

## שיקום נכי נפש בקהילה

### תקציר

בינואר 2001 נכנס לתוקף חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000 (להלן - חוק השיקום). החוק נועד לאפשר לנכי נפש<sup>1</sup> שהוחזקו בבתי חולים פסיכיאטריים ללא צורך רפואי של ממש (מאחר שלא היה אפשר לשקמם מחוץ לבתי החולים) להשתקם בקהילה ולמנוע אשפוזים מיותרים, ולאפשר גם לחולים שחיים בקהילה, בהשגחת בני משפחתם או בלי השגחה, להשתקם. החוק קובע שאדם הלוקה בנפשו זכאי לפנות לוועדת שיקום אזורית (להלן גם - ועדת השיקום) המוסמכת לאשר לו תכנית שיקום במגוון של שירותים, ובהם דיור, תעסוקה, השכלה וחונכות.

משרד מבקר המדינה בדק את ההיערכות של משרד הבריאות (להלן - המשרד) ושל קופות החולים ליישום הרפורמה של שיקום נכי נפש בקהילה (להלן גם - נפגעי נפש); את הפעולות להעברת האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש מהמשרד לקופות החולים; את האירועים הקשורים להפסקת מתן השירות המרפאתי בקופת חולים לאומית; ואת הארגון, הכספים והבקרה של רכישת שירותי השיקום מיזמים. הבדיקה נעשתה במשרד, ובמועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה. בירורים נעשו בכל קופות החולים, במשרד האוצר ובמוסד לביטוח לאומי.

### היערכות המשרד ליישום חוק השיקום

משרד הבריאות לא נערך כראוי ליישם את חוק השיקום: 1. החוק קובע שעל ועדות השיקום לעיין מדי שישה חודשים בתכנית השיקום שנקבעה לנכה הנפש כדי לבדוק אם היא אכן מתאימה לצרכיו. הביקורת העלתה שוועדות השיקום לא עשו כן; 2. החוק קובע שיש למנות מתאם טיפול שיהיה "אחראי ליישום ותיאום מתן כל השירותים הניתנים לנכה נפש", אך בביקורת נמצא שמספר מתאמי הטיפול אינו מספיק; 3. החוק קובע שיש להקים ועדות ערר שהיו"רים שלהן ייקבעו על פי "רשימה שערך שר המשפטים", אך אף על פי שמשרד הבריאות פנה לשרי המשפטים ולעוזריהם כמה וכמה פעמים, הוא לא קיבל מהם את הרשימה. בהיעדר ועדות ערר זכאים לשיקום עלולים לקבל טיפול בלתי-מתאים; 4. החוק קובע שקביעת אחוזי הנכות של נכה נפש תעשה בידי מי שהוסמך לכך בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, או בידי פסיכיאטר שהסמיך שר הבריאות. אך שר הבריאות לא הסמיך פסיכיאטרים לצורך זה, ומשום כך חלק מנפגעי הנפש אינם יכולים לקבל תכנית שיקום; 5. החוק קובע שיש להקים מועצה ארצית לשיקום נכי נפש בקהילה (להלן - המועצה לשיקום) שתיעץ לשר הבריאות בעניין. המועצה אכן הוקמה בשנת 2001, אולם נמצא שהחלטות המשפיעות השפעה ישירה על מסגרות שיקומיות התקבלו בלי לשתף אותה כלל. המועצה אף לא התבקשה לחוות את דעתה בנושאים חשובים הנוגעים לשיקום; 6. החוק מאפשר לשר הבריאות להתקין תקנות בתחום

1 "נכי נפש" - אנשים הסובלים ממחלות נפש המוכרים כנכים בידי מי שהוסמך לכך בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, או בידי פסיכיאטר שהסמיך שר הבריאות.

השיקום. בתחילת 2004 דנה המועצה לשיקום בתקנות הקשורות לנושא, אך המשרד לא הוסיף לפעול בעניין; 7. בחוק השיקום נדרשת המועצה לשיקום, בין השאר, "ליזום מחקרים בנושאי שיקום". אף על פי שהמועצה לשיקום הגישה להנהלת המשרד רשימת נושאים לביצוע מחקרים, נעשו רק מחקרים מועטים.

## שירותי שיקום

בשנת 2006, כחמש שנים לאחר שחוק השיקום נכנס לתוקפו, רק כ-12,000 נכי נפש, שהם 14%-22% מכלל הזכאים לשירותי שיקום<sup>2</sup>, אכן קיבלו אותם. זאת ועוד, הביקורת העלתה שנכי הנפש שוועדות השיקום אישרו להם תכניות שיקום ניצלו רק כמחצית ממסגרות השיקום שאושרו להם. יש לבדוק מדוע רק חלק קטן מנכי הנפש מקבלים שירותי שיקום ומדוע שיעור הניצול של תכניות השיקום נמוך; הדבר יכול להעיד על כשל ארגוני במערך השיקום.

## שירותים פסיכיאטריים מרפאתיים

כשאדם זקוק לטיפול נפשי רצוי לטפל בו מהר ככל האפשר כדי למנוע הידרדרות במצבו לעתים עד כדי סכנה לחייו. הביקורת העלתה שזמן ההמתנה לקבלת טיפול מרפאתי ממושך במקומות רבים, והוא יכול לארוך אפילו שלושה חודשים. ילדים ונוער יכולים להמתין שישה ואפילו תשעה חודשים, אף שהדבר עלול להשפיע לרעה על התפתחותם. למשרד הבריאות אין מידע מפורט על זמן ההמתנה לקבלת טיפול מרפאתי במרפאות השונות, דבר שפוגע ביכולתו להתוות מדיניות בתחום.

## הפסקת ההפניות לוועדות השיקום

באמצע מרס ועד סוף יולי 2006 הפסיק המשרד לשלוח נכי נפש לוועדות השיקום האזוריות. המשרד הסביר כי התקציב לא אפשר לשקם נכי נפש נוספים, ולכן הורה ממונה השיקום שלא לכנס את ועדות השיקום האזוריות בזמן הזה. ארגונים התומכים בנפגעי נפש התריעו על המצב לפני שר הבריאות, וטענו, בין היתר, שהפסקת הפעילות של הוועדות פוגעת מאוד בעניין ומבטלת הישגים שהושגו בהשקעה ובמאמצים רבים בחמש השנים האחרונות (מאז הוחל חוק השיקום).

2 לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי, ביולי 2006 הכיר המוסד ב-54,254 אנשים בני 18-65 הסובלים ממחלות נפש כנכים בשיעור 40% ויותר. על פי הערכה של אנשי מקצוע, יש עוד כ-30,000 אנשים הסובלים ממחלות נפש שזכאים לפנות לוועדות השיקום, ובהם נכי נפש שאינם מעוניינים לפנות למוסד לביטוח הלאומי.

## העברת האחריות למתן שירותי בריאות הנפש לקופות החולים

אחת הבעיות המרכזיות בטיפול בנפגעי נפש היא פיצול הטיפול בין משרד הבריאות לבין קופות החולים: המדינה נותנת בעיקר שירותי אשפוז, שירותים מרפאתיים ושירותי שיקום; קופות החולים נותנות בעיקר טיפולים פסיכיאטריים וטיפולים פסיכולוגיים. הפיצול פוגע בשירות הרפואי שנפגעי הנפש זכאים לקבל, למשל בכך שאין רצף טיפולי המשכי בין הטיפול הגופני לנפשי.

עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (בשנת 1995) נשאר הטיפול בנפגעי נפש באחריות המדינה. נאמר שהוא יועבר לאחריות הקופות "בדיחוי קל"<sup>3</sup>. מאז חלפו כ-12 שנים, שבמהלכן נעשו מספר ניסיונות להעברת האחריות ואף נקבעו לכך מועדים שונים, אולם כולם חלפו והאחריות לטיפול נותרה בידי המשרד<sup>4</sup>.

בינואר 2003 החליטה הממשלה שהאחריות לשירותי בריאות הנפש תעבור ממשרד הבריאות לקופות החולים מ-1.6.03, אבל גם החלטה זו לא יצאה אל הפועל. בפברואר 2006 החליטה הממשלה לדחות את העברת האחריות לקופות ל-1.1.07.

ב-17.9.06, לאחר שהסתיימה הביקורת, נחתם הסכם בין משרד הבריאות ובין משרד האוצר בעניין העברת מלוא האחריות הביטוחית של שירותי בריאות הנפש לקופות החולים. קופות החולים מסתייגות מאוד מההסכם. נוסף על כך, לדברי הקופות, העברת האחריות הביטוחית תארך שישה חודשים לפחות, וכדי להשלים את התהליך יידרשו כשלוש שנים. משרד הבריאות הודיע למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2006 כי העברת האחריות לקופות תידחה לפחות בחצי שנה.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות שנוכח התמשכותו של הליך העברת האחריות לקופות שנים כה רבות ובשל אי-הוודאות לגבי השלמת ההליך במועד קרוב, עליו לוודא שבתקופת המעבר ועד השלמת ההיערכות של הקופות לא ייפגע הטיפול בנפגעי הנפש.

## הפסקת מתן שירותי בריאות הנפש בקופות חולים לאומית

בינואר 2004 הפסיקה קופת חולים לאומית לתת את השירותים המרפאתיים שנהגה לתת עד אז לכ-4,000 מבוטחים נפגעי נפש. הקופה לא תיאמה פעולה זאת עם משרד הבריאות ולא וידאה שמבוטחיה נפגעי הנפש יקבלו טיפול מתאים במקום אחר. משרד הבריאות אמנם אפשר למבוטחי לאומית לפנות למרפאות הממשלתיות, אך בכך גדל הנטל על המרפאות הממשלתיות, שחלקן כבר היו עמוסות בלאו הכי. יתר על כן, בעקבות הפסקת מתן השירותים המשרד לא פעל בנחישות כלפי הקופה, ובספטמבר 2004 אף הסכים להעביר לה 200 מיליוני ש"ח במסגרת הסכם הבראה שנחתם עמה, בלי שהתנה זאת בחידוש השירותים. אף על פי שחלף זמן רב - כשלוש שנים - מאז הפסיקה קופת חולים לאומית לתת שירותים בתחום בריאות הנפש, משרד הבריאות לא נקט סנקציות כלשהן נגדה או נגד מישהו ממנהליה.

3 דברי שר הבריאות לשעבר מר אפרים סנה בישיבת הכנסת מיום 20.12.94.

4 ראו גם דוח שנתי 48 של מבקר המדינה (1998), עמ' 159; וכן דוח שנתי 52 (2002), עמ' 215.

## ארגון, כספים ובקרה

1. התקשרויות עם יזמים: המשרד התקשר עם יזמים כדי שישפכו לו מסגרות שיקום. לא כל ההתקשרויות עוגנו בחוזים. בעת הביקורת אמנם היו חוזים שיזמים חתמו עליהם, אך המשרד עצמו לא חתם עליהם. בעת הביקורת רוב ההתקשרויות של המשרד עם היזמים שסיפקו מסגרות שיקום נעשו שלא באמצעות מכרזים. בתשלומים ליזמים היו ליקויים. למשל, למרות שבדרך כלל המשרד נותן ליזמים אישורים עבור הספקת מסגרות שיקום, הביקורת העלתה שלפני שהוא משלם ליזם, הוא אינו בודק כלל אם האישורים שבידו תקפים. ואמנם, בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה הועלו מקרים שיזמים דיווחו דיווחים כוזבים שהסתכמו בעשרות אלפי ש"ח, כגון יזם שדרש לשלם לו בגין שני סוגי מגורים שסיפק כביכול לאותם משתקמים באותו זמן.

2. בקרה: משרד הבריאות אמור לבדוק שמסגרות השיקום שהוא משלם עבור שירותיהן פועלות על פי הכללים והרמה שקבע. הביקורת העלתה שיש מסגרות שיקום רבות שהמשרד כלל לא מבקר בהן, ובמסגרות אחרות תדירות הבקרה אינה מספקת.

בבקרות שמשרד הבריאות קיים במסגרות מסוימות נמצאו ליקויים שחייבו טיפול, כגון ניהול לקוי של מלאי תרופות שסיכן את בריאות המשתקמים; פעילות במבנים שיש בהם סכנות בטיחותיות; תשלום עבור גינון ושיפוצים בידי המשתקמים במקום היזמים וכו'. משרד הבריאות לא נקט אמצעים נגד יזמים שלא תיקנו את הליקויים שהוא העלה, ואף הוסיף להפנות אליהם משתקמים.

## תשתית ארגונית

1. על המשרד לבחון את המבנה הארגוני, את היקף כוח האדם הרצוי ואת המסגרת הארגונית במערכת השיקום, וכן לבחון באיזו מסגרת ארגונית יש להפעיל את מערך השיקום - במסגרת השירות לבריאות הנפש, באמצעות אגף נפרד שייוחד לשיקום, כמו שהציעה המועצה לשיקום, או בדרך אחרת.

2. התנאים הפיזיים שבהם פועלים מרבית עובדי השיקום ועובדי הבקרה קשים; עם זאת יש לציין את מסירותם לשיקום נכי הנפש.



## מבוא

משרד הבריאות (להלן - המשרד) אחראי לקביעת מדיניות בתחום בריאות הנפש וליישומה. הטיפול הרפואי לנפגעי נפש ניתן בבתי חולים פסיכיאטריים ובמרפאות לבריאות הנפש בקהילה שאותם המשרד מפעיל. גם קופת החולים "שירותי בריאות כללית" (להלן - כללית) מפעילה בתי חולים פסיכיאטריים אחדים ומרפאות בקהילה. בקופות החולים האחרות, "מכבי שירותי בריאות" (להלן - מכבי), "קופת חולים מאוחדת" (להלן - מאוחדת) ו"קופת חולים לאומית" (להלן - לאומית) ניתן השירות באמצעות רופאים פסיכיאטרים ופסיכולוגים.

זה שנים רבות שבשירותי בריאות הנפש בעולם מתבצעת רפורמה שבמהלכה מעבירים את רוב השירותים האלה מבתי החולים לקהילה ומפתחים אותם בה. זו גם המדיניות המוצהרת של המשרד. אנשי מקצוע בעולם המערבי וגם בישראל (כגון פסיכיאטרים, פסיכולוגים, מרפאים בעיסוק ועובדים סוציאליים) סבורים שמוטב שאנשים הסובלים ממחלת נפש ישוקמו בקהילה ולא יאושפזו. לדעתם, האשפוז נעשה לשם טיפול במחלת הנפש בשלב האקוטי שלה ולא לשם מגורים, ולאחר המשבר האדם החולה אמור לחזור לחיים שגרתיים ונורמטיביים מהר ככל האפשר. לכן יש לשאוף לקצר את משך ההשהיה של נכי הנפש בבתי החולים ולהרחיב את המסגרות הטיפוליות והשיקומיות בקהילה.

הצלחת השיקום של אנשים הסובלים ממחלות נפש (להלן - גם נפגעי נפש או נכי נפש<sup>5</sup>) בקהילה תלויה בכמה גורמים השלובים אלה באלה, ובהם: פיתוח והספקה של מסגרות שיקום המתאימות לצרכים של נפגעי הנפש בתחום המגורים, התעסוקה, הלימודים והעיסוק בשעות הפנאי כדי לאפשר להם להשתלב בקהילה - את המסגרות האלה רוכש המשרד מגורמים פרטיים, עמותות וחברות שהמשרד מתקשר עמם (להלן - יזמים); מתן שירותי מרפאה מידיים בעת הצורך כדי לשפר את מצב המשתקם ולאפשר לו להחלים בקהילה וכדי למנוע הידרדרות במצבו שתחייב לאשפוז; פעולה לשינוי ה"סטיגמה" של המשתקמים בקרב הציבור כדי שהקהילה לא תערים עליהם קשיים ותאפשר להם לגור בקרבה ולהיקלט במסגרות נורמטיביות של עבודה, לימודים ופנאי. נוסף על היתרונות הרפואיים, אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש מוצאים גם יתרונות כלכליים בשילוב של שירותי בריאות הנפש בשירותי הרפואה הכללית.

לפי נתוני משרד האוצר, עלות הטיפול הממוצעת של אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי היא כ-250,000 ש"ח בשנה, ואילו עלות הטיפול הממוצעת במשתקם בקהילה היא כ-30,000 ש"ח בשנה. עלותו של טיפול תרופתי בלבד במסגרת קהילתית יכולה להיות נמוכה אף יותר, ומאן שמבחינה כלכלית כדאי לפתח מסגרות שיקום רבות ככל האפשר שתאפשרנה שיקום לכל מי שמתאים לכך.

בשנים האחרונות פעל המשרד בנושא בריאות הנפש בכמה תחומים: המשרד צמצם את מספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים במדינה מכ-6,800 מיטות בשנת 1988 לכ-3,150 מיטות בשנת 2006 (הרפורמה המבנית); בקהילה הוכנו מסגרות שיקום לכ-12,000 מ-54,000 נכי נפש שהמוסד לביטוח לאומי הכיר בהם<sup>6</sup> (הרפורמה השיקומית); זה שנים רבות נעשות פעולות שנועדו להעביר את האחריות למתן השירותים הפסיכיאטריים (להלן גם - האחריות הביטוחית) מהמשרד לקופות החולים (הרפורמה הביטוחית).

בשנת 1998 בדק משרד מבקר המדינה את נושא שיקום נכי הנפש בקהילה, וממצאי הבדיקה פורסמו בדוח שנתי 49 של מבקר המדינה (1999) עמ' 135 (להלן - הבדיקה הראשונה). בשנת 2001 עשה משרד מבקר המדינה בדיקת מעקב בנושא, וממצאי הבדיקה פורסמו בדוח שנתי 52 של מבקר המדינה (2002), עמ' 212 (להלן - בדיקת המעקב). בחודשים אפריל-אוגוסט 2006 שב משרד מבקר המדינה ובדק את נושא שיקום נכי הנפש בקהילה. נבדקו בעיקר הנושאים האלה: ההיערכות של המשרד ושל קופות החולים ליישום הרפורמה של שיקום נכי נפש בקהילה; הפעולות להעברת האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש מהמשרד לקופות החולים; הפסקת מתן השירותים המרפאתי בקופות חולים לאומית; ארגון, כספים ובקרה של שירותי שיקום מיזמים.

הבדיקה נעשתה במשרד ובעיקר בשירותי בריאות הנפש שבמשרד (להלן - השירות), ובארבע לשכות של פסיכיאטרים מחוזיים (בלשכות הבריאות המחוזיות תל אביב, ירושלים, דרום ומרכז)

5 "נכי נפש" - אנשים הסובלים ממחלות נפש המוכרים כנכים בידי מי שהוסמך לכך בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, או בידי פסיכיאטר שהסמיך שר הבריאות.  
6 על פי הערכה של אנשי מקצוע, יש עוד כ-30,000 אנשים הסובלים ממחלות נפש שזכאים לפנות לוועדות השיקום.

ובמועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה. בירורים נעשו גם בכללית, במכבי, במאוחדת, בלאומית, במשרד האוצר ובמוסד לביטוח לאומי.

## היערכות המשרד ליישום חוק שיקום נכי נפש בקהילה

בינואר 2001 נכנס לתוקף חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000 (להלן - חוק השיקום). מטרת החוק היא "לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו". הזכאות היא לשירותים שונים בתחומים כגון תעסוקה, דיור, השלמת השכלה, חברה ופנאי, טיפול שיניים ותיאום טיפול, כמפורט בתוספת לחוק. החוק נועד לאפשר לחולים שהוחזקו בבתי חולים פסיכיאטריים ללא צורך רפואי של ממש (מאחר שלא היה אפשר לשקמם מחוץ לבתי החולים) להשתקם בקהילה, ולאפשר גם לחולים שחיים בקהילה, בהשגחת בני משפחתם או בלי השגחה, להשתקם.

לאחר שנחקק חוק השיקום והוקצו לו תקציבים, יזמו ופיתחו ממונה השיקום<sup>7</sup> ועוזריו מסגרות שיקום שונות בתחום הדיור, התעסוקה והפנאי. הם קבעו נהלים והתקשרו עם יזמים שהיו מוכנים לספק שירותים על פי המחיר והדרישות שהמשרד קבע. השיבוץ של נכי נפש במסגרות השיקום נעשה לאחר שוועדות שיקום אזוריות בלשכות הבריאות אישרו להם תכניות שיקום.

הבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה העלתה שמשרד הבריאות לא נערך כראוי ליישם את חוק השיקום ולא הקים את המנגנונים הדרושים להפעלתו על פי החוק. להלן מובאים הממצאים:

ניגוד עניינים בהרכב ועדות השיקום האזוריות<sup>8</sup>: על פי חוק השיקום, בוועדת שיקום אזורית צריכים להיות שלושה חברים. לפחות שניים מהם צריכים לעסוק בתחומי עיסוק שונים.

למשרד מבקר המדינה התברר שבוועדות השיקום היו אמנם שלושה חברים מתחומים שונים, אך בהרכבים מסוימים של הוועדות יש לעתים ניגוד עניינים. לדוגמה: כאשר מטפל במשתקם משתתף בוועדת השיקום, הוא לא תמיד מעוניין שהמטופל יעבור למסגרת שיקום; כאשר בוועדת השיקום משתתפים ממונה וכפוף, יש חשש שהכפוף לא יוכל להתבטא בחופשיות אם ידוע לו מראש שהממונה עליו אינו חושב כמוהו.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות שעליו להקפיד שרוב חברי הוועדות הדנות בענייניו של חולה מסוים לא יהיו חברים בצוות המטפל בחולה ושממונה וכפוף לא יכהנו באותה ועדה.

עיון בתכנית השיקום: החוק קובע שעל ועדת השיקום לעיין מדי שישה חודשים בתכנית השיקום שנקבעה לנכה הנפש כדי לבדוק אם היא אכן מתאימה לו.

7 בשנת 1993 החל ממונה שיקום בקהילה לפעול בשירות לבריאות הנפש שבמשרד. מאז נוספו למשרד כמה עובדים האמורים לסייע לממונה לטפל בנושא השיקום.

8 יש תשע ועדות שיקום אזוריות הפועלות בלשכות הבריאות המחוזיות.

אולם הבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה העלתה, שוועדות השיקום כלל אינן מעיינות בתכניות השיקום מדי שישה חודשים, כנדרש בחוק. משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות שכאשר ועדות השיקום אינן מעיינות בתכנית השיקום של נכה הנפש, תהליך השיקום עלול להחטיא את מטרתו.

מתאמי טיפול : החוק קובע כי "ימונה מתאם טיפול שיהיה אחראי ליישום ותיאום מתן כל השירותים הניתנים לנכה נפש".

לפי בדיקת משרד מבקר המדינה, מספר מתאמי הטיפול אינו מספיק לשיבוץ המשתקמים במסגרות שיקום (ראו להלן על ניצול מסגרות השיקום שאושרו).

ועדות ערר : החוק קובע כי בהתקיים התנאים המפורטים בו ניתן להגיש ערר על החלטת ועדת השיקום האזורית לוועדות ערר מחוזיות אשר תוקמנה על ידי השר. החוק קובע את הרכב ועדות הערר, ולפיו, בין היתר, יו"ר ועדת הערר יהיה אדם הכשיר להתמנות שופט שלום והוא ייבחר מרשימה שהכין שר המשפטים. אף על פי שבשנים 2001-2006 פנה משרד הבריאות לשרי המשפטים (מאיר שטרית וציפי ליבני) ולעוזריהם כמה וכמה פעמים בנושא זה, פניותיו לא נענו, ועד מועד סיום הביקורת הוועדות לא הוקמו.

מבקר המדינה העיר לשרי המשפטים כי בהיעדר ועדות ערר לעתים לא יהיה אפשר להתאים לזכאים לשיקום מסגרות שיקום שמתאימות יותר מאלו שנקבעו להם.

מינוי פסיכיאטרים : החוק קובע כי רק מי שנכותו הרפואית בשל הפרעה נפשית היא בשיעור של 40% לפחות זכאי לשיקום. קביעת אחוזי הנכות תעשה בידי מי שהוסמך לכך בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, או בידי פסיכיאטר שהסמיך שר הבריאות.

למשרד מבקר המדינה התברר ששר הבריאות לא הסמיך פסיכיאטרים לקבוע נכות בשל הפרעה נפשית. משום כך חלק מנפגעי הנפש (אלה שאינם מעוניינים לפנות למוסד לביטוח לאומי) אינם יכולים להצטרף לתכנית שיקום.

תקנות : חוק השיקום מאפשר לשר הבריאות להתקין תקנות בכל הנוגע לביצועו של החוק. משרד מבקר המדינה העלה שבתחילת 2004 דנה המועצה לשיקום בהתקנת תקנות בשלושה תחומים: תעסוקה שיקומית, החזרי הוצאות נסיעה והשתתפות כספית בגין טיפולי שיניים.

עד מועד סיכום הביקורת בדצמבר 2006 המשרד לא התקין תקנות בנושאים אלה (על המועצה לשיקום ראו להלן).

מחקרים : בחוק השיקום נדרשת המועצה לשיקום, בין השאר, "ליזום מחקרים בנושאי שיקום".

לפי הבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה, אף על פי שהמועצה לשיקום הגישה בשנים 2004-2005 להנהלת המשרד רשימת נושאים למחקר, נעשו רק מחקרים מועטים. בעניין זה קבעה יו"ר המועצה (בספטמבר 2005) כי "למרות העשייה השיקומית הרבה שנעשתה בארץ בתחום בריאות הנפש, המחקר בתחום מועט, ספורדי ורחוק מלתעד, לבדוק וללוות עשייה זו".

משרד האוצר השיב למשרד מבקר המדינה (בנובמבר 2006) כי "קשה לדעת כיום האם חוק שיקום נכי נפש בקהילה אכן מביא לשיקומם של נכי הנפש. מאז חקיקת החוק ועד היום לא נקבעו יעדים מדידים שיבחנו את מידת הקידום של נכי הנפש ממסגרות שיקומיות מורכבות כגון הוסטלים מתגברים למסגרות שיקומיות קלות יותר כגון מועדוני תעסוקה".

#### לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לפעול לעשיית מחקרים נוספים.

**נופשוניים:** חוק השיקום קובע, בין היתר, שיינתן "סיוע בהפניה ובמימון של שהייה קצרת מועד במסגרת מגורים מיוחדת מוגנת בעבור נכי הנפש החיים בדרך כלל עם משפחותיהם" (להלן - נופשוניים).

**נמצא כי עד מועד סיום הביקורת לא יצא שום נכה נפש לנופשוני בהפנייה ובמימון של המשרד.**

ממונה השיקום מסר למשרד מבקר המדינה שבעבר נעשה ניסיון לשלוח נכי נפש לנופשוניים, אך הניסיון לא צלח בשל אי-היענות. מאחר שהמשפחות של נכי הנפש נושאות בעול הדאגה היום-יומית להם ומאחר שמספר המשתקמים גדל והולך, משרד מבקר המדינה המליץ למשרד הבריאות להציע למשפחות שוב נופשוניים.

#### שירותי שיקום

1. לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי, ביולי 2006 הכיר המוסד ב-54,254 אנשים בני 18-65 הסובלים ממחלות נפש כנכים בשיעור 40% ויותר. לדעת השירות, סביר שרובם זקוקים לשיקום. על פי הערכה של אנשי מקצוע, יש עוד כ-30,000 אנשים הסובלים ממחלות נפש אשר זכאים לפנות לוועדות השיקום, ובהם כאלה שאינם מעוניינים לפנות למוסד לביטוח הלאומי עקב הסטיגמה הכרוכה בכך. יש גם נכי נפש הסובלים מנכות נוספת שבעבורה הם מקבלים את קצבת הנכות, ויש אחרים שקיבלו קצבת נכות, אך כשמלאו להם 67 החלו לקבל קצבת זקנה, ומשום כך נגרעו מרשימת נכי הנפש.

יש לשאוף שמרב הזכאים לשירותי שיקום יקבלו אותם וינצלו אותם. אולם הבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה העלתה שעד מרס 2006, כחמש שנים לאחר שחוק השיקום נכנס לתוקף, הופנו לוועדות שיקום רק כ-17,500 נכי נפש. על פי נתוני משרד הבריאות, באותו חודש קיבלו רק כ-12,200 איש (שהם 14%-22% בלבד מן הזכאים) שירותי שיקום שונים: כ-6,350 נכי נפש קיבלו שירותי דיור; כ-6,140 קיבלו שירותי תעסוקה; כ-1,300 קיבלו שירותי חונכות; כ-3,860 השתתפו בפעילות במועדונים חברתיים. מכאן, שרק נכי נפש מעטים המתגוררים בקהילה מקבלים שירותים במסגרות של שירותי השיקום<sup>9</sup>.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לבדוק מדוע רק חלק קטן מכלל נכי הנפש מקבלים שירותי שיקום ולפעול להגדלתו.

9 חוק השיקום אינו פותר את בעיית חולי הנפש שלא הוכרו כבעלי נכות של 40% לפחות אשר עקב מחלתם אינם יכולים לתפקד כראוי. גם לקטינים שעוד לא מלאו להם 18 אין החוק נותן פתרון שיקומי.



2. הבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה העלתה שעל פי נתוני המשרד, נכי הנפש שוועדות השיקום האזוריות אישרו להם תכניות שיקום ניצלו רק כמחצית ממסגרות השיקום שאושרו להם. כך למשל, בשנת 2005 היה שיעור המימוש של תכניות השיקום רק 54.5%: במסגרות של תיאום טיפול, שירותי סמך וחונכות אחוז המימוש היה 32.1 בלבד, במסגרות של חברה ופנאי - 47, במסגרות התעסוקה - 66.8, ובמסגרות הדיור - 70.2. יצוין שאחוזי הניצול של תכניות השיקום היו נמוכים עוד יותר בשנים שעברו. לדעת משרד מבקר המדינה, יש לבדוק מדוע שיעור הניצול של תכניות השיקום נמוך, משום שהדבר יכול להעיד על כשל ארגוני במערך השיקום.

### המועצה הארצית לשיקום

המועצה הארצית לשיקום הוקמה בשנת 2001 על פי חוק השיקום. החוק ייעד למועצה תפקיד מרכזי בתהליך השיקום של נכי הנפש בישראל וקבע שהיא צריכה ליעץ לשר הבריאות בהתוויית מדיניות שיקום ארצית רב-שנתית, בתכנון שירותי השיקום בקהילה ובשיפור איכותם, בפיתוח תכניות חינוך והסברה בקהילה, בשינויים בסל שירותי השיקום ובייזום מחקרים בנושאי שיקום. ואכן, המועצה ממלאת את התפקידים שקבע לה החוק, ויו"ר המועצה שולחת את סיכומי הפעילות ואת ההמלצות של המועצה לשר הבריאות, למנכ"ל משרד הבריאות ולאחרים. בעבר, עד תחילת 2003 (כשהשר היה נסים דהן), הייתה ראש המועצה שותפה להחלטות המשרד בנושא השיקום.

הביקורת העלתה שהמועצה לא שותפה בדיונים ובהחלטות בימי השרים דני נוה, יעקב אדרי ויעקב בן יזרי בשנים 2003-2006. עוד התברר כי היא לא התבקשה לחוות את דעתה אף בנושאים חשובים כגון היעדים של מערכת השיקום, הרפורמה בשירותי בריאות הנפש ויישומה והשינויים הנוגעים לתקציב השיקום.

ב-6.9.06 הגישה יו"ר המועצה את התפטרותה לשר הבריאות. במכתב ההתפטרות היא ציינה, בין היתר, ש"בשנה האחרונה" היה השיקום בקהילה נתון במשבר עמוק, ובשל "הניתוק" בין שר הבריאות למועצה, חילוקי הדעות ביניהם וכו' "אינני רואה עצמי יכולה להמשיך ולמלא את תפקידי כמוגדר בחוק".

בתשובתו מנובמבר 2006 הסביר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי "תפקיד המועצה הוא תפקיד מיעץ בלבד. ראוי לערבה ולשתפה בהליכים אבל לא תמיד הדבר נדרש או אפשרי"; השר לשעבר מר דני נוה הסביר בתשובתו מדצמבר 2006 שהמלצות המועצה וסיכומיה הובאו בפניו, והוא בחן אותם "בתשומת לב ובכובד ראש. הם היו על הפרק והובאו במניין השיקולים בעת הדיונים בנושאים הרלוונטיים ובתהליכי קבלת ההחלטות"; השר לשעבר מר יעקב אדרי מסר בתשובתו מאותו חודש כי נוכח תקופת כהונתו הקצרה כשר בריאות (כשלושה חודשים) "לא היה סיפק בידי לקיים דיונים עם המועצה לשיקום".

יצוין שבעניין דומה<sup>10</sup> כבר העיר מבקר המדינה, בין היתר, על כך, ש"בנושא קבלת החלטות... [ה]מחייבת מיומנויות רבות שאינן קיימות אצל אדם אחד מומלץ להישען על גוף... שנועד לתמוך בתהליכי קבלת ההחלטות... מן הראוי [לפעול] בהתאם לעולה מן החוק... [התפקיד כגורם מיעץ] לא בא כלל לידי ביטוי ממשי בחיי המעשה... ראוי לפעול בדחיפות וביסודיות לשיפור משמעותי של קיום תהליכי עבודת מטה סדורה לצורך קבלת החלטות".

10 ראו בדוח הביקורת של מבקר המדינה על המועצה לביטחון לאומי (ספטמבר 2006), בעמ' 28, 29, 51, 67.

מבקר המדינה מעיר שמן הראוי להגביר את שיתופה של המועצה לשיקום בהתוויית מדיניות השיקום הארצית ובקבלת החלטות בנושא השיקום כפי שעולה מן החוק.

### שירותים פסיכיאטריים מרפאתיים

הצלחת השיקום של נכי הנפש תלויה בכמה גורמים השלובים אלה באלה, ובהם מתן שירותי מרפאה מידיים בעת הצורך ומתן שירותי חירום בעת משבר. משרד מבקר המדינה בדק כמה היבטים שלהם. השירותים ניתנים בעיקר בכ-60 מרפאות ייעודיות שמשרד הבריאות מפעיל ישירות וב-13 מרפאות ייעודיות של הכללית וכן באמצעות שירותי בריאות הנפש שמכבי ומאוחדת מספקות (כאמור, לאומית הפסיקה לתת שירותי מרפאה בשנת 2004 - ראו בהמשך) ובמרפאות פרטיות.

זמן ניהול המטופל : כשאדם זקוק לטיפול נפשי רצוי לטפל בו מהר ככל האפשר. כך אפשר למנוע את הידרדרות מצבו. מידע בדבר משך זמן ההמתנה לטיפול יכול לסייע למקבלי ההחלטות להחליט אם יש לשפר שירות מסוים או לשנות אותו.

הבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה העלתה שבמשרד אין נתונים על זמן ההמתנה של נפגעי נפש לטיפול במרפאות הממשלתיות. לדעתם של אנשי מקצוע<sup>11</sup>, בהם גם דברים שנאמרו בדיונים של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת שהתקיימו ב-2004, ב-2005 וב-2006, עולה שזמן ההמתנה לטיפול מרפאתי ממושך במקומות רבים. בדיון של הוועדה ב-5.6.06 הודיע מנכ"ל המשרד, בין היתר, ש"אנשים ממתנים בתור חודשים. יש ילדים שממתנים שנה". לדברי ממלא מקום ראש השירות "לגבי ילדים זמן ההמתנה הוא קריטי שכן הדבר עלול להשפיע על התפתחותם".

לדעת אנשי מקצוע, עיכוב בטיפול מסכן את האנשים הזקוקים לטיפול נפשי. פעמים רבות זוהי סכנת חיים של ממש, שכן כאשר נפגע הנפש צריך להמתין לטיפול הנפשי זמן רב, מצבו עלול להידרדר עד שינסה להתאבד. חלק מנפגעי הנפש הזקוקים לטיפול פונים לשוק הפרטי, אבל חסרי האמצעים אינם מטופלים בזמן או שאינם מטופלים כלל. כך מודגשים הפערים בין בעלי אמצעים לחסרי אמצעים.

הביקורת העלתה שהמשרד עיבד את נתוני הטיפולים הנפשיים שניתנו לנפגעי נפש בכ-50 מרפאות ממשלתיות (מ-60), אך לא עיבד את נתוני הטיפולים שנתנו קופות החולים. המשרד הסביר כי נתוני הקופות נמסרו לו בפורמט שלא אפשר לו לעבדם עם נתוניו.

לדעת משרד מבקר המדינה, היעדר מידע מפורט מקשה על המשרד להתוות מדיניות בתחום בריאות הנפש. עליו לעשות את כל הדרוש כדי שיהיה בידיו המידע המלא על כל המרפאות.

טיפול חירום : טיפולי חירום ניתנים בקהילה לאנשים הלוקים בנפשם שהפסיקו לבקר במרפאות, לאנשים שנקלעו למשבר ולאנשים שמחלתם הקשה עלולה למנוע מהם להתאשפז. טיפול חירום הוא מרכיב חשוב בכל מערך מודרני של שירותי בריאות הנפש. הוא יכול למנוע את החמרת מצבו הנפשי של החולה ואף להוזיל את עלות הטיפול. בבדיקת המעקב מסר ראש השירות

11 ובהם מנכ"ל המשרד, יו"ר המועצה לשיקום, מנהל המרכז הרפואי לבריאות הנפש אברבנאל והיועץ לפסיכיאטריה בהנהלת הכללית.

הקודם כי כדי לתת טיפולי חירום המשרד בודק אם אפשר להפעיל "מוקדי חירום" בפריסה ארצית שיעסיקו צוותים מקצועיים, ובעת הצורך יגיעו לבית החולה".

**הביקורת הנוכחית העלתה שרק בתחילת 2006 החלו להפעיל מוקדי חירום לשם ניסיון במחוזות תל אביב, מרכז ודרום.**

בינואר 2007 מסר ראש השירות למשרד מבקר המדינה נתונים שריכזו השירות על מוקדי החירום שהוא הפעיל בשנה האחרונה, ומסר כי המשרד מקיים "חשיבה מחודשת... לגבי המשך הפעלתו של שירות זה".

**כוח אדם: בבדיקת המעקב הודיע משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2001 שבחמש השנים שלאחר מכן יועברו למרפאות עוד 150 תקנים. ואולם התברר שעד אוגוסט 2006 נוספו למרפאות רק כ-100 תקנים במקום 150.**

הממונה על המרפאות בשירות מסר למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2006 כי במקום להעסיק עובדים בתקן של המשרד החליט המשרד לספק את שאר שירותי בריאות הנפש שהתחייב לתת בשנת 2001, באמצעות רכישת שירותים.

**אולם הביקורת העלתה שהספקת השירותים המרפאתיים באמצעות רכישת שירותים ארכה זמן רב, ורק באוקטובר 2006 החלו לספקם בחלק מהמקומות באמצעות האגודה לבריאות הציבור.**

## תקציב

מדינות רבות במערב מוציאות את רוב התקציב של בריאות הנפש על טיפול בקהילה. בארצות הברית למשל רוב המדינות מוציאות 51%-88% מתקציב בריאות הנפש על טיפול בקהילה (חוץ משיקום). מחציתן מוציאות 60%-80% על טיפול בקהילה<sup>12</sup>. בארץ, לעומת זאת, המדינה מוציאה על טיפול בקהילה ועל שיקום גם יחד רק כ-32% מתקציב בריאות הנפש. אמנם בשש השנים האחרונות ההוצאה על שיקום כמעט הוכפלה בישראל וחלקה היחסי של ההוצאה על אשפוז מכל ההוצאה על בריאות הנפש ירד מ-76% ל-64%, אולם ההוצאה על אשפוז לא פחתה.

### תקציב האשפוז של בתי החולים הפסיכיאטריים וצמצום מספר המיטות

אף על פי שמספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים צומצם, תקציב האשפוז של בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים לא צומצם ובתי חולים כמעט לא נסגרו (נסגרו בעיקר בתי חולים

12 ראו:

K. Barrett, R. Greene, M. Mariani, "MENTAL HEALTH - Promise Unfulfilled", Governing.com, 2004, <http://www.governing.com/gpp/2004/mental.htm>.

פרטיים). משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות כי אחוז התפוסה הנמוך בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים, 78.5 ב-2003 ו-70 ב-2005, מעיד לכאורה על אי-יעילות. לעומתו, אחוז התפוסה בבתי החולים הפסיכיאטריים של כללית היה באותן שנים כ-96 וכ-89, בהתאמה.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות כי מאחר שהמשרד מעוניין להעביר את רוב השירותים של בריאות הנפש מבתי החולים לקהילה, עליו להפנות את משאבי האשפוז לטיפול בקהילה.

### אשפוז בבתי חולים כלליים

אנשים רבים הסובלים ממחלות נפש יכולים להתאשפז גם במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים. לדעת אנשי מקצוע, אשפוז כזה יעיל יותר ומקנה את הסטיגמה שחולי הנפש ובני משפחותיהם חוששים ממנה. בישראל מעט מאוד חולי נפש מטופלים בבתי חולים כלליים (כארבעה אחוזים בלבד), ובבתי חולים כלליים מסוימים אין מחלקות פסיכיאטריות. יצוין שגם ועדת נתניהו המליצה<sup>13</sup> "לשלב את שירותי בריאות הנפש ברפואה הכללית... [ו]ליצור שירותי בריאות כוללניים שישולבו בהם השירותים הפסיכיאטריים, האשפוזיים והקהילתיים כאחד". משרד האוצר מסר למשרד מבקר המדינה בתשובתו בנובמבר 2006 שהוא בוחן עם משרד הבריאות את האפשרות לקידום תכניות לשילוב מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים.

### הפסקת ההפניות לשיקום

1. באמצע מרס ועד סוף יולי 2006 הפסיק המשרד לשלוח נכי נפש לוועדות השיקום האזוריות. המשרד הסביר כי התקציב לא אפשר לשקם נכי נפש נוספים, ולכן הורה ממונה השיקום שלא לכנס ועדות שיקום אזוריות באותו זמן. לדברי המשרד, הוא קיבל את החלטתו משום שרצה לצמצם ככל האפשר את הפגיעה בנכי הנפש.

נציגים של ארגונים התומכים בנפגעי נפש ונציגי עובדים של בתי חולים פסיכיאטריים התריעו על המצב לפני שר הבריאות במאי וביוני 2006. הם טענו, בין היתר, שהפסקת הפעילות של הוועדות פוגעת מאוד בשיקום של נכי הנפש ובטיפול הכוללני בהם ומבטלת הישגים שהושגו בהשקעה ובמאמצים רבים "בחמש שנים האחרונות" (מאז הוחל חוק השיקום).

ב-14.5.06 הגישו עמותת "בזכות"<sup>14</sup> ואחרים עתירה לבג"ץ נגד מדינת ישראל ואחרים וביקשו להוציא צו על תנאי "המורה למשיבים לבוא וליתן טעם, מדוע לא יישמו את הוראותיו של חוק השיקום נכי נפש בקהילה"<sup>15</sup>. בספטמבר 2006 מסרה עמותת "בזכות" למשרד מבקר המדינה כי לאחר שחודשה הפעילות של הוועדות (ראו בהמשך), היא ביקשה למחוק את העתירה.

נכי נפש בני 19, 30 ו-41 שהצטרפו לעתירה הצהירו שהפסקת הפעילות של ועדות השיקום הזיקה להם מאוד. כך למשל, אחד הצהיר כי ניסה לשים קץ לחייו; אחר הצהיר כי לא שוחרר מבית

13 המלצות ועדת-החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990, עמ' 402.

14 "בזכות" - המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות.

15 בג"ץ 4015/06 עמותת בזכות ואח' נ' מדינת ישראל ואח'.

החולים אלא נותר מאושפז אף על פי שמצבו הקליני לא הצדיק זאת; עותר נוסף מסר כי שוטט בהרים במקום לשהות בביתו. לדבריו, אם לא יקבל טיפול במסגרת שיקום יעדיף לשוב ולהתאשפז בבית חולים פסיכיאטרי.

2. במאי וביוני 2006 פנה משרד מבקר המדינה למנכ"ל משרד הבריאות פרופ' אבי ישראלי בעניין הפסקת ההפניות לוועדות השיקום. מנכ"ל משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה, בין היתר, כי אף על פי שבמשך שנים ביקש משרד הבריאות ממשרד האוצר לתקצב את סעיף השיקום בסכומים נוספים שיאפשרו לשקם עוד נכי נפש (לדבריו, בשנת 2006 נדרשו לצורך זה עוד כ-50 מיליון ש"ח) - משרד האוצר לא נענה לבקשותיו, ולפיכך המשרד לא היה יכול לממן שיקום של נכים נוספים. לדברי המנכ"ל, ההנחיה שלא לכנס ועדות שיקום אזוריות ניתנה לאחר שחשב משרד הבריאות הודיע לממונה השיקום כי לא יכבד חשבונות לתשלום עבור פונים חדשים, שכן אין לכך תקציב. המנכ"ל ציין כי ממונה השיקום דרש מהחשב לכבד את כל החשבונות הנוגעים למתן שירותים לזכאים, שכן חוק השיקום מחייב את משרד הבריאות לממן אותם בלי קשר לתקציב המיועד לשיקום. לדבריו, בדיון ב-25.1.06 שהשתתפו בו גם נציגים של החשב הכללי באוצר ושל הלשכה המשפטית, נדחתה הדרישה הזאת, ולכן לא נותרה למשרד ברירה אלא להפסיק את כינוס הוועדות.

בשל ההחלטה להפסיק לשלוח נכי נפש לוועדות השיקום האזוריות נשללה זכותם של אלפי אנשים הלוקים בנפשם לפנות אל הוועדות האלה. לכן נכי נפש מסוימים נאלצים להוסיף להתאשפז בבתי חולים פסיכיאטריים שלא לצורך, ולנכי נפש אחרים החיים בקהילה חסרה מסגרת שיקום. חלקם ניסו להתאבד ומקצתם עלולים לחזור להתאשפז בבתי החולים הפסיכיאטריים משום שהזמן החולף פוגע ביכולתם להשתקם.

3. ביולי 2006 הסכימו משרד הבריאות ומשרד האוצר להקציב עוד כ-14 מיליון ש"ח כדי לחדש את פעילותן של ועדות השיקום באותו חודש. כספים אלה נוספו ל-322 מיליון הש"ח של תקציב השיקום באותה שנה.

4. ביולי 2006 הציע משרד האוצר לשנות את חוק השיקום באמצעות חוק ההסדרים של שנת 2007. בדברי ההסבר להצעת האוצר נאמר, בין היתר, כי במצב "הנוכחי" אי-אפשר לצפות מראש את מספר הזכאים לשיקום, ולכן מערכת השיקום אינה יכולה לתכנן תקציב ארוך טווח. חוץ מזה, למערכת השיקום אין כל תמריץ להתייעל מאחר שאין לה מסגרת תקציבית. לפיכך הציע האוצר, בין היתר, כי סל שיקום ותכניות שיקום ייקבעו על פי תקציב שנתי שייקבע מדי שנה בשנה, כמו שנעשה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בעניין העלות של סל השירותים שקופות החולים נותנות. בעד השירותים יהיה אפשר לגבות תשלום או דמי השתתפות.

בהתייחס לנושא זה כתב מנכ"ל מכבי פרופ' יהושע שמר למנכ"ל המשרד ב-30.8.06, בין היתר, את הדברים האלה: "כבר היום מערכת השיקום נמצאת באי ספיקה. קיצוץ נוסף בתקציב משמעותו צמצום שירותי השיקום באופן משמעותי. [על פי הצעת האוצר לשנות את החוק] (1) יהיה קושי לשחרר חולים מבתי החולים כאשר המשפחה האמורה לתמוך בחולה בקהילה תעמוד בנסיבות אלה בפני שוקת שבורה. (2) חולים לא ישולבו בקהילה וישכבו בבתיים או יוחזרו בתדירות גבוהה לבתי החולים. (3) ייווצר לחץ כבד ונטל כבד על המערכת הטיפולית שלא תוכל בנסיבות אלה לתת מענה הולם לצרכי המטופל". לדברי מנכ"ל מכבי, "הצגת נימוקים תקציביים כעילה לאי ביצוע... החוק [לפי] רוחו וכוונתו אמנם תחסוך בטווח הקצר, אולם הניסיון מורה שהעלויות רק יגדלו במקום אחר: בצריכת אשפוזים, בנטל רב יותר על מערכת הטיפול בקהילה שכבר קורסת, באי שילובם של נכי הנפש בעולם העבודה היצרני וכמובן בפגיעה במשפחות שאינן יכולות לתפקד באופן מלא שנים רבות". עוד הוסיף כי הדבר "מסוכן למטופלים, יביא נזק ולא תועלת, יכביד על הקופות ויפגע אף ברפורמה המתוכננת בתחום בריאות הנפש [העברת האחריות לקופות]".

משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות בספטמבר 2006 כי חוק השיקום קובע שזכאותם של נכי הנפש לסל שיקום תלויה אך ורק במצבם הנפשי, ולכן סל השיקום ניתן להם על סמך שיקולים מקצועיים בלבד. אבל אם יתקבל השינוי המוצע יוכלו להתקבל לשיקום רק מספר מסוים של נכי נפש, או יצומצם היקף הטיפול שיוענק לנכי הנפש.

5. ב-12.9.06 החליטה הממשלה<sup>16</sup> לפעול לתיקון חוק השיקום "באופן שיקבע בו [בין היתר] כי... סל שיקום ותוכנית שיקום יינתנו בהתאם להוראות החוק במסגרת מקורות המימון שעומדים לרשות משרד הבריאות בהתאם לתקציב השנתי שייקבע מידי שנה במסגרת חוק התקציב לעניין זה". בדצמבר 2006 הודיע משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי השינוי בחוק השיקום לא יתבצע במסגרת חוק ההסדרים אלא בשינוי חקיקה רגיל במסגרת החקיקה להעברת האחריות למתן שירותי בריאות הנפש לקופות החולים, כמפורט להלן.

משרד מבקר המדינה מעיר שאם ישונה החוק בהתאם לכוונת הממשלה על משרד הבריאות לשקול הנהגת נוסחת עדכון לתקציב השיקום בדומה לעדכון עלות הסל בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

## העברת האחריות למתן שירותי בריאות הנפש לקופות החולים

1. עד 1.1.95, מועד תחילת חלותו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), המדינה היא שנתנה את שירותי בריאות הנפש, ובהם: סל שירותים בתחום האישפוז, כגון שירותי חירום של מיון ואשפוז, וכן סל שירותים מרפאתיים, כגון שירותי טיפול ושיקום. עם זאת, גם קופות החולים נתנו שירותים מסוימים בתחום בריאות הנפש, ובהם טיפולים פסיכיאטריים וטיפולים פסיכולוגיים שיקומיים. נאמר באותה עת<sup>17</sup>, ששירותי בריאות הנפש יועברו לאחריות הקופות "בדיחוי קל".

בחוק נקבע כי עד שיועברו לקופות החולים כל שירותי הבריאות שנתנה המדינה לפני החלתו, משרד הבריאות הוא שייתן את השירותים האלה, בין שיעשה זאת בעצמו ובין שיעשה זאת באמצעות נותני שירותים.

במאי 1995 פורסם צו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספת השנייה והשלישית לחוק), התשנ"ה-1995, ונקבע בו כי מ-1.6.95 יועברו חלק משירותי בריאות הנפש בתחום האישפוז ובתחום המרפאתי ממשרד הבריאות לקופות החולים. בשנת 1995 דנו קופות החולים ומשרד הבריאות בהסדרים למימון ההוצאה שתוטל על קופות החולים בגין העברה זו, אך בפועל לא הועברו השירותים של בריאות הנפש לקופות החולים, ובאוקטובר 1996 בוטל הצו<sup>18</sup>.

(א) לדעת פרופ' מרדכי שני, לשעבר מנכ"ל משרד הבריאות ומנהל של המרכז הרפואי 'שיבא', שעמד בראש ועדות שעסקו בבריאות הנפש, יהיה אפשר לשפר שיפור ממשי את מצבם של נכי

16 החלטה מספר 472.

17 דברי שר הבריאות לשעבר מר אפרים סנה בישיבת הכנסת מיום 20.12.94.

18 בעניין זה ראו גם דוח שנתי 48 של מבקר המדינה (1998), עמ' 159; וכן דוח שנתי 52 (2002) עמ' 215.

הנפש רק אם קופות החולים יהיו מופקדות על הטיפול בהם<sup>19</sup>. לדעתו, את הטיפול בנכי הנפש יש להתחיל במרפאת הרופא הראשוני<sup>20</sup>, ועל מערכת הייעוץ המקצועי לסייע בידו. אולם המחלוקת הקשה עם קופות החולים בעניין מימון הטיפולים לא אפשרה לתת שירות הולם לחולים.

לדעת המשרד<sup>21</sup>, העברת האחריות הביטוחית הישירה בתחום בריאות הנפש מהמדינה לקופות החולים, תמנע פיצול תחומי אחריות ביטוחיים בין מבטחים שונים, תקדם את התפיסה הרואה במדינה מאסדר (רגולטור) ולא נתן שירותים ותסייע לשילוב רפואת הנפש כחלק בלתי נפרד ממערך השירותים הכולל המובטח על פי החוק לכל תושבי המדינה. היא גם תבטיח את הרצף הטיפולי בנכה הנפש.

למרות זאת מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (בשנת 1995) ועד סיכום הביקורת בדצמבר 2006 חלפו כ-12 שנים ונקבעו מועדי יעד שונים להעברת האחריות לטיפול בנפגעי נפש מהמדינה לקופות החולים, אולם כולם חלפו והאחריות לטיפול נותרה בידי המשרד.

(ב) ב-16.6.05 הגישו עמותת "בזכות" ואחרים עתירה נגד שר הבריאות ואחרים<sup>22</sup> למתן צו על תנאי כדי "ליתן טעם: א. מדוע לא תקוים לאלתר החלטת הממשלה מספר 2905 מיום 26.1.03; ב. ומדוע לא יעבירו המשיבים 1-2 [שרי הבריאות והאוצר], לאלתר, את שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים... כפי שנקבע בהחלטת הממשלה הנזכרת". בעקבות העתירה נתן בג"ץ ב-1.11.05 צו על תנאי כמבוקש<sup>23</sup>.

(ג) ב-12.2.06 החליטה הממשלה<sup>24</sup> "לתקן את החלטת הממשלה מס' 2905 מיום 26.1.03 ולקבוע, כי תאריך יישום ההחלטה האמורה יידחה ליום 1.1.07". ההחלטה לא בוצעה.

2. כבר בביקורת הקודמות הצביע מבקר המדינה על הפגיעה הקשה בשירות הרפואי שנפגעי נפש זכאים לקבל כתוצאה מפיצול האחריות למתן הטיפול ומן האי-בהירות בעניין.

הביקורת הנוכחית העלתה שהנושא עלה בישיבת המועצה לשיקום ב-3.1.06, שבה אמרה נציגת הסתדרות האחים והאחיות החברה במועצה כי "השרות האמבולטורי לפני קריסה בתקופת ביניים טרם העברת האחריות הטיפולית לקופות. כולם מצמצמים [את] השירות: יש צמצום משמעותי במספר עובדי השרות האמבולטורי. לא מאיישים משרות מתפנות... הקופות, מאידך מתנערות מאחריות ונסוגות ומצמצמות שירותים... יש סכנת קריסה וסכנה של נסיגה אצל משתקמים ללא מענה טיפולי נדרש".

3. ב-17.9.06, לאחר שהסתיימה הביקורת, נחתם הסכם בין משרד הבריאות ובין משרד האוצר בעניין העברת מלוא האחריות הביטוחית של שירותי בריאות הנפש לקופות החולים. לדברי קופות החולים הן לא היו שותפות להסכם זה והסתייגו ממנו מאוד. קופת חולים מכבי, למשל, כתבה ב-8.8.06 וב-1.10.06 לשר הבריאות ולמנכ"ל המשרד כי בהסכם נכללו כמה נושאים חדשים שלא דנו בהם עם הקופות, וכן נעשו שינויים בנושאים שכבר סוכמו בטיוטות הקודמות של ההסכם. בין היתר, הוקצבו פחות משאבים מן האמצעים שהיו דרושים, לדעת הקופה; לא הוקצבו כספים

19 בעניין זה ראו גם דוח שנתי 352 של מבקר המדינה עמ' 216.  
 20 בדרך כלל זהו רופא המשפחה או רופא ילדים.  
 21 טיוטת תזכיר הצעת החוק של המשרד לתיקון חוק שיקום נכי נפש בקהילה מיום 10.1.07.  
 22 בג"ץ 5777/05 עמותת בזכות ואח' נ' שר הבריאות ואח'.  
 23 בדצמבר 2006, מועד סיכום הביקורת העתירה הייתה תלויה ועומדת. דיון נוסף נקבע ל-19.2.07.  
 24 החלטה מספר 4702.

להקמת תשתיות; לא דובר על עלויות נוספות שיהיו לקופה אם השינוי בחוק השיקום יצא אל הפועל; כותבי ההסכם לא הביאו בחשבון שתהליך ההתארגנות יימשך גם אחרי 1.1.07. מכבי העריכה שהטיפול של משרדי הבריאות והאוצר בכל העניין עלול לפגוע בחולים.

באוקטובר 2006 החליטה הממשלה<sup>25</sup> להעביר לידי קופות החולים את האחריות למתן שירותים בתחום בריאות הנפש בהתאם לעקרונות הסיכום שבין משרד הבריאות ומשרד האוצר בעניין זה, אשר נחתם ביום 17.9.06.

בנובמבר 2006 מסרו קופות החולים למשרד מבקר המדינה שהעברת האחריות הביטוחית תאריך שישה חודשים לפחות, וכדי להשלים את תהליך העברת האחריות יידרשו כשלוש שנים. בדצמבר 2006 הודיע משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי העברת האחריות לקופות החולים תידחה לפחות בחצי שנה. המשרד הסביר כי משרד המשפטים התנגד לכוונה להעביר את האחריות לקופות במסגרת חוק ההסדרים ודרש כי הדבר ייעשה בחקיקה רגילה.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות שנוכח התמשכותו של הליך העברת האחריות לקופות שנים כה רבות ובשל אי-הוודאות לגבי השלמת ההליך במועד קרוב, עליו לוודא שבתקופת המעבר ועד השלמת היערכות הקופות לא ייפגע הטיפול בנפגעי הנפש.

### הפסקת מתן שירותי בריאות הנפש המרפאתיים בקופת חולים לאומית

המשרד וכללית נותנים שירותים באמצעות בתי חולים פסיכיאטריים ומרפאות בקהילה שהם מפעילים ישירות, והקופות האחרות נותנות שירותים באמצעות רופאים פסיכיאטרים ופסיכולוגים.

1. בינואר 2004 הפסיקה קופת חולים לאומית לתת את השירותים המרפאתיים שנהגה לתת לכ-4,000 מבוטחים נפגעי נפש. לאומית לא תיאמה זאת עם גורם כלשהו ולא וידאה שמבוטחיה נפגעי הנפש יקבלו טיפול במקום אחר. החולים הללו לא צוידו במכתב 'סיכום טיפול' מהפסיכיאטר המטפל, כמקובל, והעברתם להמשך טיפול לא תואמה עם המרפאות הממשלתיות. בשל מהלך זה, מבוטחי לאומית שנזקקו לטיפול פסיכיאטרי מרפאתי לא קיבלו כל שירות במשך חודשים. חלקם אמנם פנו למרפאות הממשלתיות, אך אלה כבר היו עמוסות בלאו הכי (באזור תל אביב בלבד נוספו כ-1,000 פונים). עקב כך התארכו התורים במרפאות הממשלתיות עוד יותר (עוד לפני כן היו מרפאות שבהן המתניו חולים לתור שישה ואפילו תשעה חודשים).

בעניין זה כתבה נציבת הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי של המשרד ב-22.4.04 לממונה על פניות הציבור בלאומית, בין היתר, כי האופן שבו הופסק הטיפול הפסיכיאטרי במבוטחי הקופה בלי להתריע על כך מראש, בלי לאפשר למבוטחים להיפרד מן המטפלים ובלי להעביר אותם כראוי למטפלים אחרים הוא "בלתי ראוי בלשון המעטה ומהווה הפרה של חובות הקופה למתן טיפול באיכות סבירה ועלולות להיות לו השלכות חמורות".

על המשמעות החמורה של פעולת לאומית עמדה גם הסמנכ"לית לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים שבמשרד. בעניין זה היא כתבה למנכ"ל המשרד ב-12.05.04, בין היתר,



ש"התנהגות הקופה הינה הפרה בוטה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, עולה כדי עבירה פלילית ויש בה גילוי של אטימות כלפי קבוצת אוכלוסייה חלשה ביותר, שאינה מסוגלת לייצג את עצמה ולהגן על זכויותיה. לא למותר לציין, כי בהליך המשפטי שנוהל נגד הקופה, נאותה קופת החולים לספק שירותים למבוטחים הבודדים שתבעו אותה אך המשיכה לשלול שירותים מיתר המטופלים. בכך הוסיפה הקופה להפר את החוק הפרה נוספת, כאשר על שלילת השירותים שלא כדין היא הוסיפה את אפלייתם לרעה של מרבית המבוטחים". עוד כתבה הסמנכ"לית כי כבר בדיונים על יישום הסכם ההבראה שנחתם עם הקופה בדצמבר 2003<sup>26</sup> היא אמרה כי אין להעביר לקופה את יתרת כספי הסכם ההבראה, בין היתר משום ששללה שירותים ממבוטחיה. הסמנכ"לית ביקשה לקיים ישיבה שבה ישתתפו נציגים של משרד הבריאות ושל משרד האוצר, וייבחנו בה הפעולות שהממשלה יכולה לעשות בנושא. ישיבה כזאת לא התקיימה.

2. חוק ביטוח בריאות ממלכתי מאפשר לנקוט כמה וכמה אמצעים נגד קופת חולים אשר אינה מקיימת את הוראותיו. בסעיף 37 לחוק נקבע שאם מנכ"ל המשרד סבור כי קופת חולים כלשהי אינה מקיימת את הוראות החוק או שאינה פועלת כראוי או שיש חשש שלא תוכל לתת לחבריה את שירותי הבריאות המגיעים להם על פי חוק זה, הוא רשאי לנקוט אמצעים נגדה, ובין היתר, לשלוח מכתב התראה, לכנס את הדירקטוריון ולמנות ועדה בודקת. עוד נקבע בחוק כי שר הבריאות רשאי לנקוט אמצעים נוספים, ובהם השעיית נושאי משרה בקופה, מינוי חשב מלווה, מינוי מנהל מורשה ואף ביטול ההכרה בקופה.

למרות האמצעים הקבועים בחוק הבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה העלתה שהמשרד לא נקט אף אחד מהם. ראש השירות הקודם ונציבת הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי במשרד שלחו ללאומית כמה מכתבים בעניין, אך זה הדבר היחיד שנעשה. יתר על כן, בספטמבר 2004 הסכים המשרד להעביר ללאומית 200 מיליוני ש"ח במסגרת הסכם הבראה שנחתם עמה, אבל הוא לא התנה זאת בדרישה לחדש את שירותי בריאות הנפש.

יצוין שהנושא עלה גם בישיבה של ועדת זכויות החולה שקיימה מועצת הבריאות<sup>27</sup> ב-23.2.05, שבה השתתפו שר הבריאות לשעבר מר דני נוה והמנכ"ל. הוועדה טענה, בין היתר, שקופה הבנויה על כספי ציבור אינה יכולה לעשות דין לעצמה, לפגוע באוכלוסייה החלשה ביותר ולעקר "בדרך מניפולטיבית את המאבק המשפטי. הוועדה מצפה ממשרד הבריאות שיפעיל סנקציות נגד הקופה". באותה ישיבה קבע השר ש"אין ספק שזו מציאות בלתי נסבלת". הוא הביע תקווה שהעברת הביטוח בנושא בריאות הנפש תסתיים השנה והוסיף כי "כמדינה צריך שיהיה גורם שתהיה לו סמכות ערכית ויכולת לבוא לקופה ולהפעיל אמצעים שונים כדי לאלצה לעמוד בתנאים. בחוק קיים רק סעיף 37 שזהו מעין 'נשק אטומי'. הפתרון הוא תחיקתי".

3. במאי 2006, עוד במהלך הביקורת, פנה משרד מבקר המדינה למנכ"ל משרד הבריאות בעניין החשש שנפגעי הנפש שלאומית הפסיקה לטפל בהם ייפגעו. המנכ"ל הסביר שכאשר נודע למשרד שלאומית הפסיקה את שירותיה בתחום בריאות הנפש, הוא פנה אליה וניסה לשכנע אותה לשנות את החלטתה. משהסתבר כי הסיכוי שלאומית תשנה את ההחלטה קלוש, החל המשרד בהכנת התשתית לנקיטת אמצעים לפי סעיף 37 הנ"ל. המנכ"ל ציין כי ההליך כולל סדרה שלמה של הליכים שיש לקיים במלואם לפני שתהיה לשר הבריאות הסמכות לנקוט את האמצעים הנקובים באותו סעיף. לאחר מכן הועברה ההחלטה אם לפעול בנושא לשר לשעבר, דני נוה. השר, לאחר ששקל את הדברים, החליט כי אם יינקטו נגד הקופה האמצעים הקבועים בחוק, הדבר לא יעלה בקנה אחד עם

26 במסגרת הסכם הבראה הועברו ללאומית 200 מיליון ש"ח. ראו גם בהמשך.  
27 מועצה שהוקמה לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותפקידה לייצג לשר בנושאים שונים.

מדיניות המשרד בנושא הרפורמה הביטוחית המתוכננת בבריאות הנפש<sup>28</sup>, שבעת ההיא נעשו מאמצים רבים להשלימה.

המנכ"ל הוסיף כי המשרד תמך בתיקון הוראות החוק שלפיהן יש לאכוף קביעות של נציבת הקבילות במשרד (סעיף 46א לחוק ביטוח בריאות ממלכתי), ומינואר 2006 המבוטח יכול לממן "שירותים שקופות החולים נמנעות מלספק שלא כחוק, ממקורות המימון של הקופה, בעת רכישה פרטית שלהם".

אשר לתיקון הסעיף בחוק - משרד מבקר המדינה העיר למנכ"ל משרד הבריאות שהסמכויות לאכוף את החלטות הנציבה חלות רק על החלטותיה מ-1.1.06 ואילך, המועד שהתיקון לחוק נכנס לתוקף. זאת ועוד, קשה להניח שנפגעי נפש רבים יוכלו לזווג את ההליך הדרוש למיצוי זכויותיהם, שכן מדובר בהליך מורכב: על המבוטחים עצמם לפנות לנציבה ולקבל את אישורה שתלונותיהם מוצדקות. אחר כך עליהם לפנות למנהל (מנכ"ל משרד הבריאות או מי שהוא הסמיך לכך) ולבקש לאכוף את החלטות הנציבה, ואחר כך עליהם לרכוש את השירותים בעצמם. זאת ועוד, הפתרון שהוצע הוא פרטני, ולכן אינו יכול לפתור כראוי בעיה מערכתית.

יש לציין גם שהצעד שנקטה לאומית יצר הפליה בין הקופות בכך שאפשר לה לחסוך משאבים, שכן היא לא נתנה למבוטחיה שירותים שהקופות האחרות הוסיפו לתת.

למעט התייחסות לנושא במועצת הבריאות בפברואר 2005 של הוועדה לזכויות החולה כאמור לעיל, וכן מספר דיונים של הנהלת המשרד, לא נמצאו כל מסמכים מדיונים שנערכו בנושא זה עם השר לשעבר מר דני נוה. עם השר לשעבר מר יעקב אדרי לא נערכו כלל דיונים בנושא, אף שדיונים כאלה היו חיוניים.

בתשובתו מדצמבר 2006 מסר השר לשעבר מר דני נוה כי ניהול ההליכים לפי סעיף 37 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי "סבוך ומסורבל... המשרד אף שהוא יוזם ההליכים אינו שולט בהכרח בתוצאותיהם". השר הוסיף כי התקיימו דיונים בסוגיה ו"אומנם, עדיף היה אילו בזמנו השיקולים השונים בעניין היו מועלים על הכתב". השר לשעבר מר יעקב אדרי כתב בתשובתו מאותו חודש, שתקופת כהונתו כשר הייתה בין 23.1.06 ל-7.5.06, ובמסגרת הסקירות ופגישות ההיכרות שלו עם הנהלת המשרד הובאו לידיעתו, בין היתר, גם השיקולים שהנחו את קודמיו בעניין הפסקת מתן השירותים האמבולטוריים הפסיכיאטריים למבוטחי קופת חולים לאומית, והוא לא ראה מקום לשנות מהחלטת קודמיו.

משרד מבקר המדינה מעיר שמאחר ולדעת המשרד, נקיטת הליכים לפי סעיף 37 סבוכה ומסורבלת, עליו לשקול שינוי חקיקה גם לסעיף זה על מנת שיהיו בידי כלים לטיפול בקופות החולים במקרים מעין אלה.

## ארגון, כספים ובקרה

### התקשרויות עם יזמים

**ח ו ז י מ :** המשרד התקשר עם יזמים כדי שיספקו לו מסגרות שיקום. לא כל ההתקשרויות עוגנו בחוזים. לדעת משרד מבקר המדינה, העובדה שהמשרד לא חתם על החוזים עלולה למנוע טיפול משפטי הולם של המשרד אם יופרו התנאים.

**מ כ ר ז י מ :** בעת הביקורת רוב ההתקשרויות של המשרד עם היזמים ועם אלה שסיפקו מסגרות שיקום נעשו שלא באמצעות מכרזים. על המשרד להקפיד לערוך את התקשרויותיו עם מספקי מסגרות השיקום באמצעות מכרז או בהליך מסודר של פטור ממכרז, הכול בהתאם לחוק חובת המכרזים, התשנ"ב-1992 והתקנות שעל פיו.

### תשלומים למפעילי מסגרות שיקום

משרד מבקר המדינה בחן את סדרי העבודה הנהוגים במשרד הבריאות בעניין תשלומים למפעילי מסגרות שיקום. להלן מובאים הממצאים:

לאחר שוועדת שיקום מאשרת לנכה הנפש תכנית המפרטת את מסגרות השיקום<sup>29</sup> המתאימות לו, הוא פונה לאתר את המסגרת הפרטנית שהוצעה לו. לאחר שהוא מאתר מסגרת כזו ומצטרף אליה, היזם המפעיל אותה שולח לוועדת השיקום לאשר לו תשלום עבור אותו אדם. רכזת הוועדה נותנת ליזם את האישור (שתקף בדרך כלל שנה). פרטי האישור מועברים גם למחלקה למידע ולהערכה במשרד (להלן - המחלקה למידע). מנהלת המחלקה למידע הסבירה שעקב הצורך לשמור על סודיות המשתקמים במערך בריאות הנפש, נרשמים הנתונים עליהם במערכת הממוחשבת של המחלקה, ואילו התשלומים ליזמים מבוצעים באמצעות מערכת אחרת - "מרכב"ה<sup>30</sup>. האישור הוא השלב הראשוני שעל פיו משלמים ליזם.

כדי לקבל את התשלום, היזם מגיש למשרד מדי חודש רשימה של משתקמים ששהו במסגרות השיקום שהוא מפעיל, וכלולים בה הימים ששהו המשתקמים במסגרות השיקום. את הרשימה הוא שולח למחלקה למידע, והעתקים - לשירות ולחשבות המשרד. להעתקים הוא מצרף חשבונית. במחלקה למידע אמורים לבדוק את זכאותו של כל משתקם על פי האישורים שהתקבלו מרכזי ועדות השיקום (בעניין זה ראו בהמשך הדברים). אחר כך המחלקה למידע רושמת במערכת הממוחשבת את מספר הימים שכל משתקם שהה במסגרת השיקום. המערכת מסכמת את מספר הימים של כל המשתקמים בכל מסגרת. בשירות אמורים להשתמש בנתוני המחלקה למידע כדי לאשר לחשבות לשלם ליזם.

29 מסגרות השיקום נועדו בעיקר למגורים, לתעסוקה או לבילוי בשעות הפנאי - על פי סוג המסגרת שנקבעה.

30 מרכב"ה - מערכת מחשוב רוחבית כוללת במשרדי הממשלה.

## תשלומים באמצעות המערכת הממוחשבת

1. הבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה העלתה שבתהליך ביצוע התשלום לזום המשרד אינו בודק את פרטי כל משתקם, למעט בדיקת פרטי משתקמים חדשים, ועקב כך הוא משלם לזימים למרות שאין להם אישור תקף לשיקום. למשל, בחודשים ינואר-יוני 2006 לא היו לכ-8,500 מסגרות שיקום<sup>31</sup> (מכ-26,400 מסגרות הצריכות אישור<sup>32</sup>) אישורים תקפים. יצוין ש-8,500 מסגרות השיקום האלה עולות למדינה עשרות מיליוני ש"ח<sup>33</sup>. משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות שעליו לשלם לזימים רק אם יש להם אישורים תקפים.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2006 הודיע משרד הבריאות שמחודש דצמבר 2006 יקלוט מערך המידע רק נתוני משתקמים שיש להם אישור תקף.

2. נמצא שהביקורת היחידה שחשבות המשרד עושה בעניין הסכום שהיזום דורש נוגעת להתאמת הסכום הרשום בחשבונית למספר הימים שאושרו לזום בשירות בהזמנת הרכש החצי-שנתית<sup>34</sup>. גם החשבות איננה מקפידה אפוא לשלם לזימים רק כאשר יש להם אישור תקף.

בתשובתו בנובמבר 2006 מסר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי התשלום בלא בדיקת האישור היה בגדר פעולה זמנית. עד חודש אוקטובר 2006 בגלל מחסור בכוח אדם ועיכובים של חדשים רבים בתשלום אישר המשרד לשלם לזימים "תוך הנחיה לבדיקה מאוחרת ביחס להתאמת התשלום להחלטות ועדות השיקום".

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות שכדי למנוע חילוקי דעות עם הזימים או אף כדי לאתר דרישות תשלום החשודות ככוזבות (ראו בהמשך) יש לוודא מראש שכל סכום ישולם רק כאשר לזום יש אישור תקף.

3. בדיקות נוספות שעשה משרד מבקר המדינה העלו שיש תשלומים שמשרד הבריאות מאפשר לשלם אף שמעולם לא ניתן להם אישור. להלן הממצאים:

ביוני 2006 היו במסגרות השיקום לפחות 385 משתקמים שנכנסו למסגרות האלה עוד לפני שנת 2001 - מועד כניסת חוק השיקום לתוקף. התשלומים בגין משתקמים אלה נעשים בלי שניתן להם אישור של המשרד. כמו כן יש מסגרות שיקום (כגון מועדון חברתי למבוגרים) שהשירות אינו דורש מהיזום לקבל מראש אישור כדי לקבל תשלום עבור השהייה של המשתקמים בהן. כך למשל בחודשים ינואר 2005 - יולי 2006 שילם המשרד כ-6.8 מיליון ש"ח בגין כ-4,500 משתקמים שעל פי דיווחי הזימים למשרד שהו במסגרות כאלה אצלם.

31 מדובר בכ-5,800 משתקמים (מכ-12,000 משתקמים) המשתמשים ב-8,500 מסגרות שיקום.  
 32 יש מסגרות שאינן זקוקות לאישור, למשל מועדון חברתי למבוגרים (ראו גם בהמשך הדברים).  
 33 על פי הערכה כספית, משתקמים השהייה בכ-2,450 מסגרות שיקום מינואר 2005 ואילך עולים למדינה כ-17.7 מיליון ש"ח. כלומר, 8,500 מסגרות שיקום עולות לה הרבה יותר.  
 34 בהתבסס על דיווחי העבר של הזימים מנפיק המשרד לכל יזום הזמנת רכש חצי-שנתית שמאושרת בידי ראש השירות והחשבות. יזם שחורג מהמסגרת שנקבעה לו נחסם במחשב ע"י החשבות.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות שייתכן שמסגרות שמשקמים שוהים בהן ללא דיון בוועדות שיקום אינן מתאימות להם כלל, והדבר עלול לפגוע בסיכויים שלהם להשתקם. לכן יש להביא את עניינם של המשתקמים האלה לוועדות שיקום מהר ככל האפשר, כדי שייקבעו להם תכניות שיקום המתאימות להם. כמו כן על המשרד לוודא אילו משתקמים שהו במסגרות ואם הם זכאים לכך.

בתשובתו בנובמבר 2006 מסר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי "השירות פועל להבאת המשתקמים הותיקים לפני ועדות השיקום עד סוף פברואר 2007". בעניין המסגרות שאין המשרד דורש בעבורן מראש אישור כתנאי לתשלום הודיע המשרד כי יקיים דיון מקצועי בנושא.

### דרישות תשלום כוזבות

מאחר שהשירות אינו מביא בחשבון את נתוני המחלקה למידע בדבר התאמת דיווחי היזם לאישורים התקפים של ועדות השיקום האזוריות, ומאחר שהשירות אינו מקפיד לשלם ליזם רק כאשר יש לו אישור תקף, היזמים עלולים לדרוש ולקבל תשלום עבור מסגרות שיקום שהם לא סיפקו או עבור מסגרות שיקום שהתשלום בגינן גבוה יותר מהתשלום עבור המסגרות שאושרו למשתקם. הביקורת העלתה שכבר היו מקרים כאלה:

1. בחודשים ינואר 2005 - יוני 2006 דרשו יזמים תשלום בגין שני סוגי מגורים שסיפקו כביכול לאותם 18 משתקמים באותו זמן. התשלומים העודפים הסתכמו בכ-61,000 ש"ח; באותו זמן דרשו יזמים אחרים תשלום עבור מקומות דיור שונים שסיפקו כביכול לאותם שמונה משתקמים. הסכום העודף היה כ-40,000 ש"ח.

2. התברר שגם המשרד מצא דיווחים כוזבים של יזמים: בביקורת פתע שעשה המשרד בנובמבר 2004 באחת ממסגרות השיקום, עלה חשד של דיווחים כוזבים בסכום של כ-700,000 ש"ח. המשרד הגיש תלונה למשטרת ישראל, ובדצמבר 2005 העבירה המשטרה את תיק החקירה לפרקליטות; במקרה אחר התברר למשרד במאי 2006 שאחד היזמים המספק מסגרות שיקום קיבל תשלומים עודפים של כ-350,000 ש"ח בגין דיווח כוזב על מסגרות שיקום שהתשלום עבורן גבוה יותר מהתשלום עבור המסגרות שאושרו בתכניות השיקום. במקרה זה הסתפק המשרד בקיזויו של כ-145,000 ש"ח מהתשלומים המגיעים ליזם זה.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות שעליו לפעול בנחישות כדי שמקרים כאלה לא יישנו. בהיעדר בקרה נאותה (ראו גם בהמשך) בהחלט ייתכן שדווחים כוזבים נוספים אינם מתגלים.

### חישוב התשלומים ליזמים

כאמור, הנתון על מספר הימים שהמשתקם שהה במסגרת שיקום מסוימת נרשם במערכת הממוחשבת שבמחלקה למידע, ואילו חישוב הסכום המגיע ליזם עבור הימים האלה נעשה בשירות במערכת מרכב"ה.

לדעת משרד מבקר המדינה ראוי שמשרד הבריאות ישקול להזיין במערכת הממוחשבת של המחלקה למידע נתונים שיאפשרו לחשב בה את הסכום הכספי המדויק המגיע לזימים, על פי האישורים התקפים שברשותם.

בתשובתו בנובמבר 2006 מסר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה שיוקם צוות עבודה המורכב מהנציגים הנוגעים בדבר במשרד; משתתפיו "יגדירו את הצרכים ויאפיינו את התוכנה הנדרשת לנושא השיקום תוך כדי לימוד והפנמת הערות הביקורת".

### ליקויים בנתינת אישורים

בבדיקה שנעשתה בוועדות השיקום נמצא כי, לעתים, פרקי הזמן שצוינו בתדפיסי האישורים שניתנו למשתקמים היו שונים מאלה שצוינו בהחלטות של הוועדות. עקב כך משתקם עלול לשהות במסגרת שאינה מתאימה לו יותר מן הזמן שקבעה הוועדה.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות שהשהייה במסגרת שיקום יותר מן הזמן שאישרה הוועדה עלולה לפגוע בהליך השיקום ולגרום להוצאות מיותרות. לפיכך על משרד הבריאות לוודא שמקרים כאלה לא יישנו.

### פיקוח ובקרה

בכל מסגרות השיקום שהמשרד רוכש בהן שירותים יש לקיים בקרה כדי לוודא שהן פועלות על פי הכללים וברמה שקבע המשרד. אם יימצא שהפעלת המסגרות לקויה, יהיה על המשרד להתריע על כך בפני היזמים ולדרוש מהם שהליקויים יתוקנו בתוך פרק זמן קצוב. אם למרות זאת הליקויים לא יתוקנו על המשרד יהיה לשקול אם להמשיך את ההתקשרות עמם. כאמור, יש לזכור שהמשתקמים הם אוכלוסייה חלשה ופגיעה שאינה יכולה לעמוד על זכויותיה, ולכן המשרד צריך לעשות זאת במקומה.

את הבקרה במסגרות השיקום מקיימות שש עוזרות של הפסיכיאטרים המחוזיים לפיקוח ובקרה בלשכות הבריאות (להלן - העוזרות לבקרה)<sup>35</sup>. נוסף על כך, מועסק בשירות כלכלן אחד (להלן - המבקר התקציבי), המבקר לבדו את מסגרות השיקום בעיקר בתחום הכספי ואת היקף המשרות של כוח האדם. הוא גם בודק את הדוחות הכספיים שהיזמים שולחים למשרד ואם דוחותיהם כפולים. בשירות עובד גם מפקח רפואה ארצי, ובעת הביקורת הוא עסק, בין היתר, בהכנת תוכנות בקרה ממוחשבות.

1. היקף הבקרה: נמצא שהבקרה לא מקוימת בכל מסגרות השיקום. למשל, העוזרות לבקרה לא ביקרו כלל מסגרות של שירותי סמך, חונכות, השלמת השכלה, מועדוני פנאי ויחידה לצעירים (מכון סאמט), הן לא ביקרו מסגרות של דיור מוגן בשנים האחרונות<sup>36</sup>, והמבקר התקציבי לא ביקר מועדוני תעסוקה ופנאי. עוד נמצא שעד מועד סיום הביקורת באוגוסט 2006 המשרד לא בדק את הליכי העבודה של צוותי השיקום שבלשכות הבריאות המחוזיות.

35 תפקידי העוזרות לקיים בקרה גם בכל המסגרות האחרות לבריאות הנפש שבמחוז. למרות הגידול הניכר במספרן של מסגרות השיקום לא השתנה מספר העוזרות לבקרה.

36 ככל הידוע, ב-2002 קוימה בקרה במסגרת זו.

2. תדירות הבקרה: תדירות הבקרה בכ-130 ההוסטלים נמוכה - המבקר התקציבי מבקר אותם פעם בשלוש או ארבע שנים, והעוזרות לבקרה מבקרות אותם פעם בשנה או שנתיים.

להלן דוגמאות לליקויים: היו מסגרות שבהן נוהל מלאי התרופות באופן לקוי שסיכן את בריאות המשתקמים; מסגרות לא הקפידו על תזונה נכונה; מסגרות פעלו במבנים לקויים, ובחלק מהן היו סכנות בטיחותיות של ממש; מסגרות פעלו בתנאים תברואתיים שהיו עלולים לזהם את המזון; במסגרות מסוימות היה פער גדול בין מספר העובדים המקצועיים ובין מספר העובדים שהמשרד דורש; במסגרות מסוימות לא היו הניהול הכספי והדיווח עליו תקינים; במסגרות מסוימות לא העבירו היזמים למשתקמים כספים שהמשרד שילם להם עבור פעולות בשעות הפנאי; במסגרות מסוימות שילמו המשתקמים עבור גינון ושיפוצים במקום היזמים וכו'.

הליקויים שנמצאו במסגרות השיקום מלמדים שיש לקיים בהן בקרה שוטפת תכופה<sup>37</sup>. על המשרד לוודא שהליקויים יתוקנו במהירות ולנקוט אמצעים נגד יזמים שלא יעשו זאת.

3. תיקון הליקויים: העוזרות לבקרה שולחות להנהלת השירות את דוחות הבקרה שעשו במסגרות השיקום. המשרד לא הכין נוהל לניהול מעקב אחר תיקון הליקויים. בהעדר נוהל לא נקבע מי וכיצד צריך לטפל בדוחות האלה. כמו כן לא נקבעו סדרי העדיפויות לתיקון הליקויים. נוסף על כך, לא הוסקו מסקנות מליקויים: אף על פי שנמצאו יזמים שלא תיקנו ליקויים, גם ליקויים חוזרים ונשנים, המשרד לא נקט נגדם אמצעים ואף הוסיף להפנות אליהם משתקמים. פרסומים על ליקויים במסגרות שיקום היו גם באמצעי התקשורת.

רק במרס 2006 התקיים לראשונה דיון בעניין. את הדיון יזם המנכ"ל, והשתתפו בו, בין היתר, ראש השירות, הפסיכיאטרים המחוזיים והעוזרות לבקרה. בדיון הוצגה תכנית הבקרה של שירותי בריאות הנפש ונדונו הצעדים להתמודדות עם הליקויים החמורים או החוזרים. באוגוסט 2006 קיים המנכ"ל עוד דיון בנושא, במהלכו הוצג סטטוס הטיפול בהוסטלים שנמצאו ברמה ירודה. בשלב זה חלק מהמשתתפים כבר ציינו ש"מאז הדיון הקודם היתה תגובה משמעותית באפקטיביות של הבקרה וחשים גיבוי של המשרד לעבודתם".

לדעת משרד מבקר המדינה, ככל הסכם התקשרות עם היזם ראוי לכלול תנאי, ועל פיו יזם שאינו מתקן ליקויים שיוגדרו מראש בפרק זמן שייקבע, יהיה המשרד רשאי לבטל את ההתקשרות עמו.

משרד הבריאות הודיע למשרד מבקר המדינה בינואר 2007 כי הוא מקבל את ההמלצה. עם זאת ציין המשרד את "הקושי העצום בסגירת מסגרות כאלה... [לדבריו,] מסגרות שיקום הינן שירות ייחודי מאד... שיש לו מאפיינים... רגישים ומורכבים... אין המדובר בקבלנים [רגילים]... לא פעם אנו מחפשים את האיזונים... כדי לא לפגוע במטופלים ובמשתקמים".

4. כפיפות: כל אחד מהגורמים המבקרים את מערכת השיקום כפוף לגורם אחר - העוזרות לבקרה כפופות לפסיכיאטרים המחוזיים, המבקר התקציבי מבקר את המערכת שממונה השיקום מופקד עליה ולכן הוא כפוף לו, ומפקח הרפואה הארצי כפוף לראש השירות.

37 בעניין זה ראו גם דוח שנתי 2006 של מבקר המדינה (2006), עמ' 588; וכן דוח שנתי 2005 (2005), עמ' 721.

מאחר שהגורמים המבקרים אינם כפופים כולם לאותו גורם, האיכות והיעילות של הבקרה והתועלת ממנה עלולות להיפגע. משרד מבקר המדינה המליץ למשרד הבריאות לבדוק מה אפשר לעשות בעניין.

5. שיתוף גורמים מקצועיים: משרד מבקר המדינה ציין שחשוב לשתף אנשי מקצוע בבקרה על תחום התזונה, התברואה, הרוקחות והריפוי בעיסוק, שכן יש לבחון תחומים ייחודיים אלה בחינה מקצועית. ראוי שמשרד הבריאות ישתף את הגורמים המקצועיים האמורים דרך קבע בבקרה במסגרות השיקום.

6. שימוש בטכנולוגיות: משרד מבקר המדינה המליץ למשרד הבריאות להגביר את הניצול של האמצעים הטכנולוגיים והמערכות הממוחשבות שהוא מפעיל כדי לשפר את מנגנוני הבקרה ואת פעולות הביקורת שלו, שכן כבר הוכחה יעילותן בביקורות שעשה בעבר.

(א) המחשבים של הלשכות אינם מקושרים למחשב בשירות. בביקורת שעשה משרד מבקר המדינה התברר שאף על פי שהעוזרות לבקרה מזינות למחשב שלהן בלשכות את הליקויים שהעלו, אין להנהלת השירות מידע מקוון (on-line) על הבקרה, על ליקויים שנמצאו ועל תכניות העבודה של העוזרות לבקרה ושל המבקר התקציבי. גם הלשכות עצמן אינן מקושרות זו לזו, ולכן מלבד עדכונים הדדיים בעל פה, אין לעוזרות לבקרה מידע שוטף ומדויק על הליקויים שנמצאו בביקורות שכל אחת מהן עשתה. מדובר במידע שיכול לעזור להן מאוד, למשל מידע על איכות השירות של יזמים המפעילים כמה מסגרות שיקום במקומות שונים ברחבי הארץ.

(ב) מערכת ממוחשבת שאליה יזונו פרטי הפונים לוועדות השיקום, ההחלטות של הוועדות והאישורים שניתנו לצורך תשלום ליזמים ויהיו לה קישורים ליחידות העוסקות בשיקום ובתשלומים בגין מסגרות השיקום, יכולה לסייע לעובדים במשרד, בשירות ובמערך השיקום להתעדכן בכל הפרטים בנושא. למשל, יהיה אפשר לאתר אדם שוועדת שיקום אחת כבר סירבה לו, ולכן הוא ניסה לפנות לוועדת שיקום אחרת. כמו כן יהיה מידע על כל אישור תקף שיש ליזם.

הביקורת העלתה שוועדות השיקום האזוריות אינן מקושרות זו לזו ואינן מקושרות גם למשרד הראשי (לשירות, לחשבות ולמחלקה למידע).

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2006 כי החליט לפעול בעניין וכי אגף המחשוב כבר מכין מכרז בנושא.

7. הדרכה והשתלמויות: כדי לבקר את מסגרות השיקום יש להכיר אותן על בוריין. למשל, יש להכיר את דרכי העבודה של המשרד עמן וללמוד מהן הדרישות של המשרד מהיזמים (חוזים, הסכמים וכו').

התברר שהמשרד והשירות לא ארגנו לעובדים שעוסקים בבקרה על מסגרות השיקום הדרכה או ימי עיון או השתלמויות.

8. פרסום הליקויים: המשרד מפרסם באתר האינטרנט שלו פרטים רבים בדבר שירותים שהוא מספק בעצמו או באמצעות נותני שירותים, אך הפרסום אינו נוגע למסגרות השיקום, וממילא אינו עוסק בליקויים שנמצאו בבקרה עליהן. לדעת משרד מבקר המדינה, מידע זמין ונגיש



על מסגרות שיקום ועל ליקויים שנמצאו בביקורות שנעשו במקומות אלה יכול לסייע למשתקם ולבני משפחתו להחליט באיזו מסגרת שיקום לבחור.

### תשתית ארגונית

1. המערכת העוסקת בשיקום פועלת בשירותי בריאות הנפש. בראשה עומד ממונה השיקום וכפופים לו כמה עובדים במטה ועוד עובדים הפועלים בלשכות של הפסיכיאטרים המחוזיים בלשכות הבריאות המחוזיות. כל הסמכויות בתחום השיקום מרוכזות בידי ממונה השיקום. אף על פי שבמשך השנים גדלה מאוד הפעילות בתחום השיקום, ומערכת השיקום טיפלה ב-2006 ביותר מ-12,000 משתקמים ובתקציב של 330 מיליון ש"ח, התשתית הארגונית של המשרד בתחום זה כמעט לא השתנתה.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות שעליו לבחון את המבנה הארגוני, את היקף כוח האדם הרצוי ואת המסגרת הארגונית במערכת השיקום, וכן לבחון באיזו מסגרת ארגונית יש להפעיל את מערך השיקום - במסגרת השירות לבריאות הנפש, באמצעות אגף נפרד שיוחד לשיקום, כמו שהציעה המועצה לשיקום או בדרך אחרת.

2. תנאים פיזיים - התנאים הפיזיים שבהם פועלים מרבית עובדי השיקום ועובדי הבקרה קשים. עם זאת יש לציין את מסירותם בפעילותם לשיקום נכי הנפש.



בינואר 2001 נכנס לתוקף חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000. החוק נועד לאפשר לחולים שהוחזקו בבתי חולים פסיכיאטריים ללא צורך רפואי של ממש (מאחר שלא היה אפשר לשקמם מחוץ לבתי החולים) להשתקם בקהילה ולמנוע אשפוזים מיותרים, ולאפשר גם לחולים שחיים בקהילה, בהשגחת בני משפחתם או בלי השגחה, להשתקם. אף שחלפו יותר מחמש שנים מאז הוחל חוק השיקום, משרד הבריאות טרם הצליח ליישם אותו כנדרש. הוא טרם השלים את ההיערכות הדרושה על פי החוק, ורק 14%-22% מהזכאים לקבל שירותי שיקום אכן מקבלים את השירותים האלה.

התקציב המופנה לשיקום בקהילה כמעט הוכפל בשנים האחרונות, אבל רק נכי נפש מעטים מטופלים במסגרות שיקום. הרפורמה שמשרד הבריאות הכריז עליה בעבר לא מומשה אפוא במלואה, ולכן לחלק מחולי הנפש שאושפזו בעבר שלא לצורך ושחררו מהאשפוז כדי שיוכלו להשתקם בקהילה, אין פתרון, ובני משפחתם הם הנושאים בנטל הטיפול בהם.

מאחר שהעברת האחריות למתן שירותי בריאות הנפש מהמשרד לקופות החולים אורכת זמן רב, נפגע השירות הרפואי שנפגעי הנפש זכאים לקבל. בספטמבר 2006, לאחר שהסתיימה הביקורת, אמנם נחתם הסכם להעברת האחריות לקופות החולים, אולם נוכח ההסתייגויות של הקופות מההסכם ונוכח הערכותיהן שהעברת האחריות תארך לפחות שישה חודשים, והשלמת התהליך כולו - כשלוש שנים, המשרד חייב לוודא שבתקופת המעבר לא ייפגע הטיפול בנכי הנפש.

מאחר שהרפורמה המבנית (צמצום המספר של מיטות אשפוז) כרוכה ברפורמה הביטוחית להעברת האחראיות בתחום בריאות הנפש לקופות, ומאחר שהצלחת שתיהן תלויה ברפורמה השיקומית, יש להוסיף לפעול לשיפור כל מערך השירותים הניתנים לנפגעי הנפש. המשרד משלם ליזמים המפעילים מסגרות שיקום יותר מ-300 מיליון ש"ח בשנה. הממצאים מעידים שהטיפול בדרישות התשלום שלהם אינו נעשה על פי הליכים תקינים, אין עליו ביקורת נאותה, ויזמים דיווחו דיווחים כוזבים. יש לארגן בדחיפות את כל מערך התשלומים ליזמים ולקבוע הליכי בקרה נאותים שיאפשרו לפקח עליו.

הליקויים שנמצאו בביקורות שעשה משרד הבריאות מוכיחים שיש להגביר את תדירותן ולהוסיף למערך השיקום מנגנוני בקרה ממוחשבים נאותים.