאגודה למלחמה בסרטן הזמינו מומחים מחוץ לארץ לחוות את דעתם על מצבם של המכשירים לטיפול בחולים אונקולוגיים בבתי החולים בארץ. בדוח שהגישו בינואר 1993 צוין, שכבר ב-1988 נקבע שמכשיר ההדמיה היה במצב גרוע ויש להחליפו. כן צוין בדוח, כי הדיוק הטכני והאופטי של המכשיר לקוי ביותר: "אין התאמה בין אופטיקה ושדה קרינה, אין שיקוף, השולחן לא יציב ושוקע ותזיזות השולחן לקויה". המחלקה הטכנית בביה"ח ניסתה פעמים רבות לתקן את הליקויים האלה, אולם בלא הצלחה. בנובמבר 1993 העיר משרד מבקר המדינה על מצב זה למשרד ולהנהלת ביה"ח.

בפברואר 1994 הוזמן מיצרן בחו"ל מכשיר הדמיה חדש שעלותו כ-450,000 דולר. הוא התקבל במחלקה בספטמבר והופעל בתחילת נובמבר אותה שנה. המכשיר הישן פורק עוד ביולי. לפי הסברי ביה"ח, נעשה הדבר לצורך הכנת המקום לקליטת המכשיר החדש. 12 חולים, שנוקדו לתכנון הקרנות מורכבות בפרק הזמן שבין יולי לנובמבר, הופנו לבתי החולים סרוקה בבאר שבע והדסה בירושלים, לשם ביצוע הדמיות.

כאמור, במחלקה בביה"ח משתמשים בשני מאיצים קוויים לביצוע ההקרנות, אחד מהם משנת 1975. בדוח המומחים מינואר 1993 נאמר שאורך החיים של מאיץ קווי המופעל בקביעות הוא כ-12 - 15 שנה. על פי הדוח, יש במכשיר תקלות תכופות וצפוי שבעיות טכניות ובטיחותיות עוד יתרבו, ולכן הומלץ להחליפו. עד למועד סיום הביקורת לא הוקצה סכום לרכישת מכשיר חדש, וממילא הוא לא הוזמן.

נירודכירורגיה

המחלקה הנירודכירורגית בביה"ח היא המחלקה היחידה באזור הצפון הנותנת שירותים נירודכירורגיים. המחלקה קולטת, בין היתר, נפגעים מתאונות דרכים וכן נפגעי פעולות איבה בגבול הצפון. לפי נתוני ביה"ח, בשנת 1993 בוצעו במחלקה 826 ניתוחים. במחלקה יש יחידה לטיפול נמרץ נירודכירורגי שבה שש מיטות, והחולים המאושפזים בה נמצאים בהשגחה צמודה 24 שעות ביממה.

הבדיקה העלתה, כי המחלקה שוכנת בבניין שהוקם לפני כ-60 שנה. היא פועלת בתנאי צפיפות, בלא שטחי אחסון מתאימים למכשירים ולמחשבים, חדר הטיפולים המיועד לחולי המחלקה (החלפת תחבושות, הוצאת תפרים וכד') משמש גם מחסן כביסה, וחדר המנוחה לרופאי המחלקה משמש גם חדר עבודה במחשב וחדר הרצאות.

הנהלת ביה"ח הודיעה למשרד מבקר המדינה, כי בכוונתה להעביר את המחלקה למקום אחר, שבו תנאים טובים יותר ואשר יאפשר גם את הרחבתה; אך טרם נקבעו לוח זמנים ותקציב למטרה זו.

כירורגיה פלסטית

המחלקה לכירורגיה פלסטית, שלה תקן של 15 מיטות, היא המחלקה היחידה הנותנת שירותי אשפוז לאזור הצפון והיא מטפלת גם בכוויות. ההמתנה בתור לניתוחים אלקטיביים הנעשים בהרדמה כללית הגיעה ביולי 1994 לחודש וחצי.

באוקטובר 1992 החליטה ועדת האשפוז העליונה, בראשות שר הבריאות, על הכרה והכשרה של חמש יחידות לטיפול נמרץ בנפגעי כוויות בבתי החולים בארץ: הדסה, שיבא, סורוקה, בילינסון (לילדים בלבד) ורמב"ם. בהחלטה לא נקבע לוח זמנים לביצוע ולא נקבעו מקורות המימון לרכישת הציוד והמכשירים הדרושים ליחידה כזאת. מנהל היחידה להנדסה ביורפואית בביה"ח אמד את עלות ההצטיידות בציוד המיוחד, הדרוש ליחידה בביה"ח, בכ-80,000 דולר.

במאס 1994 אישר המשרד ליחידה בביה"ח תקן של חמש מיטות. בו בזמן הוקטן תקן המיטות של המחלקה לכירורגיה פלסטית מ-15 ל-10. במועד סיכום הביקורת נרכשו רק חלק מהציוד והמכשירים הדרושים ליחידת כוויות. לפי הסברי ביה"ח, הציוד הקיים ביחידה, שמקצתו נרכש ב-1994, מספיק לשתי מיטות, ואילו הציוד הנוסף יירכש בהתאם לסדרי העדיפויות והיכולת של ביה"ח.

טיפול נמרץ כללי - התאוששות

נמצא, שבהעדר מיטות פנויות במחלקה לטיפול נמרץ כללי, מקבלים חולים רבים סיוע נשימתי במחלקות אחרות - פנימיות, עצבים וכירורגיות. מנהל המחלקה לטיפול נמרץ כללי התריע בפני הנהלת ביה"ח על חומרת המצב שבו חולים הזקוקים לטיפול נמרץ הכרוך בהשגחה ובציוד מיוחדים מקבלים סיוע נשימתי בלבד. הנהלת ביה"ח סברה שגם אם "תנאי הסיעוד והמקצוענות בתחום הסיוע הנשימתי עדיפים ביחידה לטיפול נמרץ כללי ... הרופאים ואחיות המחלקות הפנימיות ... מיומנים ויודעים מספיק, על מנת להבטיח את ההכרחי".

בינואר 1994 הוגדל תקן המיטות במחלקה לטיפול נמרץ כללי מ-12 ל-18. במועד סיום הביקורת, בסוף 1994, עדיין לא הוספו שש מיטות אלה על ציודן.

עשרות מכשירי הנשמה מסוגים שונים מצויים במחלקות שבהן מנשימים חולים כאמור. על פי הוראות מנהל המחלקה לטיפול נמרץ כללי, יש להחליף את צנרת ההנשמה במכשירי הנשמה בתדירות שנקבעה. הבקרה על כך אמורה להיעשות באמצעות רישום בכרטיס מיוחד, שהונהג בביה"ח, שמוצמד למכשיר ההנשמה. בדיקה מדגמית של כרטיסים כאלה מהחודשים יוני - אוגוסט 1994 העלתה, כי לא תמיד הוקפד על מילוי הוראות אלה.

כירורגיית ילדים

עד 1983 היתה המחלקה לכירורגיית ילדים בביה"ח, שבה 17 מיטות (כולל אורטופדיית ילדים), היחידה שנתנה שירות בתחום זה בצפון. בין השנים 1983 - 1992 אישר המשרד פתיחתן של מחלקות לכירורגיית ילדים בשלושה בתי חולים נוספים בצפון. בכל המחלקות האלה היתה התפוסה נמוכה.

עוד באוקטובר 1990 פנה מנהל המחלקה לכירורגיית ילדים בביה"ח במכתב אל מנכ"ל המשרד, והתריע על כך שהתפוסה הנמוכה במחלקות לכירורגיית ילדים לא תאפשר לשמור על רמה רפואית נאותה ועל כושר הרופאים המנתחים הנזקקים למספר מזערי של ניתוחים מגוונים כדי לשמור על מיומנותם, ולא כל שכן - על התפתחותם. עוד נאמר במכתב, כי עדיף להגדיל מחלקות מאשר לפתוח מחלקות חדשות לכירורגיית ילדים. במאסר 1994 אושר למחלקה להגדיל את התקן בארבע מיטות (ל-21 מיטות), כדי שבמחלקת ילדים יהיה אפשר לאשפז גם ילדים שעברו ניתוחים במחלקות כירורגיות אחרות. על המשרד לבחון את הצורך בהמשך קיומן של ארבע מחלקות מיוחדות לכירורגיית ילדים באזור הצפון, גם מבחינת פריסה וניצול משאבים.

ועדות תחלואה ותמותה

בביה"ח פועלות ועדת תמותה מרכזית ושלוש תת-ועדות אגפיות לתחלואה ולתמותה: פנימית, כירורגית וילדים. ועדות אלו אמורות לדון, בין היתר, בטיפול הרפואי שניתן לחולים שנפטרו בביה"ח; הדיונים נועדו לצורך לימוד והסקת מסקנות לשם שיפור הטיפול.

בדיקת פעילות הוועדות בתקופה ינואר 1992 - יוני 1993 העלתה, כי פעילותן היתה מצומצמת, ובממוצע קיימה כל ועדה שתי ישיבות בלבד, ובכל ישיבה נדונו רק מקרים מעטים.

בדיקה חוזרת שעשה משרד מבקר המדינה בספטמבר 1994 העלתה, כי במחצית הראשונה של אותה שנה גדלה תדירות הישיבות של הוועדה המרכזית ושל תת-הוועדות בתחומי הכירורגיה והילדים, והן התכנסו, בממוצע, אחת לחודש. אולם לא נמצא תיעוד על הישיבות של תת-הוועדה בתחום המחלות הפנימיות, ואין לדעת אם היא התכנסה כלל.

חדרי ניתוח ופעילות כירורגית

1. ביה"ח מפעיל שישה חדרי ניתוח בקומת קרקע בבניין האשפוז הראשי ועוד חמישה חדרי ניתוח בבניין האשפוז הישן. עוד מופעלים חדרי ניתוחים אמבולטוריים בבניין מרפאות חוץ ובמיון. התנאים הפיסיים בחדרי הניתוח בבניין האשפוז הישן אינם נוחים, שוררת בהם צפיפות רבה ואין תנאים לקבלת המנותח: החולה מושכב במסדרון הכניסה, המשמש גם חדר הלבשה לרופאים, חדר המתנה לחולים אחרים, תחנת אחות, תחנת אלונקאים ומקום המתנה למשפחות החולים.

2. חדר התעוררות בחדרי הניתוח החדשים פועל 24 שעות ביממה. בהעדר מיטות פנויות במחלקה לטיפול נמרץ כללי (התאוששות), יש שחולים לאחר ניתוח שזקוקים לטיפול נמרץ שוהים בחדר התעוררות יומיים ואף שלושה ימים (ראה לעיל). הנהלת ביה"ח מסרה למשרד מבקר המדינה, שעם הרחבת המחלקה לטיפול נמרץ יוקל המצב בתחום זה.

3. ב-26.11.93 מינה מנכ"ל המשרד ועדה בראשות מנהל המרכז הרפואי ע"ש שיבא, ובהשתתפות מנהל מחלקה כירורגית בשיבא ומנהל מחלקה כירורגית במרכז הרפואי ע"ש סוראסקי תל אביב. על הוועדה הוטל לבדוק את כלל המערך הכירורגי בביה"ח ובייחוד את

המחלקות לכירורגיה כללית וכירורגיה של כלי דם, ואת תפקוד המחלקה לניתוחי לב והמחלקה הנוירוכירורגית. היא נתבקשה לבחון גם את איכות הטיפול, את כלל תפקוד המחלקות, את היחסים בין המחלקות, כולל התנהגות של רופאים בכירים אחדים. המנכ"ל ביקש מהוועדה להגיש לו את המלצותיה עד 30.12.93.

ב-1.3.94 הגישה הוועדה את הדוח למנכ"ל המשרד. הוועדה המליצה: לאחד מחדש שתי מחלקות כירורגיות (כירורגיה ב' וכירורגית כלי דם), ולתגבר לאלתר את המחלקה לכירורגית לב (ראה לעיל); להפסיק את עבודתם של שלושה רופאים בכירים ולהעיר לרופא בכיר אחר. מסקנותיה והמלצותיה אומצו כולן בידי מנכ"ל המשרד.

במועד סיום הביקורת טרם בוצעו שתיים מהמלצות הוועדה.

4. במהלך שנת 1992 ובתחילת שנת 1993 הפיצה הנהלת ביה"ח נהלים למניעת זיהומים בחדרי הניתוח. בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בספטמבר 1993 נמצא, כי המצב בתחום זה, שלא היה תקין, עדיין אינו מניח את הדעת.

בתשובתו להערות משרד מבקר המדינה הודיע המשרד, בינואר 1994, כי מנכ"ל המשרד ביקש שצוות מיוחד מטעם משרדו יבדוק את נושא הזיהומים בכמה מחלקות מנתחות בביה"ח (כירורגית לב, כלי דם ונוירוכירורגיה).

בנובמבר 1994 הגיש הצוות דוח על התקדמות עבודתו. מהדוח עולה: בינואר אותה שנה סוכם בין הצוות ונציגי הנהלת ביה"ח שביה"ח ינהיג בחדרי הניתוח את כללי ההתנהגות שקבע המשרד עוד ביוני 1993; הוחלט לעשות סקרים על מצב הזיהומים לאחר ניתוח בתשע מחלקות, ו"להשתמש בתקופת הסקר להידוק חגורה מבחינת נהלים למניעת זיהומים... לגלות גורמי סיכון הניתנים להתערבות, ולבצע תכניות התערבות מקומיות". הצוות נתן לביה"ח שהות של שנה לביצוע ההיערכות המיוחדת למניעת זיהומים לאחר ניתוח, והוחלט לבדוק את הדברים בתום שנה.

במהלך 1994 הנהיג ביה"ח הליך בקרה בדרך של תצפיות על יישום הנהלים למניעת זיהומים בחדרי הניתוח. ההליך כולו מבוקר בידי היחידה לקידום איכות של ביה"ח. אולם הסקרים טרם בוצעו ועד מועד סיכום הביקורת, בינואר 1995, הוחל בביצוע סקר אחד בלבד.

נוכח חשיבות הנושא, על הנהלת המשרד לעקוב מקרוב אחר ביצוע ההיערכות המיוחדת למניעת זיהומים לאחר ניתוח בביה"ח. אפשר לעשות זאת באמצעות הסקרים שעליהם הוחלט, או באמצעות הסקרים האופקיים שעושה היחידה לחקר ולמניעת זיהומים שבמשרד בכמה בתי חולים בעת ובעונה אחת, או בכל דרך אחרת שיציעו מומחי המשרד לנושא מניעת זיהומים. על הנהלת המשרד לדאוג שהבדיקה תיעשה לאלתר ושתוצאותיה ומסקנותיה יוגשו להנהלת המשרד, כדי שתבחן אותן בקפידה ותתערב במידת הצורך.

המחלקה לרשומות רפואיות

בספטמבר 1993 עשתה מהנדסת תעשייה וניהול של ביה"ח סקר במחלקה לרשומות רפואיות. ואלה עיקר ממצאי הסקר: קיימת אבטלה סמויה בעבודת המחלקה בשיעור של כ-40%; יש פיגור כולל של כ-340 ימי עבודה בתהליך העבודה; שורת צפיפות רבה בשטחי אחסון הרשומות ובשטח עבודתם של העובדים.

ועדת התמותה המרכזית היתה אמורה לבדוק מקרי מוות בתוך כחודש לאחר הפטירה, ואולם היא לא יכלה לעשות זאת בשל פיגור ניכר בעבודת המחלקה לרשומות רפואיות. התברר, כי בעת הביקורת בנושא זה, בנובמבר 1993, לא הגיעו למחלקת רשומות כ-21% מהתיקים של הנפטרים,

אף שעברה יותר משנה מיום הפטירה. יו"ר הוועדה המרכזית לתחלואה ותמותה ציין שהדבר "מדאיג ובלתי סביר", ולדעתו "סיכום תיק זמן רב כל כך לאחר האשפוז עלול להיות קשה או לקוי".

בדיקה שעשה משרד מבקר המדינה במחלקה לרשומות רפואיות ביוני 1994 העלתה, כי עדיין שוררת בה צפיפות המקשה על הנהגת סדר נאות בארגון העבודה, ועל אחסון וניהול התיקים הרפואיים הרבים שבטיפולה. על פי הוראות המשרד, תיק של חולה אשר שוחרר ממחלקה, מכל סיבה שהיא, חייב להגיע למחלקת רשומות בתוך 72 שעות ממועד שחרור החולה. נמצא, כי במחלקה לא היה מידע מרוכז על מספר התיקים שלא הועברו אליה, ועל משך הזמן שהם מוחזקים במחלקות האשפוז. הביקורת העלתה, כי משך הפיגור של המחלקה בסיכום הטיפול בתיק רפואי הגיע, כמועד הביקורת, לכארבעה חודשים. על הנהלת ביה"ח לפעול לקיצור הזמן העובר מיום הפטירה ועד לסיכום תיק הנפטר.

המשרד הודיע למשרד מבקר המדינה, כי הנהלת ביה"ח הנהיגה שינויים ושיפורים בעבודת המחלקה.

ועדות פנימיות

הנהלת ביה"ח ממנה מפעם לפעם ועדות פנימיות של רופאים בכירים לבדיקת תלונות על תפקוד רפואי לא נאות בביה"ח; הוועדות מגישות בסיום עבודתן דוח על פעילותן למנהל ביה"ח. משרד מבקר המדינה ביקש לעיין בעשרה מדוחות אלה. בתגובה הודיעה הנהלת ביה"ח, כי לא הצליחה לאתר שניים מהדוחות המבוקשים.

מספר המיטות במחלקות

בנובמבר 1993 העיר משרד מבקר המדינה למשרד, שמספר המיטות בפועל בכמה מהמחלקות אינו תואם את התקן שנקבע. מצב זה לא זו בלבד שהוא מעוות את נתוני התפוסה הסטטיסטיים שהמשרד מפרסם, אלא עלול גם להשפיע לרעה על התכנון ועל הקצאת האמצעים והצוות המטפל במחלקות, הנקבעים בעיקרון על פי תקן המיטות שלהן. בעקבות הביקורת, פנה מנהל ביה"ח אל ראש שירותי אשפוז במשרד בבקשה לשנות את תקן מיטות ביה"ח, ולהתאימו לפריסת המיטות בפועל בהתאם לצורכי ביה"ח. במאוס 1994 אושרה הבקשה והתקן שונה כמבוקש.

מעבדות

המרכז הרפואי מפעיל 19 מעבדות. המעבדות מבצעות בדיקות בעיקר בשביל ביה"ח ומרפאות החוץ שלו; מקצת הבדיקות נעשות בשביל קופות החולים הקטנות, וכן בתי החולים ומוסדות אשפוז באזור הצפון, המבקשים ביצוע בדיקות מיוחדות. משרד מבקר המדינה עשה ביקורת בארבע מעבדות: כימית, פתולוגית, וירולוגית ואנדוקרינולוגית.

הביקורת במעבדה האנדוקרינולוגית העלתה, כי הכנסותיה מבדיקות הנעשות בשביל קופות החולים הקטנות, בעיקר מכבי, בשעות העבודה הרגילות, מועברות לקרן מחקרים של ביה"ח, ולא לחשבון ההכנסות שלו בתקציב הרגיל. בסוף שנת 1993 הגיעו הכנסות אלה לכ-92,900 ש"ח. ממצא דומה נמצא גם במעבדה הכימית. לדעת משרד מבקר המדינה, את ההכנסה מביצוע הבדיקות יש לכלול בהכנסות התקציב הרגיל. מן הראוי שהמשרד יבדוק איזה חלק מהכנסות הקרן, שהגיעו ב-31.12.93 לכ-48 מיליון ש"ח (ברוטו), מקורן בפעולות של עובדי ביה"ח בשעות העבודה הרגילות.

פיתוח ותכנית אב

ביה"ח משתרע על שטח של כ-90 דונם ועליו מבנים שחלקם נבנו לפני קרוב ל-60 שנה. הקרקע הפנויה בשטח ביה"ח היא מצומצמת; לביה"ח גם מחסור חמור בשטחי חניה.

במאס 1989 מסר המשרד למשרד של אדריכל פרטי הכנת תכנית אב לביה"ח. מאז עובדו והוכנו כמה תכניות חלופיות, אולם רק בספטמבר 1993 הוגשה לוועדה המקומית לתכנון ולבנייה של חיפה הצעת תכנית מפורטת. הוועדה דחתה את התכנית בשל העדר פתרון משביע רצון לבעיות התחבורה והחניה סביב ביה"ח. עד למועד סיום הביקורת בעניין זה, ביוני 1994, לא גיבש המשרד תכנית מתוקנת.

בסוף 1991 הסתיים תכנון אדריכלי, להרחבת חדרי ניתוח, שבעבורו שולמו כ-50,000 דולר. נמצא כי הזמן ובוצע גם תכנון הנדסי חלקי. ביוני 1994 החליט האגף לתכנון ולבנייה של המשרד על חלופה חדשה, שלפיה ייבנו חדרי הניתוח במקום אחר, ולשם כך נדרש תכנון מחדש. יוצא, שההשקעה הכספית הניכרת בתכנון הקודם ירדה לטמיון.

מעליות

בביה"ח 22 מעליות. 20 מהן מתוחזקות במשך שנים רבות בידי חברה קבלנית אחת שלא עברה הליכי מכרז. הבדיקה העלתה כי ביה"ח לא עשה הסכם שירות בכתב עם החברה שמתחזקת את המעליות. בשנת 1993 הסתכמו התשלומים לחברה ב-263,659 ש"ח. גם עם חברה אחרת שמתחזקת את שתי המעליות האחרות לא חתם ביה"ח על חוזה.

משש המעליות שבבניין האשפוז המרכזי, אחת משמשת רק את חדרי הניתוח שבקומת קרקע; שתיים מיועדות לשירות (כביסה, מזון, וכו'); ושלוש - לקהל ולעובדים. המעליות עוצרות אוטומטית בכל קומה. לעתים קרובות פועלות רק חמש מהמעליות, משום שמעלית אחת מושבתת לשם תיקון או שיפוץ. כתוצאה מכך, ההמתנה בקומת הכניסה למעלית פנויה בשעות העומס מגיעה לעתים לכעשר דקות. לדעת המהנדס הראשי של ביה"ח, תכנון מספרן ומהירותן של המעליות היה שגוי: המעליות מעטות, איטיות ואינן מתאימות לצורכי ביה"ח. הוא ציין, כי אפשר להתקין עוד שתי מעליות בבניין.

מחסנים

נמצא, כי בהעדר מחסנים, מאוחסנים חומרי בנייה שונים, כגון אריחי קרמיקה, תחת כיפת השמים בשטח ביה"ח, מקצתם בשטח לא מגודר והם עלולים להינזק.

בהוראות התכ"ם נקבע, כי "ועדה לביקורת הטובין במלאי תורכב מעובדים שאינם עובדי המחסנים. ועדה זו תערוך, בשיתוף עם המחסנאי של כל מחסן, ספירה של כל הטובין למלאי". נמצא, כי עם חברי ועדות הספירה למחסנים הטכני, ציוד רפואי וציוד משקי נמנו עובדי המחסנים; והוועדה למחסן בבית המרקחת מנתה את עובדות בית המרקחת בלבד. דפי הספירה נשאו חתימה אחת בלבד, או שלא היו חתומים כלל, אף כי דרוש שכל חברי ועדת הספירה יאשרו בחתימתם את תוצאות הספירה.

באפריל 1994 עשו נציגי החשב הכללי ביקורת במחסני ביה"ח. בביקורת זו הועלה, בין היתר: שנים רבות לא נעשתה ספירת מצאי של פריטי ציוד המפורזים בשטח ביה"ח ואינם מאוחסנים במחסנים נעולים; פריטים אלה ואחרים אינם רשומים במערך המלאי הרשום במחשב ביה"ח, ומשום כך אין שליטה על הרכוש הזה ונמנע מעקב אחריו. כן נמצא, כי דלתות המחסנים ננעלות במנעולי תלייה בלתי אמינים. עד למועד סיום הבדיקה של משרד מבקר המדינה בנושא המחסנים, אוגוסט 1994, לא תוקנו ליקויים אלה.

בטיחות אש

המפקחים למניעת דליקות של רשות הכבאות (איגוד ערים חיפה - שירותי כבאות) עשו בינואר 1993 ביקורת מקפת בכל הקשור לבטיחות מפני אש. רשות הכבאות העלתה ליקויים ודרשה מביה"ח לתקן אותם. רבות מהדרישות בוצעו, אולם בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה ביולי 1994 נמצא, כי בתחומים חשובים עדיין לא מולאו הדרישות, ובהן:

בששת הבניינים הראשיים לא הושלמה התקנת מערכות לגילוי שריפות; בארונות החשמל הקומתיים ובארון חשמל ראשי לא הותקן כיבוי אוטומטי יבש שמופעל על ידי מערכת לגילוי שריפות; בחמישה בניינים לא נבדקו פירים אנכיים ואופקיים, והמעברים לא נאטמו בחומר שהוא עמיד מפני אש במשך שעתיים לפחות; בארבעה בניינים לא הותקנו דלתות חסינות אש; במקומות רבים לא הותקנו פתחים לשחרור עשן.

הדרישה העקרונית של רשות הכבאות להתקנת מערכת מתיזי מים (ספרינקלרים) בכל המבנים, לרבות מחלקות האשפוז בביה"ח, איננה מבוצעת על פי הוראת האגף לתכנון ובינוי של המשרד, בשל עלותה הגבוהה של ההתקנה. הנהלת ביה"ח החליטה להתקין מערכת מתיזי מים במחסנים בלבד, אולם גם החלטה זו לא בוצעה עד למועד סיום הביקורת.

עוד העלתה בדיקת משרד מבקר המדינה, כי ציוד מאוחסן במעברים ובדרכי יציאה בבניין האשפוז הישן וגם בחדרי מדרגות החירום בבניין האשפוז הראשי. מצב זה עלול להקשות על דרכי מילוט בשעת סכנה. ליד בניין האשפוז הישן לא סומן משטח להצבת מנוף גבהים, כדרישת רשות הכבאות, שעליו תיאסר חניית רכב ואחסון. בעת הביקורת היה המשטח תפוס בכלי רכב חונים. לחץ המים בקומות העליונות של הבניין איננו עומד בדרישה של רשות הכבאות.

באוגוסט 1994 הודיע ביה"ח למשרד מבקר המדינה, כי באותה שנה הקציב המשרד 700,000 ש"ח לצורך המשך מילוי הדרישות של רשות הכבאות, אולם הסכום טרם הועבר לביה"ח; עם קבלת המימון יבוצעו העבודות הנדרשות.



המרכז הרפואי רמב"ם הוא אחד מבתי החולים הגדולים בארץ. הוא משמש מרכז רפואי על-אזורי יחיד לכל צפון הארץ, ונותן שירותים רפואיים בכל התחומים גם לכוחות צה"ל בצפון.

הביקורת התמקדה בתפקוד ובתפעול של בית החולים כמרכז רפואי על-אזורי לצפון הארץ. הועלו ליקויים בתפקוד של כמה מחלקות אשפוז שנתנו שירות על-אזורי; מכשירים חשובים שהיו בשימוש היו מיושנים ואיכות ביצועיהם היתה לקויה.

במהלך הביקורת הועלה שהיו ליקויים בנושא מניעת זיהומים שלאחר ניתוח, ובעקבות הביקורת הורה מנכ"ל משרד הבריאות לבדוק את הנושא. סקרים שהוחלט לבצע בעניין זה בתשע מחלקות עדיין לא בוצעו. על הנהלת המשרד לדאוג שהבדיקה האמורה תיעשה לאלתר. את תוצאות הבדיקה ומסקנותיה יש להביא להנהלת המשרד, כדי שתבחן אותן בקפידה, תתערב במידת הצורך, ותדאג ליישומן.

על הנהלת ביה"ח להמשיך ולפעול לשיפור עבודתה של המחלקה לרשומות רפואיות ולקיצור משך הזמן של סיכום תיקי חולים.

מבני אשפוז מרכזיים בביה"ח הם ישנים ולכן יש לקדם את הטיפול בתכניות הפיתוח של ביה"ח.

יש לתקן בהקדם את הליקויים בתחום בטיחות מפני אש.

השימוש בשתלי עצם בניתוחים אורתופדיים

ריכוז ממצאים

משרד מבקר המדינה בדק את סדרי השימוש בשתלי עצם בניתוחים אורתופדיים. הבדיקה נערכה בעשרה בתי חולים.

הועלה, שמשרד הבריאות לא בחן את ההיבטים השונים של השימוש בשתלי עצם, ולא קבע הנחיות באשר להליכים המקצועיים והארגוניים הקשורים בכך. כל בית חולים נוהג בדרך משלו בכל הכרוך בהכנתם של שתלי העצם לשימוש, בדיקתם, אחסונם ורישומם.

הועלה, שבבתי החולים לא נעשתה בקרת איכות על השימוש בשתלי העצם בניתוחים אורתופדיים.



השימוש בשתלי עצם בניתוחים אורתופדיים בבתי החולים מקובל בשנים האחרונות, בעיקר בחולים הסובלים מחסר בעצם עקב כריתת גידול בעצם; התרופות של פרק מלאכותי שהושתל בעבר; פציעה ופגיעה בעצם, ובייחוד שברים מרוסקים ושברים שאינם מתאחים.

שתלי העצם מקורם בדרך כלל הוא בחולים ששברו את צוואר הירך. בעת ניתוח לאיחוי השבר מוציאים את ראש עצם הירך של החולה ומשתילים במקומו תותב. את ראש עצם הירך שהוצא אורזים ושומרים. בעת הצורך, לחולים כאמור, נכתש או נחתך שתל העצם ומשמש למילוי החסר בעצם הפגועה כדי שתצמח במקום עצם חדשה.

משרד מבקר המדינה בדק את סדרי השימוש בשתלי עצם בעשרה בתי חולים - ארבעה ממשלתיים (רמב"ם, וולפסון, הלל יפה וברזילי); ארבעה של קופת החולים הכללית (בילינסון, העמק, השרון וקפלן); ושניים עירוניים-ממשלתיים (איכילוב ובני ציון). בדיקות השלמה נעשו בהנהלת משרד הבריאות (להלן - המשרד) ובהנהלת קופת חולים הכללית.

הנחיות ודרכי פעולה

המשרד לא הוציא הוראות והנחיות בכל הקשור לשימוש בשתלי עצם (להלן - שתלים). לא נבחנו ההיבטים השונים של השימוש בשתלים, ולא נקבעו הנחיות באשר להליכים המקצועיים הקשורים בהבטחת איכותם ובטיחותם של השתלים המיועדים לשימוש.

הבדיקה של משרד מבקר המדינה העלתה, שכל בית חולים נוהג בדרך משלו בכל הכרוך בהכנת השתלים לשימוש, בבדיקתם, באחסונם וברישומם.

בדיקות לחולים ולשתלים

הועלה, שאין אחידות בבדיקות שנעשות בבתי החולים, הן בבדיקות לחולה ממנו הוצא השתל, והן בבדיקות שנעשות לשתל:

1. **בדיקות לחולה ממנו הוצא השתל:** בשלושה מבתי החולים שנבדקו אין עושים כלל בדיקות מיוחדות לחולים שמהם מוצאים השתלים; בשבעה בתי חולים אחרים נוהגים לערוך בדיקות לגילוי איידס וצהבת. רק בארבעה מהם ובאחת המחלקות האורטופדיות בבית חולים חמישי (שם משתמשים בשתלים בשתי מחלקות אורטופדיות) עושים, בנוסף, גם בדיקות לגילוי סיפיליס. בבית חולים אחד עורכים בדיקה לגילוי בעיות פרקים ובדיקת שתן כללית.

2. **בדיקות לשתל:** בשניים מבתי החולים שנבדקו אין עושים בדיקות לשתל. אחד מהם שולח את השתלים להקרנה בכור שבנחל שורק. עם זאת יש לציין, שהקרנה פוגמת באיכות ובחוזק העצם. בשבעה בתי חולים עושים בדיקת תרבית לגילוי זיהום; בשניים מבתי החולים האלה מבצעים, בנוסף, גם בדיקה היסטולוגית לגילוי סרטן. בשלושה מבתי החולים וכן באחת משתי המחלקות בבית חולים נוסף עושים בדיקת תרבית נוספת לשתל לפני שמתמשים בו. בבתי החולים האחרים אין נוהגים לעשות בדיקה זו.



לדעת מבקר המדינה, על המשרד לקבוע את הבדיקות שיש לעשות הן לחולה שממנו הוצא השתל והן לשתל, כדי למנוע בדיקות מיותרות, מחד, ולהקפיד על ביצוע מלוא הבדיקות הדרושות, מאידך; וזאת - כדי להבטיח את בטיחותם ואיכותם של השתלים שבהם משתמשים.

רישום הבדיקות ושמירת תוצאותיהן

ברוב בתי החולים שנבדקו לא נרשמו תוצאות הבדיקות במלואן וטופסי הבדיקות לא נשמרו באופן מסודר.

אם אין שומרים את טופסי הבדיקות כראוי ואין מקפידים על רישום מפורט ומסודר של תוצאות הבדיקות שנעשו, קיים חשש שבעת תקלה, כגון זיהום, יהיה קושי באיתור גורמיה.

מועדי השימוש המותר בשתל

משרד מבקר המדינה העלה, שלא נעשתה קביעה אחידה ובדוקה של המשרד בדבר פרק הזמן שיש להמתין מהוצאת השתל ועד לשימוש בו, וכן בדבר פרק הזמן שבו מותר להשתמש בשתל. נמצא, שבבתי החולים שנבדקו נקבעו פרקי זמן שונים בעניין זה.

1. **תחילת השימוש:** בבית חולים אחד נהוג להמתין שלושה חודשים מיום הוצאת השתל ועד השימוש בו. בשני בתי חולים ממתנים חודש ימים, ובבית חולים אחר - שבועיים בלבד. בארבעה בתי חולים מתירים להשתמש בשתלים מיום קבלת תשובות המעבדה המעידות שהשתל ראוי לשימוש, ובבית חולים אחר - מיום החזרת השתל מהקרנה.

2. **תום תקופת השימוש:** בשלושה בתי חולים נהוג, שכעבור חצי שנה מהוצאת השתל מהחולה אין הוא ראוי עוד לשימוש. בארבעה בתי חולים נהוג לאפשר שימוש בשתל במשך שנה מיום הוצאתו, ובבית חולים אחר - במשך שנתיים מיום הוצאתו. בבית חולים אחד היו באחסון באפריל 1994 שתלים של חולים שנותרו בשנת 1991; בבית חולים זה לא נקבע כלל פרק הזמן שבו מותר להשתמש בשתל.



לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לבחון עניין זה ולקבוע את פרקי הזמן המותרים לשימוש בשתלים.

מחברת לרישום השימוש בשתלים

ברוב בתי החולים שנבדקו מנהלים האחראים לנושא מחברת לרישום השימוש בשתלים. הבדיקה העלתה, שאופן הרישום במחברת והפרטים הכלולים בה שונים בכל בית חולים. הועלה, כי ברישום חסרים פרט או פרטים בדבר החולה ממנו הוצא השתל - מספר זהות, מספר אשפוז, סוג הדם; ובדבר השתל - מועד הוצאתו, הבדיקות שנעשו בו, תום תקופת השימוש המותרת ושימוש שנעשה בשתל. יצוין, כי בשני בתי חולים אין מנהלים מחברת או רישום אחר כלשהו בדבר השימוש בשתלים.

אחסון השתלים

הועלה, שכל בתי החולים שנבדקו נוהגים בדרך משלהם באחסון השתלים. ברובם אוחסנו השתלים במקפיאים בטמפרטורה של כ-70°; בשניים - בתאי הקפאה (פריזר) של מקררים ביתיים, שרמת הקור בהם נמוכה בהרבה. במקפיאים של חמישה בתי חולים לא היה מד טמפרטורה, ולא היה אפשר לדעת את רמת הקור; במקפיאים אלה גם לא היה מנגנון המתריע על תקלה.

בבתי חולים אחדים היו המקפיאים בחדרי הניתוח ובאחרים - בבנק הדם. בשלושה בתי חולים היו המקפיאים מיועדים אך ורק לשתלים; בשאר בתי החולים אוחסנו בהם גם פריטים אחרים.

ברוב בתי החולים אוחסנו השתלים שטרם נבדקו יחד עם אלה שנבדקו ונמצאו ראויים לשימוש. במצב זה יש חשש, ששתל יילקח לשימוש בטרם הושלמו הבדיקות.

על המשרד לקבוע את סדרי האחסון הנאותים לשתלים.

אריזת השתל

הועלה, שכל בתי החולים שנבדקו נוהגים בדרך משלהם באריזת השתל. בבתי חולים אחדים נארז כל שתל בשתי שקיות ניילון ובאריזת פלסטיק; בבתי חולים אחרים - בשקיות ניילון בלבד; ובאחרים - בשקית ניילון ובצנצנת.

על המשרד לדאוג שהנושא ייבדק ולאור התוצאות להחליט על אופן האריזה הראוי.

התאמת המצאי לרישומים

משרד מבקר המדינה בדק את התאמת מצאי השתלים לרישומים, והעלה את הממצאים האלה:

1. בארבעה בתי חולים היו רשומים במחברת פרטים על חולים שהוצאו מהם שתלים, אך בעת עריכת הביקורת לא נמצאו השתלים במקפא. במקרים אלה לא היה ברור אם כבר השתמשו בשתלים בעת טיפול בחולה אחר, או שהם נפסלו משום שלא היו ראויים לשימוש.

2. בחמישה בתי חולים נמצאו במקפאי שתלים אחדים שלא היו רשומים במחברת. במקרים אלה לא היה ברור אם השתלים נבדקו ואם הם ראויים לשימוש.

3. בשני בתי חולים לא היה רישום על מצאי השתלים.

הכנת השתל לשימוש

1. הכנת השתל לשימוש נעשית בכמה מבתי החולים על ידי הפשרתו בטמפרטורת החדר, באחרים - הוא מוכנס למים חמים בטמפרטורה של 37. מן הראוי לקבוע מהי הדרך הטובה ביותר להכנת השתל לשימוש.

2. כאשר שתל הופשר ולא השתמשו בו או בחלקו - כמעט בכל בתי החולים אין משתמשים בו שימוש נוסף. הועלה, שבבית חולים אחד מוקפא שתל כזה לשימוש חוזר, נרשמים לו פרטי החולה שעבורו הוא הוצא לשימוש ונעשית לו בדיקה בקטריוולוגית נוספת.

אחריות

1. בבתי חולים אחדים היו רופאים מהמחלקה האורטופדית אחראים לבדיקת השתלים ולהכנתם לשימוש; באחרים - אחריות חדר ניתוח. בבית חולים אחד לא נקבע אחראי.

2. שלא כבבתי החולים האחרים, בשלושה בתי חולים לא היה אפשר לדעת, מהרישומים שעל אריות השתל או מהרישומים במחברת, את שם הרופא או האחיות האחראים לטיפול בשתלים. דבר זה עלול להקשות את איתור האחראי בעת הצורך.

בקרת איכות

בעת עריכת הביקורת לא היו מסמכים המעידים שנעשתה בקרת איכות על בטיחות השימוש בשתלים ועל תוצאות הניתוחים. לדעת משרד מבקר המדינה, יש צורך להנהיג בקרה כזאת דרך קבע.

קביעת נהלים

נוכח דרכי הפעולה השונות העלולות להשפיע על בטיחות השימוש בשתלים ועל תוצאות הניתוחים שבהם משתמשים בשתלים, דרוש שהמשרד יבחן, גם לאור מידע מהעולם הנאור ומגופים הבקיאים בנושא, מהן הדרכים הבטוחות והמועילות להצלחת הניתוחים ויוציא נהלים והנחיות לבתי החולים.

בעקבות הביקורת מינה המשרד ועדת מומחים, והטיל עליה להציע נהלים בנושא. הצעה ראשונית הוגשה בספטמבר 1994, והמשרד הודיע למשרד מבקר המדינה כי הוא מכין הנחיות על בסיס הצעה זו. עד מועד סיכום הביקורת, בתחילת דצמבר 1994, ההנחיות טרם הוצאו.



בבתי חולים רבים משתמשים בשתלי עצם בניתוחים אורטופדיים בחולים הסובלים מחסר בעצם. משרד הבריאות לא קבע נהלים והנחיות בדבר דרכי הפעולה שיש לנקוט בנושא מבחינה מינהלית-ארגונית ומבחינה מקצועית-איכותית.

אמנם, בתי החולים משתדלים לתת פתרון רפואי זמין לחולים כאמור, אולם נמצא, כי הם נוקטים דרכי פעולה שונות בטיפולם בשתלי העצם, דבר העלול להשפיע על בטיחות השימוש בשתלים ועל תוצאות הניתוחים שבהם משתמשים בשתלים.

לא בכל בתי החולים בודקים את החולה שמגופו הוצא השתל ואת מצבו של השתל. על המשרד לקבוע את הבדיקות שיש לעשות כדי להבטיח את בטיחותם ואיכותם של השתלים שבהם משתמשים.

מן הראוי שמשרד הבריאות יבחן מהן הדרכים הבטוחות והמועילות שבהן יש להשתמש בשתלי עצם בניתוחים אורתופדיים, יוציא הנחיות אחידות ומחייבות לבתי החולים, ויקיים בקרה על ביצוען.

חניונים בבתי החולים

ריכוז ממצאים

בתי החולים מפעילים חניונים בתשלום, לשירות ציבור החולים, המבקרים והעובדים. משרד מבקר המדינה בדק את החניונים של בתי החולים הממשלתיים ושל קופת החולים הכללית.

משרד הבריאות לא הוציא לבתי החולים הממשלתיים הנחיות בעניין הרישום התקציבי של ההכנסות מהחניונים והשימוש בהן.

ההכנסות מהחניונים בבתי החולים הממשלתיים המנהלים בעצמם את החניונים הגיעו בשנים 1986 - 1993 לכ-5.5 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים). הכנסות אלה לא נכללו בתקציבי בתי החולים, שהם חלק מתקציב המדינה, ועד סוף שנת 1993 לא הובאו בדרך כלל בחשבון בעת הכנת התקציבים של בתי החולים. בהכנסות מהחניונים מימנו בתי החולים הוצאות שחרגו מאלה שאושרו להם בחוק התקציב כהוצאה וכהוצאה מותנית, ובכך פעלו בניגוד לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985.

ההכנסות מהחניונים בבתי החולים הממשלתיים המנוהלים בידי עמותות הגיעו בשנים 1986 - 1993 לכ-20.4 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים). הכנסות אלה הועברו לקופות העמותות. משרד הבריאות לא חתם עם העמותות האלה על הסכמים להפעלת החניונים. בכך חרג מהוראת הנוהל לשיתוף פעולה בין משרדי ממשלה לבין עמותות, שקבע היועץ המשפטי לממשלה ב-1988.

החניונים בבתי החולים הממשלתיים מופעלים בשטחי בתי החולים, שהם נכסי המדינה. בתי החולים המפעילים את החניונים באמצעות קבלנים, חוץ מבית חולים אחד, לא דאגו לקבל אישור ממנהל מינהל מקרקעי ישראל, כפי שנדרשו בידי מחלקת הדיור במשרד האוצר וכפי שהונחו בידי המחלקה המשפטית במשרד הבריאות; החניונים בבתי החולים, חוץ מבית חולים אחד, הופעלו בלי שקיבלו את אישור המשרד לכך.

ההכנסות מהחניונים שבבתי החולים של קופת החולים הכללית הגיעו בשנים 1988 - 1993 לכ-6 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים). הכנסות אלה לא נכללו בתקציבי בתי

אמנם, בתי החולים משתדלים לתת פתרון רפואי זמין לחולים כאמור, אולם נמצא, כי הם נוקטים דרכי פעולה שונות בטיפולם בשתלי העצם, דבר העלול להשפיע על בטיחות השימוש בשתלים ועל תוצאות הניתוחים שבהם משתמשים בשתלים.

לא בכל בתי החולים בודקים את החולה שמגופו הוצא השתל ואת מצבו של השתל. על המשרד לקבוע את הבדיקות שיש לעשות כדי להבטיח את בטיחותם ואיכותם של השתלים שבהם משתמשים.

מן הראוי שמשרד הבריאות יבחן מהן הדרכים הבטוחות והמועילות שבהן יש להשתמש בשתלי עצם בניתוחים אורטופדיים, יוציא הנחיות אחידות ומחייבות לבתי החולים, ויקיים בקרה על ביצוען.

חניונים בבתי החולים

ריכוז ממצאים

בתי החולים מפעילים חניונים בתשלום, לשירות ציבור החולים, המבקרים והעובדים. משרד מבקר המדינה בדק את החניונים של בתי החולים הממשלתיים ושל קופת החולים הכללית.

משרד הבריאות לא הוציא לבתי החולים הממשלתיים הנחיות בעניין הרישום התקציבי של ההכנסות מהחניונים והשימוש בהן.

ההכנסות מהחניונים בבתי החולים הממשלתיים המנהלים בעצמם את החניונים הגיעו בשנים 1986 - 1993 לכ- 5.5 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים). הכנסות אלה לא נכללו בתקציבי בתי החולים, שהם חלק מתקציב המדינה, ועד סוף שנת 1993 לא הובאו בדרך כלל בחשבון בעת הכנת התקציבים של בתי החולים. בהכנסות מהחניונים מימנו בתי החולים הוצאות שחרגו מאלה שאושרו להם בחוק התקציב כהוצאה וכהוצאה מותנית, ובכך פעלו בניגוד לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985.

ההכנסות מהחניונים בבתי החולים הממשלתיים המנוהלים בידי עמותות הגיעו בשנים 1986 - 1993 לכ- 20.4 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים). הכנסות אלה הועברו לקופות העמותות. משרד הבריאות לא חתם עם העמותות האלה על הסכמים להפעלת החניונים. בכך חרג מהוראת הנוהל לשיתוף פעולה בין משרדי ממשלה לבין עמותות, שקבע היועץ המשפטי לממשלה ב-1988.

החניונים בבתי החולים הממשלתיים מופעלים בשטחי בתי החולים, שהם נכסי המדינה. בתי החולים המפעילים את החניונים באמצעות קבלנים, חוץ מבית חולים אחד, לא דאגו לקבל אישור ממנהל מינהל מקרקעי ישראל, כפי שנדרשו בידי מחלקת הדיור במשרד האוצר וכפי שהונחו בידי המחלקה המשפטית במשרד הבריאות; החניונים בבתי החולים, חוץ מבבית חולים אחד, הופעלו בלי שקיבלו את אישור המשרד לכך.

ההכנסות מהחניונים שבבתי החולים של קופת החולים הכללית הגיעו בשנים 1988 - 1993 לכ- 6 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים). הכנסות אלה לא נכללו בתקציבי בתי

החולים ולא הובאו בחשבון בעת הכנתם. הנהלת הקופה ייעדה הכנסות אלה לצורכי הפיתוח של בתי החולים, אך העבירה רק כמחצית מהן לפיתוח בתי החולים, יתר ההכנסות הועברו לאגף בינוי ואחזקה בקופה.

בית החולים סורוקה לא דאג למימוש זכותו לקבל את כל ההכנסות מהחניונים, כפי שנקבע בהסכם בינו לבין עמותת ידידי בית החולים.

בארבעה בתי חולים ממשלתיים נחתמו עם הקבלנים הסכמים להפעלת חניונים בלא מכרז ובלא ידיעת משרד הבריאות. ההסכמים נחתמו לפרקי זמן ממושכים. פעולות אלה אינן תואמות את הוראות התכ"ם בעניין חובת קיום מכרזים והגבלת משך ההתקשרות. ההכנסות מהחניונים בארבעת בתי החולים האלה היו נמוכות בהרבה מההכנסות בבתי החולים שהפעילו את החניונים בעצמם.

קופת החולים הכללית לא הקפידה על אכיפת תנאיהם של החוזים שנחתמו עם הקבלנים, ולא נקטה נגדם את הצעדים המתחייבים מהחוזים.

במרבית בתי החולים הממשלתיים הצפיפות בחניונים גדולה.

בחלק מבתי החולים הממשלתיים ומבתי החולים של קופת החולים הכללית אין מפקחים על ניהול החניונים ועל הסדרי הגבייה בהם, ואין עוקבים אחר שיעורי התפוסה בהם.



החניונים בבתי החולים משרתים את ציבור החולים, את מבקריהם ואת סגל העובדים בבית החולים. משנת 1986 החלו בתי החולים הממשלתיים לעבור להפעלה של החניונים שבתחומם בתשלום, ושנתיים לאחר מכן החלו בכך גם בתי חולים של קופת החולים הכללית (להלן - הקופה).

החניונים מנוהלים בידי בתי החולים או בידי עמותות. מקצתם מופעלים ישירות בידי הגופים המנהלים, ומקצתם מושכרים למפעילים פרטיים (להלן - קבלנים) תמורת חלק מההכנסות המתקבלות מדמי החניה. בחודשים ספטמבר 1993 - מאי 1994 בדק משרד מבקר המדינה, לסירוגין, את ניהול ההכנסות מהחניונים, ההתקשרויות להפעלתם ותפועולם בארבעה בתי חולים של הקופה: מאיר, קפלן, הכרמל וסורוקה; ובשלושה בתי חולים ממשלתיים: רמב"ם, שיבא ואיכילוב. בשמונה בתי חולים ממשלתיים אחרים נעשו בדיקות משלימות (בני ציון, וולפסון, אסף הרופא, פוריה, הלל יפה, נהריה, ברזילי ורבקה זיו).

ניהול ההכנסות מהחניונים

ניהול ההכנסות מהחניונים שבבתי החולים הממשלתיים

החניונים בבתי החולים הממשלתיים מופעלים בשטחי בתי החולים, שהם נכסי המדינה. בשנים 1986 - 1993 הגיעו ההכנסות מהחניונים של 11 בתי החולים הממשלתיים שנבדקו לכ-25.9 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים), מזה כ-6.7 מיליון ש"ח בשנת 1993. מ-1986, השנה שבה החלו בתי החולים בהפעלת החניונים בתשלום, ועד שנת 1994 לא נכללו ההכנסות מהחניונים בתקציבי בתי החולים, שהם חלק מתקציב

המדינה: ועד שנת הכספים 1993 לא הובאו הכנסות אלו בחשבון בעת הכנת התקציב. כבר במאוס 1990 הודיע חשב משרד הבריאות (להלן - המשרד) למנכ"ל המשרד, כי למשרד לא מגיע כל מידע בדבר ההכנסות מהחניונים ואופן ניצולן, וכי לדעתו יש להבטיח, שניהול ההכנסות מהחניונים יהיה מוסדר וייכלל בתקציבי המוסדות.

בסוף 1993, בעקבות הנחיה שהוציא מנכ"ל המשרד לבתי החולים בספטמבר אותה שנה, ועל פיה עליהם להציג את כל הכנסותיהם מתפעול בתי החולים בדיון התקציבי עמם לשנת 1994, הובאו ההכנסות מהחניונים לראשונה לידיעת המשרד, אך הן לא נכללו בתקציבו.

1. בארבעה בתי חולים - פוריה, רבקה זיו, נהריה ורמב"ם - מנוהלות ההכנסות מהחניונים בידי בתי החולים עצמם. הכנסות אלה הגיעו בשנים 1986 - 1993 לכ-5.5 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים).

בתי החולים המנהלים בעצמם את החניונים חייבים לרשום את ההכנסות המתקבלות בקופות כהכנסה מיועדת בתקציב המדינה, בתכנית התקציב הנוגעת להפעלת בתי החולים. בשימוש בהכנסות אלה וברישומן מחוץ לחשבונות התקציב חרגו בתי החולים מסכומי הרשאה להוצאה שאושרו להם בחוק התקציב, ובכך פעלו בניגוד לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985.

2. בחמישה בתי חולים - שיבא, איכילוב, וולפסון, ברזילי ואסף הרופא - מנוהלות ההכנסות מהחניונים בידי עמותות, שהן סניפים של עמותה ששמה "קרן למחקרים רפואיים ופיתוח תשתית למען שרותי הבריאות" (להלן - הקרן).

הקרן הוקמה בשנת 1963 כאגודה עותומנית, ונרשמה בשנת 1983 כעמותה לפי חוק העמותות, התש"ם-1980. לפי תקנון הקרן, המנכ"ל והמדען הראשי של המשרד צריכים להימנות עם חמשת חברי הוועד המנהל של הקרן, ואת תפקיד יו"ר הוועד המנהל צריך למלא המנכ"ל או מי שהוא הסמיך באישור הוועד המנהל. מהמסמכים עולה, כי למעשה הקרן מנוהלת בידי הנהלת המשרד, ומנכ"ל המשרד הוא יו"ר הקרן בתוקף תפקידו. מטרותיה העיקריות של הקרן בעת הקמתה היו לעזור למערכת הבריאות בעריכת מחקרים בענפי רפואה שונים ובפיתוח שירותים לצורכי מחקר, באמצעות איסוף תרומות וקבלת מענקים. בשנת 1991 הוסיפה הקרן לתקנון שלה עוד כמה מטרות: תמיכה בהרחבת בתי החולים, בהחזקתם ובשיפור השירות בהם בכל תחומי פעולותיהם ובכל דרך אפשרית.

הסניפים של הקרן בבתי החולים עצמאיים בפעולותיהם המינהליות והכספיות וכפופים לנהלים ולהוראות של הוועד המנהל המרכזי של הקרן.

בשני בתי חולים - בני ציון והלל יפה - מנוהלים החניונים בידי עמותות חיצוניות המנוהלות בידי אישי ציבור, ושטרותן לסייע לבתי החולים.

בשבעת בתי החולים, שבהם מנוהלים החניונים בידי סניפי הקרן ועמותות ידידים, הועברו הכנסות החניונים לקופות העמותות. העמותות מנהלות את הכנסותיהן, כולל ההכנסות מהחניונים, בנפרד מתקציבי בתי החולים. ההכנסות מהחניונים בבתי החולים האלה הגיעו בשנים 1986 - 1993 לכ-20.4 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים). המשרד, בקשריו עם העמותות, לא פיקח על ההכנסות מהחניונים ולא הוציא לבתי החולים הנחיות בדבר הרישום התקציבי של ההכנסות מהם. כך למשל, הגירעון המצטבר בחשבון החניונים בקרן של בית החולים שיבא מ-1986, השנה שבה הוחל בהפעלתם, ועד סוף 1993 הגיע לכ-1.3 מיליון ש"ח.

3. הנוהל לשיתוף פעולה בין משרדי ממשלה לבין עמותות (להלן - הנוהל), שהוציא היועץ המשפטי לממשלה ב-1988 קובע, כי משרד המבקש לשותף פעולה עם עמותה ימנה ועדת עמותות, שתאשר עקרונית את שיתוף הפעולה עם העמותות ותקבע עמן הסדרים, או תסמיך גורם אחר במשרד לקבוע את פרטי ההסדרים. סברה הוועדה שיש להבטיח קיום נהלים מסוימים, עליה לדאוג לכך שאלה יעוגנו בחוזה בין המשרד לעמותה ולעתים גם בתקנון העמותה. המשרד יתאים לכל צורה של שיתוף פעולה עם עמותה את מערכת הפיקוח ההולמת. ועדת העמותות תדאג ליישום הנוהל גם בקשרים עם עמותות שהמשרד כבר משתף פעולה עמן.

בפברואר 1989 מינה מנכ"ל המשרד ועדת עמותות אשר תפקח על העמותות שליד המשרד. בכל הנוגע להפעלת חניונים בידי עמותות לא נהגה הוועדה כנדרש בנוהל: הוועדה לא קבעה הסדרים עם העמותות בעניין הפעלת החניונים ואף לא הנחתה בעלי תפקידים במשרד בדבר הצורך לכות חוזה בין העמותה למשרד בעניין זה. כמו כן לא מונה במשרד כל גורם שיהיה אחראי לפיקוח של המשרד על העמותות.

לדעת משרד מבקר המדינה, הנוהל מחייב את המשרד לדון בקשרי הגומלין שלו עם הקרן ועם העמותות המנהלות את החניונים; על המשרד להגדיר את דרכי השימוש בכספי החניונים, תקצובם והפיקוח עליהם. בתשובתו מנובמבר 1994 הודיע המשרד, כי הוא נערך לקראת תאגוד בתי החולים, ובמסגרת זו ייקבעו הכללים המסדירים את פעולות בתי החולים והעמותות שלידם.

ניהול ההכנסות מהחניונים בבתי החולים של הקופה

ניהול החניונים בבתי החולים של הקופה, חוץ מבית החולים סורוקה, מרוכז ברובו במרכז הקופה. החניון בבית החולים סורוקה מנוהל בידי עמותה שליד בית החולים (ראה להלן).

הכנסות הקופה מהחניונים בשישה בתי חולים כלליים (מאיר, קפלן, הכרמל, סורוקה, השרון ובילינסון) הגיעו בשנים 1988 - 1993 לכ-6 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים), מזה כ-2.2 מיליון ש"ח בשנת 1993.

האגף הכלכלי במרכז הקופה מטפל בהוצאת מכרזים ובחתימה על ההסכמים עם הקבלנים שנבחרו להפעיל את החניונים. אגף בינוי ואחזקה מטפל בעניינים הטכניים וההנדסיים הנוגעים להקמת החניונים ולהפעלתם. אגף הגזברות אחראי לגביית הכספים מהקבלנים ולמעקב אחר מילוי התחייבויותיהם הכספיות. הפיקוח על התפעול השוטף של החניונים, תחזוקתם, התפוסה בהם וכד' הוטל על בתי החולים עצמם.

1. מ-1988, השנה שבה החלו בתי החולים של הקופה בהפעלת החניונים, ועד מועד הביקורת לא נכללו ההכנסות מהחניונים בתקציבי בתי החולים, ולא הובאו בחשבון בעת הכנת תקציביהם. הנהלת הקופה החליטה שההכנסות מהחניונים יוקצו לצורכי הפיתוח של בתי החולים, נוסף על תקציבי הפיתוח שהוקצו להם בתקציב הקופה, אך לא יירשמו בתקציב עצמו. משרד מבקר המדינה העלה, כי למרות החלטה של הנהלה המרכזית, הועברו רק כמחצית ההכנסות האלה לצורכי הפיתוח של בתי החולים, על אף דרישות חוזרות ונשנות מבתי החולים להעביר אליהם את הכספים; יתרת ההכנסות הועברה לאגף בינוי ואחזקה. גם ההכנסות של בית החולים סורוקה מהחניון, המנוהל באמצעות עמותת ידידים של בית החולים, לא נכללו בתקציב בית החולים אלא נכנסו לקופת העמותה, וחלקן הועברו לבית החולים ונרשמו בחשבון נפרד מתקציב בית החולים (ראה להלן).

בתשובתה למשרד מבקר המדינה הודיעה הקופה, כי מינואר 1995 ייכללו ההכנסות מהחניונים ברישום התקציבי של הקופה. כמו כן ייזקפו ההכנסות השוטפות מהחניונים והיתרות משנים קודמות ישירות לקרן התשתית של בתי החולים.

2. בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בעניין סדרי הפיקוח של אגף הגזברות על הגבייה מהקבלנים הועלה, כי זה כשנה לא הושרו ההכנסות שהקבלנים מעבירים לקופה לסרטי הקופות הרושמות המצורפים אליהן. כמו כן לא נעשתה התאמה של הסכומים שנגבו עבור החניות למספר כלי הרכב החונים, ולא נבדקו הסיבות לפערים בסכומי הגבייה באותם ימי השבוע בשבועות שונים.

3. בבית החולים סורוקה מופעל החניון בידי עמותת ידידי המרכז הרפואי סורוקה בנגב (להלן - העמותה). העמותה מפעילה את החניון באמצעות קבלן משנה.

בחדש יוני 1992 נחתם הסכם בין בית החולים לעמותה. משרד מבקר המדינה העלה, כי העמותה לא עמדה בתנאי ההסכם, ובית החולים לא דאג למימוש זכותו לקבל את חלקו בהכנסות מהחניון, כפי שנקבע בהסכם, ולא נקט צעדים נגד העמותה. לפי ההסכם, על העמותה לשלם לבית החולים 90% מן ההכנסות שיהיו לה מהפעלת החניונים, אחרי ניכוי הוצאות ההפעלה, לרבות מע"מ. את התשלומים עליה להעביר לבית החולים פעמיים בחודש; והוצאות הפיתוח של החניונים חלות על בית החולים.

מהנתונים שנמסרו מבית החולים עולה, כי הכנסות העמותה מהחניונים בתקופה ספטמבר 1992 - מאי 1994 היו 973,860 ש"ח. על פי ההסכם בין העמותה לבית החולים, הכנסות בית החולים מהפעלת החניון בתקופה זו היו אמורות להיות 741,463 ש"ח, אך בפועל הועברו לבית החולים מהעמותה בתקופה זו רק 495,383 ש"ח, ויתרת חובה של העמותה לבית החולים במאי 1994 היתה 246,080 ש"ח.

עוד הועלה, כי העמותה לא העבירה לבית החולים באופן סדיר, פעמיים בחודש, את ההכנסות מהחניונים, כפי שהתחייבה בהסכם עם בית החולים, אלא השאירה אצלה את הכספים לזמן ממושך, בין חודשיים לשמונה חודשים.

בתשובתה בספטמבר 1994 הודיעה הקופה למשרד מבקר המדינה, שמבקר הקופה יבדוק את מערכת קשרי הגומלין בין בית החולים סורוקה לעמותה.

התקשרויות להפעלת החניונים

התקשרויות להפעלת החניונים בבתי חולים ממשלתיים

1. במועד הביקורת הפעילו 7 מביין 11 בתי החולים שנבדקו (איכילוב, רמב"ם, בני ציון, פוריה, הלל יפה, נהריה ורביקה זיו) את החניונים בעצמם, או באמצעות סניפי הקרן והעמותות שלהם. בארבעת בתי החולים האחרים (שיבא, וולפסון, אסף הרופא וברזילי) הפעילו סניפי הקרן בבתי החולים ועמותת ידידים את החניונים באמצעות קבלנים, אשר במסגרת ההסכמים שנחתמו אתם העבירו לעמותות רק חלק מהכנסות החניונים (בברזילי מועברים לסניף הקרן בבית החולים 50% מהכנסות החניונים; באסף הרופא - 55% מההכנסות; בשיבא - 58% מההכנסות; ובולפסון - 70% מההכנסות).

משרד מבקר המדינה העלה, כי על פי רוב ההכנסה ממקום חניה אחד בבתי חולים המפעילים ישירות את החניונים גדולה בהרבה מזו של בתי חולים המפעילים אותם באמצעות קבלנים. כך למשל, בבתי החולים המנהלים בעצמם את החניונים ההכנסה מכל מקום חניה היתה בשנת 1993 בין 1,136 ש"ח (בפוריה) ל-2,147 ש"ח (בנהריה).

ולעומת זאת בבתי החולים המפעילים את החניונים באמצעות קבלנים, ההכנסה מכל מקום חניה (לאחר ניכוי מע"מ) היתה בשנת 1993 בין 390 ש"ח (בברזילי) לבין 1,040 ש"ח (בוולפסון).

בבתי החולים המפעילים את החניונים באמצעות קבלנים משלמים הקבלנים את תשלומי המע"מ החלים על ההכנסות. בהסכמים עם הקבלנים נקבע, כי התשלומים לבתי החולים ייעשו לאחר ניכוי מע"מ. בתי החולים המפעילים את החניונים בעצמם אינם משלמים מע"מ.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד, כי מן הראוי שבתי החולים יבחנו את יעילות הפעלתם של החניונים ואת ניהול ההכנסות מהם, כדי למצוא דרך שתאפשר להם להגיע להכנסות מרביות מהפעלתם. בעקבות הביקורת הוציא המשרד בנובמבר 1994 חוזר בנושא הפעלת חניונים בבתי החולים. בחוזר נאמר כי על ההנהלות של בתי החולים לבחון את שיטת ההפעלה הנהוגה בהם ולהחליט על שיטת ההפעלה הרצויה.

2. בפברואר 1990 הודיע מנהל מחלקת דיור ואחזקה במשרד האוצר למנכ"ל המשרד, כי חמישה בתי חולים מפעילים חניונים בתשלום, באמצעות גורמים חיצוניים, בלי שקיבלו אישור מהמוסמכים לכך, דהיינו - מינהל מקרקעי ישראל וסגן החשב הכללי באוצר.

בבדיקה שעשתה סגן היועץ המשפטי במשרד בעניין העברת זכויות במקרקעין במאוס 1990 הועלה, כי בית החולים שיבא היה היחיד שדאג לקבלת האישורים המתאימים ממינהל מקרקעי ישראל. באותו חודש היא המליצה לפני הנהלת המשרד, כי כל מתן זכות במקרקעין ייעשה בידי מינהל מקרקעי ישראל; מתן הזיכיון לא יהיה לתקופה ארוכה (לא יותר מחמש שנים, ואולי אף פחות מכך, עם אפשרות הארכה); בחוזה בין מקבל הזכות (קרן מחקרים או אגודת ידידים, אם יוחלט בהנהלת המשרד שהדבר יתכן) לבין המדינה ובחוזה בינו לבין החברה המפעילה את החניון, יש לשריין את זכויות המדינה בצורה מפורשת.

חרף האמור לעיל, הודיע החשב הכללי לשר הבריאות בדצמבר 1992, כי ארבעה בתי חולים ממשלתיים עדיין משתמשים במקרקעין של המדינה בלי שהדבר הוסדר ותואם מראש עם משרד האוצר, וכי המשרד מתבקש לדון בקביעת הסדרים והנהלים בכל הקשור לפעולות בתי החולים בתחום המקרקעין של המדינה. עד מועד סיום הביקורת לא הוסדר עניין זה.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 1994 הודיע המשרד, כי במסגרת היערכותו לתאגוד בתי החולים ייקבעו כללים המסדירים את פעולות בתי החולים והעמותות שלידם בעניין המקרקעין.

3. חובת מכרזים: בתקופה שבה עוסקת הביקורת חייבו הוראות התכ"ס את משרדי הממשלה להגביל לשנה אחת את משך ההתקשרות שלהם בחוזה לרכישת שירותים. באישור ועדת מכרזים אפשר להאריך את החוזה לשנה נוספת. הארכה לשנה שלישית ורביעית טעונה אישור מנכ"ל המשרד על פי המלצה מנומקת של ועדת המכרזים. כבר במאוס 1990 הודיעה סגן היועץ המשפטי במשרד למנכ"ל, כי בשלושה בתי חולים (אסף הרופא, וולפסון וברזילי) נחתמו עם הקבלנים המפעילים את החניונים הסכמים לתקופות ממושכות, בלא ידיעת המשרד, ובלי שהוצאו מכרזים לבחירת הקבלנים. בית החולים שיבא היה היחיד שהוציא מכרז, והדבר נעשה באמצעות הסניף של הקרן בבית החולים. סגן היועץ המשפטי המליצה לפני האגף לשירותי אשפוז שבמשרד לחייב את בתי החולים להוציא מכרזים וכן לקצר את משך תקופת ההתקשרות עם הקבלנים.

באוגוסט 1990 הוציא מנכ"ל המשרד חוזר לבתי החולים הממשלתיים, ולפיו אין להתקשר עם שום גורם חיצוני חדש לשם הפעלת מגרשי החניה, ואין לחדש או להאריך חוזים עד שתתקבל במשרד החלטה בעניין זה, ויוצאו לבתי החולים הוראות הפעלה. בכירור שעשה משרד מבקר המדינה באוקטובר 1994 במשרד הועלה, כי עד מועד הביקורת לא הוצאו הוראות הפעלה לבתי החולים. עוד הועלה, כי למרות הנחיה זו ואף שלא יצאה הנחיה אחרת, פעלו שני בתי חולים - וולפסון ואסף הרופא - בניגוד להוראות התכ"ם, ובלא ידיעת המשרד, וחידשו את ההסכמים שחתמו בעבר עם קבלנים, לתקופות ממושכות (11 שנים ו-8.5 שנים בהתאמה), בלי שהוציאו מכרזים. בשלושה בתי חולים: ברזילי, שיבא ואיכילוב נחתמו הסכמים עם הקבלנים לתקופות ממושכות (9 שנים, 8 שנים ו-4.5 שנים בהתאמה) עוד לפני הוצאת ההוראה מאוגוסט 1990.

בחוזר שהוציא המשרד בנובמבר 1994 בעקבות הביקורת, הונחו הנהלות בתי החולים לפעול בכפיפות לתקנות חובת המכרזים, התשנ"ג-1993.

התקשרויות להפעלת חניונים בבתי חולים של הקופה

החניונים בבתי החולים של הקופה מופעלים באמצעות קבלנים, תמורת חלק מההכנסות המתקבלות מדמי החניה. שיעור ההכנסות של הקבלנים נקבע על פי רווחיות החניונים ועל פי הסכומים שהם נדרשים להשקיע בהפעלתם. כל ענייני ההתקשרות החוזית עמם וגביית הכספים מהם מנוהלים בקופה. להלן שיעור ההכנסות המועבר מהקבלנים לקופה: בבית החולים הכרמל - 15%; בבית החולים השרון - 20%; בבית החולים בילינסון - 55%; בבית החולים סורוקה - 55%; בבית החולים קפלן - 60%; בבית החולים מאיר - 71%.

1. בבדיקת סדרי ההתקשרויות עם הקבלנים במרכז הקופה הועלה, כי יש קבלנים שלא עמדו במועדים ובתנאי התשלום שנחתמו עמם בהסכמים, וכי הקופה לא נקטה נגדם צעדים; לדוגמה, הקמת חניון בבית החולים מאיר הסתיימה בנובמבר 1993, באיחור של שמונה חודשים מהמועד שנקבע בחוזה; הפעלת אחד החניונים בבית החולים הכרמל החלה בתחילת 1992, באיחור של כשנה.

2. כאמור, ביוני 1992 נחתם בין בית החולים סורוקה לבין העמותה הסכם להפעלה בתשלום של החניונים בבית החולים, בידי העמותה או באמצעות קבלן משנה. באותו חודש חתמה העמותה על הסכם עם קבלן א'. בינואר 1994, לאחר תום תקופת הסכם זה, חתמה העמותה על הסכם להפעלת החניון עם קבלן ב'.

(א) באחד החניונים בבית החולים סורוקה גבה קבלן א' דמי חניה באמצעות פנקס קבלות ולא באמצעות קופה רושמת, ובכך נפגעה יכולת הפיקוח על הגבייה; בית החולים לא נקט נגדו צעדים.

בהסכם עם קבלן א' נוכח המסים הכרוכים בהפעלת החניונים מההכנסות המועברות לבית החולים, שלא כמו בהסכמים אחרים שכרת מרכז הקופה עם קבלנים, ושבהם הוא חייב את הקבלנים בתשלום כל המסים הכרוכים בהחזקת החניונים, בלי לנכותם מהכנסות הקופה.

(ב) בהסכם בין בית החולים לעמותה נקבע, כי כל הצעה של קבלן, שלפיה הסכום שיועבר מהקבלן לעמותה יהיה נמוך מ-70% מההכנסות לאחר ניכוי מע"מ, תחויב באישור בית החולים. בהסכם שנחתם בין העמותה לקבלן ב' בינואר 1994 נקבע, כי בתמורה להשכרת החניונים ישלם הקבלן לעמותה 55% מההכנסות מדמי החניה לאחר ניכוי מע"מ. משרד מבקר המדינה לא מצא בבדיקתו אישור מהנהלת בית החולים כנדרש. בית החולים לא דאג למימוש זכויותיו לפי ההסכם, ולא נקט צעדים נגד העמותה.

(ג) בהסכמים שנחתמו בין העמותה לבין שני הקבלנים האמורים צוין מספר שונה של מקומות חניה (980 מקומות חניה, לעומת 1,200 מקומות חניה). בבית החולים נמסר למשרד מבקר המדינה, כי מספר מקומות החניה בשנים האמורות היה 1,060. בפניית העמותה לשלטונות מס הכנסה ביוני 1993, בעניין הדוח הכספי של העמותה לשנת 1992, הודיע גזבר העמותה לשלטונות מס הכנסה, כי מספר מקומות החניה הוא 900. לדעת מבקר המדינה מסירת מידע לא נכון לשלטונות המס היא עניין חמור. מידע לא נכון על מספר מקומות החניה עלול גם להטות את שיקול הדעת בבחירת ההצעה הטובה ביותר לקופה מבחינה כלכלית.

3. בהסכמים שנחתמו עם הקבלנים התחייבו הקבלנים לנהל רישומים סטטיסטיים באשר לתפוסת החניונים. בבדיקה במרכז הקופה ובבתי החולים הועלה, שהקבלנים לא העבירו רישומים כאלה, וגם הקופה ובתי החולים לא יזמו איסוף מידע על תפוסת החניונים. בתשובתה מספטמבר 1994 מסרה הקופה, כי פנתה אל הקבלנים בדרישה לדווח לה על התפוסה בחניונים, כמתחייב מההסכמים שנחתמו עמם.

תפעול החניונים

תפעול החניונים בבתי חולים ממשלתיים

1. משרד מבקר המדינה העלה, כי יש צפיפות בחניונים שבבתי החולים הממשלתיים. לבתי החולים, חוץ מבית החולים נהריה, אין נתונים על התפוסה בחניונים שבשטחם. כך למשל, בבית החולים רמב"ם יש 898 מיטות, 3,000 עובדים ו-775 מקומות חניה, אשר 525 מהם מוקצים לעובדי בית החולים; בית החולים הודיע למשרד מבקר המדינה, כי בשנת 1994 הואץ הטיפול בהגדלת מספר מקומות החניה. בבית החולים איכילוב יש 1,038 מיטות, 3,200 עובדים ו-726 מקומות חניה, אשר 216 מהם מוקצים לעובדי בית החולים.

2. בית החולים איכילוב מפעיל מגרשי חניה בתשלום בשטח בית החולים וכן שני חניונים אחרים (בשדרות שאול המלך ובבית החולים ליולדות בקריה). כל החניונים, חוץ מחניון הקריה, מופעלים בידי בית החולים, וחניון הקריה מופעל באמצעות קבלן.

(א) באפריל 1994 שונו תעריפי החניה בחניון הנמצא בשטח בית החולים. נקבע תשלום קבוע לשעתיים הראשונות ותשלום נוסף לכל שעת חניה נוספת. בחוזר שהוציא המשרד בנובמבר 1994 הונחו בתי החולים לגבות תשלום עבור חניה ליום שלם וכן לפטור חולים כרוניים מתשלום.

(ב) מחצית ממקומות החניה בחניון שבשדרות שאול המלך הושכרו למנויים חודשיים שהם בעלי משרדים בסביבה. מנהל המכס והמע"מ הודיע למשרד מבקר המדינה בנובמבר 1994, כי בסיכום דברים עם מנהלת המחלקה האזרחית במשרד המשפטים בספטמבר 1990, בדבר שינוי סיווגו של בית החולים רמב"ם כעוסק מורשה הוחלט, כי פעילות מגרש החניה היא חלק מהשירות של בית החולים לחולה. השכרת מקומות חניה למנויים פרטיים, שאינם נזקקים לחניה לשם קבלת שירותים רפואיים בבית החולים, אינה מתיישבת עם החלטה זו. בתשובת בית החולים למשרד מבקר המדינה בנובמבר 1994 נאמר, כי במהלך הביקורת בוטלו כל המינויים החודשיים להשכרת מקומות חניה בחניון.

(ג) לא נמצאו בבית החולים איכילוב או בקרן נהלים הנוגעים לתפעול החניונים ולניהול הכספי שלהם.

בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בספטמבר 1993 הועלה, כי הקופאים השוו אצלם את הכספים שגבו בין יומיים ל-14 ימים. סכומי הכסף שהצטברו אצלם הגיעו ל-7,000 ש"ח. בעקבות הביקורת הוצאו במאי 1994 הוראות לקופאי החניון, והם נדרשו, בין השאר, להפקיד את הפדיון עם סיום המשמרת.

(ד) בחניון בשדרות שאול המלך אין קופה רושמת. בית החולים לא קיים כל פיקוח על הגבייה במקום, ולא היו בידי כלים לבדוק אם אכן דמי החניה שנגבו הועברו במלואם לקרן.

3. בבדיקה בבית החולים שיבא הועלה, כי בית החולים והקרן המנהלת את החניונים אינם מפקחים על תפעול החניונים ועל גביית דמי החניה בהם. כמו כן אין משוים את סרטי הקופות הרושמות לדיווחי הקבלן על ההכנסות מהחניונים. עוד הועלה, כי אין בבית החולים הוראות נוהל המסדרות פיקוח כזה. בתשובתה מסרה הנהלת בית החולים, כי הוצאה הנחיה לעשות את הביקורת הנדרשות בחניונים.

תפעול החניונים בבתי החולים של הקופה

בינואר 1991 הודיע ראש האגף הכלכלי בקופה להנהלות בתי החולים, כי מאותו מועד הפיקוח על התפעול השוטף של החניונים ייעשה בידי בתי החולים. רק כעבור שלוש שנים, באוקטובר 1993, לאחר מועד תחילת הביקורת, הוציא ראש האגף הכלכלי חוזר נוסף בנושא זה לבתי החולים (בעניין שילוט, גביית מחירים, מצב התחזוקה בחניון, בטיחות וניקיון).

בבדיקות שעשה משרד מבקר המדינה בבתי החולים הועלה, כי בתי החולים אינם מפקחים על ניהול החניונים, לא על התפוסה ולא על הסדרי הגבייה. עוד הועלה שגם במרכז הקופה אין גורם המרכז את הפיקוח על תפעול החניונים. להלן דוגמאות:

1. בהסכם שנחתם עם הקבלן המפעיל את החניון בבית החולים מאיר בשנת 1988 נקבע, כי הקבלן יגבה מבעלי רכב שנכנסים לחניון פעמים מספר באותו יום דמי חניה חד-פעמיים. בדצמבר 1993 התקבלה בבית החולים מאיר תלונה על שבעלי רכב שנכנסים לחניון כמה פעמים ביום נדרשים לשלם דמי חניה בכל כניסה, שלא על פי ההסכם עם הקבלן. לקבלן ניתנה הוראה לפעול על פי ההסכם.

2. מ-1992, השנה שבה הוחל בהפעלת החניון בבית החולים סורוקה, נעשו בו רק שתי ביקורות פתע לבדיקת הגבייה בחניונים, למרות המלצתו של חשב בית החולים לעשות ביקורות כאלה לפחות אחת לחודש.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שבמרכז הקופה ירוכז מידע תקופתי שוטף על הפעלת החניונים כדי שהיא תוכל להחליט על מדיניותה בעניין פיתוח החניונים והקשרים עם הקבלנים. בתשובתה הודיעה הנהלת הקופה, כי בעקבות הביקורת נדרשו בתי החולים לדווח לה על תפעול החניונים וכן להגביר את הפיקוח עליהם.



ההכנסות מהחניונים, המופעלים בנכסי המדינה לא נכללו בתקציבי בתי החולים ולא הובאו בחשבון בעת הכנת התקציב, בניגוד לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985. בכמה בתי חולים ממשלתיים, שהחניונים שבהם נוהלו בידי עמותות, הועברו הכנסות החניה לעמותות, והמשרד לא פיקח על הכנסות אלה.

ההכנסות מהחניונים המופעלים בנכסי הקופה לא נכללו בתקציבי בתי החולים. הנהלת הקופה קבעה כי ההכנסות מהחניונים שבבתי החולים של הקופה יוקצו לפיתוח בתי החולים, נוסף על תקציבי הפיתוח שהוקצו להם בתקציב הקופה, אך בפועל הועברו רק כמחצית מהכנסות אלה לפיתוח בתי החולים. יתרתן הועברה לאגף בינוי ואחזקה בקופה.

בתי החולים הממשלתיים המפעילים חניונים בשטחיהם באמצעות קבלנים לא קיבלו את אישור המשרד ומינהל מקרקעי ישראל לכך, ופעלו בניגוד להנחיות האוצר והמחלקה המשפטית של משרד הבריאות. בתי חולים אלה חתמו על חוזים עם הקבלנים להפעלת החניונים בלי שהוציאו מכרז, ובניגוד למתחייב מהוראות התכ"ס.

הפיקוח על תפעול החניונים בחלק מבתי החולים לקה בחסר. בתי החולים לא ניהלו מעקב אחר שיעורי התפוסה בחניונים, ובמרביתם היתה הצפיפות בחניונים גדולה.

לקראת השינויים הצפויים במערכת הבריאות ומתן יתר עצמאות לבתי החולים, עליהם להקפיד על ניהול מבוקר של ההכנסות מהחניונים ולהפעילם ביעילות. על בתי החולים לדאוג להפחתת הצפיפות בחניונים ולהפעלתם הנאותה, כדי לספק שירותי חניה הולמים לחולים, לעובדים ולמבקרים.

מגן דוד אדום - תכנית ההבראה

ריכוז ממצאים

מאז 1987 שרויה האגודה מגן דוד אדום בישראל (מד"א) בקשיים כספיים, אף שנעשו תכניות להבראתה בשנים 1988 ו-1989. ביוני 1992 נחתם הסכם נוסף לתכנית הבראה בין שר האוצר ושר הבריאות לבין הנהלת מד"א, שנועדה להביא את מד"א ליציבות ולאזון תקציבי לטווח ארוך.

ההסכם לתכנית ההבראה התבסס על דוח ועדת רווח - הוועדה המקצועית לבדיקה ולקידום של שירותי מד"א. ביוני 1994 הושלם ביצוע עיקר התכנית. אף על פי שמד"א והממשלה עמדו בחלק גדול מהתחייבויותיהן, נותרו בעיותיה הבסיסיות של מד"א בעינן. התכנית לא נתנה ביטוי להמלצת ועדת רווח, להוציא מתפקידי מד"א מתן שירותים שגופים אחרים, בתוקף תפקידם, אמורים לתת. התכנית לא קבעה באופן חד-משמעי, אם מד"א תפעל כגוף המנוהל על בסיס עסקי-כלכלי לכל דבר, כלומר שהוצאותיו יכוסו מההכנסות תמורת מתן שירותיה, או שמד"א תמשיך להישען גם על תקציב המדינה לכיסוי הוצאות פעולותיה השוטפות. אף לא באחת מתכניות ההבראה שנערכו למד"א, נעשתה הבחנה בין ההוצאות שאותן יכסו מקבלי השירותים או מבטחיהם, לבין ההוצאות שהממשלה צריכה לשאת בהן.

בהסכם נקבעו הנחיות פרטניות בדבר החסכוניות שמד"א נדרשת לבצע, כולל מספר התחנות שיש לסגור, ומספר העובדים שיש לפטר. כן קבעה התכנית את הסכומים שיועברו מתקציב המדינה למד"א לביצוע התכנית. אמנם, ההתערבות הפרטנית מבטיחה את השגת החסכוניות, אך גם מפחיתה מעצמאות מד"א וגם מהאחריות של ההנהלה לתוצאות. התכנית אינה מציגה מסגרת שלמה להבראת מד"א.

מד"א החלה בביצוע התכנית באיחור, רק בתחילת 1993. הדחייה בתכנית גרמה לעלות נוספת בהוצאות שכן, בסכום של 1.6 מיליון ש"ח. מד"א צמצמה את מצבת כוח האדם

ההכנסות מהחניונים המופעלים בנכסי הקופה לא נכללו בתקציבי בתי החולים. הנהלת הקופה קבעה כי ההכנסות מהחניונים שבבתי החולים של הקופה יוקצו לפיתוח בתי החולים, נוסף על תקציבי הפיתוח שהוקצו להם בתקציב הקופה, אך בפועל הועברו רק כמחצית מהכנסות אלה לפיתוח בתי החולים. יתרתן הועברה לאגף בינוי ואחזקה בקופה.

בתי החולים הממשלתיים המפעילים חניונים בשטחיהם באמצעות קבלנים לא קיבלו את אישור המשרד ומינהל מקרקעי ישראל לכך, ופעלו בניגוד להנחיות האוצר והמחלקה המשפטית של משרד הבריאות. בתי חולים אלה חתמו על חוזים עם הקבלנים להפעלת החניונים בלי שהוציאו מכרז, ובניגוד למתחייב מהוראות התכ"ס.

הפיקוח על תפעול החניונים בחלק מבתי החולים לקה בחסר. בתי החולים לא ניהלו מעקב אחר שיעורי התפוסה בחניונים, ובמרביתם היתה הצפיפות בחניונים גדולה.

לקראת השינויים הצפויים במערכת הבריאות ומתן יתר עצמאות לבתי החולים, עליהם להקפיד על ניהול מבוקר של ההכנסות מהחניונים ולהפעילם ביעילות. על בתי החולים לדאוג להפחתת הצפיפות בחניונים ולהפעלתם הנאותה, כדי לספק שירותי חניה הולמים לחולים, לעובדים ולמבקרים.

מגן דוד אדום - תכנית ההבראה

ריכוז ממצאים

מאז 1987 שרויה האגודה מגן דוד אדום בישראל (מד"א) בקשיים כספיים, אף שנעשו תכניות להבראתה בשנים 1988 ו-1989. ביוני 1992 נחתם הסכם נוסף לתכנית הבראה בין שר האוצר ושר הבריאות לבין הנהלת מד"א, שנועדה להביא את מד"א ליציבות ולאזון תקציבי לטווח ארוך.

ההסכם לתכנית ההבראה התבסס על דוח ועדת רווח - הוועדה המקצועית לבדיקה ולקידום של שירותי מד"א. ביוני 1994 הושלם ביצוע עיקר התכנית. אף על פי שמד"א והממשלה עמדו בחלק גדול מהתחייבויותיהן, נותרו בעיותיה הבסיסיות של מד"א בעינן. התכנית לא נתנה ביטוי להמלצת ועדת רווח, להוציא מתפקידי מד"א מתן שירותים שגופים אחרים, בתוקף תפקידם, אמורים לתת. התכנית לא קבעה באופן חד-משמעי, אם מד"א תפעל כגוף המנוהל על בסיס עסקי-כלכלי לכל דבר, כלומר שהוצאותיו יכוסו מההכנסות תמורת מתן שירותיה, או שמד"א תמשיך להישען גם על תקציב המדינה לכיסוי הוצאות פעולותיה השוטפות. אף לא באחת מתכניות ההבראה שנערכו למד"א, נעשתה הבחנה בין ההוצאות שאותן יכסו מקבלי השירותים או מבטחיהם, לבין ההוצאות שהממשלה צריכה לשאת בהן.

בהסכם נקבעו הנחיות פרטניות בדבר החסכוניות שמד"א נדרשת לבצע, כולל מספר התחנות שיש לסגור, ומספר העובדים שיש לפטר. כן קבעה התכנית את הסכומים שיועברו מתקציב המדינה למד"א לביצוע התכנית. אמנם, ההתערבות הפרטנית מבטיחה את השגת החסכוניות, אך גם מפחיתה מעצמאות מד"א וגם מהאחריות של ההנהלה לתוצאות. התכנית אינה מציגה מסגרת שלמה להבראת מד"א.

מד"א החלה בביצוע התכנית באיחור, רק בתחילת 1993. הדחייה בתכנית גרמה לעלות נוספת בהוצאות שכן, בסכום של 1.6 מיליון ש"ח. מד"א צמצמה את מצבת כוח האדם

ב-160 משרות, בהתאם לתכנית. עלות תשלומי הפרישה של העובדים הסתכמה ב-11.6 מיליון ש"ח, לעומת עלות בסכום של 6.0 מיליון ש"ח לאותה מטרה שנאמדה במסגרת התכנית.

למד"א אין הסכמים כתובים עם מקבלי השירותים או עם מממניהם, המסדירים את התשלום עבורם. לכן לא הצליחה מד"א במשך השנים לגבות חובות, שבסוף 1994 עמדו, לפי חישוביה, על כ-70 מיליון ש"ח. בחלק ניכר מסכום זה כופרים החייבים, והעניין תלוי ועומד להכרעה בבתי המשפט.



האגודה מגן דוד אדום בישראל (להלן - מד"א או האגודה), הוקמה בחוק מגן דוד אדום, התש"י-1950. האגודה היא מוסד ללא כוונת רווח שמטרתיה הוגדרו בחוק, ואלו הן: להיות שירות עזר לשירות הרפואי של צבא הגנה לישראל בזמן מלחמה ולהתכונן לכך בזמן שלום; לקיים לטובת כלל התושבים שירותי עזרה ראשונה; לקיים לטובת כלל התושבים שירות של אגירת דם, פלסמה ומוצרי לוואי שלהם; ולמלא כל תפקיד נוסף שייקבע בתקנות האגודה.

מכלול השירותים שמד"א מספקת מגוון מאד. באחדים מהשירותים מד"א היא גורם בלעדי, כגון: טיפול בנפגעים ברשות הרבים ופינויים, בעיקר נפגעי תאונות דרכים; שירותי הדם; ושירותים לשעת חירום - אותם היא מגישה ככוח עזר לשירות הרפואי של צה"ל. בתחומים אחרים, כגון פינוי חולים באמבולנסים והגשת עזרה ראשונה, פועלים גם חברות וגופים פרטיים, המספקים שירותים דומים.

מקורות ההכנסה של מד"א הם: (א) תמורת השירותים שמד"א מספקת היא גובה תשלום מצרכנים, שהם מצדם מבוטחים בקופות החולים השונות או בכיטוח רכב. (ב) מד"א אחראית גם להספקת השירות לשעת חירום; משום כך דורשת הממשלה ממנה להחזיק כוח אדם, אמבולנסים וציוד בקיבולת גדולה יותר מזו הדרושה לפעילות השוטפת שלה. עודף הקיבולת ראוי שיהיה מכוסה מתקציב המדינה. כמו כן משתתפת המדינה בהוצאות התפעול של מד"א. (ג) מד"א נהנית גם מתרומות שחלקן הגדול מועברות מחו"ל והן מרכיב חשוב בהכנסותיה. מרבית התרומות אינן נמסרות למד"א במזומן אלא בציוד ובתרופות. מקור הכנסה זה אינו יציב, ובשנים האחרונות יש מגמה של ירידה בהכנסות מתרומות.

מאז 1987 שרויה מד"א בקשיים כספיים. משרד הבריאות ומשרד האוצר בחנו במשך השנים את הגורמים לקשיים הכספיים באמצעות ועדות מומחים, ואלה המליצו על דרכים להבראתה הכלכלית של האגודה; המשרדים לא יישמו את מרבית ההמלצות של ועדות המומחים והיועצים שעסקו בנושא. תכניות הבראה מהשנים 1988 ו-1989 לא הניבו פתרון. ביוני 1992 חתמו שר הבריאות ושר האוצר עם הנהלת מד"א על הסכם לתכנית הבראה נוספת.

מגן דוד אדום עומד לביקורת מבקר המדינה על פי סעיף 2 לחוק מגן דוד אדום, התש"י-1950, וסעיף 9(6) לחוק מבקר המדינה, התשי"ח-1958 [נוסח משולב]. בחודשים יולי - אוגוסט 1994 בדק משרד מבקר המדינה את יישום תכנית הבראה משנת 1992 ואת המצב הכספי של מד"א. הבדיקה נעשתה במד"א, באגף התקציבים שבמשרד האוצר ובמשרד הבריאות.¹

¹ בעניין ביקורת על מד"א, ראה גם דוח שפרסם מבקר המדינה בספטמבר 1983.

הפעולות להבראת מד"א

1. כאמור, בראשית שנת 1987 נקלעה מד"א למשבר כספי. ביוני 1987 מינו משרד האוצר ומשרד הבריאות (להלן - המשרד) בודק לבחינת מצבה הכספית והתפעולי הכולל של מד"א. בעקבות מסקנות הבודק והמלצותיו נחתם באוגוסט 1988 הסכם לתכנית הבראה, שעיקרה: צמצום במספר המשרות, סגירת תחנות מד"א ואיחוד מוקדי תקשורת בתחנות קרובות למוקד אחד. תכנית ההבראה לא יושמה במלואה, ולא הביאה לאיזון תקציב מד"א ולפתרון המשבר הכספי. מצבה הכספית הקשה של מד"א הביא בסוף דצמבר 1989 לגיבוש תכנית חירום למד"א, אך גם תכנית זו לא הביאה לפתרון.

2. במאמר 1990 מינה מנכ"ל המשרד ועדה מקצועית לבדיקה ולקידום שירותי מד"א, בראשות פרופ' מ' רווח (להלן - ועדת רווח). באוקטובר 1990 הוגש למשרד דוח הוועדה.

ועדת רווח הגדירה את כלל שירותי רפואת החירום במדינה, ובמסגרתם את תחומי הפעילות העיקריים של מד"א בעת רגיעה ובשעת חירום: מד"א תתפקד כאגודה ארצית ובלעדית בתחום שירותי הדם, תהיה גורם מרכזי ועיקרי בטיפול בנפגעי תאונות הדרכים, ותיתן שירות ככוח עזר רפואי לחיל הרפואה ולהג"א בשעת חירום, בעיקר שירותי הצלה ופינוי עקב פגיעה בעורף.

לדעת חברי הוועדה, יכולים שירותים אחדים להינתן בידי גופים פרטיים או ציבוריים אחרים שתפקידם בכך, כגון: עזרה ראשונה תספק בידי קופות החולים השונות, והסעה באמבולנסים - גם בידי גופים פרטיים².

ועדת רווח המליצה גם על שינוי במבנה הניהולי והארגוני של מד"א, ואלה עיקרי: שינוי בפריסת השירותים - צמצום במספר התחנות, צמצום במספר האמבולנסים ובכוח האדם, וכן שינויים בשיטת התקשורת.

ועדת רווח לא עסקה בפירוט בתחום התקציב של מד"א ובאופן מימונו. עם זאת הצביעה על דרכי מימון אפשריות של פעולותיה, כלהלן:

(א) מד"א מוכרת שירותי דם באמצעות בנק הדם המרכזי, לבתי חולים של המשרד, של קופות החולים ושל אחרים; שירות זה יתנהל כתת-מערכת, באיזון כספי, והמחירים של מוצרי הדם ייגזרו מעלות התשומות.

(ב) שירותי הצלה רפואיים ברשות הרבים ימומנו מהמקורות הבאים: חברת הביטוח "אבנר" - מימון הצלה ופינוי של נפגעי תאונות דרכים; הביטוח הלאומי - מימון נפגעי תאונות עבודה; קופות החולים - מימון שירותים דחופים, שירותי נידות לטיפול נמרץ והסעות דחופות של חולים (קופות החולים יוכלו לגבות ממבוטחיהן "השתתפות עצמית" על שירותים אלה); המשטרה; משרדי ממשלה; ומערכת הביטחון - מימון הכוננות, שמירת הכשירות וקריאות פתע עקב התראות המשטרה וצה"ל.

(ג) פינוי רפואי באמבולנסים - ימומן בחלקו או במלואו מההכנסות שיופקו מהמשתמשים בשירות, אלה יגבו את עלות הפינוי מקופות החולים (תוך מתן פתרון הולם לעלות הפינוי באזורים מרוחקים); את פינוי היולדות יממן הביטוח הלאומי; את הפינוי של מעוטי יכולת יממנו משרד העבודה הרווחה או הרשות המקומית המתאימה.

² גם ועדת נתניהו - "הוועדה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל" קבעה עוד בשנת 1988, כי קופות החולים הן האחראיות למתן שירותי הרפואה הדחופה בכל שעות היממה, ולפיכך אין הכרח שמד"א תספק אותם.

מתוך ההמלצות עולה בבירור העיקרון, שמקורן של הכנסות מד"א ממתן השירות, בתוספת כיסוי עלויות היערכות מד"א לשעת חירום, תוספת שמקורה בתקציב המדינה, צריכות לכסות יחדיו את מלוא הוצאותיה של מד"א; ההמלצות אומצו בידי המשרד ומשרד האוצר.

ההסכם לתכנית ההבראה (מיוני 1992)

על בסיס דוח ועדת רווח הכינו המשרד ומשרד האוצר, באפריל 1991, מסמך עקרונות לתכנית הבראה למד"א. ביוני 1992 נחתם הסכם בין שר האוצר ושר הבריאות לבין הנהלת מד"א לביצוע תכנית ההבראה, שהיתה אמורה להתממש בשלבים עד יוני 1994.

תכנית ההבראה (להלן - התכנית) נועדה, על פי ההסכם האמור, להביא להפעלה שוטפת ותקינה של מד"א, תוך איזון תקציבי לטווח ארוך ופתרון בו זמני של בעיית הגירעון הצבור. בהסכם נאמר, כי כדי להשיג את מטרת התכנית יש לנקוט צעדי התייעלות, לרבות מכירת נכסים וצמצום כוח האדם, וכן לפעול ליישום דוח ועדת רווח שצורף להסכם. להלן עיקרי התכנית:

1. **התחייבויות מד"א:** (א) מד"א התחייבה לנהל תקציב מאוזן, וכן לגבות את יתרת החובות שהגיעו לה ממכירת שירותיה בעבר, לרבות באמצעות פנייה לערכאות.

(ב) מד"א התחייבה לכסות את הגירעון הצבור מתקציבה השוטף (כולל מהשתתפות מתקציב המדינה, כנאמר בהסכם זה), מצמצום בהוצאותיה, ממכירה או מהחכרה של נכסיה, ומצמצום התחייבויותיה לעובדים.

(ג) עוד התחייבה מד"א לצמצם את מצבת כוח האדם ב-160 משרות, כך שביום 1.6.94 היא לא תעלה על 715 משרות, ולממן את עלויות הפיטורין והפרישה של העובדים מקרנות שנצברו למטרה זו, ומתקציבה השוטף של מד"א (כולל תמיכת הממשלה במסגרת התכנית).

(ד) מד"א התחייבה לסגור לחלוטין 20 תחנות ולהפעיל במקומן "נקודות הזנקה" - נקודות יציאה של אמבולנסים או ניידות לטיפול נמרץ (להלן - נט"ן, נט"נים), שימוקמו בצמוד למוסד אחר (כגון תחנת משטרה, בית חולים וכיוצא באלה). כן התחייבה לצמצם 12 תחנות נוספות, ולהפכן ל"בסיס הזנקה" שיכלול מתקן מצומצם של מד"א ובו אמבולנס או נט"ן, אך ללא מוקד תקשורת.

בהסכם נקבע, כי סגירת תחנות וצמצום תחנות אחרות ייעשו בהתאם ללוח זמנים שפורט בהסכם. עוד נקבע, כי לאחר סגירה או צמצום של התחנות, על מד"א למכור, להחכיר או להחזיר לבעליהם את השטחים שהתפנו.

(ה) מד"א תכין תכנית מפורטת לבניית מערכת תקשורת והזנקה חלופית ותפעל ליישומה. הקמת המערכת תמומן במלואה מתקציבה השוטף או מכספים שיעביר אליה ארגון ידידי מד"א, ארגון המגייס תרומות בחו"ל, בעיקר למימון פעולות הפיתוח של מד"א.

2. **התחייבויות הממשלה:** (א) לשנים 1991 - 1995 התחייבה הממשלה להעביר למד"א סכום כולל של 34.4 מיליון ש"ח (במחירי 1991). הסכום יועבר לשיעורין מדי שנה, על פי לוח זמנים מוגדר מראש, ובכפוף למילוי התחייבויות מד"א לסגור תחנות ולצמצם את כוח האדם, זאת עד אוקטובר 1995. משנת 1992 יעודכנו הסכומים שיועברו למד"א לפי מדד המחירים לצרכן, וכמדד הבסיס ישמש המדד הממוצע לשנת 1991.

(ב) לגבי הדרכים והשיעורים להשתתפות הממשלה במימון הפעילות של מד"א בשעת חירום נקבע בהסכם, כי משתוכרו שעת חירום או שתוכר כזו לאחר מעשה יהיה דינה של מד"א כדין כל גוף או מוסד אחר במערכת הבריאות. כן נקבע, שהוצאות מד"א להכנה, להכשרה ולתרגול לקראת שעת חירום, שנעשו על פי הנחיה ובמסגרת תכנית שנתית שנקבעה לעניין זה, יכוסו בידי הממשלה בדרכים ובשיעורים שייקבעו.

מכל האמור לעיל עולה, כי אימוץ המסגרת העקרונית להבראת מד"א, כפי שהמליצה עליה ועדת רווח, נותר בעיקרו בגדר הצהרה. במקום זאת העבירו נציגי המדינה הנחיות למנהלים וקבעו באופן פרטני את הצמצומים הנדרשים ממד"א כתנאי להעברת כספים מהממשלה למד"א. אמנם, ההתערבות הפרטנית מבטיחה את השגת החסכוניות שמד"א נדרשה לבצע, אך גם מפחיתה מהעצמאות ומהאחריות של מנהלי מד"א, שהעבירו במשתמע, לממשלה חלק מהאחריות לתפעול מד"א.

עם זאת, הכיסוי הכספי לפעולות מד"א בשעת חירום הוסדר בתכנית ומצא ביטוי גם ביישומה. התכנית עסקה גם באיזון הכספי השוטף של מד"א והניחה בסיס להקטנת הגירעון.

ביצוע התכנית

1. ביולי 1992, עם מינויו של שר בריאות חדש, החליט השר על שינוי התכנית. הוסכם, על דעת שר האוצר, כי לא ייסגרו תחנות, כפי שנקבע בהסכם, אלא ייסגרו רק מוקדי התקשורת שבתחנות, ותחנות אלה ימשיכו לפעול, אולם בעיקר כתחנות הזנקה של אמבולנסים.

מבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה עולה, כי מד"א עמדה בהתחייבותה לסגור מוקדים; במועד סיום התכנית, יוני 1994, היא הפעילה 13 במקום 39 מוקדים, שפעלו בתחנות בתחילת התכנית. כמו כן, צמצמה מד"א את הפעילות בכמה מהתחנות. סגירת המוקדים לא לוותה עד כה בהקמת מערכת תקשורת והזנקה חדשה ומתקדמת, כנדרש. להערכת מד"א יושלם הפרויקט בנובמבר 1995.

2. (א) כאמור, התחייבה מד"א לצמצם עד 1.6.94 את מצבת כוח האדם ב-160 משרות. לפי לוח הזמנים שנקבע בתכנית, היה עליה לבצע צמצום ב-25 משרות עד מחצית אוקטובר 1992. המשא ומתן עם העובדים התארך, ורק ב-1.12.92 נחתם הסכם מיוחד למפוטרים במסגרת התכנית, בין הנהלת מד"א, משרד האוצר וההסתדרות הכללית לבין עובדי מד"א. בהסכם המיוחד נקבעו פיצויים לפורשים בשיעור שבין 100% ל-220%, לעומת שיעורי פיצויים שהובאו בחשבון בתכנית שנעו בין 100% לבין 150%. ההוצאה לפיצויים, שנבעה מההסכמה לשנות את שיעור הפיצוי, הוערכה בסכום שבין 9.0 מיליון ש"ח ל-11.0 מיליון ש"ח (לעומת 6.0 מיליון ש"ח בתכנית). נוסף על הפיצויים הוסכם על תשלום תוספות, כמו מענק הסתגלות.

בתכנית נקבע, כי הממשלה תישא בכל עלות הפיצויים, שהוערכה אז ב-6.0 מיליון ש"ח; הסכום שולם מתקציב המדינה לשנת 1993. מנתוני מד"א עולה, כי העלויות בפועל של תשלומי הפרישה הסתכמו ב-11.6 מיליון ש"ח, סכום החורג אך במעט מההערכה שנעשתה, כאמור, לאחר חתימת ההסכם המיוחד.

מסיכומי הדיונים שהתקיימו במהלך קיץ 1993, בנושא כיסוי התוספת לסכומי הפיצויים שנקבעה בהסכם הפיטורים המיוחד, עולה התחייבות הממשלה לכסות את מלוא עלות הפיצויים (כ-11.0 מיליון ש"ח). בתקציב לשנת 1994 ניתנה למד"א תוספת תקציב חד-פעמית למטרה זו בסכום של 2.5 מיליון ש"ח בלבד. מד"א תובעת כי סכום נוסף של 2.4 מיליון ש"ח, שהיא שילמה למפוטריה, יכוסה גם הוא מתקציב המדינה, ואילו לטענת המשרד אמורה מד"א לכסות סכום זה

ממקורותיה היא. במועד סיום הביקורת, דצמבר 1994, המחלוקת בעניין כיסוי תוספת זו עדיין עמדה בעינה.

(ב) פיטורי העובדים היו כרוכים בעלות נוספת, וזאת, כאמור, בשל דחייה ביישום התכנית. לפי חישוב שנעשה במד"א, עומד הסכום בגין הדחייה על 1.6 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים). המשרד הכיר בחישוב זה והתשלום מומן מתקציב המדינה. עוד העבירה הממשלה סכום של 0.55 מיליון ש"ח למימון הצטרפותם של עובדי מד"א לתכנית פנסיה מקיפה, כפי שנקבע בהסכם המיוחד עם העובדים.

(ג) מבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה עולה, כי מד"א צמצמה את מצבת כוח האדם בכ-160 משרות, בהתאם למוסכם בתכנית. אולם מנתוני מד"א, לאוגוסט 1994 עולה, כי נוספו למצבת כוח האדם 30 משרות. לדברי מד"א, נעשה הדבר באישור שר הבריאות.

3. הכיסוי הכספי לפעילות מד"א בשעת חירום הוסדר בהתאם לתכנית; הצטיידות מד"א לשעת חירום ממומנת כיום בידי המשרד במסגרת האגף לשעת חירום שבמשרד. את הוצאות מד"א על הכנה, הכשרה ותרגול לקראת שעת חירום, מממנים המשרד וצה"ל. בנושא התשלום למד"א עבור כוננות באירועים מיוחדים הוחלט, כי הרשות המזמינה את הכוננות היא זו שתישא בעלות. כך למשל, כאשר משטרת ישראל היא הגורם המזמין, יהיה עליה לשאת בהוצאה, למעט מקרים חריגים שיוגדרו³.

4. המלצת ועדת רווח לנהל את בנק הדם כתת-מערכת סגורה⁴ לא יושמה במסגרת התכנית. המשרד הודיע למשרד מבקר המדינה, כי על פי החלטת שר הבריאות מדצמבר 1994, יפעל בנק הדם במסגרת שאר פעולותיה של מד"א, ולא כמשק סגור.

לדברי המשרד, נובעת החלטת השר מהשיקול שבנק הדם פועל ברווח תפעולי, ועודף הכנסותיו משמשות למימון פעולותיה האחרות של מד"א. כל עוד אין למד"א מקורות הכנסה נוספים, אי אפשר לוותר על ההכנסות מבנק הדם.

לדעת משרד מבקר המדינה, ניהול בנק הדם כמשק סגור, כשהוא מאוזן מבחינת כספית, יהיה נכון הן מהבחינה הניהולית-הכלכלית והן מהבחינה הציבורית. אין כל סיבה שצרכני בנק הדם יסבסדו פעולות אחרות של מד"א. לכן ראוי לשקול מחדש אם אין ליישם את המלצות הוועדות, בעניין זה.

5. ועדת רווח המליצה על צירוף חובשים מלוויים באמבולנסים. רוב האמבולנסים הרגילים הפועלים בתחנות מד"א מאוישים רק בנהג, המשמש גם חובש. המשרד מצא, כי טיפול נאות מחייב להוסיף חובש מלווה לכל אמבולנס. בשנת 1994 מימן המשרד את העסקתם של 16 חובשים מלוויים באמבולנסים רגילים בסכום של 0.8 מיליון ש"ח.

במד"א אין תקן עבור חובש מלווה באמבולנסים הרגילים. כדי להוסיף חובש מלווה לכל אמבולנס דרושים, לדברי מד"א, 76 משרות חובשים, ולשם כך יש להגדיל את מספר המשרות במד"א כך שיעלה את מספר המשרות הנקובות בתכנית, וממילא את עלות הפעלת האמבולנס בהתאם. העלות השנתית להעסקתם נאמדת בידי מד"א ב-5.7 מיליון ש"ח. מד"א מבקשת כי עלות זו תכוסה מתקציב המשרד.

בתחילת אוקטובר 1994 סוכם עקרונית בין שר הבריאות לבין סגן שר הביטחון, קצין רפואה ראשי ומד"א, על העסקת חיילים בשירות סדיר, שעלות העסקתם קטנה, כחובשים מלוויים

³ ראה גם הפרק "מכשירים רפואיים ותרופות לשעת חירום", עמ' 188.

⁴ גם ועדת נתניהו המליצה שבנק הדם ינוהל כמשק סגור.

באמבולנסים של מד"א; על ידי כך ייחסך הצורך להגדיל את התקן של מד"א ב-76 משרות. אך עד סוף 1994 לא נעשו הליכים מעשיים להעסקת חיילים.



כאמור, החל משנת 1987 חזרו וניסו מומחים שונים להביא לפתרון בעיות מד"א, והמלצותיהם לא יושמו במלואן. התכנית מ-1992 היא בבחינת ניסיון נוסף להבריאת אותה. התכנית נשענה רק על חלק מהמלצות ועדת רווח. הוועדה ייחדה את עיקר המלצותיה לעיצוב של מבנה ארגוני חדש למד"א, שתכליתו לאפשר לאגודה לפעול באופן יציב לטווח הארוך. אולם בתרגום המלצותיה לשפת המעשה, נמצאו משרד האוצר והמשרד מרוכזים בעיקר בטיפול במימון השוטף של מד"א, כדי לפתור בעיה בוערת. הביטוי המעשי לכך היה התמקדות כמעט מוחלטת בצמצום מספר המשרות, ובעלות המיידית שתיחסך בעקבות צמצום כזה. אילו קיבלו את עיקר המלצות ועדת רווח, כמו גם את המלצותיהן של ועדות קודמות, היה ראוי להפריד בין פעולות מד"א, שהן שירות ציבורי ולכן הציבור חייב לשאת בעלותן, לבין פעולות מד"א שהן בבחינת הספקה של שירותים, שעלותם תכוסה ישירות מההכנסות שיופקו ממקבלי השירותים או ממבטחיהם; שירותים אלה יוכלו לספק גם גורמים פרטיים, והם יהיו פתוחים לתחרות. השירותים הציבוריים שבפעילות מד"א יכוסו ישירות מתקציב המדינה שתקבע את היקפם, למשל: מהו מספר האמבולנסים הדרוש לכיסוי השירותים והפעולות שלא יכוסו מההכנסות שיופקו מהמשתמשים. כמו כן, סכום הסיוע לא נבחן, כפי שראוי היה לעשות, לפי התשובה לשאלה, אם סיוע כזה מכסה רק אותו חלק של פעולות מד"א המיוחס להחזקת עודף הקיבולת שלה לשעת חירום, שאותו אין גובים מידי המשתמשים.

משקיבל המשרד את המלצות ועדת רווח והחל בגיבוש הדרך ליישומן, הוא העביר למד"א בשנת 1991 סכום של 4.2 מיליון ש"ח. במהלכה של התכנית, בשנים 1992 - 1994, הועברו למד"א כספי תקציב נוספים, בסכום של 34.7 מיליון ש"ח. יצוין, שעלות התכנית לא הוערכה לפרטיה מראש, ולא נקבע מי ומי ישאו בהוצאות מימונה. יתכן שהעדר הסדר כזה הוא הגורם למחלוקת שהוזכרה לעיל, שעדיין לא יושבה.

המתכונת הכספית להפעלת מד"א

1. לדברי המשרד ומשרד האוצר, המדיניות כיום היא להביא את מד"א למצב שבו הוצאותיה על מתן שירותים יכוסו מהכנסותיה מאותם השירותים, ושהיא לא תפעיל שירות אלא אם יובטח שהתמורה תכסה את עלות הפעלתו. בדצמבר 1994 הודיע המשרד למשרד מבקר המדינה, כי "במשרד הבריאות מתנהלים דיונים לגיבוש מדיניות כיצד מד"א אמורה לפעול".

2. עיון בספרי מד"א לשנת 1993 מעלה, כי הוצאותיה השוטפות היו 113.6 מיליון ש"ח, והכנסותיה השוטפות 118.6 מיליון ש"ח, מהם כ-13 מיליון ש"ח העברה מתקציב המדינה במסגרת התכנית. לאחר ניכוי עלות מימון והוצאות אחרות נותר עודף של 1.9 מיליון ש"ח. מנתונים לא מבוקרים לספטמבר 1994 עולה, כי עודף ההכנסות על ההוצאות עמד על כ-2 מיליון ש"ח; במסגרת ההכנסות נכללה תמיכה ממשלתית בסכום של כ-6.6 מיליון ש"ח. לאחר ניכוי הוצאות מימון ואחרות נותר עודף של 0.3 מיליון ש"ח. ראוי לציין, כי מד"א אינה צוברת את מלוא הניכויים שהיא מנכה משכר עובדיה בקרנות מתאימות לעתודה לפיצויי פרישה,

לעתודה לימי מחלה ולחופשות. הכספים משמשים לכיסוי הוצאות שוטפות. לפיכך, אין ממש בעודף שסכומו נקוב לעיל.

עוד עולה, כי על אף יישום התכנית נותרה בעיית הגירעון הצבור בעינה. ב-31.12.92 עמד הגירעון הצבור על 37.9 מיליון ש"ח, ואילו ביום 31.12.93, מועד שכבר בוצע בו חלק ניכר מתכנית ההבראה, עמד הגירעון על 36 מיליון ש"ח (בסוף ספטמבר 1994 עמד הגירעון על 35.7 מיליון ש"ח). כלומר, לא היתה הקטנה של ממש בגירעון הצבור. מד"א מצדה לא פעלה די כדי לגבות את המגיע לה מגופים הקשורים עמה, ובהם חברות הביטוח, והמוסד לביטוח הלאומי. אילו פעלה מד"א לגבות את הסכומים האלה כולם או חלקם, אפשר שבעיית הגירעון הצבור היתה נפתרת; על פי טענת מד"א, חובם של חברות הביטוח ושל המוסד לביטוח לאומי עבור פינוי נפגעי תאונות דרכים עומד על כ-70 מיליון ש"ח. מד"א אינה כוללת בדוחותיה הכספיים סכומים אלה, שכן גופים אלה כופרים בחובם.

3. (א) נפגעי תאונות דרכים מבוטחים בביטוח חובה. בין מד"א לבין חברות הביטוח אין הסכמה ואף אין הסדר כתוב, לא על תעריף הפינוי באמבולנס, ולא על דרך חישוב התשלום המגיע למד"א עבור פינויים של כלל נפגעי תאונות הדרכים: (1) תעריף ההסעה באמבולנס מאושר בידי המשרד כמחיר מפקח, ומשמש בסיס לסכומים שמד"א מחייבת בהם את חברות הביטוח. אלה מצדן טוענות שתעריף זה גבוה מדי. (2) כמו כן הן טוענות, שעליהן לשאת רק בעלותם של אלה מהאמבולנסים שפינו בפועל נפגעים, ושלגביהם נפתחה תביעה נגד החברות, ולא בעלות כל האמבולנסים שמד"א הזניקה לאתר תאונות הדרכים. מד"א מחשבת את עלות הפינוי על פי התעריף האמור, ועל פי מספר האמבולנסים שהוזנקו בפועל לאתר התאונה. לדעת מבקר המדינה, בעת אישור התעריף על המשרד להביא בחשבון גם את ההוצאה על הזנקת יתר בשיעור המקובל על המשרד.

המוסד לביטוח לאומי אמור לשאת בעלות הפינויים של נפגעי תאונות דרכים המוכרות כתאונות עבודה. גם עם המוסד לביטוח לאומי אין למד"א הסדר בדבר התשלום עבור נפגעים אלה.

לפי חישובי מד"א, חייב לה המוסד לביטוח לאומי עבור הפינוי של נפגעי תאונות עבודה בשנים 1993 ו-1994 סכום של 4.3 מיליון ש"ח. זאת נוסף לחובות בסכום של 10.2 מיליון ש"ח משנים קודמות. המוסד לביטוח לאומי כופר מכל וכל בחוב זה.

ביוני 1993 הגישה מד"א תביעה לבית המשפט נגד המוסד לביטוח לאומי לתשלום חובות. במועד סיום הביקורת, דצמבר 1994, העניין עדיין תלוי ועומד. רק בתחילת ינואר 1995 הגישה מד"א תביעה לבית המשפט המחוזי בתל אביב כנגד חברות הביטוח לגביית חובן, והעניין עומד להכרעת בית המשפט.

(ב) דוגמה למורכבות המימון של שירותי מד"א ניתן לראות בשירות הנט"ן (ניידת טיפול נמרץ) שמד"א מקיימת:

מד"א מפעילה ברחבי הארץ 21 מוקדים לנט"ן. מספר הקריאות והטיפוליים של הנט"נים מגיע בשנה לכ-50,000. ההוצאה הכספית להפעלת נט"ן בשנה עולה על 30.0 מיליון ש"ח.

עוד באפריל 1980, עם הקמת שירות הנט"ן, מינה מנכ"ל המשרד דאז, ועדת תיאום ארצית שעליה הוטל, בין היתר, לקבוע נהלים להפעלת השירות ודרכים לחלוקת המשאבים הדרושים להפעלתו בידי הגופים המיוצגים בו. בוועדה היו חברים מנהלי מחלקות רפואיות של בתי חולים, נציגים של קופת החולים של ההסתדרות הכללית, נציגים של מרכז השלטון המקומי, של משרד האוצר ומשרד הבריאות וכן של הנהלת מד"א. בשנת 1981 המליצה ועדה זו - ועדת נט"ן עליונה, כי הגירעון - הוצאות התפעול השוטף של מוקדי הנט"ן לאחר ניכוי ההכנסות שגבו ממזמיני הנט"ן - ימומן בחלקים שווים על ידי משרד הבריאות, קופות החולים והרשויות

המקומיות. ועדת נט"ן עליונה פועלת גם היום ותפקידה לתאם בין הגורמים השונים הקשורים בשירות, וכן לטפל בבעיות הרפואיות, המינהליות והכספיות הקשורות בו¹.

עד שנת 1989 השתתף המשרד במימון שלישי מהגירעון של שירות הנט"ן. החל מאותה שנה משתתף המשרד בסכום קבוע, המתעדכן מדי שנה בהתאם למדד המחירים לצרכן. על פי חישובי מד"א, הסכום שהמשרד מעביר למד"א בשנים האחרונות מדי שנה נופל בכמיליון ש"ח משליש סכום הגירעון, כלומר מחלקן של המשרד. לדברי המשרד, השתתפותו הועמדה על סכום קבוע המתעדכן מדי שנה בהתאם להסכם שנעשה בשנת 1989. בכירור שערך משרד מבקר המדינה במשרד לא נמצא ההסכם.

מהרשויות המקומיות מתקשה מד"א לגבות את דמי ההשתתפות בעלות שירות הנט"ן. מנתוני מד"א לאוקטובר 1994 עולה, כי מגיע לה לעניין זה משלושת הגורמים הממנים סכום כולל נוסף של 5.2 מיליון ש"ח.

משרד האוצר והמשרד ערים למצב הקיים. בדצמבר 1994 הודיע המשרד למשרד מבקר המדינה, כי שר הבריאות בודק את האפשרות לכלול בעתיד את שירות הנט"ן בעלות סל שירותי הבריאות, כמוגדר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

לדעת מבקר המדינה, ראוי שמד"א תגבה מהמשתמשים תעריף המכסה את מלוא העלות. החלטת שר הבריאות לכלול את שירותי הנט"ן בעלות סל שירותי הבריאות, פותרת את הבעיה מבחינת המשתמשים.

4. בתחילת 1994 החלה מד"א בגיבוש תכנית כוללת נוספת שתאפשר לה לפעול באיזון כספי, בלי לפגוע בייעודה כגוף הצלה לאומי. בתכנית זו מקבלת מד"א, לכאורה, את הקביעה שמימון פעולותיה ייעשה מהכנסותיה, והיא גם מציעה לפתח שירותים חדשים, מהם בשיתוף עם אחרים. עם זאת, תובעת מד"א שהממשלה תמשיך ותכסה חלק מהוצאותיה, שכן לטענתה "אין לה פוטנציאל עסקי שיוכל לשאת במלוא העלות של מגוון פעולותיה".

מד"א כבר עשתה צעדים ראשונים למימוש תכניתה, ולשם כך שכרה חברת ייעוץ פרטית שתסייע לה בארגון מחדש של המבנה התפעולי, וזאת עוד בטרם נדונה תכניתה וממילא בטרם אושרה.



הקשיים הכספיים שמד"א שרויה בהם בשנים האחרונות הקשו על תפקודה. ניסיונות שנעשו מאז 1987 לבחון את הגורמים לקשיים הכספיים ולהציע דרכים להבראתה הכלכלית, לא הביאו לפתרון מוסכם לביסוס מצבה ופעילותה הכספית. זאת בעיקר עקב מחלוקת בדבר התפקידים שעל מד"א למלא, דרך ביצועם ודרכי המימון של פעולותיה.

תכנית ההבראה מיוני 1992, שהתבססה על דוח ועדת רווח, נשענה רק על חלק מהמלצות הוועדה. התכנית לא הציגה מסגרת שלמה להבראת מד"א. משרד הבריאות ומשרד האוצר התרכזו בעיקר בטיפול במימון השוטף של מד"א כדי לפתור בעיה תקציבית דוחקת. שיפורו של המבנה הארגוני, שהיה במרכז המלצות ועדת רווח, ושיש לו השלכות לטווח הארוך, לא

¹ בעניין שירותי נט"ן, ראה ברוח שפרסם מבקר המדינה על מד"א בספטמבר 1983 (עמ' 53).

נכלל בתכנית. בתכנית גם לא נקבעו מראש תקציב לכיסוי הגירעון הצבור והמועד שבו מד"א אמורה להיות מאוזנת. הממשלה העבירה למד"א כספים, בלא שהוערכה עלות התכנית לפרטיה, ולא נקבע במפורט מי ישא במימונה.

הן מד"א והן הממשלה עמדו בהתחייבויותיהן, ותכנית ההבראה על שינויה בוצעה ברובה הגדול. מד"א סגרה מוקדי תקשורת בתחנות וצמצמה את כוח האדם ואף הגיעה לאיזון תקציבי בשנת 1993, אולם התכנית לא הביאה להבראת מד"א בטווח הארוך. בתכנית לא נקבעו אלו שירותים על מד"א לספק, ואלו שירותים ניתן להעביר לגורמים אחרים. הבעיות הבסיסיות בדבר אופן המימון של פעולות מד"א נותרו בעינן.

לדעת מבקר המדינה, קבלת העיקרון שמטיל את עלות השירותים על המשתמשים בהם, ברוח המלצות ועדת רווח, מחייבת לקבוע את מכלול השירותים שעל מד"א לספק, להעריך את עלותם ולהטילה על מי שייקבע כחייב לשאת בהם. על ידי כך ייווצר תעריף לשירותים, ואם גביית הכספים תיעשה כראוי, מד"א תשיג איזון כספי. אם המדינה תרצה לתמוך בצורכים שירותים ממד"א, למשל באלה המתגוררים באזורים מרוחקים, הדרך לעשות זאת, היא לקבוע בסל השירותים החזר מתאים ולזכות את קופות החולים בהתאם. דרך זו מתיישבת היטב, הן עם המלצות ועדת רווח, והן עם חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

פיתוח שירותים נוספים בידי מד"א יחייב מציאת מקורות למימוןם כך שכל עלותם תכוסה; כל עוד מד"א היא גוף נתמך אין להרשות לה להתרחב בלא שיובטח ששירותים נוספים שמד"א רוצה לפתח, ישאו את עצמם מבחינה כלכלית, או שהמדינה תמצא לנכון לכסות את עלותם.