

רופאי בתי חולים - תקנים, נוכחות, תורנות, כוננות ועבודה פרטית

תקציר

בתי החולים פועלים 24 שעות ביממה, שבעה ימים בשבוע. פעילות הבוקר של הרופאים נמשכת בדרך כלל מ-8:00 עד 16:00. בימי חול מהשעה 16:00, בימי שישי מהשעה 13:00 ובשבתות וחגים פועל במחלקות האשפוז ובחדרי המיון מערך של תורנים וכוננים¹. בבתי החולים הממשלתיים מועסקים כ-4,850 רופאים², כ-3,800 בבתי החולים של שירותי בריאות כללית וכ-850 בבתי החולים של הדסה.

תקני הרופאים

מספר הרופאים שיש להעסיק וקביעת תקן הרופאים הוא נושא לבחינה רפואית-תקציבית. אולם תקן הרופאים בבתי החולים, דהיינו מספר הרופאים התקני ומערך התורניות והכונניות בהם, מבוססים על הסכמים קיבוציים שנחתמו מאז שנת 1976 ונקבעו על פי מספר המיטות במחלקות האשפוז והביקורים במרפאות החוץ. התקנים שנקבעו בזמנו אינם משקפים את הצרכים העכשוויים של בתי החולים, ויש שהם מגבילים את מנהלי בתי החולים בניוד רופאים ובשיבוצם במערך בית החולים, שכן במהלך השנים חלו שינויים בהיקף הפעילות לכל מיטה ובטכנולוגיות רפואיות ונוצרו התמחויות חדשות. למרות השינויים הטכנולוגיים והשינויים בפעילות בתי החולים לא עשה משרד הבריאות (להלן - המשרד) בדיקה של תקני הרופאים בבתי החולים ושל מערך התורנים והכוננים בחדרי המיון ובמחלקות האשפוז.

דיווח על נוכחות

על פי ההסכם הקיבוצי משנת 1991, רופאי בתי החולים אינם מדווחים על נוכחותם בעבודה באמצעות שעון נוכחות. אופן הדיווח של הרופאים על נוכחות אינו מאפשר לעשות בקרה על נוכחותם בעבודה, יוצר פרצות המאפשרות חריגות מכללי הנוכחות החלים על רופאים ואינו מאפשר לקבל מידע אמין על שעות העבודה של הרופאים ועל תשומות כוח האדם הרפואי בבתי החולים. בספטמבר 2001 החליטה הממשלה על בדיקה רציפה של נוכחות עובדי בתי החולים שאינם נדרשים להחתים כרטיס נוכחות. נוכח החלטת הממשלה, העומדת בעינה, יש לקדם את המשא ומתן בין הגורמים הנוגעים בדבר.

1 תורן - רופא הנמצא בבית החולים בשעות שלאחר שעות הפעילות הרגילות; כונן - רופא מומחה הנמצא מחוץ לבית החולים, אך מתפקידו להיענות לקריאה מבית החולים בשעות שלאחר שעות הפעילות הרגילות.

2 מהם כ-1,350 בבתי החולים הממשלתיים-עירוניים: המרכז הרפואי בני ציון שבחיפה והמרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי, שהרופאים המועסקים בהם הם עובדי הרשות המקומית.

עבודת הרופאים בימי שישי

על פי ההסכמים הקיבוציים שבוע העבודה של הרופאים בבתי החולים הוא בן שישה ימים, ואילו שבוע העבודה של האחיות, עובדי המעבדות ועובדי המינהל והמשק בבתי החולים הוא בן חמישה ימים. בשל היעדרותם של עובדים אלה בימי שישי, הפעילות בבתי החולים ביום זה מצומצמת. סדרי העבודה של הרופאים בימי שישי נקבעים בכל מחלקה על פי הסדרים פנימיים, ובניגוד להוראות ולהסכמים. לדעת משרד מבקר המדינה, יש להסדיר גם נושא זה.

עבודה נוספת

חלק ניכר מהרופאים המומחים עוסקים בעבודה נוספת מחוץ לבתי החולים. נמצא, כי רופאי בתי החולים של שירותי בריאות כללית, שלא כמו הרופאים בבתי החולים הממשלתיים, אינם נדרשים לדווח על עיסוק בעבודה כזאת. על המשרד לדאוג שהעיסוק של רופאים בעבודות מחוץ לבית החולים ייעשה בידיעת בית החולים ובתיאום עמו גם בבתי החולים של שירותי בריאות כללית.

בשנים 2001-1999 טיפלה נציבות שירות המדינה (להלן - הנציבות) ב-109 תיקי חקירה של רופאים בבתי חולים ממשלתיים שנחשדו בעיסוק בעבודה פרטית או בפרקטיקה פרטית³ ללא אישור, ובאוקטובר 2002 פרסמה הנחיות מעודכנות בעניין זה. אולם הנציבות לא קבעה מבחנים לאישור בקשות לקבלת היתר לעסוק בעבודה מחוץ לבית החולים ולא קבעה דרכים לפיקוח על מספר מקומות העבודה. כמו כן לא נקבעו הנחיות מספיקות שמטרתן למנוע ניגוד עניינים בעיסוקיהם של הרופאים ופגיעה בחולים. לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות והנציבות לגבש דרכים שיאפשרו לעשות פיקוח ובקרה על עיסוקיהם של הרופאים מחוץ לבית החולים.

תורנויות וכוננויות

במחלקות מסוימות יש עומס תורנויות רב על המתמחים. בחלק ניכר מהתורנויות בבתי החולים, בכלל זה במחלקות שהתמחותן ייחודית, מועסקים רופאים תורני חוץ, שאינם מתמחים במחלקות ואינם שותפים לפעילות בהן. גם דרך העסקתם של תורני החוץ בבתי החולים הממשלתיים טרם הוסדרה.

ההסכם הקיבוצי משנת 2000 קובע כי אסור להעסיק רופא ביום שלאחר ביצוע תורנות. הועלה, כי רופאים שעשו תורנות לאחר יום עבודה השתתפו בניתוחים ביום שלאחר התורנות. מנהלי המחלקות והנהלות בתי החולים אינם מדווחים להנהלת המשרד על רופאים כאלה, כפי שנדרש בהסכם.

לבתי החולים אין מנגנון בקרה שיאפשר לפקח על פעילות הרופאים הכוננים, אין דיווח מסודר על מהלך הכוננות - הפעילות שעשו הכוננים והיעוצים שנתנו, ואין מעקב אחר היענות הכוננים לקריאות מבית החולים. הדבר מקשה לבדוק את פעילותם ואת מידת זמינותם ואינו מאפשר לבחון את מערך הכוננויות הקיים. לדעת משרד

3 עבודה פרטית - עבודה כשכיר מחוץ לבית החולים; פרקטיקה פרטית - עבודה כעצמאי מחוץ לבית החולים.

מבקר המדינה, על בתי החולים ליצור מנגנון שיאפשר מעקב ובקרה על פעילות הכוננים וזמינותם לבית החולים.

מנהלים של מחלקות, יחידות ומרפאות חוץ בבתי החולים מקבלים תוספת שכר עבור היותם כונני-על⁴ במשך כל החודש. המשרד לא הגדיר את תפקידיו ותחומי אחריות של כונן-העל ואת מידת זמינותו למחלקה או לבית החולים. מן הראוי שהמשרד יגדיר ביתר פירוט מהי כוננות-העל שנקבעה בהסכמים הקיבוציים.



בתי החולים פועלים 24 שעות ביממה, שבעה ימים בשבוע. פעילות הבוקר של הרופאים נמשכת בדרך כלל מ-8:00 עד 16:00. בימי חול מהשעה 16:00, בימי שישי מהשעה 13:00 ובשבתות וחגים פועל במחלקות האשפוז ובחדרי המיון מערך של תורנים וכוננים⁵. בבתי החולים הממשלתיים מועסקים כ-4,850 רופאים⁶, כ-3,800 בבתי החולים של שירותי בריאות כללית וכ-850 בבתי החולים של הדסה.

בחודשים אפריל-אוגוסט 2003 בדק משרד מבקר המדינה, לסירוגין, את ההסדרים שעל פיהם נקבעו תקני הרופאים; את סדרי ההעסקה של הרופאים במחלקות האשפוז ובחדרי המיון בבתי החולים בשעות שלאחר פעילות הבוקר; את אופן הדיווח של הרופאים על נוכחותם בעבודה; עבודה פרטית ופרקטיקה פרטית של רופאים⁷; סוגיות בביצוע תורניות, כוננויות וכוננויות-על⁸. בירורים והשלמות נעשו עד פברואר 2004. הביקורת נעשתה במשרד הבריאות (להלן - המשרד); במשרד האוצר; בנציבות שירות המדינה (להלן - הנציבות); בהנהלת שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית); במרכז הרפואי הממשלתי המשולב על שם חיים שיבא, תל השומר (להלן - שיבא), שמועסקים בו כ-900 רופאים (בכללם רופאים המועסקים באמצעות קרן המחקרים); במרכז הרפואי על שם רבין, קמפוס בילינסון (להלן - בילינסון), השייך לכללית ומועסקים בו כ-600 רופאים.

תקני הרופאים בבתי החולים

קביעת התקנים

1. תקינת כוח אדם רפואי היא סוגיה רפואית-תקציבית המושפעת בין היתר מהיקף הפעילות הרפואית, סוגי הטיפול ותדירות הטיפול. אולם בישראל חלק ניכר מסדרי העבודה בבתי החולים, ובכלל זה מספר משרות הרופאים בכל מחלקה על פי התקן ומכסת התורנים והכוננים בכל מחלקה, נתונים למשא ומתן במסגרת הסכמי השכר ומעוגנים בהסכמים הקיבוציים שנחתמו במהלך השנים בין ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י) למעסיקים הגדולים - הממשלה, הכללית

4	כונן-על נוסף על מערך התורנים והכוננים הרגילים הקיים, וכמו הכונן הרגיל אינו חייב להימצא בשטח בית החולים.
5	ראו הערה 1.
6	ראו הערה 2.
7	ראו הערה 3.
8	מנהלים של מחלקות, יחידות או מרפאות חוץ בבתי החולים מקבלים תוספת שכר עבור היותם כונני-על במשך כל החודש. כוננויות-העל נוספות על התורניות והכוננויות הרגילות בבתי החולים.

והסדרות מדיצינית הדסה, בהסכמות שהושגו ובהחלטות בורות (להלן - ההסכמים הקיבוציים). בדרך כלל, המעסיקים האחרים במשק, ובכללם קופות החולים, אימצו את ההסכמים האלה. בחתימת ההסכמים הקיבוציים מייצגים את הממשלה הממונה על השכר והסכמי העבודה במשרד האוצר ונציב שירות המדינה. הסכמים אלה מחייבים גם את אגף התקציבים במשרד האוצר בבואו להכין את הצעת תקציב המדינה ובתוקף תפקידו כאחראי לטיפול בשינויים המתבקשים בתקציב במהלך השנה, על פי חוק יסודות התקציב.

הבסיס לתקני הרופאים בבתי החולים מצוי בהסכמים הקיבוציים משנת 1976. בהסכמים אלה נקבע תקן רופאים לכל מחלקה המבוסס על מספר המיטות במחלקה ועל מספר הביקורים במרפאות החוץ. משנת 1983 עד שנת 1998 נעשו עדכונים בתקנים על פי מנגנון עדכון התקנים שקבע הבורר עו"ד מנחם גולדברג (להלן - תקינת הבורר). בשנים 1999 ו-2000 נוספו תקנים על פי סיכום עם נציב שירות המדינה בהתאם לחישובים שנעשו בשנת 1998. לפי הסכמי הנציבות בתשובתה מנובמבר 2003 למשרד מבקר המדינה, עדכוני התקנים הופסקו לאחר שנמצא שהתקבלו דיווחים לא אמינים מכמה הנהלות של בתי חולים, מאחר שכל הגורמים הנוגעים בדבר הגיעו למסקנה כי הנוסחאות שעל פיהן נעשים העדכונים מיושנות ואינן מתאימות, וכי בעקבות פניות מהר"י וממשרד הבריאות הוסיף אגף התקציבים במשרד האוצר תקציב למשרות רופאים שלא על פי תקינת הבורר. הנציבות ציינה, כי התברר שחלק ניכר מהפעילות הרפואית המדווחת לצורכי החישוב על פי תקינת הבורר, אינה נעשית ישירות בידי בתי החולים, כי אם על ידי תאגידי הבריאות (שאינם נכללים בבסיסי החישוב).

2. הועלה, שמספר הרופאים בפועל במחלקות אינו מבוסס רק על תקנים הנגזרים מההסכמים הקיבוציים אלא גדול בהרבה. לדוגמה, בביקורת בשיבא נמצא, כי תקן הרופאים בו כולל, נוסף על התקנים שנקבעו בהסכמים הקיבוציים, גם תקנים כמפורט להלן: תקנים ייחודיים שנוספו באישור משרד הבריאות; "תקני קרן המחקרים" - תקנים של רופאים המועסקים במחלקות בית החולים אך מקבלים את שכרם מתאגיד הבריאות⁹ שליד בית החולים; ותקנים נוספים שנקבעו על פי הפעילות של יחידות ייחודיות במחלקות בית החולים או על פי הסכמים עם גופים שמחוץ לבית החולים (קופות חולים בהסדרים מיוחדים, צה"ל, אוניברסיטאות וכו').

3. ההתפתחות של התמחויות וההתמקצעות בתחום הרפואה הביאו גם לפתיחת מחלקות חדשות. בהסכמים אין מענה מבחינת התקנים למחלקות חדשות שנפתחו. לדוגמה, המחלקה לכירורגיית כלי דם בשיבא הייתה עד לפני שנים מספר חלק מהמחלקה הכירורגית. במחלקה יש חמישה וחצי תקני רופאים, בהם שני מתמחים, שאמורים למלא 30 תורנויות בחודש, כלומר 15 תורנויות בחודש כל אחד. מכסה זו היא בלתי סבירה, ולכן בפועל תורנויות רבות נעשות בידי תורני חוץ (ראו להלן).

מעמדות משרד הבריאות, משרד האוצר, הנציבות, הכללית והר"י שהובאו לפני משרד מבקר המדינה עולה, כי יש הסכמה כי תקני הרופאים שנקבעו בזמנו על פי מספר המיטות במחלקות האשפוז והביקורים במרפאות החוץ, אינם מתאימים עוד לצורכי מערכת הבריאות, כיוון שמאז חלו שינויים רבים בהיקף הפעילות לכל מיטה, בתמהיל המאושפזים, בטכנולוגיות המשמשות לביצוע הטיפול ובהרכב הצוות המטפל, ונוצרו התמחויות ותת-התמחויות חדשות. למרות זאת לא עשה משרד הבריאות בדיקה עדכנית של מערך תקני הרופאים בבתי החולים. מנהל שיבא מסר לנציגי משרד מבקר המדינה בנובמבר 2003, כי לדעתו, ההסכמים הקיבוציים הקיימים מגבילים את מנהלי בתי החולים בניוד הרופאים ובשיבוצם על פי הצרכים.

9 על פי סעיף 21 לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, "תאגיד בריאות" הוא "עמותה, אגודה שיתופית, חברה או כל גוף משפטי אחר הכשר לחיובים, לזכויות ולפעולות משפטיות, המוכר שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי או תוך שימוש במתקני בית חולים כאמור"; יש תאגידי בריאות סמוך לכל בתי החולים הממשלתיים הכלליים.

ביולי 2000, לאחר שביתה ממושכת של הרופאים, נחתם הסכם קיבוצי בין הר"י לבין המעסיקים, ובמסגרתו סוכם על הקמת ועדה ציבורית לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (להלן - ועדת אמוראי). בכתב המינוי לוועדה נקבע, כי המלצותיה אינן מחייבות. המלצות הוועדה פורסמו בדצמבר 2002. בנושא התקנים המליצה הוועדה לבטל בהדרגה את הסכמי התקינה המושתתים על מספר המיטות, ולתת להנהלות בתי החולים סמכות מידית לנייד בין החטיבות¹⁰ עד 10% מתקני בית החולים על פי צורכי המערכת. עוד המליצה הוועדה, כי "בתוך שנה מיום פרסום המלצות הוועדה תיערך בדיקה מקצועית של מערך התקינה בבתי חולים ציבוריים שייבחרו כמייצגים. הבדיקה תתבצע על ידי חברה מקצועית בתחום הנדסת תהליכים ותקינה, שמתפקידה יהיה לערוך בחינה מקצועית של הנושא, תוך שימוש בכלים מקצועיים מקובלים בתחום זה".

הועלה, שצוות משותף למשרד הבריאות ולמשרד האוצר (להלן - הצוות המשותף) קיים דיונים במהלך שנת 2003 כדי לגבש עמדה בנוגע לדוח הוועדה, אולם עד פברואר 2004 לא הגיש מסמך מסכם שיהיה מקובל על דעת שני המשרדים.

נוכחות רופאים בבתי חולים

החלטת הממשלה בדבר בקרה על נוכחות רופאים בבתי חולים ממשלתיים

רובם הגדול של העובדים בישראל, ובכללם עובדי בתי החולים הממשלתיים שאינם רופאים, מדווחים על נוכחות בעבודה באמצעות שיעור נוכחות בבואם למקום עבודתם ובצאתם ממנו, והדבר מאפשר לעשות בקרה ופיקוח על נוכחותם בשעות העבודה. הרופאים, לעומת זאת, פטורים מחובה זו, ומדווחים על נוכחות על פי הסדר שנקבע בהסכם הקיבוצי משנת 1991 בין המעסיקים לבין הר"י.

ככלל, הנהגת דיווח באמצעות שיעור נוכחות מאפשרת לעשות בקרה על מספר שעות העבודה של כל עובד, וכן לדעת מהו מספר שעות העבודה של כלל העובדים בכל אחת מהיחידות בבית החולים ובכל בית חולים. למידע זה יש חשיבות מינהלית וכספית לכלל מערכת הבריאות. בהיעדר כלי שיאפשר בקרה נאותה על נוכחות הרופאים בבתי החולים, נוצרו מחלוקות בעניין שעות עבודתם בבתי החולים, ויש שעולה הטענה שחלק מהרופאים המומחים עובדים מספר שעות קטן בהרבה מהמתחייב בהסכמים הקיבוציים.

בנייר עמדה של הר"י (שהוגש לוועדת אמוראי) נאמר, לעומת זאת, שהתופעה האמורה, במקום שהיא קיימת, היא תוצאה של ניהול ומנהיגות לא אפקטיביים או אי-מתן תגמול הולם לרופא על עבודתו. עוד נכתב בנייר העמדה, כי התחושה שרופא אינו נמצא בבית החולים הנוצרת לפעמים כשהוא אינו במחלקה - מוטעית, כיוון שפעילות הרופאים כוללת גם ייעוץ למחלקות אחרות, פעילות במרפאות החוץ, מחקר, עבודה בספרייה ועוד; כי חלק מהרופאים מתחילים את יום עבודתם בשעה מוקדמת מאוד, ולכן גם מסיימים אותו בשעה מוקדמת יחסית; וכי הגדרת יום העבודה של הרופאים מאפשרת גמישות בשעות העבודה, ולכן אם רופא נדרש לעזוב את המחלקה

10 ועדת אמוראי המליצה כי כל בתי החולים הציבוריים שבהם יותר מ-500 מיטות יעברו למבנה חטיבתי, וכי חטיבה יהיו מחלקות, מכונים, שירותים שונים ויחידות.

בשעה מוקדמת מהמתחייב, חזקה עליו שישלים את שעות העבודה החסרות ואף יעבוד שעות נוספות לא מעטות.

בדיון בנושא העסקת כוח אדם בתאגידי הבריאות שהתקיים בנובמבר 1998 טען מנכ"ל המשרד דאז כי לדעתו חיוב הרופאים להחתים כרטיס נוכחות יביא להגדלת עלות העסקתם. מנהל שיבא טען, כי "מה שתופס את העין זה השפיץ של הפירמידה של הרופאים שלא נמצאים בביה"ח ומדווחים כאילו הם נמצאים, אך למעשה רוב הפירמידה הם רופאים שעושים הרבה שעות נוספות ולא מקבלים תגמול בגלל שאין דיווח".

הממשלה דנה בסוגיה זו, ובספטמבר 2001 החליטה "להטיל על שר הבריאות בתאום עם אגף החשב הכללי לבצע, החל משנת 2002, בדיקה רציפה בכל בתי החולים הממשלתיים, לגבי אותם עובדים שאינם מחויבים להחתים שעות נוכחות". הוחלט, כי הבדיקה תיעשה באמצעות גופים חיצוניים בלתי תלויים.

בדוח על מעקב אחר ביצוע החלטות הממשלה ששלח שר הבריאות לשעבר למזכיר הממשלה ב-24.6.02 דיווח השר, כי "ההחלטה בביצוע", וכי "בכוונת הנהלת המשרד לקיים דיון בנושא עם הנהלות בתי החולים, במטרה לדון בדרכים למימוש החלטה זו".

בסיכום דיון שהתקיים בלשכת נציב שירות המדינה באותו חודש בהשתתפות נציגים של משרד הבריאות, משרד האוצר, הנציבות והר"י נקבע, כי על משרד הבריאות לבצע את החלטת הממשלה בתוך פרק זמן סביר, וכי יוזמה לשינוי החלטת הממשלה תהיה אפשרית אם הר"י תגיש, לא יאוחר מאוגוסט 2002, הצעה בעניין בקרת הנוכחות של רופאים במקום עבודתם שתניח את דעת המעסיקים. בנובמבר אותה שנה הודיע מנהל אגף בכיר על מערכת הבריאות בנציבות ליו"ר הר"י, כי טרם קיבל מהר"י הצעה בנדון, וכי "במצב דברים זה איננו רואים מקום ליזום שינוי בהחלטת הממשלה ועל משרד הבריאות יהיה לבצעה".

בדצמבר 2003 כתב משרד הבריאות בתשובתו למשרד מבקר המדינה, כי מאחר שטרם התקבלה הצעה מהר"י, בכוונתו להקים ועדה בשיתוף מנהלי בתי החולים, הר"י ומשרד האוצר כדי לגבש תכנית ליישום החלטת הממשלה, וכי לדעתו אין הצדקה להפקיד את ביצוע ההחלטה בידי גופים חיצוניים.

דיווחי רופאים על נוכחות בעבודה

1. דיווחי הרופאים על נוכחותם בעבודה אינם נעשים בשיטה אחידה, כמפורט להלן:

(א) **הדיווח בשיבא**: בשיבא נהוג בדרך כלל שמזכירת המחלקה מכינה באמצעות המערכת הממוחשבת של בית החולים, דוח נוכחות יומי או שבועי לגבי כל רופאי המחלקה, באישור מנהל המחלקה, או שהרופא מדווח על נוכחות באמצעות המערכת הממוחשבת או בכתב יד. הדיווח נעשה על נוכחות בעבודה ביום מסוים, והדבר מתורגם במערכת הממוחשבת לשעות 8:00-16:00 (כשמדובר בימי חול). המערכת הממוחשבת אינה מאפשרת לדווח על עבודה בשעות 16:00 עד 24:00, שנעשית דרך שגרה בשיבא; יוצא, שרופא שבשעות הבוקר אינו עובד בבית החולים ובשעות 16:00 עד 24:00 עובד בחדר המיון, נאלץ לדווח על עבודתו בחדר המיון כאילו נעשתה בשעות הבוקר.

(ב) **הדיווח בבילינסון**: דיווחי הנוכחות של הרופאים בבילינסון נעשים באופן ידני באמצעות יומן עבודה מחלקתי שממלאת בדרך כלל מזכירת המחלקה, והרופאים אף אינם חותמים

על הדוח; בדרך כלל מנהל המחלקה חותם על הדוחות, והדוחות מועברים אחת לחודש לאגף למשאבי אנוש בבית החולים.

(ג) **הדיווח בתאגידי בריאות:** תאגיד בריאות הוא גוף עצמאי מבחינה משפטית הפועל בתוך בית החולים. חלק ניכר מהרופאים המועסקים בתאגיד הם רופאי בית החולים, כמו כן חלק מהתקנים במחלקות האשפוז מאוישים וממומנים באמצעות תאגיד הבריאות. בסעיף 9 (א) לתוספת לתקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2002 (להלן - תקנות התאגידיים), נקבע כי תאגיד הבריאות יחייב את עובדיו לדווח על שעות עבודתם באמצעות החתמת כרטיס נוכחות אלקטרוני, "ככל שחובה זו חלה על עובדי בית החולים הנמנים עם אותו מגזר מקצועי". בסעיף 9 (ב) לתוספת נקבע, כי "עובד שאינו חייב בדיווח אלקטרוני וכן עצמאי המועסק בתאגיד, חייב בדיווח חודשי על שעות עבודתו בתאגיד הבריאות, בגיליון נוכחות; לדיווח כאמור יצורף דיווח על שעות עבודתו בבית החולים, באותם ימים שבהם הוא עובד הן בתאגיד והן בבית החולים".

2. בנייר העמדה מאוגוסט 2001 שהגיש המשרד לוועדת אמוראי נקבע, כי שיטת הדיווח הקיימת על נוכחות רופאים בעבודה אינה אחידה ומסורבלת ואינה מאפשרת לעשות פיקוח ובקרה על סדרי עבודתם ועל אמיתות הדיווח.

3. ועדת אמוראי המליצה שבתוך שלושה חודשים מיום פרסום המלצותיה, דהיינו עד סוף מרס 2003, ייעשו שינויים בהסכם הקיבוצי, וכי "תונהג חובת דיווח ממוחשבת על כל היעדרות של הרופא ממקום העבודה... על כל דרגי הרופאים במערכת". להמלצת הוועדה ניתנו פרשנויות שונות זו מזו: כמה גורמים במערכת הבריאות (דוגמת הר"י) לאו דווקא רואים בה המלצה להנהיג בקרב הרופאים החתמת כרטיס נוכחות, ואילו גורמים במשרד הבריאות ובנציבות רואים בה המלצה לעשות זאת.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2003, כי נושא הדיווח הממוחשב הוא באחריות הממונה על השכר במשרד האוצר. המשנה לממונה על השכר והסכמי העבודה במשרד האוצר השיב למשרד מבקר המדינה בפברואר 2004 כי הנושא הוא באחריות הנציבות. ואילו הנציבות כתבה למשרד מבקר המדינה, כי היא "פנתה מספר פעמים הן להר"י והן להנהלת משרד הבריאות ליישום החלטת הממשלה בדבר הפעלת שעות נוכחות לרופאים".

נוסף על כך, בטיטת הדוח של הצוות המשותף בנובמבר 2003, שעד פברואר 2004 טרם אושרה בידי מנכ"לי המשרדים, צוין כי אין בכוונת הצוות לדון בנושאים של שכר ותנאי העסקה, ובכללם נושא דיווחי הנוכחות של הרופאים, הנתונים למשא ומתן בין המעסיקים להר"י.

שר הבריאות, מר דני נוה, מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה מינואר 2004, בין היתר, כי "הנושא החתמת שעות נוכחות הפך, נוכח מארג היחסים עם הרופאים, לנושא המחייב [ההדגשה במקור] משא ומתן ושאינו ניתן לביצוע חד צדדי וכופה. זו הסיבה לקיום המפגש ב-27.6.02 בניצבות שירות המדינה, האמורה להוביל ולהנהיג את המהלך".

לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח החלטת הממשלה מספטמבר 2001, העומדת בעינה, יש לקדם את המשא ומתן בעניין דיווחי הנוכחות של הרופאים.

עבודת הרופאים בימי שישי

1. על פי ההסכם הקיבוצי, שבוע העבודה של הרופאים בבתי החולים הוא בן שישה ימים. חתימת הסכם בדבר מעבר הרופאים לשבוע עבודה בן חמישה ימים מתעכבת בשל מחלוקות בעניין

הדיווח על הנוכחות. לעומת זאת, שבוע העבודה של האחיות, עובדי המעבדות ועובדי המינהל והמשק בבתי החולים הוא בן חמישה ימים. מאחר שעובדים אלה אינם עובדים בימי שישי, גם מרפאות החוץ והמחלקות לאשפוז יום אינן פועלות בימי שישי, וברוב בתי החולים כמעט שאין עושים ניתוחים.

מנהל שיבא מסר לנציגי משרד מבקר המדינה בנובמבר 2003, כי לא ניתן לשלוט בהעסקת הרופאים בימי שישי, וכי לדעתו, העסקתם בימים אלה בעוד שאר בעלי המקצועות הרפואיים בבית החולים אינם עובדים בהם היא בזבוז משאבים. הוא הוסיף, כי "תוספת השעות מיום שישי לימי השבוע האחרים עשויה לשפר את יעילות בית החולים ובעיקר במקומות של צווארי בקבוק להקטין תורים וסבל של מטופלים".

הבדיקה העלתה, כי סדרי העבודה של הרופאים בימי שישי נקבעים ככל מחלקה במסגרת הסדרים פנימיים. בחלק מהמחלקות עובדים הרופאים במתכונת רגילה ובחלקן הם עובדים בתורניות במתכונת מצומצמת. כמו כן עלה, כי בחלק מבתי החולים של הכללית, לדוגמה, ניתנה סמכות למנהלי המחלקות לאשר לרופא להיעדר מהעבודה ביום שישי לצורך לימודים או שימוש בספרייה.

2. גם מיסיון חקירה של רופא בשיבא שעשתה הנציבות באוגוסט 2002 עלה, כי יש גמישות רבה בשעות העבודה של הרופאים, וכי על פי סידור העבודה החודשי של בית החולים, בחלק מימי השישי הרופאים אינם עובדים, אך מקבלים בעבורם תשלום מלא.

הנציבות כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2003, כי היא הודיעה למנהל שיבא כי אי-העסקת רופאים בימי שישי נוגדת את הסכם העבודה, שכן אין מדובר ביום חופשי, וכי "נש"מ [הנציבות] נוקטת בצעדים נדרשים כדי ליישם את ההוראות המתחייבות מההסכם לרבות פנייה לאגף החקירות בנש"מ שיחקור היעדרויות של רופאים בימי ו".

3. כבר באוגוסט 2001 פנה הממונה על מערכת הבריאות בנציבות אל אגף חקירות משמעת בנציבות והמליץ לו לעשות חקירה מתוכננת ומקיפה בעקבות "מידע ממקורות שונים, כולל של חלק מהרופאים עצמם, כי לא מעט רופאים נוטים להעדר מהעבודה בימי שישי ללא קבלת היתר לכך וללא השלמת שעות העבודה החסרות ביתר ימי השבוע". מנהל האגף לחקירות משמעת דאז לא השיב על הפנייה האמורה.

עד מועד סיום הביקורת, אוגוסט 2003, לא נעשתה חקירה בנושא האמור.

4. ועדת אמוראי קבעה בהמלצותיה שנועדו ליישום מידי כי "על הצדדים להגיע בהקדם להסכם שיקבע באופן מסודר את מעבר הרופאים לשבוע עבודה בן חמישה ימים, בהתאמה לכללים הנהוגים במגזר הציבורי וללא תוספת עלויות". ואולם, בטיוטת הדוח מנובמבר 2003 של הצוות המשותף, שמכין דוח מוסכם על שני המשרדים לאישור ראש הממשלה, לא נאמר דבר בנושא הנדון. בתשובתו מפברואר 2004 הסביר משרד האוצר, כי הצוות לא התייחס למעבר לשבוע עבודה של חמישה ימים, משום שזה נושא למשא ומתן.

לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח המעבר של העובדים במשק, ובכללם האחיות, עובדי המעבדה ועובדי המינהל והמשק בבתי חולים, לשבוע עבודה בן חמישה ימים, ונוכח הפעילות המצומצמת בבתי החולים בימי שישי, הנובעת בין היתר מהיעדרותם של בעלי מקצועות העזר הרפואיים, יש להסדיר את המעבר של הרופאים לשבוע עבודה בן חמישה ימים.

עבודה פרטית ופרקטיקה פרטית של רופאים

מרבית הרופאים המועסקים בבתי החולים, ובעיקר הרופאים הבכירים, עובדים גם במרפאות פרטיות, בקופות החולים, במוסדות אקדמיים ובמוסדות בריאות ומחקר רפואי פרטיים נוסף על עבודתם בבית החולים.

1. מחקר שבדק את צורות ההעסקה של רופאים מומחים בישראל¹¹ מצביע על היקף התופעה: על פי המחקר 84% מכלל הרופאים המומחים עובדים ביותר ממסגרת אחת, ויותר מ-40% מכלל הרופאים המומחים עובדים בשלוש מסגרות עבודה ויותר.

במחקר נמצא, כי "הרופאים עובדים 63 שעות לשבוע בממוצע, כולל כוננויות. ללא כוננויות עומד מספר שעות העבודה השבועיות על 52 שעות (34% מהרופאים דיווחו שהם עובדים, ללא כוננויות, 70 שעות שבועיות, ואף יותר מכך). הנתונים על סך שעות עבודתם השבועיות של הרופאים המומחים שבמחקר מצביעים על עומס עבודה רב אצל חלקם, במיוחד בקרב הקרדיולוגים, הכירורגים והגניקולוגים". כמו כן נמצא במחקר, כי "ככל שעולה מספר מסגרות העבודה, כך גוברת תחושת העומס של הרופא... הממצאים מראים כי אחוז המדווחים על רמה גבוהה של שחיקה גבוה יותר (לפי המדר הכולל) בקרב רופאים העובדים ביותר ממסגרות עבודה, ביחוד כשמדובר בעטיפות פיזיות: 50% מהרופאים העובדים בארבע מסגרות עבודה לעומת 28% בלבד בקרב העובדים במקום עבודה אחד".

עוד עלה מהמחקר, כי שיעור המדווחים על מידה גדולה של מחויבות למקום עבודתם העיקרי בקרב הרופאים המומחים העובדים בארבעה מקומות עבודה קטן במידה ניכרת משיעורם בקרב הרופאים המומחים העובדים במקום עבודה אחד.

2. יש שעיסוקיהם של הרופאים מחוץ לבית החולים כרוכים בביצוע פעולות וניתוחים בבתי חולים פרטיים, הדורשים את מעורבותם ומטילים עליהם אחריות כלפי החולים בבתי חולים אלה גם לאחר שעות העבודה בהם. במהלך בדיקה שעשה נציב קבילות הציבור במשרד בעניין נסיבות מותו של חולה התברר, כי הרופא היה אחראי לחולים שניתח בארבעה בתי חולים שונים, מהם שניים פרטיים. ראש אגף רפואה בכללית ציין באוקטובר 2002 בעניין זה כי "לא מקובל עלינו כי רופא אחד יהיה אחראי על הטיפול הבתר ניתוחי [הטיפול שלאחר הניתוח] בחולים ב-4 מוסדות שונים"; "אשר לעבודה פרטית מחוץ לשעות העבודה, אין לצערי לאף אחד במערכת הבריאות שליטה בנושא".

בפסק דין של בית המשפט¹² חזרה ונקבעה ההלכה בעניין מידת האחריות הנדרשת בדרך כלל מרופא, כמי שמופקד על הטיפול בחולה. לדעת בית המשפט, רופא אינו יכול להשתחרר מחובתו כלפי החולה כל עוד לא דאג שהחולה יקבל את הטיפול הדרוש, אם בידו ואם בידי אחרים, ואין לראות "הבדל באשר לחובה זו, בין שהיא מוטלת על הרופא בשל היותו אותה עת רופא כונן ובין שהיא נובעת מכך שמדובר ברופא אשר ביצע ניתוח בחולה". יצוין, כי לרוב אין בבתי החולים הפרטיים מערך של תורנים וכוננים שמומחיותם בתחום ההתמחות של הרופא המנתח, ולכן האחריות הרפואית מוטלת עליו בלבד, גם לאחר שסיים את הניתוח ואף לאחר שסיים את עבודתו באותו בית חולים.

11 נ' ניראל, א' שירום, ש' איסמעיל, רופאים מומחים בישראל: מאפייני העסקה והשלכות על חיי העבודה שלהם (2003), מכון ברוקדייל. המחקר בדק רופאים שמומחיותם בתחומים עיניים, עור, אף-אוזן-גרונ, גינקולוגיה, קרדיולוגיה וכירורגיה כללית.

12 ע"א 3425/90 ד"ר אלכסנדר פינסטרבוש נ' שר הבריאות ואחרים, מ"ו (1) 321.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות, כי בבחינת עבודתם של הרופאים מחוץ לבית החולים, לצורך מתן אישור לעבודה נוספת יש להתחשב, לא רק בהיקף שעות עבודתם ובמספר מסגרות העבודה שהם עובדים בהן, אלא גם באחריות הנובעת מסוג הפעילות שהם מבצעים מחוץ לבית החולים וממידת זמינותם לחולים שהם מופקדים עליהם בכל מקומות העבודה.

עבודה פרטית ופרקטיקה פרטית של רופאים עובדי המדינה

לקבלת אישור לעסוק בעבודה פרטית או בפרקטיקה פרטית יש חשיבות אתית ומינהלית רבה. התקשי"ר (תקנון שירות המדינה) קובע, כי רופאים עובדי המדינה צריכים לקבל אישור לעבודה כזאת. האישור מותנה בחתימת הרופאים על התחייבות לקבל עליהם כמה וכמה הגבלות שנועדו בין השאר למנוע ניגוד עניינים והעדפה של חולים פרטיים שתפגע בטיפול בחולים אחרים. בין היתר נדרשים הרופאים לחתום על התחייבות שלא לקבל תשלום מחולה שעומד להתקבל לבית חולים ממשלתי או מחולה שכבר מאושפז שם, ושלא להפנות חולים לאחר אשפוז למרפאתם הפרטית.

התקשי"ר מבחין בין עיסוק בפרקטיקה פרטית (עבודה כעצמאי), שהמקור לעיסוק בה מצוי בהסכמים הקיבוציים משנות השישים והיא מיוחדת לרופאים, לבין עבודה פרטית (עבודה נוספת כשכיר), שההגבלות על העיסוק בה חלות על כלל עובדי המדינה. לגבי פרקטיקה פרטית התקשי"ר קובע כי ינוכו 5% משכרו של רופא מומחה שקיבל אישור לעסוק בכך, אולם אין בו הגבלות על היקף שכרו ושעות עבודתו של הרופא; לגבי עבודה פרטית, לעומת זאת, התקשי"ר אמנם אינו מגביל את מספר מקומות העבודה שניתן לקבל אישור לעבודה פרטית בהם, אולם מוטלות בו מגבלות על היקף השכר ושעות העבודה.

מניעת ניגוד עניינים בביצוע עבודה פרטית

עבודה נוספת של רופא בית חולים במסגרות כגון חברות תרופות, קופות חולים, מרפאות פרטיות או בתי חולים פרטיים עלולה ליצור ניגוד עניינים בעבודתו. ניגוד העניינים עשוי לבוא לידי ביטוי, למשל, בהעדפת שימוש בתרופה של חברת תרופות מסוימת, בהפניית חולה לבית חולים מסוים או בהעדפת חולה, וכן בהפניית חולים צעירים וללא סיבוכים רפואיים למכונים פרטיים שבבעלות רופאים, בעוד קשישים או חולים שהטיפול בהם מורכב נשארים בבתי החולים הציבוריים¹³.

בטופס הבקשה להיתר לעבודה פרטית ובטופס הבקשה לאישור פרקטיקה פרטית המוגשים למנהל בית החולים מצהיר הרופא, כי העבודה הפרטית לא תפגע בשירותו במדינה ובמילוי תפקידו ואיננה עומדת בסתירה לתפקידו בשירות המדינה ולהוראות התקשי"ר. הנציבות הציעה למנהלי בתי החולים לחתום על הבקשות אגב הקפדה על שמירת האינטרסים של בית החולים.

הועלה, כי הנציבות והמשרד לא הנחו את מנהלי בתי החולים כיצד לבחון את הבקשות המוגשות להם כדי לשמור על האינטרס של בית החולים ושל הציבור ולמנוע מהרופאים להיקלע לניגוד עניינים. הנציבות השיבה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2003, שבכוונתה לקיים דיון בנושא בהשתתפות היועץ המשפטי של הנציבות, סגן נציב שירות המדינה לענייני משמעת, הנהלת משרד הבריאות ופרקליטות המדינה.

13 בנושא זה ראו הפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 445.

טיפול של הנציבות ברופאים שחרגו מהכללים בעניין עיסוק בעבודה נוספת

בשנים 1999-2000 התנהלו בנציבות 109 תיקי חקירה נגד רופאים שנחשדו בעיסוק בפרקטיקה פרטית או בעבודה פרטית בחריגה מהכללים שנקבעו לכך: אי-קבלת אישורים כנדרש; אי-הפרשת 5% משכרם, כמתחייב לגבי פרקטיקה פרטית; חריגה ממכסת שעות העבודה הפרטית המותרת בשבוע; ביצוע עבודה פרטית בשעות עבודתם בשירות המדינה וכד'. נמצא, כי ל-51 מהם הוחלט לרשום הערה בתיק האישי בשל ביצוע עבודה פרטית או פרקטיקה פרטית ללא היתר; שמונה תיקי חקירה נסגרו מחוסר אשמה; ו-50 רופאים נחקרו והועמדו לדין משמעת. ל-24 רופאים החליטה הנציבות לנכות 5% מהשכר על ביצוע פרקטיקה פרטית בעבר.

בהמשך לסדרת הדיונים בבית הדין למשמעת ולאחר ביצוע עבודת מטה בנציבות, פרסם נציב שירות המדינה באוקטובר 2002 הודעה שנועדה להבהיר את הנחיות התקשי"ר בעניין עבודה פרטית ופרקטיקה פרטית של רופאים, וכללה כמה שינויים בהנחיות אלה. בהודעה נאמר, בין היתר, כי רופאים שעסקו בעבר בפרקטיקה פרטית בלי לקבל אישור, לא יועמדו לדין משמעת אם יצהירו על השניים שעבדו בהן בלא אישור, ואם ינוכו 5% משכרם בגין אותה עבודה.

רק בפברואר 2003 כתב סגן בכיר לממונה על התביעה והמשמעת בנציבות לסמנכ"ל בכיר למינהל ומשאבי אנוש במשרד, כי בעקבות הודעת הנציבות יש לתת לכלל הרופאים עובדי המדינה פרק זמן של שישה חודשים כדי להסדיר את האישורים ולדווח על פעילותם בעבר. הוא ציין, כי "לאחר פרק הזמן של ששת החודשים האמורים לעיל, רופא שייתפס בקלקלתו יועמד לדין משמעת".

ואולם עד ינואר 2004 לא היה בידי המשרד והנציבות מידע על מספר הרופאים שנוכו 5% משכרם בשל עיסוק בפרקטיקה פרטית מקרב 24 הרופאים שנחקרו ונקבע כי עליהם להשיב כספים, ומקרב רופאים אחרים בבתי החולים הממשלתיים שהצהירו על עיסוקיהם בעבר בעקבות הודעת הנציבות מאוקטובר 2002. המשרד והנציבות גם לא קבעו דרכים לפיקוח ובקרה שוטפים על עיסוק של רופאים בפרקטיקה פרטית ובעבודה פרטית כדי למנוע מרופאים לעסוק בכך ללא אישורים מתאימים.

משרד הבריאות מסר למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2003, כי "המשרד יוציא במהלך החודש הבא דיווח על מצב ההחזר הכספי של כל בתי החולים".

הזנת נתונים על עבודה פרטית של רופאים למערכת הממוחשבת של הנציבות

לנציבות יש מערכת מרכזית ממוחשבת לכוח אדם. האחראיות לקליטת עובדים ולהזנת נתוניהם למערכת מוטלת על אגפי כוח האדם בנקודות הקצה - בתי החולים. את האישורים לעסוק בעבודה פרטית נותנים לרופאים מנהלי בתי החולים או הנציבות (לרופאים בדרגות בכירות). כל בית חולים אחראי להזנת הנתונים על עבודה פרטית של עובדיו למערכת הממוחשבת שבנציבות בין שהאישור לעבודה כזאת ניתן בידי בית החולים ובין שהוא ניתן בידי הנציבות.

בנתוני הנציבות ליוני 2003 נמצאו 291 אישורים לעבודה פרטית של רופאים משיבא, שבו 307 תקני רופאים; ו-25 אישורים כאלה מבית חולים מרכזי אחר, שבו 280 תקני רופאים. מכאן, שסביר מאוד שלא כל בתי החולים הזינו למערכת הממוחשבת את מלוא הנתונים על עבודה פרטית של רופאיהם.

עוד הועלה, כי הנציבות אינה מאמתת את הנתונים המוזנים למערכת הממוחשבת. הנציבות השיבה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2003, כי היא נערכת למבצעי אכיפה ככל הקשור להזנת נתונים למערכת הממוחשבת, לרבות הגברת הפיקוח והבקרה.

עבודה פרטית ופרקטיקה פרטית בכללית

על רופאי הכללית חלים ההסכמים הקיבוציים החלים על כלל ציבור הרופאים וכן חוקת העבודה לעובדי מוסדות ההסתדרות (להלן - חוקת העבודה). חוקה זו קובעת, כי יש לקבל אישור לכל עיסוק בעבודה מחוץ למוסד המכניסה שכן, וכי אסור לעבוד להיות בעל עסק או שותף בעסק, חוץ מבנסיבות מיוחדות הטעונות אישור. ואולם הכללית לא קבעה הנחיות מיוחדות בעניין עיסוק של רופאים בפרקטיקה פרטית או בעבודה פרטית אף שרבים מרופאי עוסקים בהן.

ההוראות בעניין עיסוקם של רופאים בפרקטיקה פרטית, בכלל זה ההוראה בדבר ניכוי 5% משכרם, מקורן, כאמור, בהסכם קיבוצי מיולי 1961. למרות זאת לא עיגנה אותן הכללית בנהליה, ובפועל רופאי אינם נדרשים לבקש אישור לעסוק בפרקטיקה פרטית, ואין מנכים 5% משכרם בגין עיסוק בפרקטיקה כזאת. הכללית כתבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2003, כי רופאי הבכירים התחילו לעסוק בפרקטיקה פרטית בגיבויה המלא של הר"י, ולטענתם לאחר שעות העבודה כל אדם רשאי לעשות כרצונו.

נמצא, כי שלא כמו הרופאים המועסקים בבתי החולים הממשלתיים, הרופאים המועסקים בבתי החולים של הכללית אינם נדרשים לקבל אישור לעבוד במקום עבודה נוסף, וכי לכללית אין נתונים על מקומות עבודה נוספים של רופאים אלה או על עיסוקם בפרקטיקה פרטית; וממילא לא נבדק אם יש ניגוד עניינים בין עבודתם במסגרות אחרות לבין עבודתם בבתי החולים של הכללית.

תורנויות וכוננויות של רופאים בבתי החולים

בימי חול מהשעה 16:00 עד השעה 08:00 למחרת, בימי שישי מהשעה 13:00 וכן בשבתות ובחגים פועל בבתי החולים מערך של תורנים וכוננים שאמור לתת מענה לצורכי חדר המיון ומחלקות האשפוז בבית החולים. בצוות הרופאים במחלקה מכהנים רופאים שמומחיותם בתחום התמחותה של המחלקה, רובם עובדים קבועים בבית החולים ומשובצים ככוננויות, ורופאים מתמחים - רופאים לאחר סיום לימודיהם המקבלים הכשרה והדרכה במחלקה בתחום התמחותם (תקופת ההתמחות משתנה מתחום לתחום ונמשכת בדרך כלל כארבע שנים). הרופאים המתמחים עושים את התורנויות במחלקה. בתקן הרופאים שנקבע לכל מחלקה בבתי החולים הממשלתיים אין הבחנה בין רופא מומחה לרופא מתמחה. בנסיבות אלה בידי מנהל מחלקה להעדיף להעסיק בה יותר רופאים מומחים ופחות מתמחים.

קביעת מספר התורנויות והכוננויות נעשתה במסגרת הסכמי העבודה הקיבוציים שנחתמו בשנות השבעים, ומאז הוספו תורנויות וכוננויות שלא על ידי ניתוח עיסוקים וצרכים אלא "טלאי על טלאי", על פי דרישת בתי החולים מהמשרד ואילו ציפים כלכליים. מספר התורנים והכוננים במחלקה נקבע על פי מספר המיטות בתקן המחלקה, והאחריות לשיבוץ תורנים וכוננים במסגרת המכסה המחלקתית מוטלת על מנהלי המחלקות. יצוין, כי ועדת נתניהו¹⁴ המליצה עוד בשנת 1990 כי "את מספר התורנים בכל מוסד תקבע הנהלת המוסד".

14 ועדת חקירה ממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל.

השכר על תורנויות וכוננויות הוא כ-44% מהשכר ברוטו של הרופאים בבתי החולים הממשלתיים. על פי נתונים שהתקבלו מאגף השכר במשרד האוצר, בשנת 2002 הוא הסתכם בכ-336 מיליון ש"ח¹⁵.

בהסכמים הקיבוציים נקבעו גם היקף התורנויות והכוננויות בחדר המיון. תורנויות וכוננויות מיון יכולות להיעשות בחדר המיון או במחלקות שנותנות ייעוץ מקצועי לחדר המיון.

בנייר עמדה שהגיש המשרד לוועדת אמוראי באוגוסט 2001 נאמר, כי "תקן הרופאים התורנים והכוננים נקבע על בסיס הסכמי עבודה ובדרך כלל אינו נגזר ישירות מהצרכים הרפואיים. מצב זה יוצר עיוותים ובכלל זה - הקצאת רופאים תורנים וכוננים שאין בהם צורך ממשי אלא לצורכי השתכרות בלבד (כגון תורנים בפתולוגיה). למול מציאות זו קיימות מסגרות רפואיות הזקוקות לרופאים תורנים וכוננים בגין הפעילות הרפואית האינטנסיבית הקיימת בהם (כגון תורנות רופא יילודים עבור חדרי לידה). הקצאת התורנויות והכוננויות למסגרות אלה אינה מעוגנת בהסכמי עבודה... יש להקצות תורנויות/כוננויות רופאים על בסיס הצרכים הרפואיים".

תורנויות

תורני חוץ

1. תורן מחלקה הוא, כאמור, רופא שנמצא במחלקה לאחר שעות הפעילות הרגילות, דהיינו מהשעה 16:00 עד השעה 08:00 בבוקר, ומשמש הסמכות הרפואית הבכירה ביותר הנוכחת במחלקה. כל רופא שהוא בעל רישיון לעסוק ברפואה ואושר בידי בית החולים רשאי לעשות תורנות במחלקה. בדרך כלל עושים את התורנויות רופאים המתמחים במחלקה שהם חלק ממערך כוח האדם הרפואי של המחלקה. רופאים אלה משתתפים בפעילות השוטפת של המחלקה, עושים ניתוחים ומכירים את החולים ואת הבעיות הייחודיות שבתחום התמחותם. בביקורת עלה, כי בכמה מחלקות עשו מתמחים בחודש מאי 2003, 11-9 תורנויות כל אחד (תורנות אחת לשלושה ימים בממוצע). אם יש מחסור במתמחים וברופאים מהמחלקה לביצוע תורנויות יש שמנהלי המחלקות מגייסים תורני חוץ (מחוץ לשיא כוח האדם של המחלקה). תורנים אלה אינם מתמחים במחלקה, אינם משתתפים בפעילות השוטפת של המחלקה הנעשית במשך היום (בכלל זה ניתוחים ועבודה במרפאות חוץ) ואינם מכירים את החולים ואת בעיותיהם הייחודיות, ובאים לבית החולים רק לשם ביצוע התורנויות. על פי רוב תורני החוץ אף אינם מתמחים בכל מחלקה אחרת, אלא נמצאים בשלב שלפני התמחות.

בביקורת נמצא, שבמקצת המחלקות חלק ניכר מהתורנויות נעשות בידי תורני חוץ; הדבר בולט בעיקר במחלקות שמספר המתמחים בהן קטן.

לדוגמה, במחלקה לכירורגיית כלי דם בשיבא עשו תורני חוץ במאי 2003, 17 מ-31 תורנויות שנעשו במחלקה באותו חודש; במחלקה הכירורגית-אונקולוגית ג' עשו תורני חוץ 11 תורנויות והיו התורנים היחידים במחלקה באותם ימים; במחלקה כירורגית ב' בבילינסון עשו תורני חוץ 11 מ-15 תורנויות המיון שהוקצו למחלקה במאי 2003.

ועדת בדיקה של המשרד שבדקה את הטיפול בחולה שנפטר באחד מבתי החולים ציינה במאי 2003, כי "יש להצטרף על כך שכל כך הרבה תורנויות רגישות מתבצעות ע"י רופאים שאינם מתמחים של המחלקה". הוועדה העירה, שמצב דומה קיים בהרבה בתי חולים אחרים וגם במקצועות נוספים. לדבריה, "מצב בו מחלקה רגישה חייבת להשתמש בשירותים של רופאים שאינם מתמחים אינו בדרך כלל בשליטה של מנהל המחלקה או של מנהל ביה"ח ויכול למצוא את פתרונו רק ברמה הארצית".

2. בבתי החולים הממשלתיים מועסקים כ-1,000 תורני חוץ, ואולם דרך העסקתם של תורני החוץ בהם טרם הוסדרה. הנציבות כתבה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2003, כי "המו"מ על תורני החוץ טרם נסתיים. מדובר על צורת העסקה מאוד ייחודית ומורכבת. עם זאת נש"מ עושה את מירב המאמצים לקדם את הנושא לקראת פתרון מהיר".

לדעת משרד מבקר המדינה, ריבוי תורני החוץ מעיד לכאורה על מחסור ברופאים מתמחים ומדגיח את הצורך שהמשרד, הנציבות והכללית יבחנו מחדש את התקנים של רופאי בתי החולים.

העסקת רופאים לאחר תורנות

1. בהסכם מיולי 2000 נקבע, שאין להעסיק אחרי השעה 10:00 בבוקר רופא שעשה תורנות לילה. עוד נקבע בהסכם, כי העסקת הרופא לאחר התורנות תהיה אסורה, גם אם הרופא יסכים לכך, וכי הפרת ההוראה הזאת היא עבירת משמעת. בחוזר המשרד מאוגוסט 2000 נקבע, כי האחריות הישירה לקיום הוראות ההסכם חלה על מנהלי המחלקות, וכי האחריות הישירה לפיקוח על שמירת כללי ההסכם ועל אכיפתם חלה על מנהלי בתי החולים.

אולם הביקורת העלתה, כי המשך העסקה של רופאים תורנים ביום שלאחר התורנות הוא תופעה שכיחה ביותר, וכי חלק מהרופאים אף משתתפים בניתוחים לאחר סיום התורנות, כמפורט להלן:

בבדיקת לוח התורנויות של חודש מאי 2003 בכמה מחלקות כירורגיות בבילינסון מול הדוחות על ביצוע ניתוחים באותו חודש נמצא, כי במהלך אותו חודש השתתפו רופאים לאחר שסיימו תורנות ב-21 ניתוחים של המחלקה לניתוחי לב וחזה. יצוין, שחלק מהניתוחים החלו רק בשעות הצהריים. זאת ועוד, במחלקה הכירורגית א' - נעשו ארבעה ניתוחים בידי רופאים שעשו תורנות ערב קודם לכן ואחר כך המשיכו לעבוד ברציפות. במחלקה כירורגית ב' נעשו תשעה ניתוחים בידי רופאים כאלה, ובמחלקה האורתופדית שני ניתוחים.

גם בביקורת בשיבא נמצא, כי רופאים הועסקו לאחר תורנות בניגוד להוראות: בבדיקת לוח התורנויות של חודש מאי 2003 בכמה מחלקות כירורגיות בבית החולים מול הדוחות על ביצוע ניתוחים באותו חודש העלתה, שבאותו חודש נעשו בידי רופאים שהיו לאחר ביצוע תורנות 13 ניתוחים במחלקות האורתופדיות (א' וב'); 14 ניתוחים במחלקה לכירורגיית לב; חמישה ניתוחים במחלקה לכירורגיית חזה; 11 ניתוחים במחלקה כירורגית ב' ושבעה ניתוחים במחלקה לכירורגיית כלי דם.

2. בהסכם הקיבוצי מיולי 2000 נקבע כאמור, כי העסקת רופא שסיים תורנות היא עבירת משמעת. משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות, כי ההוראות וההסכמים אינם אוסרים על רופא לעבוד לאחר תורנות בבית חולים בעבודה פרטית מחוץ לבית החולים. המשרד השיב בדצמבר

2003, כי "בחופשה לאחר תורנות זמנו של הרופא הוא פרטי. פעילותו בזמן זה היא על פי שיקול דעתו ועל פי מגבלות התקשי"ר".

לדעת משרד מבקר המדינה, מאחר שהיום החופשי שלאחר התורנות נחשב יום עבודה בתשלום, וכדי למנוע פגיעה אפשרית בטיפול בחולים (לאחר עבודה רצופה של 24 שעות), על המשרד לשקול קביעת הסדרים בעניין הטיפול בחולים ביום זה גם מחוץ לבית החולים.

3. בהסכם הקיבוצי בין המעסיקים לבין הרופאים מיולי 2000 הוטל על הנהלתו של כל בית חולים להקים בתוך חודשיים מערכת שתפקידה לאכוף את הכללים בעניין שחרור רופא מהעבודה לאחר תורנות, בין השאר על ידי איסוף והצלבה של נתונים מדיווחי הנוכחות ומלווחות התורנויות.

בהסכם נקבע, כי מנהל בית החולים ידווח אחת לחודש להנהלת המשרד, להנהלת הכללית או להנהלת הדסה על כל הפרה של הכללים שנקבעו בהסכם; ההנהלה תעשה בירור ראשוני של העניין, ואם בעקבות הבירור יתעורר חשד מבוסס להפרת הכללים, יועבר הנושא "לטיפול משמעותי על פי המנגנונים והנוהלים הקיימים אצל המעסיקים".

הבדיקה בשיבא ובבילינסון העלתה, שהם אינם עושים איסוף והצלבה של נתונים כמתחייב מההסכם. בהיעדר נתונים על שעות הנוכחות של הרופאים בבתי החולים או דיווח מהימין אחר (תלונות למשל) קשה לאמוד את היקף העסקה של רופאים לאחר תורנות.

ממסמך ממאי 2002 שהכין המרכז למחקר ומידע הפועל בכנסת¹⁶ עולה, כי המשנה למנכ"ל המשרד העריך כי 10%-15% מהרופאים אינם מסיימים את עבודתם לאחר תורנות כנדרש; מנהל מחלקת כירורגית ויו"ר ועד הרופאים בשיבא טען, כי ההוראות אינן מקוימות, בין היתר עקב העומס הרב המוטל על הרופאים, הנגרם ממיעוט תקנים; וכי בפועל, מתמחים עובדים מספר שעות גדול מזה שנקבע בהסכמים הקיבוציים; לדעתו, הפרתו נעוץ בהקטנת עומס העבודה על ידי העסקת צוות עזר שיעשה את העבודה הפקידותית ויאפשר לרופאים לעסוק ברפואה בלבד.

מנהל שיבא ועוזר המנכ"ל לענייני ביקורת של הכללית מסרו למשרד מבקר המדינה, כי מדיניות בתי החולים היא לאפשר למנהלי המחלקות בנסיבות חריגות שלא לשחרר רופא לאחר שעשה תורנות - גם אם הדבר מנוגד להסכמים הקיבוציים, אם על פי שיקול דעתם המקצועי שחרור הרופא עלול לסכן חיי חולים.

הר"י מסרה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2003, כי "גם בטפסי דיווח הנוכחות הקיימים כיום ניתן לאתר את המחלקות שבהן אין נאכפת ההוראה. אלא, ששורש הבעיה נעוץ בשלוש עובדות אשר גם הנהגת שעות לא תוכל להן: קיומן של מחלקות עם עומס בלתי סביר הפוגע ברמת התפקוד של המערכת... 'פחדם' של המתמחים להיות מעורבים בתלונה כל שהיא על תנאי עבודתם, שמא ייפגעו סיכוייהם להמשיך בעבודה במחלקה כמומחים; וכן, במחלקות הכירורגיות למיניהן, רצונם להשתתף, ככל שיינתן להם, בניתוחים, שעל פי אופיים מתבצעים רק בשעות הבוקר".

16 המרכז למחקר ומידע הוקם בשנת 2000 כדי לספק לכנסת שירותי מחקר ומידע. המרכז מכין מסמכי רקע ומחקרים לחברי הכנסת ולוועדותיה.

נראה אפוא, כי למרות חשיבות הנושא הנהלות בתי החולים אינן אוספות נתונים על מידת אכיפתן של ההוראות שנקבעו בהסכם הקיבוצי מיולי 2000 ועל השפעתן על תפקוד בתי החולים. לדעת משרד מבקר המדינה, על בתי החולים ועל המשרד לדאוג לאיסוף נתונים על נוכחות הרופאים בבתי החולים לאחר ביצוע תורנות, לעשות בקרה על מילוי הכללים שנקבעו בהסכמים ולבחון את ההשפעות שיש לכללים אלה על יעילות תפקודו של בית החולים.

מחשוב הדיווחים על תורנויות וכוננויות בבילינסון

בביקורת בבילינסון באוגוסט 2003 נמצא, כי הדיווח על התורנויות והכוננויות של כל מחלקה נעשה באופן ידני, ומנהלי המחלקות מעבירים אותו לאגף משאבי אנוש לצורך תשלום; וכי אין לבית החולים מערכת ממוחשבת המרכזת את התורנויות והכוננויות (דוגמת המערכת הקיימת בשיבא).

עוד בנובמבר 1998 כתב מנהל בילינסון כי הובא לידיעתו כי יש שרופאים דיווחו על ביצוע תורנות שבפועל בוצעה בידי תורני חוץ. חקירה שעשתה הכללית במאי 2002 העלתה כי יש שרופאים עשו תורנות בשתי מחלקות בו-זמנית ודיווחו שרופא אחר עשה את התורנות באחת מהן.

לדעת משרד מבקר המדינה, ריכוז הנתונים על התורנויות והכוננויות במערכת ממוחשבת אחת עשוי למנוע כפילויות ברישומים. משרד מבקר המדינה העיר להנהלת הכללית, כי ראוי שתשקול למחשב את נושא התורנויות והכוננויות בבתי החולים שלה, כפי שהדבר נעשה בשיבא, וכי עליה לעשות בקרה על נוכחות התורנים במחלקות. הכללית השיבה בנובמבר 2003 כי תשקול בכובד ראש את הערת משרד מבקר המדינה.

כוננויות

לפי ההגדרה בהסכמים הקיבוציים ובחוזר מינהל הרפואה מינואר 2003, שהרחיב את ההנחיות שבחוזר מנכ"ל מינואר 1998, כוננות רופא היא מצב שבו רופא נדרש להיות מוכן להיענות לקריאה להתייצב ביחידתו מחוץ לשעות העבודה הרגילות. החוזר מציין כי משך הכוננות יהיה מתום השלמת שעות העבודה ביום הכוננות עד לתחילת יום העבודה שלאחריו, בלי לנקוב בשעה מסוימת. שעות הכוננות לפי ההסכמים הקיבוציים הן בין השעה 16:00 לשעה 08:00 למחרת.

בחוזר נקבע, שרופא כונן צריך לעמוד בתנאים האלה: לרופא מומחיות בענף הרפואה שבו נעשית הכוננות; הרופא מועסק במוסד במשרה מלאה (ניתן לשבץ בכוננות גם רופא שאינו עובד במשרה מלאה או אינו מועסק במוסד, אם מנהל המוסד קבע כי צורכי המוסד מחייבים זאת). כמו כן נקבע בחוזר, כי "הרופא הכונן לא יעסוק בזמן הכוננות בכל עבודה שאינה קשורה לעבודתו במוסד בו הוא מבצע כוננות", וכי עליו להתגורר במקום שממנו יוכל להגיע ליחידה שהוא כונן בה, אם יידרש, לא יאוחר מ-30 דקות מקבלת קריאה, בהתאם להוראות הנוהל.

בחוזר המנהל הכללי של המשרד מינואר 1998 נאמר, כי "לאור התמונה המועברת לרופא הכונן, הוא נדרש להחליט, האם להסתפק בקשר הטלפוני או שעליו לצאת לביה"ח בכדי להתרשם מהמצב מכיל ראשון. אין ספק שההחלטה במקרים אלה איננה פשוטה ותלויה, בין השאר, במיומנות וניסיון

הרופא התורן, הכרותו האישית של הרופא הכונן את הרופא התורן ואופי וחומרת הסיטואציה שהיא נשוא ההתייעצות. קשה לכן מאד לקבוע כללים ברורים וחדים להתנהגות הרופא הכונן".

בביקורת עלה, כי אין בבתי החולים מנגנונים לבקרה על היענות של כוננים לקריאות מבית החולים: אין מעקב אחר "זמן התגובה" של הכוננים מרגע שנדרשו להגיע לבית החולים או לתת ייעוץ. כמו כן אין רישום של שעת בואם של כוננים לבית החולים שיוכל לשמש מדד לבדיקת העומס על התורנים והכוננים במחלקות ואין דיווח מסודר של הכוננים על מהלך הכוננות - הפעולות שעשו והייעוצים הטלפוניים שנתנו. נמצא, כי רישום הפעילות הרפואית נעשה רק בתיקים האישיים של החולים, וגם הוא לא תמיד מאפשר לדעת אם הייתה התייעצות טלפונית עם הכונן או אם הכונן בא לבית החולים.

כוננויות-על

בהסכם הקיבוצי ממרס 1979 נקבע, כי מנהל של מחלקה, יחידה, מכון או מרפאת חוץ בבית חולים יקבל תשלום ששיעורו שכר של שלושים ימי עבודה בחודש בעבור היותו כונן-על במשך כל החודש. בהסכם נקבע, כי על כונן-העל להודיע לכונן על מקום הימצאו, וכי בהיעדרו ימונה רופא אחר במקומו. אולם לא הוגדרו תפקידו ואחריותו של המנהל ככונן-על, והמשרד לא פירט בנוהל את תפקידיו כפי שעשה בנוהל המפרט את חובות הרופא הכונן.

הר"י כתבה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2003, כי "תוספת 'כוננות על' היא תמורה שניתנה למנהלי מחלקות ויחידות בעבור משאבי הניהול שהם משקיעים בכל שעות היממה, כשהם בעצם האחראים לכל הנעשה במחלקה, להתנהלותה ולכל הטיפול הניתן בה".

ועדה מטעם המשרד שבדקה את מהלך הטיפול בחולה שנפטרה לאחר ניתוח ציינה בדוח ממאי 2003, כי "תפקיד של כונן על אינו מוגדר היטב". הוועדה ציינה כי "ברוב בתי החולים בארץ, כונן העל אינו בהכרח זמין אלא בטלפון. כך מתייחסת הנהלת בית החולים בנוגע לכונני על של ביה"ח. גם לאחר בירור במשרד הבריאות לא מתקבלת תמונה ברורה של החובות של כונן העל".

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שהמשרד יגדיר את תפקידו של כונן-העל ביתר פירוט ובאופן שייתן ביטוי נאות גם לעניין זמינותו בעת קריאה מבית החולים.



מן הראוי לעשות בחינה מחודשת של השיטה שעל פיה נקבעים תקני הרופאים בבתי החולים ומערך התורנויות והכוננויות של הרופאים, וכן לבחון את אופן הבקרה על עבודה פרטית של רופאים ולהתאימם לצרכים הממשיים של בתי החולים.

מערכות הנדסיות חיוניות ותשתיות אשפוז בבתי חולים

תקציר

בבתי חולים יש תשתיות רבות לאשפוז ומערכות הנדסיות חיוניות, מהן תומכות חיים. מערכות אלה אם אינן מתוחזקות כראוי או אינן מחודשות, עלולות להוות סיכון בטיחותי ולעתים אף לגרום למוות; הן גם גורמות לתפעול לקוי של בית החולים, לבזבז אנרגיה ולהוצאות מיותרות, ומתבלות מהר.

1. מצבן של תשתיות האשפוז והמערכות ההנדסיות החיוניות בבתי חולים רבים הוא גרוע ושל אחדות מהן אף חמור, חלקן במצב של קריסה. מערכות רבות אינן עומדות בסטנדרטים הנדרשים. במקומות רבים אין מצב התשתיות והמערכות ההנדסיות מאפשר לתת טיפול נאות לחולים, ולעתים המצב אף עלול להוות סיכון בטיחותי ממשי. יש בתי חולים שבמערכות ההנדסיות שלהן חסרים רכיבים, שהיעדרם עלול לסכן את חיי החולים, כגון מרכזיות בנייניות לגיבוי חמצן ומערכות מודרניות להתרעה על תקלות.

2. ברוב בתי החולים רמת התחזוקה השוטפת נמוכה ביותר ונעשית בעיקר "תחזוקת שבר", כלומר עבודות תחזוקה שנעשות לאחר שמערכת מתקלקלת או קורסת. מצב זה גורם להזנחת מבנים ומתקנים ולקריסת מערכות טרם זמן עקב בלאי מואץ, ובסופו של דבר מחייב השקעת סכומים גבוהים בשיקום ובהבאתם למצב תקין. לא נקבעה מדיניות ברורה לתכנון ולתקצוב פעולות תחזוקה, בהתחשב במשאבים המוגבלים.

3. משרד הבריאות ממעט לעשות ביקורות שוטפות בעניין התחזוקה בבתי החולים בכלל ובבתי החולים הממשלתיים בפרט, לרבות בתחום המערכות התומכות חיים.

4. בתי חולים לא תמיד הקפידו על ביצוע בדיקות תקופתיות או טיפולי תחזוקה במערכות ההנדסיות העיקריות כנדרש, והדבר גורם לליקויים רבים ולתפקוד לקוי ואף עלול לגרום לכשלים בטיחותיים או תפקודיים חמורים בבתי החולים.

5. בתי חולים לא תמיד דיווחו למשרד על אירועים מיוחדים הקשורים למערכות הנדסיות, כפי שהם חייבים לעשות. על משרד הבריאות לשפר את הליכי הפקת הלקחים מאירועים כאלה, והפצתם לכלל מוסדות הבריאות.

6. חלק מבתי החולים אינם שולחים נציגים לימי העיון בנושאי תחזוקה שמשרד הבריאות מארגן. ברוב בתי החולים אין רישום מלא בדבר ההדרכות שהתקיימו בנושאי תחזוקה ואין לדעת באיזו מידה עובדי בתי החולים יודעים את ההוראות והנהלים. לא נקבעה מתכונת לתרגול תרחישי תקלות במערכות החשמל.

7. בתי החולים הם צרכנים גדולים של מקורות אנרגיה. דרישות לביצוע פעולות שונות במערכות ציבוריות מסוימות נקבעו בחוק מקורות אנרגיה, התש"ץ-1989, ובתקנות שהותקנו מכוחו. החוק והתקנות חלים על בתי החולים של שירותי בריאות כללית, אך לא תמיד בתי חולים אלה פעלו כנדרש בחוק ובתקנות. החוק אינו חל כלל על בתי החולים הממשלתיים, ומן הראוי לשקול את החלתו עליהם.



בבתי חולים יש תשתיות רבות לאשפוז ובהן מערכות הנדסיות חיוניות, כגון מערכות של חשמל, של גזים רפואיים, מיזוג אוויר, שינוע פניאומטי¹, מעליות, מערכות של מי שתייה ושל מים מיוחדים. חלק מהן (כגון מערכות חשמל וגזים רפואיים) תומכות חיים.

את התשתיות ואת המערכות ההנדסיות יש לתחזק בצורה מקצועית ואמינה ככל האפשר ולחדש אותן במשך השנים. מערכות הנדסיות שאינן מתוחזקות כראוי, או שאין מחדשים אותן במועד, עלולות להוות סיכון בטיחותי ולעתים אף סכנת חיים, גורמות לתפעול לקוי של המוסד, לבזבז אנרגיה ולהוצאות מיותרות, ואף מתבלות מהר. פעמים רבות יש לכך גם השפעה על הטיפול שניתן לחולים. ההתפתחות הטכנולוגית של המערכות ההנדסיות - בעיקר בעשורים האחרונים - מצריכה העסקת עובדים מיומנים, מנוסים ומקצועיים במגוון של תחומים הנדסיים, טכניים ומינהליים, והשקעות בפיתוח מערכות תוכנה להתרעות מפני תקלות במערכות ההנדסיות.

בחדשים יוני-אוגוסט 2003 בדק משרד מבקר המדינה היבטים אחדים בתחומי התחזוקה, הבטיחות והחידוש של תשתיות אשפוז ומערכות הנדסיות חיוניות בבתי חולים כלליים. הבדיקה נעשתה במינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה (להלן - המינהל לתכנון) שבמשרד הבריאות (להלן - המשרד); בתחום תחזוקה שבמינהל תשתיות ובינוי (להלן - תחום תחזוקה) של שירותי בריאות כללית (להלן - הקופה); בארבעה בתי חולים ממשלתיים: המרכז הרפואי ע"ש ברזילי אשקלון (להלן - ברזילי), ביה"ח לגליל המערבי נהריה (להלן - נהריה), בית החולים הממשלתי פוריה (להלן - פוריה), המרכז הרפואי רמב"ם (להלן - רמב"ם); ובארבעה בתי חולים של הקופה: מרכז רפואי העמק (להלן - העמק), מרכז רפואי כרמל ע"ש ליידי דייויס (להלן - כרמל), מרכז רפואי ספיר ביה"ח מאיר (להלן - מאיר) ומרכז רפואי קפלן (להלן - קפלן). בירורים והשלמות נעשו בחדשים ספטמבר-דצמבר 2003.

מצב התשתיות והמערכות ההנדסיות החיוניות בבתי החולים הכלליים

תשתיות ומערכות הנדסיות

סוירים בבתי חולים ומידע שהם מסרו העלו שמצבן של תשתיות האשפוז והמערכות ההנדסיות החיוניות בבתי חולים רבים הוא גרוע, של אחדות מהן חמור, ומקצתן אף במצב של קריסה. מערכות רבות אינן עומדות בסטנדרטים הנדרשים. תחזוקה לקויה גורמת להן בלאי מואץ. לעתים מצב התשתיות והמערכות ההנדסיות אינו מאפשר לתת טיפול נאות לחולים, ואף עלול להוות סיכון בטיחותי. להלן פרטים:

ח ש מ ל : בכמה בתי חולים (העמק, קפלן, נהריה וברזילי) עקב אי חידוש מערכת החשמל אי אפשר להוסיף עומסים למערכת ולכן, למשל, יש קושי לחבר אליה מכשירים חדשים כמו סורק ממוחשב (בהעמק) שצריכת החשמל שלו גדולה משל הסורק הישן; באחד מבתי החולים (ברזילי) פרצה שריפה בלוח החשמל הישן שלא התאים לעומסים במכון הדיאליזה; למכשירים רבים (בהעמק), בהם מכשירי ניטור שנועדו להתריע על הרעה במצבו של החולה, אין גיבוי שיבטיח

שיפעלו גם כשיש תקלה באספקת החשמל; גנרטורים אחדים (ברמב"ם) מיושנים ואינם מתאימים עוד לייעודם.

אוורור ומיזוג אוויר: מערכות אוורור נועדו להחליף את האוויר שבחדר באוויר נקי, אך במקומות רבים אין מערכות כאלה או שיש מערכות שאינן מתאימות לייעודן, בעיקר בחדרי ניתוח ובחדרי לידה (בהעמק), במכוני דיאליזה (בברזילי) ובמעבדה לפתולוגיה של שני בתי חולים (בברזילי ובפוריה). מצב זה עלול להשפיע לרעה על העובדים ועל כושר שיפוטם, ולגרום להידבקות של עובדים ושל מטופלים במחלות; במקומות רבים יש צורך לשפץ או להחליף מערכות למיזוג אוויר (בקפלן, בהעמק, בנהריה ובפוריה). בפוריה יש מערכות רקובות שעומדות לקרוס.

מים: צנרת המים ברוב בתי החולים הותקנו לפני עשרות שנים והן חלודות ורקובות, ובמקומות רבים יש דליפות (בברזילי, ברמב"ם ובהעמק); מאגרי המים בכמה מקומות טעונים שיפור (בקפלן ובהעמק); בבית חולים אחד (רמב"ם) התגלה חיידק מסוים (במרפאות חוץ, בבניין אשפוז ישן ובבניין החדש) שקשה מאוד להדבירו בשל מצב הצנרת. בניגוד להוראות לא התקין אותו בית חולים מכשירים מונעי זרימה חוזרת של מים שמיועדים למנוע חדירת מים מזוהמים למערכת מי השתייה ובשל כך עלולה כל המערכת הזאת לצאת מכלל פעולה.

ביוב: צנרת הביוב באחדים מבנייני האשפוז פגומה (ברמב"ם, בברזילי ובקפלן) וגורמת להצפות גם בחדרי ניתוח (ברמב"ם ובקפלן). לדוגמה: במאי 2003 שכב חולה בחדר ניתוח ברמב"ם והיה בתהליך הרדמה לקראת ניתוח לב. עקב חדירת מי ביוב למתחם חדר הניתוח הופסק הטיפול בחולה והניתוח נדחה. התברר שבחודשים מרס-מאי באותה שנה חדרו כמה פעמים מי ביוב למקומות אחדים בבית החולים, מקצתן סיכנו את החולים עקב חשיפתם לזיהומים.

בטיחות: בכמה בתי חולים נמצא שמערכות כיבוי אש אינן מושלמות (ברמב"ם ובקפלן); בכמה בתי חולים נמצא שבמערכות החשמל בחדרי הניתוח (בהעמק), בחדרי ההתאוששות (בהעמק) ובמכון לדיאליזה (בברזילי) אין שנאים צפים שנועדו למנוע התחשמלות, והחולים המטופלים בהם חשופים לסכנת התחשמלות; בבית חולים אחד (נהריה) נמצא שתקרורת מבנה האשפוז המרכזי נבנו בשיטת הפלקל, ואין מחזקים אותן; כמה מהמעליות המשמשות להעברת חולים מחוקות לגמרי ויש תקלות רבות בתפקודן (בנהריה, בקפלן ובכרמל); במקום אחד (בפוריה) נמצא שגדר הרשת החיצונית חלודה, רעועה וללא תאורה מתאימה; באותו בית חולים ובשניים אחרים (בפוריה ובברזילי) יש בחורף בעיית ניקוז הגורמת לשטפונות.

תנאים פיזיים: בכמה בתי חולים נמצא שבחדרי ניתוח (בברזילי), חדרי המיון הכללי ומיון ילדים (בנהריה ובפוריה) וכן במחלקות אחדות, בהן טיפול נמרץ (בנהריה), דיאליזה (בפוריה ובברזילי), פנימית וילדים (בפוריה) שוררים תנאים פיזיים קשים במיוחד, והם פועלים בתנאי צפיפות שמקשים לתת טיפול נאות לחולים.

ארכיון בנושא הנדסה: הפעילות של מחלקת הנדסה בבית חולים כרוכה בעיסוק במסמכים, במפרטים ובשרטוטים רבים, ולפיכך יש לאחסנם במקומות מוגנים מרטיבות, מאש ומפריצות.

הועלה, כי בחמישה בתי חולים (נהריה, ברזילי, קפלן, מאיר וכרמל) לא ננקטו אמצעי ההגנה הדרושים בעיקר מפני אש או מהצפות מים וביוב.

מערכות תומכות חיים

חמצן: הספקת חמצן שוטפת וסדירה למכונות הנשמה, המופעלות ליד מיטות של חולים, היא חיונית לחולים שאינם מסוגלים לנשום בכוחות עצמם וזקוקים להנשמה מלאכותית. הוראות

המשרד בנושא חמצן קובעות, בין היתר, אילו אמצעי גיבוי והתרעה יש להתקין במקומות מסוימים². משרד מבקר המדינה בדק באופן מדגמי אם בתי החולים ממלאים את ההוראות:

הועלה שבניגוד להוראות, במחצית מבתי החולים שנבדקו אין מרכזיות גיבוי לחמצן בכל בניין או שבמרכזיות הגיבוי אין בקר (במאיר, בקפלן, בכרמל ובפוריה); מערכות הגזים בשני בתי חולים (רמב"ם ופוריה) אינן תקניות או שאין מספיק עמדות חמצן (בברזילי), ובבית חולים אחד (קפלן) חלק מצנרת הגזים עשויה פלסטיק ולא מתכת כנדרש. עוד הועלה, כי במכון דיאליזה באחד מבתי החולים (ברזילי) ניתן חלק משקע החמצן שעל הקיר ופגע בחולה במהלך טיפול דיאליזה. מדובר במכון ששוררים בו תנאים פיזיים קשים במיוחד, ומרבית המערכות ההנדסיות בו אינן בסטנדרדים הנדרשים.

על פי ההוראות, יש להתקין מרכזיות חמצן לגיבוי אוטומטי רק ב"כל מחלקה עתירת שימוש בחמצן", כגון בחדרי הניתוח ובמחלקות לטיפול נמרץ, פגים וריאות. אך בנסיבות מסוימות, עקב תפוסה רבה או עקב שיפוץ, מאשפוזים במחלקות אחרות חולים מונשמים, מקצתם במצב קשה, ובעת תקלה במערכת החמצן עלול להיות קושי לספק להם חמצן. נוכח תופעה זו, הציע משרד מבקר המדינה למשרד לשקול אם לקבוע בהוראות חובה להתקין מרכזיות כאלה גם במחלקות אחרות.

מתקני חשמל באתרים רפואיים: בתקנות החשמל (מתקני חשמל באתרים רפואיים במתח עד 1000 וולט), התשנ"ה-1994, נקבעו הוראות החלות על אתרים רפואיים.

מרבית בתי החולים שנבדקו (ברזילי, פוריה, כרמל, מאיר, העמק וקפלן) מסרו למשרד מבקר המדינה, כי ברשותם מתקנים שאינם מתאימים להוראות החלות על מתקני חשמל באתרים רפואיים, ובהם חדרי ניתוח, חדרי מיון כללי ומיון ילדים ומכוני דיאליזה.

בית חולים אחד (העמק) יזם ביולי 2001 בדיקה של מתקני חשמל. את הבדיקה עשה יועץ חיצוני והוא מצא כ-100 ליקויים בקשר להארכה, להפרדות מסוימות, לשילוש ולהתאמה לתקנות החשמל. במועד סכום הביקורת, ספטמבר 2003, טרם תוקנו מרבית הליקויים. יצוין שחלק מהליקויים היו במחלקות שבבניין חדש (פנימיות, מיון טראומה ומיון ילדים).

מערכות התרעה: כדי למנוע נזקים (בריאותיים וכספיים) מתקינים מכשירים המתריעים על תקלות בפעילות המערכות ההנדסיות. מערכת התרעה יעילה מאוד היא מערכת ממוחשבת אשר בעת תקלה מודיעה על כך למוקד שמאויש 24 שעות ביממה, באמצעות "פריצה" כתובה או קולית למחשב, או בהודעה למכשיר האיתורית של תורן התחזוקה, לעתים עוד קודם שיודעים על כך העובדים במקום שהתקלה מתרחשת. להתקנת מערכות התרעות ממוחשבות נודעת חשיבות רבה בעיקר במערכות החשמל, החמצן ומיזוג האוויר.

1. הועלה, כי מרבית מערכות ההתרעות בבתי החולים אינן ממוחשבות אלא מכניות. הן מתריעות באמצעות צפירה או תאורה מיוחדת או שתיהן, ובעת תקלה התורן אינו מקבל על כך מידע מיד. הדבר עלול לסכן את החולים, לפגוע במערכות ובסביבה ולגרום נזקים כספיים ניכרים.

2 הוראות המשרד בנושא גזים רפואיים רוכזו במפרט G-01.

2. ברוב בתי החולים צריך לחדש את מערכות ההתרעה או להוסיף מערכות חדשות. להלן דוגמאות: בבית חולים אחד (פוריה) מערכות ההתרעה על תקלות בגנרטור ועל תקלות במערכת מי כיבוי אש אינן מתפקדות כראוי; במקפיא של בנק הזרע אין כלל מערכת התרעה ובעת תקלה עלולה תכולת המקפיא להינזק ללא תקנה. בבית חולים אחד (קפלן) תוכנת ההתרעות הותקנה בשנת 1985 והיא מתריעה רק על תקלות בחלק ממערכות מיוזג האוויר; אין כלל מערכות התרעה על תקלות במערכת גז בישול (דוודים ומטבח) ועל הצפות; בבית חולים אחר (העמק) יש צורך במערכות התרעה ממוחשבות במרכזיות גיבוי חמצן מחלקתיות, במקררי התרופות, המעבדה והמזון, ובחדר הקיטור.

3. התקנת מערכת התרעה כרוכה בסכומים לא מבוטלים. לכן רצוי שבעת חידוש מערכות הנדסיות יותקן מכשיר מיוחד המאפשר חיבור למערכת התרעה ממוחשבת, גם אם באותה העת אין אפשרות כספית להתקין מערכת כזאת.

רק חמישה בתי חולים (כרמל, קפלן, מאיר, רמב"ם ופוריה) הודיעו למשרד מבקר המדינה כי התקינו את המכשיר האמור.

מערכות תקשורת: בבתי החולים פועלות מערכות רבות של תקשורת: טלפון, כריזה, חולה-אחות, אלחוטיות (איתוריות לצוותים) ומערכות קשר דו-כווני (מכשירים נישאים בידי עובדים ובכלי רכב).

הביקורת העלתה, שכמעט בכל בתי החולים יש תקלות במערכות אלה או שיש הגבלות בהפעלתן, בעיקר עקב התיישנותן: בשני בתי חולים (ברזילי והעמק) אי אפשר להתקין טלפונים נוספים באזורים מסוימים בשל חוסר תשתית; בבית חולים אחר (פוריה) יש תקלות במערכת הטלפון ובמערכות האלחוטיות; כמעט בכל בתי החולים שנבדקו (רמב"ם, נהריה, ברזילי, פוריה, קפלן, העמק ומאיר) יש תקלות במערכות קריאה חולה-אחות, שמקשות על חולים להועיק אחות, ובעת הרעה במצבם הרפואי הם עלולים להיפגע עקב אי הגעת האחות.

תכנון ותקצוב פעולות תחזוקה

1. פעולות תחזוקה יש לתכנן ולתקצב על סמך מדדים מקצועיים. בייחוד כאשר המשאבים מוגבלים, יש לקבוע את רמות התחזוקה הנדרשות, וכך סדרי עדיפויות לפעולות תחזוקה, בהתחשב, בין היתר, בשיקולי עלות - תועלת. בעניין זה יש להדגיש, כי חיסכון בהוצאות בטווח הקצר מביא להוצאות מיותרות בטווח הארוך, שכן הימנעות מפעולות תחזוקה בשל עלותן עלולה לגרום להתבלות מהירה של מערכות ובסופו של דבר יהיה צורך לחדשן בעלות גבוהה יותר.

הביקורת העלתה, שתכנון ותקצוב פעולות התחזוקה בבתי החולים לא נעשו על סמך מדדים כלשהם. ברוב בתי החולים, הן הממשלתיים והן של הקופה, רמת התחזוקה השוטפת נמוכה ביותר ונעשית בעיקר "תחזוקת שבר", כלומר עבודות תחזוקה שנעשות לאחר שמערכת מתקלקלת או קורסת. מצב זה גורם להזנחת מבנים ומתקנים ולקריסת מערכות טרם זמן עקב בלאי מואץ, ובסופו של דבר מאלץ את המשרד, את הקופה ואת בתי החולים להשקיע סכומים גבוהים בשיקומם ובהבאתם למצב תקין.

2. בשנת 2001 הזמין המשרד מהטכניון מחקר לחיזוי עלויות תחזוקה בבתי חולים, כדי לגבש קריטריונים ומדדים לניהול תחזוקה של בנייני בתי חולים.

לצורך המחקר פותח מודל, שהתבסס בתחילה על ניתוח נתונים משנת 1999 במסגרת סקר שדה שנעשה על התחזוקה של 17 בתי חולים כלליים, הן ממשלתיים והן של הקופה, ובשנת 2002 התבסס המודל על "ניתוחי אירוע מפורטים" שנעשו בחמישה בתי חולים ממשלתיים. במודל נבחנו שלושה היבטים יסודיים בתחזוקת בתי החולים: תפקוד הבניינים ומערכותיהם, באמצעות סולמות שפותחו לצורך זה; עלויות התחזוקה על פי המאפיינים של כל בית חולים (ובהם גיל הבניינים וצפיפות האשפוז); ארגון התחזוקה בידי מהנדס בית החולים ומנהל התחזוקה, כמדד ליעילות הארגונית. במהלך המחקר מסר הטכניון למשרד כמה דוחות ביניים, ובאוגוסט 2003 הוא הגיש דוח מסכם לשנת 2002.

עושי המחקר ציינו כי רמת התחזוקה הנמוכה הנהוגה בבתי החולים גורמת לליקויים רבים ולתפקוד לקוי ביותר ואף עלולה לגרום "לכשלים בטיחותיים או תפקודיים חמורים" בבתי החולים. עם זאת, הם הדגישו כי "ניתן לשפר את המצב במידה ניכרת גם ללא תוספת משאבים, אלא על ידי שינוי בהפעלת כח-אדם ויישום מדיניות מתקנת ביחס למערכות שלגביהן יש אבחנה ברורה של תפקוד לקוי".

3. באמצעות המודל שפותח ולפי הנתונים המאפיינים כל אחד מבתי החולים אפשר לאבחן בברור אילו מערכות בבית החולים אינן מתפקדות כראוי. לכל מערכת מציע המודל כמה חלופות של תחזוקה מתקנת, והן מדורגות לפי עלותן - ללא עלות, בעלות בינונית, בעלות גבוהה.

בתשובותיו מנובמבר 2003 ומפברואר 2004 כתב המשרד כי "המינהל לתכנון פיתוח ובינוי מוסדות רפואה הפיץ דבר המחקר בין מהנדסי בתי החולים ששותפו בפרויקט וכמו כן, דאג שבשני הכנסים של המועצה ללוגיסטיקה יובא דבר העבודה [המחקר] לידיעת בתי החולים". המשרד ציין, כי יש היענות רבה של בתי חולים וקופות חולים ליישם את תוצאות המחקר. עוד כתב המשרד, כי הסמנכ"ל הבכיר לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה והיועץ הבכיר לתשתיות ואחזקה החליטו (בעל-פה) להפסיק את ההתקשרות עם הטכניון ולתת לבתי החולים את האפשרות להתקשר ישירות עם הטכניון.

לדעת משרד מבקר המדינה, על הנהלת המשרד לגבש עמדה ברורה בעניין יישום מסקנות המחקר, ולהפיצה בכתובים לבתי החולים. בין היתר, מן הראוי שתיקבע רמת התחזוקה המינימלית שעל בתי החולים לקיים, בהתחשב במשאבים המוגבלים ובשיקולים של עלות - תועלת.

4. לדברי הסמנכ"ל האמור, המינהל לתכנון אינו אחראי לתחזוקה השוטפת של בתי החולים הממשלתיים; בכל בית חולים יש מחלקת תחזוקה שתפקידה להבטיח תחזוקה תקינה של מבנים ומערכות, והתקציב לכך הוא חלק מתקציב הקניות של בית החולים; ההוצאות הכרוכות בתחזוקה השוטפת של תשתיות האשפוז והמערכות ההנדסיות ממומנות בעיקר מתקציבי בתי החולים; אולם חידוש מערכות כרוך בדרך כלל בהוצאה ניכרת ולא תמיד אפשר לממן זאת מהתקציב הרגיל של בית החולים, ולכן לעתים קרובות פונים בתי החולים למשרד בבקשת סיוע; כל בקשה נבחנת לגופו של עניין ולפי סדרי עדיפויות הנקבעים בתיאום עם הנהלות בתי החולים.

לדעת משרד מבקר המדינה, גם אם התשתיות מתוחזקות כראוי, לעתים יש צורך להחליפן או לחדשן משום שהן מיושנות או אינן עומדות בתקנים. היעדר תחזוקה נאותה מאיץ את ההתבלות והכשלים. לפיכך, לרמת התחזוקה יש השפעה ניכרת על סכומי ההשקעות הנדרשות לחידוש התשתיות והמערכות.

ההנהלות של בתי החולים הממשלתיים השיבו למשרד מבקר המדינה, כי בתי החולים מקבלים מהמשרד תקציב כולל במסגרת תקנת "קניות", ואין תקציב ייעודי לתחזוקה או להוצאות אחרות. בתחילת כל שנה מקצה בית החולים סכום לתחזוקה שמחושב לפי ההוצאה בשנה שקדמה לה, בתוספת מקדם התייקרות שקבע משרד האוצר באותה תקנה. לדבריהם, כשל מיוחד באחת המערכות המצריך טיפול דחוף מטופל באופן מלא או חלקי לפי הסכום העומד לרשותם בתקציב הקניות.

עמדת משרד האוצר היא שבתי החולים הממשלתיים הם מפעלים עסקיים שהוצאותיהם ממומנות בעיקר מהכנסות מקופות החולים המשלמות בהתאם למחירי יום אשפוז; בתחשיב הבסיסי של מחיר יום אשפוז נקבעו 3% לעלות שיפוצים ורכישת ציוד, וגם חלק מהכנסות תאגידי הבריאות משמשות לשיפוץ בתי החולים ולרכישת ציוד לבתי החולים.

לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח המשך ההידרדרות של מצב התשתיות והמערכות ההנדסיות והשפעותיו על הטיפול בחולים, על בטיחותם ובטיחות העובדים, יש לדון בדרכי התכנון והתקצוב של פעולות התחזוקה, ולקבל החלטות בנושאים אלה על סמך מדידים מקצועיים. על המשרד ומשרד האוצר בשיתוף עם הנהלות בתי החולים לבחון את שיטת התקצוב והיקפו, ולקבוע כללים ברורים לתחזוקת התשתיות והמערכות.

בדיקות תקופתיות

1. במערכות הנדסיות יש לעשות בדיקות וטיפולים תקופתיים. הביקורת העלתה, שמערכות רבות לא נבדקו או לא טופלו בהתאם לנדרש. לדוגמה: בבית חולים אחד (ברזילי) נבדקו מכלי חמצן נוזלי לאחר 22 חודשים, במקום לאחר 12 חודשים; בשלושה בתי חולים (ברזילי, כרמל ופוריה) נעשה טיפול במערכות אוסמוזה הפוכה לאחר 12, 14 ו-17 חודשים, במקום לאחר 6 חודשים; בשלושה בתי חולים של הקופה (קפלן, כרמל והעמק) נעשה טיפול תקופתי בלוחות חשמל, כולל בדיקת טרמוגרפיה³, לאחר 16-11 חודשים, במקום לאחר 6 חודשים כנדרש בהוראות הקופה.

2. גם בסקר שעשה הטכניון ברמב"ם ובפוריה בשנים 2000-2002 נמצא, שהם אינם עושים בדיקות תקופתיות בכמה תחומים: בינוי - בתחום גימור פנים; חשמל - בתחום אבזרי קצה; מים - בדיקת אבזרי קצה ואיתור כשלים אופייניים, כמו נזילות מים וסתימות ביוב; תקשורת - בדיקת רכיבי מערכות הקריאה חולה-אחות, כריזה וטלפונים. משמעות הדבר היא, שאין עושים פעולות תחזוקה מונעת בתחומים האמורים אלא רק תחזוקת שבר, שבדרך כלל יקרה יותר.

3. להלן דוגמה לתוצאה של תחזוקה לקויה: בסוף 2001 נשרף שנאי באחד מבתי החולים של הקופה (העמק) ובסוף 2002 נשרף עוד שנאי באותו בית חולים. מנהל המחלקה לארגון ושיטות של הקופה בודק את השריפה השנייה, ובמרס 2003 הגיש דוח לראש מינהל הבינוי בקופה. בדוח צוין כי היו ארבע סיבות עיקריות לשריפת השנאי השני, בכללן "אי מילוי הנחיות בקשר לתחזוקת שנאים יבשים, ומערך אחזקה הלוקה בחסר בבית החולים", וכן "חוסר עירנות בטיפול בבעיות השריפה הקודמת". עוד צוין שהנחיות והנהלים בעניין הפעלת מערך התחזוקה בבית החולים אינם מלאים.

ביקורות

1. (א) תחום תחזוקה בקופה עושה ביקורות שוטפות על כלל נושאי התחזוקה בבתי החולים שלה. ראש התחום מסר באוקטובר 2003 למשרד מבקר המדינה כי בעקבות הביקורות שעשה בחודשים ינואר-מאי 2003 בארבעת בתי החולים שבדק משרד מבקר המדינה, תוקנו מרבית הליקויים וכי "מסתמנת מגמת שיפור בבתי החולים האלה".

(ב) גם מבקר הקופה עושה מפעם לפעם, בבתי החולים שלה ביקורות הכוללות נושאי תחזוקה.

2. אשר לבתי החולים הממשלתיים, הועלה שמבקר הפנים של המשרד לא כלל את נושאי התחזוקה בתכנית העבודה שלו.

3. (א) האגף להבטחת איכות במשרד נוהג לעשות ביקורות איכות בבתי החולים הממשלתיים ובאלה של הקופה. במסגרת זו בודק האגף בשנת 1999 שני תחומים - חשמל וגזים רפואיים. לדברי מנהלת האגף, בעקבות התוצאות של ביקורות האיכות פעל המשרד לשיפור בתחומים שנמצאו בהם ליקויים, והוחלט לקיים קורס הדרכה לעובדים בגזים רפואיים בכלל בתי החולים.

הועלה, שמשנת 1999 ועד מועד סיום הביקורת, אוגוסט 2003, לא עשה האגף ביקורות בתחום המערכות התומכות חיים.

(ב) האגף לשעת חירום שבמשרד עושה ביקורות כוננות בבתי החולים, גם הממשלתיים וגם של הקופה, בדרך כלל כפעם בשנתיים, בכללן במתקנים של המערכות ההנדסיות, ובמסגרת זו נבדקת "ההלימה בין התקנים הנדרשים בתחומים המוגדרים לבין המצאי הקיים בביה"ח". בביקורות נמצא, בין היתר, כי ברמב"ם לא הייתה תכנית "להגדרת האלמנטים החיוניים לשעת חירום"; בברזילי, במאיר ובקפלן - "הגיבוי הגנרטורי" לא התאים לנדרש בשעת חירום; בכרמל ובמאיר - מערכות אוויר דחוס או ואקום לא היו מותאמות לצריכה הנדרשת בשעת חירום; במאיר, בהעמק, ברמב"ם ובנהריה היו ליקויים בתחום מיוזג האוויר; בברזילי, בקפלן ובנהריה היו ליקויים בתחום מערכות הקשר; בהעמק לא נחתם חוזה אספקה למילוי גלילי חמצן בשעת חירום.

בתשובתו מנובמבר 2003 מסר המשרד למשרד מבקר המדינה, כי ממצאי הביקורות מועברים לידיעת בתי החולים לצורך תיקון הליקויים, וכי פעמים רבות האגף לשעת חירום משתתף במימון ההוצאות הנדרשות לתיקונים.

I

לדעת משרד מבקר המדינה הממצאים שתוארו לעיל מלמדים, כי יש צורך בביקורות שוטפות על כלל התחומים הקשורים לתחזוקת מערכות הנדסיות. בתשובתו מנובמבר 2003 הודיע המשרד כי הוא מקבל את ההמלצה.

אירועים מיוחדים והפקת לקחים

1. על פי תקנות בריאות העם (הודעה על פטירות ואירועים מיוחדים), התש"ם-1980 (להלן - תקנות בריאות העם), כל מנהל מוסד רפואי חייב לדווח על כל פטירה⁴ ועל כל אירוע מיוחד. בתקנות פורטו האירועים המיוחדים שיש להודיע עליהם למשרד בתוך 24-48 שעות, ואלה הם: תקלה במכשיר במהלך טיפול רפואי, אם נגרם נזק ממשי למטופל או לעובד המוסד הרפואי; מצב חירום, פנימי או חיצוני, במוסד הרפואי המשפיע או עלול להשפיע על תפקודו; תקלה באספקת חשמל, מים או גז במוסד רפואי או בחלק ממנו; תקלה או הפסקה בפעילות של שירות שחיוני לתפקודו התקיין של המוסד הרפואי; נזק של ממש (נכות חמורה או אבדן של איבר חיוני) שנגרמו למטופל במהלך הטיפול הרפואי או אחריו.

מינהל רפואה במשרד הפיץ במרס 1998 חוזר לבעלי תפקידים מסוימים במערכת הבריאות, בכללם מנהלי בתי חולים, ובו ההוראות האמורות מתקנות בריאות העם. בחוזר נקבע, שאת ההודעות על האירועים המיוחדים יש לשלוח אל ראש מינהל רפואה; לחוזר צורפו דוגמאות של טופסי דיווח.

משקיבל ראש מינהל רפואה דיווח הוא קובע אם האירוע ייבדק, ובידי מי - ועדה חיצונית, ועדה פנימית או גוף אחר. תיקי האירועים המיוחדים מנוהלים במחלקה להערכה שבאגף להבטחת איכות במשרד (להלן - המחלקה להערכה), ופרטים מסוימים על האירועים מוזנים למחשב המחלקה.

2. מנתוני המחלקה להערכה לשנים 1999-2002 בדבר הדיווחים שהתקבלו מכלל בתי החולים עולה, שמספר הדיווחים ירד מ-172 בשנת 1999 ל-125 בשנת 2000, ל-122 בשנת 2001 ול-151 בשנת 2002. לעומת זאת, מספר הדיווחים על פטירות מיוחדות גדל מ-4,477 בשנת 1999 ל-5,276 בשנת 2002.

הביקורת העלתה, שבארבעה מבתי החולים שנבדקו אירעו אירועים מיוחדים שלא דווחו למינהל רפואה, ובהם ירידת לחץ חמצן ותקלה בחשמל בחדר הניתוח המרכזי במאיר; שריפות שנאים בהעמק; הפסקות חשמל מרובות בברזילי שגרמו נזק למכשירים רבים ול"אי נוחות" לחולים; נפילת תקרה על חולה והתחשמלותה ברמב"ם.

זאת ועוד, סקירת הדיווחים שהגיעו למחלקה העלתה שלא כל דיווח על אירוע מיוחד מגיע למשרד בתוך 24-48 שעות. לדוגמה, פוריה דיווח רק ב-1.9.02 על אירוע שהיה ב-22.8.02.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד, לקופה ולבתי החולים, כי אי דיווח על אירועים מיוחדים כמפורט בתקנות בריאות העם, הוא הפרה של התקנות. על המשרד לרענן את ההוראות בעניין זה, ולקיים בקרה על מילויין.

3. **הפקת לקחים כלל מערכתיים:** אחת ממטרות הדיווח על אירועים מיוחדים היא להפיק מהם לקחים ולהביאם לידיעת כלל המוסדות הרפואיים, כדי למנוע או לצמצם ככל האפשר תקלות חוזרות ונשנות באותם תחומים.

(א) הקופה מפיצה לכל בתי החולים שלה מידע על מבחר אירועים מיוחדים שמוסדותיה דיווחו עליהם, ומצרפת למידע הנחיות להפקת לקחים. להלן דוגמה לתועלת שאפשר להפיק מלקחים: בעקבות תקלה שהייתה במערכת החמצן של אחד מבתי החולים של הקופה (מאיר) בדקה מחלקת התחזוקה של בית חולים אחר של הקופה (העמק) את מערכות החמצן. בבדיקה נמצאו ליקויים אחדים, מקצתם חמורים, כדלקמן: באחת ממרכזיות החמצן נמצא שההתרעה על תקלה באמצעות המחשב למשרד הקבלה לא הייתה תקינה; במרכזיה אחרת נמצא שההתרעה בתחנת האחות לא הייתה תקינה עקב "נפילת" מפסק חצי אוטומטי; במרכזיה של אחד מחדרי הניתוח ושל שניים מחדרי ההתאוששות נמצא שהאזעקות לא היו מחוברות. אחרי שנעשתה הבדיקה דיווח המהנדס של העמק להנהלת בית החולים שכל הליקויים תוקנו.

(ב) לדברי האגף להבטחת איכות במשרד, אחת לשנה הוא מידע באמצעות מצגת את מנהלי היחידות לניהול סיכונים של בתי החולים בדבר האירועים המיוחדים שדווחו למשרד. מינהל רפואה נוהג להעביר לידיעת היועץ למינהל התכנון אירועים מיוחדים בעלי רקע הנדסי, ודרך כלל הוא מקיים הליך של הפקת לקחים מהאירועים, מביא את הלקחים לידיעת כלל מוסדות הבריאות ויש שהוא מקיים ימי עיון (ראו גם להלן) לצוותים ההנדסיים של כלל בתי החולים. אולם הביקורת העלתה, שלא כל האירועים האמורים הובאו לידיעת היועץ, ולכן הליכי הפקת הלקחים לא היו מלאים.

להלן שתי דוגמאות: ביולי 2001 נפגע צינור חמצן במאיר במהלך עבודות בנייה במתחם חדרי המיון. הצינור הוביל חמצן למיון ילדים, למרפאות החוץ ולאחת המחלקות, אולם באותם מקומות לא היו מונשמים באותה עת. בפברואר 2002 שוב נפגע צינור שמוכיל חמצן למחלקה והפעם בבית החולים ע"ש רבקה זיו; הצינור נפגע מקדיחת חורים בקיר לצורך התקנת מערכת מיזוג אוויר במחלקה. באותה העת שכב במחלקה חולה מונשם ועקב הפגיעה בצינור היה צורך להנשימו באמצעות "בלון חמצן חיצוני". לדברי היועץ הבכיר למינהל התכנון, אילו הובא לידיעתו המידע על האירועים האלה היה אפשר להפיק לקחים, למשל שיש לשוב ולהזכיר לכל בתי החולים כי עליהם להתקין בכל בניין מרכזיית חמצן לצורך גיבוי אוטומטי כנדרש במפרט הגזים שקבע המינהל לתכנון; וכן להמליץ לבתי החולים לדאוג שכל צנרות החמצן יהיו מחוץ לקירות.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לדרוש שיומצא לו מידע מלא על כל האירועים המיוחדים והתקלות שהרקע שלהם הנדסי, ועליו לשפר את מתכונת הפקת הלקחים שלו כדי שיהיה אפשר למסור את המידע באופן שוטף לכלל מוסדות הבריאות, בצירוף הנחיות להפקת לקחים, כדי שהם יוכלו להפיק את התועלת המרבית מהמידע ולמנוע או לצמצם ככל האפשר תקלות דומות.

4. **ניהול סיכונים:** בכל בית חולים פועלת יחידה לניהול סיכונים והיא מטפלת באירועים מיוחדים שאירעו בו, רובם על רקע רפואי. בארבעה בתי חולים אין ביחידות אלה נציג ממחלקת ההנדסה של בית החולים. זאת ועוד, יש בתי חולים שאינם נוהגים להעביר ליחידה את המידע בדבר האירועים המיוחדים שאירעו על רקע הנדסי.

הועלה, שאין כללים לאיוש יחידה לניהול סיכונים. לפיכך המליץ משרד מבקר המדינה לבתי החולים לשקול לכלול ביחידה נציג ממחלקת ההנדסה, לצורך טיפול באירועים על רקע הנדסי.

תכניות אב לבינוי

1. בתכנית אב לבינוי מקובל להציג נתונים על הפיתוח המתוכנן של בית החולים, ובהם הוספת שטחים ומבנים, שינוי או תוספת של דרכי גישה ומקומות חניה. משהושלמה תכנית אב לבינוי, מכינים תכנית אב כוללת למערכות ההנדסיות שנועדה לספק תשתיות בתחום החשמל, גזים רפואיים, מיזוג אוויר ותברואה, לפרויקטים שכבר הוחל בביצועם ולפרויקטים עתידיים. הליכי הכנת תכנית אב ובעיקר אישורה בידי הרשויות נמשכים בדרך כלל שנים רבות.

תכניות אב מסודרות מאפשרות לבנות תשתיות ולהתקין מערכות הנדסיות או לחדשן במהירות וללא עיכובים, שכן באמצעותן אפשר לדעת היכן למקם את התשתיות והמערכות ההנדסיות בהתחשב בתכניות הפיתוח. היעדר תכנית כזאת עלול לגרום הוצאות מיותרות ועיכובים בפיתוח התשתיות.

2. לדברי מנהל מחלקת הנדסה שבמינהל הבינוי של הקופה, לכל בתי החולים הכלליים שלה הושלמו תכניות אב לבינוי, תכניות אב למערכות ההנדסיות שלהם נמצאות בשלבים מתקדמים והן יושלמו עד אפריל 2004. הוא ציין כי ב-11 בתי חולים אף יושמו חלקים מתכניות האב לבינוי, בעיקר בתחומים של מיזוג אוויר וחשמל.

3. המשרד אינו מחייב את בתי החולים לעשות תכניות אב לבינוי. הבדיקה בארבעת בתי החולים הממשלתיים העלתה, כי לרמב"ם יש תכנית אב לבינוי אך היא אינה סופית, ולכן טרם הוכנה תכנית אב לתשתיות הנדסיות; לברזילי יש תכנית אב לבינוי אך לא תכנית אב לתשתיות הנדסיות; לפוריה יש תכנית אב לבינוי משנת 1986 וכיום היא אינה מתאימה, ובעת הביקורת עסקה הנהלת פוריה בהכנת תכנית חדשה בסיוע המינהל לתכנון של המשרד.

המשרד מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2003 כי "הוחל בהכנת תכניות חדשות [גם] לבתי החולים הלל יפה, נהריה, אסף הרופא וצפת".

לדעת משרד מבקר המדינה, אכן יש להכין תכניות מסוג זה לכלל בתי החולים, והן עשויות להקל את פיתוח התשתיות וחידוש המערכות ההנדסיות.

הדרכות ופעולות להעמקת הידע המקצועי

כדי שצוותי התחזוקה ואחיות בית החולים יפעלו באופן תקין בעת ביצוע עבודות תחזוקה או טיפול בתקלות, עליהם לדעת היטב את ההוראות והנהלים המתאימים וכן לקיים הדרכות, תרגילים ופגישות עם צוותי האחיות.

1. הדרכות: (א) מינהל התכנון מקיים מפעם לפעם ימי עיון בנושאי תחזוקה. הועלה שלא כל בתי החולים שולחים נציגים לימי עיון אלה. לדעת משרד מבקר המדינה, בשל חשיבותן של המערכות ההנדסיות, על הנהלת המשרד והנהלת הקופה לקבוע שכל בתי החולים ישלחו נציגים לימי העיון.

(ב) כדי שהעובדים ידעו ויפנימו את ההוראות והנהלים, יש לקיים פעולות הדרכה ולוודא שהעובדים יודעים אותם היטב. הועלה שברוב בתי החולים אין רישום מלא של ההדרכות שהתקיימו אצלם, ולא תמיד נבדק באיזו מידה העובדים יודעים את ההוראות והנהלים.

יצוין, כי הביקורת בעניין אירועים מיוחדים (ראו לעיל) שהיו בכמה בתי החולים העלתה שחלק מהם קרו משום שהעובדים לא ידעו היטב את ההוראות.

(ג) **הדרכות ותרגילים לביצוע ניתוקי חמצן:** כשיש תקלה חשוב מאוד להתגבר עליה מהר. אם התקלה מתרחשת בשעות העבודה הרגילות, יכולות האחיות להסתייע באנשי התחזוקה של בית החולים, אך לאחר שעות העבודה, כשבית החולים יש רק תורן תחזוקה, לא תמיד אפשר להתגבר עליה מהר.

לפי נוהל הקופה בנושא זה, על מהנדס בית החולים לקיים כמה פעמים בשנה תרגילי ניתוק חירום. אולם בארבעת בתי החולים של הקופה שנבדקו נמצא שאין המהנדסים מקיימים את התרגילים.

2. **תרגול תרחישי תקלות במערכות חשמל:** בשל גודלן ומורכבותן של מערכות החשמל בבתי חולים יש צורך לקיים הדרכות ותרגולים תקופתיים כדי לרענן את ידיעותיהם של העובדים בכל הקשור לתהליכי העבודה של המערכות וכדי שידעו את הדרכים להתגבר על התקלות למיניהן. תיקון מלא או חלקי של תקלות מונע או מקטין את הסכנות הנשקפות לחולים בעת תקלה. האפשרות שתקלה תתרחש שלא בשעות העבודה הרגילות, כשרק עובד תחזוקה אחד נמצא בשטח בית החולים, מגבירה עוד יותר את הצורך לתרגל תרחישים, ודורשת היערכות מיטבית לכל סוגי התקלות האפשריות.

על התועלת שאפשר להפיק מתרגול תרחיש הפסקת חשמל מלמד פרוטוקול של דיון הפקת לקחים שהתקיים באחד מבתי החולים (קפלן) בתחילת שנת 2003. לאחר התרגול נדונו עם האחיות הראשיות הכשלים שהתגלו במהלך התרגול, וניתנו מיד פתרונות לרוב הבעיות שנבעו מאי ידיעה.

אף על פי שבתי החולים מדווחים על הדרכות שנעשו ועל נהלים שקבעו בנושא תקלות במערכות החשמל, אף אחד משמונת בתי החולים שנבדקו לא דיווח כי תרגל תרחיש של תקלות במערכות החשמל. על המשרד לשקול אם לחייב את בתי החולים לתרגל תרחישים כאלה.

במהלך הפסקת חשמל שהייתה באחד מבתי החולים (כרמל) "נתקעה" מעלית ובה אנשים. בתחקיר שעשה בית החולים על האירוע הועלה, בין היתר, שהעובדים שטיפלו בתקלה התקשו לאתר את הקומה שבה נתקעה המעלית, והתקשו לזהות את מפסק החשמל הראשי של המעלית.

לדעת משרד מבקר המדינה, אילו נעשו לעובדים רבים ככל האפשר תרגולים של מצבים הנגרמים עקב הפסקת חשמל, ייתכן שהיו נמנעים לפחות חלק מהליקויים שהועלו.

בתי חולים ממשלתיים הסבירו למשרד מבקר המדינה כי בבדיקה התקופתית של הפעלת הגנרטורים של בית החולים שהם עושים פעם בשבוע או בחודש נבדקות מערכות החשמל, ובמסגרתן אפשר לאתר תקלות שצפוי שיתגלו בתרחישים.

לדעת משרד מבקר המדינה, תרחישים יש לתרגל לפי תכנית מפורטת לשלביה, שהוכנה מראש, ואין להסתפק בהפעלות תקופתיות של הגנרטורים של בית החולים.

3. **ישיבות צוות עם אחיות:** מהרישומים בבתי החולים עולה שרק בתי החולים של הקופה - קפלן ומאיר - קיימו ישיבות צוות של אנשי תחזוקה עם האחיות הראשיות לצורך ליכון בעיות בתחזוקה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על הנהלות בתי החולים להקפיד כי יילמדו ויופנמו ההוראות הקיימות, וכי יבוצעו תרגולי תרחישים בתחומים רבים ככל האפשר. על הנהלת המשרד והנהלת הקופה לבדוק ולאשר שכל הפעולות האמורות נעשות כראוי.

כוח אדם

1. הצרכים הטכנולוגיים והמינהליים של מערך התחזוקה בבתי החולים התפתחו מאוד, בייחוד בעשור האחרון. רק בארבעה מבתי החולים שנבדקו (רמב"ם, פוריה, כרמל ומאיר), עמדו מהנדסים בראשי צוותים בתחומי תחזוקה של בית החולים. לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח השינויים הטכנולוגיים והצרכים העדכניים של בתי החולים, על המשרד והקופה לבחון אם לתפקיד מנהל תחזוקה בבית חולים שממונה על הצוותים המקצועיים - בהם מהנדסים - יש למנות אך ורק מהנדס.

2. עבודת חשמל במתח גבוה צריכה להיעשות אך ורק בידי מורשה לכך - מהנדס חשמל או חשמלאי מורשה לכך שרשאי לעבוד אך ורק בנוכחות מהנדס חשמל. רק בשניים (רמב"ם ופוריה) מבתי החולים שנבדקו מועסק מהנדס חשמל. בינואר 2004 מסרה הנהלת קפלן כי החלה בהליכים לקליטת מהנדס חשמל.

יצוין, שחלק מהאירועים המיוחדים שתוארו לעיל קרו במערכות החשמל והיו להם השפעות חמורות על תפקוד בתי החולים שבהם התרחשו. לדוגמה, צוות מקצועי שמינה ראש מינהל תשתיות ובינוי של הקופה כדי לבדוק אירוע של הפסקת חשמל ממושכת שהייתה בקפלן באוגוסט 2002 המליץ, בין היתר, ש"כדי למנוע מצבים כאלה בעתיד על בית החולים לקלוט מהנדס חשמל שירכז את נושאי פיתוח ותחזוקת תשתיות החשמל, וכן למנות יועץ חשמל ראשי".

לדעת היועץ הבכיר למינהל התכנון, אין להסתפק במהנדס חשמל המועסק כיועץ חיצוני, אלא יש צורך במהנדס חשמל הנמנה עם צוות התחזוקה של בית החולים, שיהיה אחראי לכל מערכות החשמל בבית החולים.

לדעת משרד מבקר המדינה, היות שבבתי החולים יש מערכות תומכות חיים סבוכות ומורכבות, מן הראוי שהמשרד ישקול אם לחייב כל בית חולים להעסיק מהנדס חשמל שיהיה אחראי לכל מערכות החשמל שלו.

3. יש עבודות שרק בעל רישיון או הסמכה מקצועית רשאי לעשות, למשל עבודה בתחום החשמל. לעובדים בגזים רפואיים מקיים המשרד קורסים ומגבש הליכי הסמכה, בעקבות ביקורות כאמור שעשה האגף להבטחת איכות שבמשרד בנושא זה בבתי החולים. ואילו במערכות הנדסיות מסוימות, בהן מערכות תומכות חיים, שטעות בטיפול בהן כרוכה בסיכונים מיוחדים, כגון: בהכנת מים לדיאליזה, יכול כל עובד לטפל ואין צורך בהסמכה.

משרד מבקר המדינה הציע למשרד לבחון אם לחייב הסמכה גם בתחומים אחרים, בעיקר בתחום הפעלת מערכות תומכות חיים.

פעולות לחיסכון באנרגיה

בתקופה של קשיים כלכליים וקיצוצים תדירים במשאבים כספיים יש חשיבות יתרה לנקיטת פעולות לחיסכון בהוצאות, בין היתר בהוצאות על אנרגיה בבתי החולים, שצורכים אנרגיה רבה.

דרישות לביצוע פעולות שונות במערכות ציבוריות מסוימות נקבעו בחוק מקורות אנרגיה, התש"ן-1989, ובתקנות שהותקנו מכוחו, אך בעוד שהחוק והתקנות חלים על בתי החולים של הקופה, הם אינם חלים על בתי חולים ממשלתיים.

הביקורת העלתה, שבשני בתי חולים של הקופה (העמק וכרמל) אין עובד שאחראי לקדם צריכה יעילה של אנרגיה כנדרש בתקנות.

עוד הועלה, שרק בית חולים אחד של הקופה (מאיר) הגיש בשנים 2001 ו-2002 למנהל האגף לשימור אנרגיה במשרד התשתיות הלאומיות דוח על צריכת אנרגיה, כנדרש בתקנות.

התקנות מחייבות, בין היתר, גופים המשתמשים בכמויות מסוימות של מוצרי אנרגיה לעשות אחת לחמש שנים סקר לאיתור פוטנציאל לשימור אנרגיה, ולעדכן את הסקר בכל שנה. הסקר והעדכונים טעונים אישור כמפורט בתקנות. משרד התשתיות הלאומיות הסביר למשרד מבקר המדינה, שהוא רואה חשיבות רבה בסקרים כאמור, וכי להערכתו "במערכת הבריאות קיים פוטנציאל חסכני... בשיעור של כ-15% מצריכת האנרגיה בכלל בתי החולים בארץ".

הביקורת בארבעת בתי החולים של הקופה העלתה שרק במאיר יש סקר אנרגיה.

מן הראוי שגם בתי החולים הממשלתיים יפעלו בהתאם לחוק מקורות אנרגיה והתקנות שמכוחו.



המצב החמור של התשתיות והמערכות ההנדסיות החיוניות במרבית בתי החולים דורש שידוד מערכות בתחום התחזוקה. יש לקבוע את רמת התחזוקה הנדרשת שתאפשר תפקוד תקין של בתי החולים ומתן טיפול מיטבי לחולים, ולתכנן ולתקצב את פעולות התחזוקה על יסוד מדדים מקצועיים.

יש לפעול לתיקון הליקויים שהועלו ברוח בתחום הדיווח על אירועים מיוחדים והפקת הלקחים, ההדרכה והתרגול. ממצאי הביקורת מעידים גם שיש צורך להגביר את הביקורת השוטפות של המשרד, ולבחון את מערך כוח האדם המקצועי.

הפיקוח על מפעלי מזון מן החי

תקציר

בנובמבר 1966 החליטה הממשלה, למזג את הרשויות הממשלתיות המטפלות בפיקוח על המזון למערכת ארגונית אחת. בהחלטה נאמר, כי יוקם שירות לפיקוח על המזון, שיהיה מופקד על עיצוב המדיניות בתחום המזון בעניינים כלכליים, טכנולוגיים ובריאותיים-תברואיים, בתיאום ובשיתוף פעולה עם המשרדים הנוגעים בדבר, ויהיה הרשות העליונה לפיקוח בתחום המזון. כמו כן הוחלט, להכין הצעת חוק מזון, שיסדיר את פעולות הפיקוח על המזון, ולהקים מועצה בין-משרדית שתקבע את המדיניות של השירות לפיקוח על המזון, את דרכי פעולתו ואת תכנית העבודה שלו.

1. בעקבות ההחלטה האמורה הוקמו בשנת 1968 במשרד הבריאות (להלן - המשרד) השירות לפיקוח על המזון והתזונה (להלן - שירות המזון) ויחידות אזוריות שפועלות בשבע הלשכות המחוזיות של המשרד ומופקדות על הפיקוח על מפעלי מזון (להלן - המחוזות). ואולם עד ספטמבר 2003 לא נחקק חוק שיסדיר את הפיקוח על המזון; המועצה הבין-משרדית אמנם הוקמה, אך הפסיקה לפעול בסוף 1972; והפיקוח על ענף המזון עדיין מבוזר בין כמה משרדי ממשלה ובין הרשויות המקומיות.

2. על פי נתוני שירות המזון מספטמבר 2003, 89 (כ-20%) מ-441 מפעלי מזון מן החי פעלו בלא רישיון יצרן לשנת 2003. רק לשבעה מפעלים הוכן תיק משפטי¹ בשל ייצור ללא רישיון יצרן.

3. לפי נוהל משרד הבריאות, על מפקחי המזון לבקר לפחות ארבע פעמים בשנה במפעלים המייצרים מוצרי מזון מן החי, המוגדרים מוצרים רגישים. הביקורת העלתה, שב-34 מ-37 מפעלים בענף החלב ומוצריו הפועלים במחוז המרכז ביקרו מפקחי המחוז בשנת 2002 פחות מארבע פעמים בשנה, ומהם ב-15 אף פחות מפעמיים בשנה. לא היו בידי המחוז נתונים על מספר הביקורות שנעשו באותה שנה במפעלים בענפי הבשר והדגים. גם במחוז תל אביב היה מספר הביקורות קטן מהנדרש.

4. המשרד לא קבע תקן מחייב בעניין מספר המפעלים שיהיו בפיקוחו של כל מפקח. מספר המפקחים המועסקים בכל אחד מהמחוזות נקבע לפני שנים רבות; מאז חלו תמורות במספר המפעלים הפועלים בכל מחוז, אולם מספר המפקחים לא הותאם למספר המפעלים, גודלם, מורכבות התהליך הטכנולוגי בהם, היקף השיווק של מוצריהם ועוד.

5. המחוזות אינם מתאמים ביניהם את תכניותיהם לדגימת מוצרים לבדיקה במעבדה; תיאום כזה עשוי להביא לפיזור יעיל יותר של הבדיקות בין המוצרים שיש לבדקם.

6. אין אחידות בדרכי הפעולה של המחוזות, ולכל מחוז יש נוהגי עבודה משלו בכל הקשור לביקורת במפעלי מזון, לתנאים להנפקת רישיון יצרן, לדגימת מוצרים לבדיקות מעבדה, לבדיקת איכות המים במפעלים, לטיפול בעבירות מינהליות ועוד.

1 בתיק משפטי מרוכזות הראיות שעשויות לשמש עילה להגיש תביעה משפטית נגד מפעל או להטיל עליו קנס מינהלי.

7. ברשות שירות המזון מידע רב על מפעלי המזון הנחוץ כדי לזהות ליקויים חוזרים במפעלים ולעשות מעקב אחר פעולות הפיקוח ותיקון הליקויים, וכדי לאתר מוצרים שיש בהם כמות חריגה של חיידקים שעלולה לגרום לזיהומים ולמחלות. המשרד לא הקים מאגר נתונים ממוחשב כדי לנצל מידע זה למילוי משימותיו.

8. על פי צו הפיקוח על מצרכים ושירותים (הסחר במזון, ייצורו והחסנתו), התשכ"א-1960, (להלן - צו הפיקוח), יש לשלם אגרה בעד הנפקה של רישיון יצרן חדש ובעד חידוש הרישיון. בתיקון לצו, שהתפרסם באוגוסט 1987, נקבע שסכום האגרה ישתנה במועדים שנקבעו, לפי שיעור העלייה במדד המחירים לצרכן. אולם מאז דצמבר 1995 לא עודכן סכום האגרה השנתית. על פי תחשיב שהכין משרד מבקר המדינה, אבדן ההכנסה שנגרם מאי-עדכון האגרה מאז אפריל 1996 הוא כ-1.3 מיליון ש"ח (במחירי אפריל 2003).

9. יש חוסר אחידות בין המחוזות במדיניות האכיפה של חוק העבירות המינהליות, התשמ"ו-1985. לפי חוק זה, משרד הבריאות מוסמך להטיל קנס מינהלי² על מפעלים שעברו על צו הפיקוח. מאז שנת 1988 לא עודכן סכום הקנס, אף שהחוק מאפשר זאת; סכום הקנס בעת הביקורת היה 1,000 ש"ח. אי-עדכון סכום הקנס מחליש את כוח ההרתעה של הקנס.



בנובמבר 1966 החליטה הממשלה, על פי המלצותיה של הוועדה הבין-משרדית לייעול משרדי הממשלה, למוג את הרשויות הממשלתיות המטפלות בפיקוח על המזון למערכת ארגונית אחת. בהחלטה נאמר, כי יוקם שירות לפיקוח על המזון, שיהיה מופקד על עיצוב המדיניות בתחום המזון בעניינים כלכליים, טכנולוגיים ובריאותיים-תברואיים, בתיאום ובשיתוף פעולה עם המשרדים הנוגעים בדבר, ויהיה הרשות העליונה לפיקוח בתחום המזון; הרשויות המקומיות יהיו אחראיות לפיקוח שוטף על טיב המזון בתחום השיפוט שלהן. כמו כן החליטה הממשלה להכין הצעת חוק מזון שיסדיר את פעולות הפיקוח על המזון, ולהקים מועצה בין-משרדית שתקבע את המדיניות של השירות לפיקוח על המזון, את דרכי פעולתו ואת תכנית העבודה שלו; במועצה ייוצגו משרד התעשייה והמסחר (להלן - משרד התמ"ת)³, משרד האוצר, משרד הבריאות (להלן - המשרד), משרד החקלאות ופיתוח הכפר (להלן - משרד החקלאות), מרכז השלטון המקומי ומכון התקנים הישראלי.

החלטת הממשלה לא יושמה במלואה: עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2003, לא נחקק חוק שיסדיר את הפיקוח על המזון⁴. המועצה הבין-משרדית אמנם הוקמה, אך הפסיקה לפעול בסוף 1972. בשנת 1968 הוקם במשרד השירות לפיקוח על המזון, ועליו הוטלו רוב תפקידי המשרד בתחום הפיקוח על טיב המזון⁵. פעולות הפיקוח על טיב המזון שהיו בסמכות משרדים אחרים נשארו בידיהם. בשירות לפיקוח על המזון פועלות יחידת מטה ארצית - שירותי המזון והתזונה (להלן - שירות המזון), וכן יחידות אזוריות שנמצאות בשבע הלשכות המחוזיות של המשרד

2 קנס שאפשר להטילו בדרך מינהלית.

3 ממרס 2003 נקרא המשרד "משרד התעשייה המסחר והתעסוקה".

4 ביולי 2002 הוגשה לכנסת הצעת חוק פרטית להקים רשות מזון, אך טרם התקיים דיון מוקדם בהצעה.

5 ראו דוח שנתי 48 של מבקר המדינה (1998), עמ' 223. בשנת 2001 אוחדה יחידת שירות המזון עם יחידת התזונה.

המופקדות על הפיקוח על מפעלי מזון (להלן - המחוזות). בכמה מחוזות פועלות נפות, בכפופות למחוז, ובהן מפקחים שאחד מתפקידיהם הוא פיקוח על מפעלי מזון.

הפיקוח על טיב המזון מעוגן בחוקים, תקנות, צווים ותקנים, ובהם: פקודת בריאות הציבור (מזון) [נוסח חדש], התשמ"ג-1983; חוק התקנים, התשי"ג-1953 (להלן - חוק התקנים); חוק הפיקוח על מצרכים ושירותים, התשי"ח-1957 (להלן - חוק הפיקוח); וחוק רישוי עסקים, התשכ"ח-1968 (להלן - חוק רישוי עסקים).

פעולות הפיקוח על טיב המזון לא אוחדו, כאמור, והן מפוצלות בין רשויות ממשלתיות אלה: משרד הבריאות; משרד החקלאות; המשרד לאיכות הסביבה; ומשרד התמ"ת, המופקד, באמצעות מכון התקנים, על קביעת תקנים למוצרי מזון ועל הכרזתם תקנים רשמיים.⁶ הרשויות המקומיות עוסקות, בין יתר תפקידיהן, בפיקוח וטרינרי ותברואי על בתי אוכל. בתחומים מסוימים מפקחים כמה גופים על אותם סוגים של מוצרים. לדוגמא, בפיקוח על מפעלי בשר ובתי מטבחים עוסק וטרינר של משרד החקלאות, אם המוצרים מיועדים ליצוא, ווטרינר של משרד הבריאות - אם הם מיועדים לשוק המקומי; כמו כן מפקח על מוצרי בשר לשוק המקומי וטרינר של הרשות המקומית שבה נמצא מפעל הבשר.

מכוח חוק רישוי עסקים נותנות הרשויות המקומיות רישיון עסק גם לעסקים בתחום המזון שאינם חייבים ברישיון יצרן ואינם בפיקוח של שירות המזון במחוזות, ובהם בתי מלון, אכסניות, מסעדות, אולמי שמחות ובתי מזון קטנים. על בתי עסק אלה מפקחות הרשויות המקומיות וכן המחלקה לבריאות הסביבה, הפועלת במחוזות המשרד. מכאן שגם במשרד עצמו הפיקוח על טיב מוצרי המזון מפוצל, שכן עוסקים בו גם שירות המזון והיחידות שלו במחוזות וגם המחלקה לבריאות הסביבה.

תפקידי שירות המזון כוללים קביעת תקנים ותקנות לייצור מוצרי מזון, הנחיות ונהלים לפיקוח על ייצורם, ביצוע סקרים ארציים בנושאי טיב מוצרי מזון והכנת מאגרי מידע בנושאים אלה. שירות המזון כפוף למנהל השירות לבריאות הציבור שבמשרד, ויש בו 34 עובדים.

תפקידיהן העיקריים של היחידות המחוזיות של שירות המזון הם: לעשות ביקורות טכנולוגיות-תברואיות ולבדוק תהליכי ייצור במפעלי מזון שנמצאים בשטח המחוז; ליטול לבדיקות מעבדה דוגמאות מן המפעלים; להמליץ לרופא המחוזי על הוצאת רישיון יצרן למפעלים או על חידושו; לבדוק מוצרי מזון מיובאים; ולבדוק תלונות בדבר טיב מוצרי מזון. עובדי המחוזות כפופים מבחינה מקצועית למנהל שירות המזון ומבחינה מינהלית למנהל הלשכה המחוזית של המשרד, שהוא הרופא המחוזי. הרופאים המחוזיים כפופים למנהל השירות לבריאות הציבור. במחוזות מועסקים כ-80 עובדים. ניהול פעולות הפיקוח בכל מחוז נעשה בידי מהנדס המחוז (שהוא מהנדס מזון במקצועו).

בחודשים פברואר-ספטמבר 2003 בדק משרד מבקר המדינה, לסירוגין, את סדרי הפיקוח על תהליכי הייצור של מוצרי מזון מן החי (בשר, דגים וחלב) במפעלים⁷ והיבטים אחדים בסדרי האכיפה בתחום זה. הביקורת נעשתה בשירות המזון ובמחוזות תל אביב, מרכז וחיפה (להלן - המחוזות שנבדקו).⁸

6 תקן רשמי - תקן ישראלי ששר התמ"ת הכריז עליו שהוא רשמי. משהוכרז תקן מסוים תקן רשמי חל איסור לייצר, למכור ולייבא כל מוצר או תהליך שאינם מתאימים לדרישות התקן, או להשתמש בהם בעבודה כשלהי.

7 לא נבדקו שתי פרשיות שהסעירו את הציבור בסוף 2003: ייבוא מזון צמחי לתינוקות שתכולתו לא תאמה את הרכב המוצר המוצהר על האריזה; ושימוש בחומר חיטוי אסור בבריכות דגים - שתיהן התעוררו לאחר סיום הביקורת ואינן קשורות לפיקוח על מפעלי מזון מן החי.

8 ביקורת קודמת על הפיקוח על טיב המזון פורסמה ב**דוח שנתי 48 (1998) עמ' 223**.

רישוי מפעלי מזון

מתן רישיון יצרן וחידושו: צו הפיקוח על מצרכים ושירותים (הסחר במזון, ייצור והחסנתו), התשכ"א-1960 (להלן - צו הפיקוח), שהוצא מכוח חוק הפיקוח, קובע כי לא יעסוק אדם בייצור מזון אלא ברישיון ועל פי תנאיו. צו הפיקוח מסמיך, בין היתר, את הרופאים המחוזיים ואת מנהל שירות המזון להוציא רישיון יצרן ולחדשו. יצרן המבקש להקים מפעל לייצור מזון פונה אל הרשות המקומית כדי לקבל רישיון עסק בהתאם לחוק רישוי עסקים. צו רישוי עסקים (עסקים טעוני רישוי לפי חיקוק אחר), התשל"ד-1974, קובע, כי לא יינתן רישיון לעסק טעון רישוי לפי החוק אם נקבעה לו חובת רישוי בחיקוק נוסף המפורט בתוספת לצו, אלא אם קיבל רישוי לפי אותו חיקוק. צו הפיקוח כלול בתוספת, ולכן מפעל מזון יכול לקבל רישיון עסק רק אם יש לו רישיון יצרן, נוסף על עמידתו בשאר התנאים שנקבעו בחוק רישוי עסקים. כדי לקבל רישיון יצרן, נדרש מבקש רישיון העסק להגיש תכנית הנדסית כמתחייב מתקנות רישוי עסקים (תנאים תברואיים לעסקים לייצור מזון), התשל"ב-1972 (להלן - תקנות רישוי עסקים). הדרישות ההנדסיות נוגעות, בין היתר, להתאמת תהליכי הייצור לדרישות טכנולוגיות-תברואיות, להתאמת המבנה ליעודו ולציוד המשמש לייצור המזון ולמיקומו של הציוד.

הרשות המקומית מפנה אל המחלקה לבריאות הסביבה את הבקשה לרישיון, בכלל זה התכנית ההנדסית, כדי שייבדק אם המפעל עומד בדרישות המשרד. המחלקה מעבירה לבדיקת שירות המזון במחוז את התכנית של מפעלים שמכונים מזון המיועד לשימוש שלא במקום הכנתו, ואם התכנית עומדת בדרישות המשרד, המחוז מוציא למפעלים רישיון יצרן. הרישיון ניתן בדרך כלל לפרק זמן של עד שנה, מתחילת כל שנה אזרחית, ויש לחדשו כאשר תוקפו פג (במועד קבלת הרישיון הראשון, והוא ניתן עד לסוף אותה שנה אזרחית). אם לא היו שינויים במבנה המפעל, בתהליכי הייצור הנהוגים בו ובבעלות עליו, ואם בבקורת של המחוז במפעל נמצא שמצבו הטכנולוגי-תברואי תקין, המחוז מחדש את רישיון היצרן.

בבדיקת תיקי מפעלים בשלושת המחוזות שנבדקו נמצא, שהסיבות העיקריות שבגללן הרופא מחוזי מסרב לתת למפעל רישיון יצרן הן סטיות מן התכנית ההנדסית וליקויי תברואה.

בדוח שנתי 48 העיר משרד מבקר המדינה למשרד הבריאות, שכדי להבטיח שהטיפול ברישיונות יצרן בכל המחוזות ייעשה על פי אותן אמות מידה, מן הראוי ששירות המזון יקבע נוהל מחייב בעניין זה, שייקבע בו, בין היתר, באילו תנאים חייב מפעל לעמוד כדי לקבל רישיון יצרן או כדי לחדש את רישיונו, ובאילו נסיבות יש לשלול רישיון.

בנובמבר 1999 הוציא שירות המזון טפסים מספר שנועדו לשמש נוהל לביקורת במפעלי מזון לקראת קבלת רישיון יצרן וחידושו. כל אחד מהטפסים נוגע לסוג מזון מסוים (לדוגמה, בשר ודגים, מחלבות) וכולל רשימה של נושאים שיש לבדוק במפעל שמייצר אותו סוג מזון (לדוגמה, חומרי גלם, תהליך ייצור, ציוד ואחסון). לפי הנוהל, מפעל אינו רשאי לקבל רישיון אם הניקוד שנקבע לו בבדיקה לפי הנוסחה המובנית בטופס נמוך מ-80% מהניקוד המרבי.

הביקורת העלתה, שחלק מהמפקחים במחוז תל אביב אינם משתמשים בטפסים האמורים אלא בטופס שאינו כולל רשימת נושאים שיש לבדוק, כנדרש בנוהל שהוציא שירות המזון, והדבר מקשה את אכיפת החוק (ראו להלן). לדוגמה, אחת הבדיקות שיש לעשות על פי הנוהל היא בדיקת חומרי גלם, ומכיוון שהדיווח על הביקורת במפעל אינו נעשה על פי טופס המפרט את הנושאים שיש לבדוק, לא ניתן לוודא שהביקורת כללה בדיקה כזאת. בתשובה למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2003 כתב מפקח מחוז תל אביב, כי "נבדקים חומרי גלם במפעלים מבוקרים על ידנו". בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בעשרה מ-41 תיקים של מפעלי בשר ודגים הפועלים במחוז תל אביב

9 תיקון לחוק משנת 1981 העביר את הסמכות לתת רישיון יצרן ממשרד התמ"ת למשרד הבריאות.

לא נמצאו מסמכים המעידים שהמחוז וידא שלחומרי הגלם שהתקבלו במפעלים צורפו תעודות וטרינריות המוכיחות שהם ראויים למאכל אדם.

בשנת 1996 הוציא מחוז תל אביב נוהל למתן רישיון יצרן, ועל פיו הוא פעל בעת הביקורת. נוהל זה, שהוצא כשלוש שנים לפני הוצאת הנוהל של שירות המזון, אינו מעודכן ואינו תואם במלואו את נוהל שירות המזון. לפי הנוהל של המחוז, אם מפעל משלם אגרת רישוי ומגיש בקשה לחידוש רישיון, ובביקורת שנעשתה במפעל לקראת חידוש רישיון היצרן נמצא שהמצב הטכנולוגי-תברואי בו תקין, ואין בו ליקויים, חוץ מליקויים שאין בהם סכנה לבריאות הציבור וניתן לתקנם בתוך פרק זמן קצר - המחוז אינו דוחה את בקשת המפעל. המפעל ממשיך לפעול מתוקף הרישיון הקודם, והוצאת הרישיון החדש מעוכבת עד לתיקון הליקויים שנמצאו. הואיל והביקורת שעושה מחוז תל אביב במפעלים ממשיכה להיות לפי הנוהל שהוציא בשנת 1996 ואינה לפי הנוהל של שירות המזון משנת 1999, ייתכן שהמחוז ייתן רישיון יצרן למפעל שלפי אמות המידה של הנוהל מ-1999 אין לתת לו רישיון. ליצרנים שבביקורת שנעשתה במפעלם נמצאו ליקויים שאינם מסכנים את בריאות הציבור, והם מצהירים שבכוונתם להעביר את המפעל מיוזמתם למקום אחר או להגדיל את שטחו כדי להביא לתיקון הליקויים, המחוז מאפשר לקבל רישיון גם אם לא מילאו את כל הדרישות. הרישיון ניתן בכפוף להתחייבות של הנהלת המפעל להעביר את המפעל לאזור אחר או להגדיל את שטחו בתוך פרק זמן שנקבע מראש. מחוז תל אביב הסביר, שהנוהל שהוציא שירות המזון אינו מתאים למפעלים קטנים, שהם רוב המפעלים במחוז. ראש שירותי בריאות הציבור הודיע בתשובתו למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2003, כי אין מקום לנוהל פנימי עצמאי למחוז, וכי "יש לשאוף להרמוניזציה בין כלל המחוזות".

משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות, כי עליו לנקוט פעולה שתביא לאחידות בנהלים למתן רישיונות.

אגרת רישוי: על פי צו הפיקוח על מצרכים ושירותים (הסחר במזון, ייצורו והחסנתו), התשכ"א-1960, בעד כל רישיון יצרן תשולם אגרה בשיעור המפורט בתוספת לצו, ובעד חידוש רישיון תשולם אגרה בשיעור המפורט בתוספת, אם הבקשה לחידוש הרישיון הוגשה בתוך 60 יום ממועד פקיעת הרישיון, ולאחר מכן תשולם אגרה מוגדלת; ניתן רישיון לפרק זמן שאינו ארוך משישה חדשים, תשולם בעדו מחצית האגרה על אותו רישיון. סכום האגרה משתנה בהתאם למספר העובדים במפעל. בתיקון לצו, שהתפרסם באוגוסט 1987, נקבע שסכום האגרה ישתנה ב-1 אפריל וב-1 באוקטובר של כל שנה, לפי שיעור העלייה במדד המחירים לצרכן (להלן - המדד). בדצמבר 1995 עדכן המשרד את סכום האגרה השנתית ל-190 ש"ח עד 320 ש"ח, בהתאם למספר המועסקים במפעל, ומאז לא עודכנה האגרה.

לפי תחשיב שעשה משרד מבקר המדינה, עדכון האגרה לאפריל 2003 היה מגדיל את סכומה בכ-47%; אבדן ההכנסה מאי-עדכון האגרה מאפריל 1996 עד אפריל 2003 הוא כ-1.3 מיליון ש"ח (במחירי אפריל 2003).

בעקבות הביקורת הודיע משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי ב-12.1.04 הוציא מרכז ענף תקציבים בשירותי בריאות הציבור הודעה למחוזות המשרד בדבר עדכון האגרה מ-1.1.04.

עוד העלתה הביקורת, כי במחוז חיפה גבו מכל המפעלים אגרה מוגדלת בשל אי-תשלום האגרה במועד, אף שרובם הגישו בקשה לחידוש רישיון היצרן בתוך 60 יום ממועד פקיעתו, ולכן הם היו חייבים באגרה הבסיסית בלבד. יצוין, כי לכ-30 מפעלים במחוז חיפה הוכנו רישיונות לשנת 2003, אולם עד אוגוסט אותה שנה הם לא שילמו את האגרה ופעלו בלא רישיון בר תוקף, והמחוז לא עשה די לגביית האגרה.

ייצור מזון בלי רישיון יצרן: על פי דוח של שירות המזון מספטמבר 2003, 89 (כ-20%) מ-441 מפעלי מזון מן החי פעלו בלא רישיון יצרן לשנת 2003. לגבי 61 מהמפעלים אין הדוח מפרט כלל אילו צעדים נקטו המחוזות נגדם, ורק לשבעה הוכן תיק משפטי¹⁰. שאר המפעלים (21) היו מפעלים חודשים או מפעלים שנמצא הסבר לאי-חידוש רישיונם.

להלן נתונים על התפלגות המפעלים שפעלו בספטמבר 2003 ללא רישיון יצרן, לפי מחוזות:

המחוז	מספר המפעלים	מפעלים ללא רישיון	שיעור המפעלים ללא רישיון (באחוזים)
תל אביב	59	16	27
מרכז	108	34	31
חיפה	71	13	18
צפון	94	8	9
ירושלים	35	5	14
אשקלון	49	7	14
באר שבע	25	6	24
ס"ה	441	89	20

1. מחוז תל אביב: בשנת 2002 פעלו במחוז בלי רישיון יצרן 16 מפעלים המייצרים מזון מן החי. מבדיקת תיקיהם של תשעה מהמפעלים עולה, שחמישה פעלו ללא רישיון מאז הקמתם (יותר משנה). לא תמיד פעל המשרד בנחישות כדי להביא לתיקון הליקויים. לדוגמה, ביוני 2000 דחה המחוז בקשה של מפעל לייצור גלידה לקבל רישיון מכיוון שהמפעל לא עמד בתקנות רישוי עסקים. על אף דחיית הבקשה התחיל המפעל לייצר גלידה והמשיך לפעול בלי רישיון גם בשנים 2001 ו-2002. למפעל לא נשלחה כל התראה, ורק בנובמבר 2002 המליץ מפקח המחוז לפרקליטות לנקוט הליכים פליליים נגדו ונגד מנהלו על ייצור מזון בלי רישיון יצרן.

בביקורות שעשה מחוז תל אביב בשניים מחמישה מפעלים שרישיונותיהם לא חודשו אך פעולתם לא הופסקה, נמצאו ליקויי תברואה, מקצתם חמורים. לדוגמה, במאי 2001 חודש רישיון יצרן למפעל למוצרי דגים. בדצמבר אותה שנה ביקרו במפעל נציגי השירותים הווטרינריים העירוניים של גוש דן וגילו במפעל ליקויים חמורים. בעקבות זאת דרש המחוז מהמפעל להפסיק את פעולתו, ואכן כך נעשה. ימים מספר אחר כך אישר המחוז למפעל לחדש את פעילותו בלי להתיעץ עם השירותים הווטרינריים העירוניים. בסוף אותו חודש ביקרו נציגי השירותים הווטרינריים במפעל ובעקבות זאת העירו למחוז במכתב על כי למרות הממצאים החמורים הוא אישר למפעל לחדש את פעילותו. יצרן, כי המחוז לא הוציא למפעל רישיון יצרן לשנת 2002. מחוז תל אביב הודיע למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2003, כי במאי 2003 העביר המפעל את פעילותו למחוז המרכז. בדיקת דוח של שירות המזון מספטמבר 2003 העלתה, שהמפעל טרם קיבל רישיון יצרן וממשיך לעבוד.

2. מחוז המרכז: בשנת 2002 פעלו במחוז 34 מפעלי מזון מן החי ללא רישיון. בדיקת תיקיהם של 11 מהמפעלים האלה העלתה, שהמחוז מצא באחד מהם ליקויי תברואה, חלקם חמורים: מפעל העוסק בקייטרינג, הגיש למשרד במאי 2001 בקשה לקבל רישיון יצרן. המפעל נדרש להפסיק את פעילותו עד להוצאת הרישיון ולהגיש תכנית הנדסית מפורטת ומאושרת אך הוא

10 ראו הערה 1.

המשיך לפעול. בביקורות שעשה המחוז במפעל מאז יולי אותה שנה נמצאו ליקויי תברואה רבים, ובהם: ליקויים בתהליך הטכנולוגי של ייצור המזון; חוסר במקורות להפשרת בשר (המוצא מהמקפא) ולאחסון תוצרת גמורה; ליקויי תחזוקה; פריטי ציוד, רצפה ומדפים מלוכלכים במחסנים; היעדר הפרדה בין מוצרי מזון המאוחסנים במקרים כנדרש בתקנות. בבדיקות של דגימות שניטלו מהמפעל נמצא זיהום גבוה. רק בדצמבר 2003 הודיע המחוז כי המפעל עומד בדרישותיו וכי הוא הנפיק לו רישיון לחצי שנה.

הפיקוח על המפעלים

תדירות הביקורות: כאמור, ההחלטה אם לתת רישיון יצרן או לחדשו מתבססת, בין היתר, על ביקורות במפעל. בנוהל לביקורת טכנולוגית-תברואית במפעל מזון, שהוציא שירות המזון באוקטובר 1995 (להלן - הנוהל), נקבע שבמפעל המייצר מוצרים רגישים כמו מוצרי חלב, מוצרי בשר, סלטים ומוצרי דגים, יש לעשות בכל שנה ארבע ביקורות לפחות. במפעלים שמצב התברואה בהם ירוד, או שתוצאות בדיקות המעבדה של מוצריהם עלולות להעיד על מצב תברואי ירוד, יש לשלש את תדירות הביקורות. עוד נקבע בנוהל, כי אם נדרש המפעל לשפר את מצב התברואה, יש לעשות בו ביקורת חוזרת בתוך שלושים יום מהמועד שקבע המחוז לתיקון הליקויים.

משרד מבקר המדינה ביקר את תדירות הביקורים במפעלי מזון מן החי - שמוצריהם מוגדרים "רגישים" - במחוז המרכז ובמחוז תל אביב בשנת 2002. הבדיקה העלתה, שב-34 מ-37 מפעלים בענף החלב ומוצריו שפעלו במחוז המרכז באותה שנה ביקרו מפקחי המחוז פחות מארבע פעמים בשנה, ומהם ב-15 אף פחות מפעמיים בשנה. לא היו בידי המחוז נתונים על מספר הביקורות שנעשו באותה שנה במפעלים בענף הבשר והדגים. במחוז תל אביב ביקרו המפקחים פחות פעמים מהנדרש בנוהל ב-14 מ-38 מפעלים בענף החלב ומוצריו שפעלו במחוז באותה שנה ובעשרה מ-41 מפעלים בענף הבשר והדגים.

ויסות עבודת המפקחים: המשרד לא קבע תקן מחייב בעניין מספר המפעלים שיהיו בפיקוחו של כל מפקח. מספר המפקחים המועסקים בכל אחד מהמחוזות נקבע לפני שנים רבות, ומאז חלו תמורות במספר מפעלים הפועלים בכל מחוז. אולם מספר המפקחים בכל מחוז לא הותאם למספר המפעלים בו, גודלם, מורכבות התהליך הטכנולוגי בהם, היקף השיווק של מוצריהם ועוד.

מסירת ממצאי ביקורת למפעלים: לפי הנוהל, "יש למסור בשלב הביקורת את הממצאים בלבד, ולהחתים את המפוקח עליהם. העתק מרשימת הממצאים יושאר בידי הגוף המפוקח. במידה שלא ניתן להשאיר את רשימת הממצאים יתעד המפקח את נסיבות העניין". עוד קובע הנוהל, כי דוח הביקורת וסיכום הממצאים יישלחו בכתב למפוקח בתוך שלושה שבועות ממועד הביקורת. דוח ביקורת כתוב הוא כלי מעקב יעיל שעשוי לסייע למפעל לתקן את הליקויים שהתגלו אצלו. נמצא, שבמחוז תל אביב אין מחתימים את המפעלים על הממצאים המפורטים בדוח הביקורת, ואין משאירים ברשותם העתק של רשימת הממצאים. ברוב התיקים שנבדקו נמצא, שלמפעל נשלח דוח הביקורת רק אם הוחלט לנקוט נגדו צעדים משפטיים.

נבדקו דוחות ביקורת שנמצאו בתיקיהם של 14 מ-59 מפעלים לייצור מזון מן החי שפעלו ללא רישיון במחוז תל אביב. נמצא, שדוחות הביקורת אינם מפורטים דיים, וקשה ללמוד מהם באיזו מידה תוקנו הליקויים שהתגלו במפעלים בביקורות קודמות. עקב כך קשה למשרד לעשות מעקב ראוי אחר תיקון הליקויים, וחסרים לו נתונים ומסמכים הדרושים לנקיטת צעדים משפטיים נגד מפעל שנמצאו בו ליקויים.

בדיקות רפואיות לעובדים: בתקנות רישוי עסקים נקבע, בין היתר, שלא יעבוד אדם בייצור מזון, החסנתו או עיבודו, אם הוא חולה במחלות מסוימות (או יש לו פצע) העלולים לגרום לזיהום מוצרי מזון, או אם הוא מסרב להיבדק בבדיקה רפואית שדרש המנהל¹¹. בפברואר 2001 קבע ראש שירותי בריאות הציבור, בהסתמך על הניסיון שהצטבר בחו"ל ובארץ, כי יש להפסיק את הבדיקות הרפואיות של עובדי המזון. למרות זאת המשיך מחוז המרכז לפקח על בריאות העובדים. בתשובה למשרד מבקר המדינה מסר ראש שירותי בריאות הציבור כי "מחוז מרכז עבר לא מכבר אירוע של זיהום מזון במפעל גדול שנבע מהדבקה על ידי העובדים". מהנדסת מחוז המרכז כתבה בתשובתה מדצמבר 2003, כי "למרות שראש שירותי בריאות הציבור נתן את המלצתו לגבי בריאות העובד, האירועים האחרונים הצביעו מעל לכל ספק על הנחיצות במעקב אחרי בריאות העובד". לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח תשובתו של ראש שירותי בריאות הציבור ראוי שהמשרד ישקול אם אין מקום לבטל את הנחייתו מפברואר 2001 בדבר הפסקת הבדיקות הרפואיות לעובדי מזון.

בדיקות מעבדה

בכל שנה מכינים המחוזות תכנית שנתיית לדגימת מוצרים לבדיקה מעבדתית. התכנית מפרטת את הדגימות שיילקחו במפעלים ובמקומות השיווק ואת הדגימות שיילקחו לבקשת שירות המזון לשם עריכת סקרים. המחוזות ושירות המזון מוסרים את הדגימות לבדיקה במעבדות של המשרד. היות שהקיבולת של מעבדות אלה מוגבלת, מתאמים המחוזות עם המעבדות את תכניות הדגימה שלהם בכל הקשור לכמות הדגימות ולסוגי הבדיקות. המשרד הוציא נוהל המתאר כיצד יש להכין תכנית דגימה שנתית. בהקדמה לנוהל נאמר: "אנו מקווים שהנחיות אלו יקרבנו אותנו לאחידות בעקרונות ויתרמו לשיפור בניצול הבדיקות המעבדתיות".

נמצא, כי יש שוני רב בין תכניות הדגימה של המחוזות שנבדקו, אף שפעמים רבות מחוזות אלה בודקים מפעלים מאותם ענפים, הדומים מהבחינה הטכנולוגית. עוד נמצא שהואיל ואין תיאום בין המחוזות בכל הקשור לתכנית הדגימה, יש שכמה מחוזות בודקים מוצרים זהים של מפעל אחד יש לו בארץ כמה מקומות שיווק.

נטילת דגימות במפעלים: בדיקת פירוט הדגימות שניטלו בשנת 2002 ממפעלי מזון מן החי במחוזות תל אביב, חיפה והמרכז העלתה, שבמחוז תל אביב ניטלו דגימות מכל המפעלים שבפיקוחו, במחוז המרכז ניטלו דגימות מ-41 (31%) מבין 131 מפעלים, ובמחוז חיפה נוהגים שלא לדגום מוצרים באופן שוטף במפעלים אלא במקומות שיווקם.

בדיקת איכות המים: בתקנות רישוי עסקים משנת 1972 נקבע, שאיכות המים הנכנסים למבני העסק תהיה כאיכות מי שתייה. התקנות קובעות, כי החובה לבדוק את איכות המים חלה על המפעלים. נמצא כי מחוז המרכז החל לפקח על עמידת המפעלים בדרישה זו רק באפריל 2001, וכי עד מועד סיום הביקורת לא דרש מחוז תל אביב מהמפעלים שבתחום פיקוחו לבדוק את איכות המים המשמשים אותם בייצור המזון.

11 המנהל הכללי של משרד הבריאות או מי שהוא הסמיך בכתב.

ניהול מאגר מידע ממוחשב

בעקבות הביקורת הקודמת שעשה משרד מבקר המדינה על הפיקוח על טיב המזון¹², הנחה שירות המזון את המחוזות לנהל כרטסת ובה נתונים על המפעלים, תקציר של הביקורות שנעשו בכל מפעל ושל תוצאותיהן, השיפורים שעל המפעל לעשות ולוח הזמנים שנקבע לביצועם. עד מועד סיום הביקורת לא מילאו המחוזות שנבדקו את ההנחיה.

ברשות המשרד מידע רב על המפעלים, כגון: זהות בעלי המפעלים, עבירות מינהליות או הרשעות של המפעלים בשל אי-שמירה על החוקים הנוגעים לבריאות הציבור, המוצרים שהמפעלים מייצרים, ליקויים תברואיים שכיחים, לרבות המצב הטכנולוגי-תברואי בכל מפעל, ותוצאות של בדיקות מעבדה של המוצרים. המידע נחוץ למשרד כדי לזהות ליקויים חוזרים במפעלים, לעשות מעקב סדיר אחר פעולות הפיקוח ותיקון הליקויים שהתגלו, וכדי לאתר מוצרים שהתגלתה בהם כמות חריגה של חיידקים ולהעביר מידע על כך למחלקה האפידמיולוגית כדי לזהות מקורות לזיהומים ומחלות. כדי למלא כראוי משימות אלה ומשימות אחרות נדרש מאגר נתונים ממוחשב; מאגר כזה לא הוקם.

רישום מרוכז של תוצאות הבדיקות: לשירות המזון נשלחות תוצאות חריגות של בדיקות מעבדה שעשו המחוזות. תוצאות חריגות של בדיקות מעבדה שעשו הרשויות המקומיות והמחלקה לבריאות הסביבה שבמחוזות אינן מועברות אליו.

בכל אחד מהמחוזות שנבדקו מרוכזות התוצאות של בדיקות המעבדה בדרך אחרת. במחוז המרכז תוצאות הבדיקות מתויקות בתיק המפעל; המחוז אמנם מנהל רישום ידני מרוכז של בדיקות שהוא עושה, אך אינו רושם מהו סוג הבדיקה שנעשתה ומה היו תוצאות הבדיקה, אלא מסמן ברשימה באילו בדיקות התקבלה תוצאה חריגה, ועקב כך אין ברשימה המרוכזת מידע הנחוץ לפעולות מעקב ופיקוח. במחוז תל אביב החלו בפברואר 2002 לרושם במחשב את תוצאות כל הבדיקות על פי הפירוט הזה: שם המפעל, תאריך הבדיקה, סוג הבדיקה ותוצאות הבדיקה. במחוז חיפה החלו לרושם במחשב את התוצאות של בדיקות המעבדה, אולם בדרך שונה מזו הנהוגה במחוז תל אביב.

ניתוח ממוחשב של כל תוצאות הבדיקות שנעשו במפעלי המזון בארץ עשוי לסייע מאוד למשרד להתחקות אחר גורמי מחלות שמקורן במזון לקוי. ניתוח המידע גם עשוי לסייע למחוזות להכין תכניות לדגימה ולפיקוח על המפעלים המביאות בחשבון את התחומים הבעייתיים שיש להתרכז בהם.

אכיפת החוק

1. כדי לאכוף ביעילות את החוקים הנוגעים לפיקוח על המזון דרושים נהלים בדבר הצעדים שיש לנקוט נגד מפעל שעבר על החוק ובדבר לוח הזמנים לנקיטתם. על פי נוהל "פיקוח בשירותי בריאות הציבור" משנת 2000, לאחר שהמפקח יודא על ידי ביקורת נוספת כי מולאו כל הדרישות שנרשמו בדוח הביקורת הקודמת, ימליץ לפני הממונה על מתן האישור, הרישיון או ההיתר. אי-מילוי הדרישות כאמור, יגרור נקיטת אמצעים בתיאום עם הממונה, כגון שיגור מכתב התראה; אי-מתן אישור, רישיון או היתר; הזמנה לשימוע; הטלת קנס מינהלי; הגשת תביעה משפטית.

הביקורת העלתה, שהמשרד לא הוציא הנחיות הקובעות באילו נסיבות יש להגיש את ממצאי הפיקוח לפרקליטות לשם בחינת האפשרות להגיש כתב אישום נגד מפעל, באילו נסיבות יש להטיל עליו קנס מינהלי על פי חוק העבירות המינהליות, התשמ"ו-1985 (ראו להלן), ובאילו נסיבות יש לתת לו ארכה לתיקון הליקויים שנמצאו בו. עקב כך אין אחידות באופן הטיפול של המחוזות במפעלים שעברו על החוקים הנוגעים לפיקוח על המזון. לדוגמה: מחוז תל אביב מעביר לטיפול הפרקליטות לשם הגשת כתב אישום כל עבירה של הוספת מים לבשר בכמות החורגת מהמותר; במחוז המרכז מטילים על מפעל העובר עבירה דומה קנס מינהלי; ובמחוז חיפה מעדיפים לעבוד בשיתוף פעולה עם המפעל לשם תיקון הליקוי בלי לנקוט נגדו צעדים משפטיים.

2. במחוז המרכז נהוג שכאשר התוצאה של בדיקת מעבדה מעידה על חריגה של מפעל מהתקן, המחוז מודיע זאת למפעל, מבקש את תגובתו ופותח לו תיק משפטי. המחוז נוהג - לדבריו, לפי דרישת פרקליטות המחוז - לעשות בדיקה חוזרת כדי לאמת את תוצאות הבדיקה הראשונה. אם תוצאת הבדיקה החוזרת תקינה, נסגר התיק המשפטי; ואם התוצאה אינה תקינה, מהנדסת המחוז מחליטה אילו צעדים לנקוט.

בביקורת שעשה משרד מבקר המדינה במחוז המרכז באוגוסט 2003 נמצא, שבשנת 2002 עשה המחוז רק 47 (39%) מ-121 בדיקות חוזרות שהוא היה אמור לעשות באותה שנה. עקב כך אין המחוז יודע אם הליקויים שהועלו בבדיקת המעבדה הראשונה תוקנו בתוך פרק זמן סביר; ולפיכך לא השיגה הבדיקה שעשה את מטרתה. בשל אי-ביצוע הבדיקות החוזרות גם לא סיים המחוז את הטיפול בתיקים המשפטיים שנפתחו למפעלים בעקבות קבלת התוצאות של הבדיקות הראשוניות. יצוין, שבמחוז תל אביב אין נוהגים לעשות בדיקות מעבדה חוזרות, ובמחוז חיפה הדבר נתון לשיקול דעתה של מהנדסת המחוז.

קנסות מינהליים

חוק העבירות המינהליות, התשמ"ו-1985 (להלן - החוק), מסמיך את שר המשפטים לקבוע בתקנות כי עבירה על הוראה שנקבעה בחוק מהחוקים המנויים בתוספת לחוק או בתקנות שהותקנו לפיו, היא עבירה שבשלה אפשר להטיל קנס בדרך מינהלית (להלן - קנס מינהלי). הטלת קנס מינהלי מאפשרת להעניש במהירות עברייני שנתפסו, מקטינה את העומס על בתי המשפט ועל מערכת התביעה ומונעת את הכתמת שמו של העברייני ברישום פלילי. עם העבירות המפורטות בתוספת לחוק האמור נמנות גם עבירות על חוק הפיקוח, והמשרד רשאי להחליט אם לפנות לפרקליטות לשם בדיקת האפשרות להגיש כתב אישום נגד מפעל שעבר על חוק זה או להטיל עליו קנס מינהלי.

בשנת 1987 פרסם היועץ המשפטי לממשלה נוהל והנחיות לביצוע החוק, ולפיהם השר הממונה על ביצועו של החוק שעליו נעברה העבירה ימנה מפקח שתהיה לו סמכות להטיל קנס מינהלי. שר הבריאות אצל את הסמכות להטיל קנס מינהלי למהנדסי המחוז או למפקחים המחוזיים.

1. על פי תקנות העבירות המינהליות (קנס מינהלי - איכות מזון), התשמ"ח-1988, עבירה על הוראה מהוראות צו הפיקוח על מצרכים ושירותים (איכות מזון), התשי"ח-1958, היא עבירה מינהלית. על פי הצו "לא ייצר אדם מזון, לא יעביר לאחר בשום דרך מדרכי העברה את הבעלות עליו או את ההחזקה בו, לא ירכשו ולא יחזיקו, לא יקבלו להחסנה או להובלה, לא יאחסנו ולא יובילו כשנמצא בו חומר ארסי, מזוהם, מזיק או בלתי ראוי לצריכת אדם; או שנתקלקל, הושחת או איכותו נפגמה מסיבה כלשהי". על פי התקנות, הקנס על עבירה מינהלית יהיה 1,000 ש"ח, והקנס

על עבירה מינהלית חוזרת יהיה 2,000 ש"ח (להלן - כפל קנס). לעבירה מינהלית חוזרת תיחשב עבירה שנעברה בתוך שנתיים ממועד העבירה הקודמת¹³. על פי תקנות העבירות המינהליות, התשמ"ו-1986 (להלן - תקנות העבירות המינהליות), "במשרדו של שר הממונה על ביצוע חוק שלפיו נקבעה עבירה מינהלית, או ביחידה שקבע שר המשפטים, יתנהל רישום של עבירות מינהליות שהוטל בגללן קנס מינהלי (להלן - המרשם)". המרשם אמור לכלול, בין היתר, את שם הנקנס, את מספר הזהות שלו, את תיאור העבירה ומועד ביצועה, וכן את הקנס שהוטל, מועד הטלתו ומועד תשלומו. כיוון שכל מחוז רשאי להטיל קנס מינהלי על מפעל שאחד ממוצריה נדגם במקום שיווקו (אף שהוא מיוצר במחוז אחר), יש למרשם חשיבות רבה ככלי המסייע להחלטה על הטלת כפל קנס.

בשנת 1995 החל שירות המזון לנהל מרשם של הקנסות שהוטלו על פי החוק. בדיקת הקנסות שהטיל מחוז המרכז בשנים 2000-2003 העלתה, שרישומם בשירות המזון לא היה מלא. לפי הרישום במחוז המרכז הוא הטיל בשנים 2000-2002 קנסות מינהליים, ואילו במרשם המרכז של שירות המזון רשומים 108 קנסות בלבד שהטיל המחוז באותן שנים. עוד העלתה הביקורת, שלפני הטלת קנס מינהלי על עבירה לא בדקו במחוז תל אביב ובמחוז המרכז אם העבירה היא עבירה חוזרת שיש להטיל עליה כפל קנס. בבדיקת הרישום במחוז המרכז נמצא, שכמה מפעלים עברו, לכאורה, עבירה חוזרת אך לא חויבו בכפל קנס.

2. משרד מבקר המדינה בדק את ההליך של הטלת קנסות מינהליים בשנים 2000-2002 בשלושת המחוזות שנבדקו. נמצא, שבהיעדר נוהל להטלת קנסות מינהליים, כל אחד מהמחוזות האלה נוהג בעניין זה בדרך אחרת, כמפורט להלן:

(א) מחוז תל אביב: המפקח המבקר במפעל מכין דוח ביקורת ובו פירוט הליקויים שמצא. דוח הביקורת מועבר לצוות הבודק עבירות לכאורה העולות מהדוח. המפקח המחוזי מחליט על פי מידת חומרתם של הליקויים אם להטיל על המפעל קנס מינהלי או להעביר את תיקו לפרקליטות לשם בדיקת האפשרות להגיש נגדו כתב אישום. בדיקת ריכוז התיקים שהיו בטיפול הצוות בשנים 2000-2002 העלתה, שעד תחילת יוני 2003 הוכנו להטלת קנס מינהלי 106 (29%) מ-365 תיקים שטופלו (כמעט כולם בשנת 2000), אך הקנס לא הוטל.

בחנית ריכוז של בדיקות המעבדה שניטלו במחוז תל אביב בחודשים פברואר-דצמבר 2002 העלתה, כי בכ-230 מכ-900 דגימות שניטלו ממפעלים נמצאו ליקויים, כגון זיהום בחיידקים פתוגניים (גורמי מחלה), רכיבים חיוניים בכמות קטנה מזו הרשומה על האריזה או תוספות בכמות גדולה מהמוצהר; וכי המפקח המחוזי לא הטיל קנס מינהלי על המפעלים וגם לא נקט נגדם צעד משפטי אחר.

(ב) מחוז המרכז: לפי הנהוג במחוז זה, לכל אימת שהועלה ליקוי בביקורת או בדגימת מעבדה, המפקחים במחוז מעבירים את דוח הביקורת לעובדת המחוז המטפלת בתיקים משפטיים ובתלונות, לשם פתיחת תיק משפטי. לפי הרישום במחוז הנוגע לתיקים המשפטיים שהיו בטיפול המחוז בשנים 2000-2002, 125 (16%) מ-762 תיקים נסגרו לאחר דגימה חוזרת או לאחר ביקורת חוזרת במפעל; ב-192 תיקים (25%) הוטל קנס מינהלי; ו-137 תיקים (18%) עדיין היו בטיפולו של המחוז או בטיפולם של מחוזות אחרים. ביתר התיקים (41%) לא הוטל קנס מינהלי מסיבות שונות. המשרד לא הוציא נוהל המחייב את המחוזות לעשות דגימה חוזרת או ביקורת חוזרת במפעל שהתגלו בו ליקויים; בהיעדר נוהל כזה לא נהגו במחוז להטיל על המפעלים קנס מינהלי בגין

13 בתיקון 4 לחוק מ-25.6.03 נקבע כי עבירה מינהלית חוזרת היא עבירה שעבר אדם בתוך שלוש שנים מיום שעבר את העבירה הראשונה. סעיף זה של התיקון חל על עבירות שנעברו לאחר יום התחילה של התיקון, דהיינו 16.12.03.

הליקויים שנמצאו אצלם בדגימה הראשונה או בביקורת הראשונה אלא לאחר דגימה או ביקורת חוזרת. מהנדסת מחוז המרכז הסבירה בתשובתה, כי "אומצה השיטה של דגימה חוזרת לאחר שפרקליטות מחוז המרכז דרשה ביצוע דיגום חוזר, ולא הסכימה לנקוט ישר בצעדים חוקיים נגד היצרן/משווק/מוביל". לדעת משרד מבקר המדינה, תשובת מחוז המרכז מדגישה את הצורך שהמשרד יקבע נוהל בעניין ביצוע דגימה חוזרת כדי להביא לאחידות בפעולות האכיפה של המחוזות.

(ג) מחוז חיפה: הביקורת העלתה, כי על פי רוב כשנמצאו במפעל ליקויים טכנולוגיים-תברואיים, הסתפק מחוז חיפה בהבאת פרטי הליקויים לידיעת המפעל ובדרישה לתקנם. עוד הועלה, שבנובמבר 2002, בעת העברת משרדי המחוז למשכן אחר, אבדו חמישה תיקים משפטיים שהכילו ראיות שיש בהן עילה להטלת קנסות מינהליים; וכי המחוז לא פעל לשחזר את המידע שאבד, והקנסות לא הוטלו.

3. סגירת תיקים: לפי הנחיות היועץ המשפטי לממשלה בעניין הפעלת החוק, אין להטיל קנס מינהלי על ביצוע עבירה מינהלית אלא אם היה ניתן להגיש כתב אישום בשל אותה עבירה הן מבחינת דיני הראיות, הן מבחינת ההתיישנות של עבירות פליליות והן מבחינת עיקרי האחריות הפלילית. עוד נקבע בהנחיות, כי אם המפקח סבור כי אין מקום להטיל את הקנס המינהלי, עליו לפנות אל היועץ המשפטי של המשרד כדי לקבל ממנו הנחיות בעניין המשך הטיפול. הביקורת העלתה, שמהנדסת מחוז המרכז והמפקח של מחוז תל אביב מחליטים על סגירת תיקים משפטיים בלי להיעזר ביועץ משפטי. מהנדסת מחוז המרכז מסרה בתשובתה, כי "למהנדס המחוזי למזון יש סמכות לסגור תיקים משפטיים טרם העברתם לפרקליטות המחוז וזאת במידה ותוצאות הבדיקה המעבדתית לא מאמתות התלונה או כשעסק המזון נסגר ואין עניין לציבור בהמשך הטיפול". הביקורת במחוז המרכז העלתה עשרות תיקים שנסגרו בלא שהועברו ליועץ המשפטי של המשרד או לפרקליטות המחוז, אף שהעילה לסגירתם אינה נמנית עם העילות שפורטו בתשובתה של מהנדסת המחוז. במחוז חיפה היועצת המשפטית היא הממליצה על סגירת תיקים משפטיים.

4. גביית קנסות: קנס מינהלי יש לשלם בתוך 60 יום ממועד המצאת ההודעה על הטלת הקנס. הנקנס רשאי להודיע בכתב בתוך 30 יום מקבלת ההודעה כי ברצונו להישפט על העבירה. לא שולם הקנס במועדו, יתווספו עליו הפרשי הצמדה ותוספת פיגור. החוק מחיל את הוראות פקודת המסים (גבייה) על גביית קנס מינהלי שלא שולם במועדו. על פי הוראות אלה אפשר בתנאים מסוימים לעקל את רכושו של מי שלא שילם קנס מינהלי שהוטל עליו. החוק גם קובע, כי אם לא שילם אדם קנס מינהלי בתוך שישה חודשים מיום שהוטל, רשאי בית המשפט, על פי בקשת התובע, לצוות כי יוטל עליו במקום הקנס שלא שילם מאסר שמשכו לא יותר משנה; עוד קובע החוק כי אם הוטל קנס מינהלי בשל עבירה מינהלית הקשורה בעיסוק או בפעולה הטעונית רישיון או היתר, והקנס לא שולם במועדו, רשאי בית המשפט, על פי בקשת תובע, לצוות על שלילת הרישיון או היתר שניתנו לעובר העבירה, או על אי-חידושם או אי-הארכת תוקפם, והכול עד לתשלום הקנס או עד תום שנה אחת, לפי המוקדם.

(א) בשנת 1994 הוקם בהנהלת בתי המשפט המרכז לגביית קנסות, אגרות והוצאות. המרכז מיועד בין היתר, לגבות קנסות מינהליים שהטילו משרדי הממשלה, ובכך להסיר מהם את הנטל של גביית הקנסות. בשנת 1999 ניאות המרכז לטפל בקנסות שהטילו המחוזות, אולם המשרד לא העביר לטיפול את גביית הקנסות. הביקורת העלתה, שבמחוזות שנבדקו עוסקים במעקב אחר תשלום הקנסות ובגביית הקנסות עובדים של המחוז שעל פי כישוריהם היה אפשר להעסיקם בביקוח על מפעלי מזון.

(ב) בדיקת הרישומים על גביית קנסות שהטיל מחוז המרכז בשנים 2000-2002 העלתה כי באותן שנים הוטלו כ-192 קנסות מינהליים, וכי 40 מהם לא שולמו עד יולי 2003.

(ג) הביקורת העלתה, שבשלושת המחוזות שנבדקו לא נהגו להוסיף הפרשי הצמדה ותוספת פיגור על קנס שלא שולם במועד שנקבע. יצוין כי בשנת 2003 החל מחוז המרכז לחייב בתוספת פיגור ובהפרשי הצמדה את המפעלים המפגרים בתשלום קנסות.

(ד) שלילת רישיון ממי שלא שילם קנס שהוטל עליו, אפשרות הקיימת כאמור בחוק, היא אמצעי יעיל לאכיפת תשלום הקנסות המוטלים על עברייני מזון. נמצא, כי מחוז המרכז לא פנה אל בית המשפט באמצעות הפרקליטות בבקשה שיצווה על שלילת רישיון היצרן מ-25 מפעלים שלא שילמו את הקנס המינהלי שהוטל עליהם בשנים 2002-2000. בהיעדר צו של בית משפט חידש המחוז את רישיונותיהם לשנת 2003.

(ה) כדי לחזק את מנגנון ההרתעה שבחוק, נקבע בו כי שר המשפטים רשאי לשנות את שיעורי הקנסות המינהליים על פי השינויים שחלו במדד. סכום הקנס בעת הביקורת - 1,000 ש"ח - נקבע עוד במאי 1988, ומאז לא עודכן. אי-עדכון הקנס מחליש את כוח הרתעה שלו. עדכון הקנס על פי שיעור העלייה במדד היה מגדיל את סכומו לכ-3,700 ש"ח לסוף שנת 2003. לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שמשרד הבריאות יזום מהלך שיוביל לעדכון סכום הקנס.

ראש שירותי בריאות הציבור כתב בתשובתו למשרד מבקר המדינה, שתכנית העבודה לשנת 2004 כוללת גם רישום ממוחשב של הקנסות שיוטלו על פי חוק העבירות המינהליות בכל המחוזות ודיווח רציף לשירות המזון, וכן הנחיות לתיקון הליקויים שהועלו בביקורת.

פרסום ממצאי הפיקוח

מאחר שמוצרי מזון שאיכותם ירודה, מוצרים שאינם מיוצרים בתנאים נאותים ומוצרים שאינם מסומנים כראוי עלולים לסכן את בריאות הציבור, יש חשיבות לפרסם בציבור מידע על כך. על פי נוהל המשרד, "ניתן לשקול פרסום, באמצעי תקשורת המוניים: עיתונות, רדיו, טלביזיה, של מפקחים מצטיינים או כאלה שלא עמדו בדרישות". כדי להזהיר את הציבור מפני צריכת מוצרים שעלולים לסכן את בריאותו, נוהג המשרד לפרסם בכלי התקשורת את מקצת הליקויים שנמצאו במוצרי המזון שבדק. ההחלטה בדבר הפרסום נתונה בידי הנהלת המשרד.

אין המשרד מפרסם באתר האינטרנט שלו את רשימת המפעלים שיש להם רישיון יצרן. על פי תנאי הרישיון, אסור למפעל לסמן על מוצריו שבידיו רישיון יצרן. לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לשקול את האפשרות לכלול באתר האינטרנט שלו מידע על המפעלים שיש להם רישיון יצרן בר תוקף.



שירות המזון מופקד על הפיקוח על מפעלי מזון בארץ. הביקורת העלתה, שיש חוסר אחידות בין המחוזות בפעולות הפיקוח והאכיפה, ואין מערכת ממוחשבת הכוללת מידע חיוני לביצוע פיקוח יעיל. לדעת משרד מבקר המדינה, היות שמפעלי מזון משווקים את מוצריהם בכל רחבי הארץ, יש חשיבות רבה בהפעלת מערכת פיקוח משולבת שתאפשר לכל אחד ממחוזות המשרד לקבל מידע זמין גם על פעולות הפיקוח והאכיפה שנוקטים מחוזות אחרים.

כדי לעדכן ולייעל את פעולות הפיקוח, מן הראוי ששירות המזון הארצי ישלים את הכנת הנהלים המסדירים את אכיפת החוקים, וכן יגביר את פעולות האכיפה ויבצען סמוך ככל האפשר למועד גילוי הליקוי או העבירה.

רישוי מפעלי המזון בידי שירות המזון אמור לתת לציבור ביטחון שהמפעלים עומדים בדרישות הטכנולוגיות-תברואיות של המשרד, וכי המזון המגיע לציבור הוא באיכות ראויה. נמצא, כי רבים מהמפעלים האלה פועלים בלי רישיון, חלקם אף במשך כמה שנים, והציבור אינו יודע על כך. על המשרד לבחון דרכים להביא לידיעת הציבור מידע על מפעלי המזון שיש להם רישיון.

בעקבות שני אירועים חמורים בענף המזון שהתרחשו בסוף שנת 2003¹⁴, ונוכח ממצאי הביקורת שהובאו לעיל, מינה מנכ"ל משרד הבריאות בדצמבר 2003 ועדה לבחינת מערך שירותי הפיקוח והבקרה על המזון והתזונה. על הוועדה הוטל, בין השאר, "להמליץ על הדרכים לשיפור איכות הפיקוח על המזון המיובא, המיוצר והמשווק, תוך התייחסות לפיצול הסמכויות ופיצול הפיקוח בין הגורמים השונים. לבחון קיומם של נהלים מקצועיים אחידים ולהמליץ במידת הצורך על שינוי הנהלים הקיימים כך שיביאו לאחידות בתהליך הפיקוח. לבחון את אופן האכיפה והענישה של התקנים והנהלים הקיימים". כמו כן החל משרד הבריאות לשקוד על הכנת הצעת החלטה לממשלה שמטרתה הקמת רשות מזון לאומית.