

פרק שלישי

**מוסדות המדינה,  
חברות ממשלתיות ותאגידים**



## המוסד לביטוח לאומי

### פעולות הביקורת

במוסד לביטוח לאומי נבדקו ניהולן ואופן תפקודן של הוועדות הרפואיות ואיכות השירות הניתן לתובעי קצבת נכות כללית. במוסד לביטוח לאומי נבדקו יישומן של המלצות ועדות ציבוריות וועדות פנימיות של המוסד לביטוח לאומי לשיפור השירות לתובעים קצבאות ולהבטחת אי-תלותן של הוועדות הרפואיות, אופן המינוי של החברים בוועדות הרפואיות, הכשרתם והבקרה עליהם ועדכון ספר הליקויים. בדיקות השלמה נעשו במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, במשרד הביטחון, במשרד הבריאות ובאגף התקציבים במשרד האוצר.

### היבטים בעבודת הוועדות הרפואיות לקביעת זכויות נכים

#### תקציר

מדינת ישראל מעניקה לנכים על פי החוק זכויות שונות המותנות באבחון רפואי. ועדות רפואיות קובעות את אחוז הנכות הרפואית לצורך קביעת הזכאות של כל נכה. ועדות רפואיות פועלות בכמה מסגרות ממשלתיות: המוסד לביטוח לאומי (להלן - המוסד) מופקד בין היתר על קביעת זכאות של נכה שנפגע כושרו להשתכר (נכות כללית) ושל מי שהפך נכה עקב פגיעה בעבודה (נכות מעבודה); משרד הבריאות מופקד על קביעת זכאות לקצבת ניידות; משרד הביטחון מופקד על קביעת זכאות לתגמולים של חייל שהפך נכה בעת שירותו הצבאי.

ב-2008 שילם המוסד קצבאות נכות כללית ונכות מעבודה בסכום כולל של 8.6 מיליארד ש"ח. על פי נתוני המוסד, הממוצע החודשי של מספר מקבלי הגמלאות בתחומים אלה בשנה זו היה כ-224,000, ומספר התביעות החדשות שהוגשו למוסד במהלך השנה היה כ-108,000; לצורך הטיפול בתביעות לקבלת קצבאות מתקיימים במוסד מדי שנה כ-360,000 דיונים רפואיים. ב-2008 היה תקציב ההפעלה של הוועדות הרפואיות במוסד כ-134 מיליון ש"ח.

### פעולות הביקורת

במהלך השנים העלו גורמים שונים - ועדות בדיקה ציבוריות, ארגוני נכים וחברי כנסת - טענות בשני נושאים עיקריים כלפי הוועדות הרפואיות במוסד: איכות השירות הניתן בהן לנבדקים, וחשש לפגיעה באי-תלותן. בהתאם, בחודשים מרס-

ספטמבר 2009 בדק משרד מבקר המדינה את אופן ניהולן ותפקודן של הוועדות הרפואיות במוסד. אלה הנושאים העיקריים שנבדקו: איכות השירות הניתן לתובעי קצבת נכות כללית<sup>1</sup>; יישום המלצות ועדות ציבוריות והמלצות ועדות פנימיות של המוסד לשיפור השירות לתובעים ולהבטחת אי-תלותן של הוועדות הרפואיות; המינוי של הרופאים החברים בוועדות הרפואיות, הכשרתם והבקרה עליהם; עדכון ספר הליקויים; ומערכות מחשב לניהול הוועדות הרפואיות. הביקורת נעשתה במוסד. ביקורת משלימה נעשתה במשרד הרווחה והשירותים החברתיים (להלן - משרד הרווחה), במשרד הביטחון, במשרד הבריאות ובאגף התקציבים במשרד האוצר.

## עיקרי הממצאים

### איכות השירות

רשויות השלטון נועדו לשרת את הציבור, ועליהן לספק לו שירות יעיל, שוויוני ואיכותי. איכות השירות הניתן בוועדות רפואיות לתובעים קצבת נכות נמדד בין היתר על בסיס אמות המידה האלה: משך זמן הטיפול בתביעה מהגשתה עד למתן החלטה בתביעה (להלן - משך הטיפול הכולל); הטרחת התובע - מספר הפעמים שהתובע נדרש לבוא למוסד לצורך קביעת אחוז נכותו הרפואית; השמירה על זכויות התובע ופרטיותו; והקפדה על קיום הוראות הדין והנהלים על ידי הרופאים ופקידי המוסד.

בשנת 2008 התקבלו במוסד 86,882 תביעות לקצבת נכות כללית. משרד מבקר המדינה בדק באמצעות מדגם סטטיסטי מייצג של תביעות אלה את איכות השירות הניתן לתובעים על פי אמות המידה האמורות<sup>2</sup>. ממצאי המדגם מצביעים על ליקויים של ממש באיכות השירות שמספק המוסד לתובעים קצבת נכות כללית, ובהם התמשכות הטיפול, הטרחה מיותרת של התובע, פגיעה בזכויותיו ובפרטיותו, ואי-הקפדה על קיום הוראות הדין והנהלים על ידי הרופאים ופקידי המוסד. ממצאי הביקורת העולים מהמדגם הובאו לידיעת המוסד והתקבלה תגובתו עליהם; בעת עיבוד נתוני המדגם הביא משרד מבקר המדינה בחשבון רק את הממצאים שלגביהם למוסד לא היו הסתייגויות. להלן פירוט עיקרי הממצאים:

1. התמשכות הטיפול בתביעה: (א) ביולי 2007 קבע המוסד תקן שירות לפיו משך הטיפול הכולל ב-80% מהתביעות בנכות כללית לא יעלה על 97 ימים (להלן - התקן המחייב). על פי נתוני המוסד בשנת 2008 היה משך הטיפול הכולל ב-80% מתיקי התביעה 104 ימים; משך הטיפול הכולל הממוצע בכלל התביעות היה 72 ימים.

- 1 הביקורת מתמקדת בתחום הנכות הכללית משום שרוב התביעות לקצבת נכות, רוב מקבלי הקצבה ורוב התקציבים המופנים לתשלום קצבאות נכות במוסד הם בתחום זה.
- 2 לבקשת משרד מבקר המדינה הכין מינהל מחקר ותכנון במוסד מדגם סטטיסטי מייצג של תיקי תביעה מתוך 78,518 תיקי תביעה לקצבת נכות כללית שנדרונו בערכאה ראשונה ושהטיפול בהם הסתיים בשנת 2008. המוסד הכין מדגם שכלל רשימה ראשית של 150 תיקי תביעה ועוד 50 תיקים שנועדו לשמש כרזרבה. בפועל העביר המוסד למשרד מבקר המדינה 170 תיקי תביעה, משום ששאר התיקים לא היו זמינים; מהם התאפשרה בדיקתם של 149 תיקי תביעה - 114 תיקים מהרשימה הראשית ועוד 35 תיקים מרשימת תיקי הרזרבה, משום שבחלק מתיקי התביעה שהתקבלו לא היו כל המסמכים שנדרשו לבדיקה או משום שתיקים אלה לא היו תיקי תביעה לקצבת נכות כללית. המדגם לא כלל תביעות מסוג "בדיקת מחדש" בגלל מספרן (1,978) הקטן יחסית לשאר התביעות.

מנתוני המדגם עולה כי בכ-11% מתיקי התביעה, תאריך הגשת התביעה המוטבע על גבי טופס התביעה מוקדם מהתאריך שהוזן למערכת המחשב של המוסד. מכאן הספק באשר למהימנות מדידת המוסד את עמידתו בתקן המחייב ובמדידתו את משך הטיפול הכולל בתביעות מתחום נכות כללית.

מניתוח נתוני המדגם עלה כי משך הטיפול הכולל ב-80% מתיקי התביעה הוא 122 ימים, גבוה ב-25 ימים מהתקן המחייב; משך הטיפול הכולל הממוצע בתביעה הוא 90 ימים. נוסף על כך, נמצא כי למוסד נדרשו עוד 11 ימים בממוצע למשלוח הודעה על החלטתו לתובע.

(ב) ניתוח שלבי הטיפול בתביעות במדגם מצביע על כך שהתמשכות הטיפול בהן - הן בשלב הכנת התביעה, הן בשלב האבחון הרפואי, והן בשלב קבלת ההחלטה - מקורה בחלק ניכר מהמקרים בסיבות שבאחריות המוסד, כדלקמן:

(1) בשלב הכנת התביעה על גורמי המוסד לוודא שבתיק התביעה מצויים המסמכים הנחוצים לטיפול בתיק, לקבוע מה הם המסמכים והבדיקות הרפואיות שיש להשלים, מהי מומחיות הרופאים הנדרשת לאבחון הרפואי, מי הם הרופאים שיבצעו את האבחון, ולזמן את התובע לאבחון רפואי. בשנת 2005 קבע המוסד כי משך הזמן ממועד הגשת התביעה עד מועד התכנסות הוועדה הרפואית (להלן - משך זמן הכנת התביעה) לא יעלה על 30 יום.

בבדיקת תיקי המדגם נמצא כי משך זמן הכנת התביעה חרג מהיעד שנקבע ועמד בממוצע על 35 ימים; בתביעות שמשך שלב זה חרג מהיעד שקבע המוסד (כ-52% מתיקי התביעה), הוא נמשך בממוצע 51 ימים, חריגה של 21 ימים (כ-70%) מהיעד שנקבע.

(2) במהלך שלב האבחון הרפואי יש שמתבטל דיון בוועדה הרפואית עקב היעדרותו של אחד מחברי הוועדה או התובע עצמו, ויש שנעצר דיון בלי שהוועדה הרפואית מקבלת החלטה בשל הצורך בהשלמת מסמכים או בדיקות רפואיות. ביטולים ועצירות של דיונים מאריכים את משך הטיפול בתביעה, ובדרך כלל מאלצים את התובע לשוב ולחזור לבדיקה.

מניתוח נתוני המדגם עלה כי בכ-22% מתיקי התביעה בוטל לפחות דיון אחד: בכ-39% מהם בוטל הדיון מסיבות שבאחריות המוסד. עוד עלה כי בכ-29% מתיקי התביעה נעצר לפחות דיון אחד: בכ-74% מהם הדיון נעצר מסיבות שבאחריות המוסד.

(3) בשלב קבלת ההחלטה קובע פקיד התביעות שהוסמך לכך את דרגת אי-כושרו של התובע להשתכר - וכנגזר את גובה קצבת הנכות לה הוא זכאי.

מניתוח נתוני מדגם עלה שמשך הזמן הממוצע של שלב קבלת ההחלטה לקצבת נכות כללית הוא 31 ימים ובכ-15% מהתביעות נמשך שלב זה מעל לחודשיים. כאמור, נוסף על כך נמצא כי למוסד נדרשו עוד 11 ימים בממוצע למשלוח הודעה על החלטתו לתובע.

(ג) בין מגישי תביעות לקצבת נכות כללית ישנם תובעים בעלי נכות קשה, אם שזה עולה מהמסמכים הרפואיים שברשותם, אם שרופא המוסד מעריך מראש שאחוז נכותם הרפואית הוא בשיעור של 80% ויותר. נוהל המוסד קובע כי במקרים אלה על

הטיפול בתביעה להימשך לא יותר משלושה שבועות, במסגרת מסלול ייחודי מקוצר - המסלול הירוק.

במדגם נמצאו 31 תובעים בעלי נכות קשה כאמור. תובעים אלה לא טופלו כנדרש: לגבי 13 מהם - רופא המוסד כלל לא העריך מראש את שיעור נכותם הרפואית לצורך בחינת הפנייתם למסלול הירוק, וממילא הם לא זכו לטיפול בו. לגבי 18 התובעים הנותרים - הם אמנם הוכרו על ידי רופא המוסד כזכאים לטיפול במסלול הירוק והופנו אליו, אולם משך הטיפול בתביעותיהם היה בממוצע 59 ימים, חריגה ממוצעת של 38 ימים (כ-181%) ממשך זמן הטיפול שנקבע בנהל.

2. הטרחת יתר של התובע: אחד המדדים לאיכות שירות הוא מספר הפעמים שמבקש השירות נדרש לבוא לאבחון רפואי.

(א) בתחום השירות לציבור מקובלת תפיסה שלפיה יש לספק שירות בנקודת מפגש אחת ("ONE STOP SHOP"), אך תפיסה זו טרם יושמה בוועדות הרפואיות שבניהול המוסד. אמנם המוסד ער לצורך לרכז את האבחון הרפואי ביום אחד, ובאוגוסט 2008 אף הכין תכנית לשם כך, אך טרם החל בביצועה ובפועל עדיין נדרש תובע לבוא כמה פעמים לאבחון רפואי, במועדים שונים, לפי מספר הרופאים האמורים לבדוק אותו.

(ב) אדם הנדרש לעבור ועדה רפואית בתחום נכות כללית או בתחום נכות מעבודה נדרש לעמוד בפני ועדה רפואית נוספת במשרד הבריאות - אם הוא תובע קצבת ניידות, או ועדה רפואית נוספת במוסד - אם הוא תובע קבלת פטור ממס הכנסה. כך, בשנת 2008 נאלצו 3,237 תובעים שהגישו תביעה לקצבת נכות כללית או תביעה לקצבת נכות מעבודה להיבדק גם בוועדה רפואית לניידות במשרד הבריאות. היערכות בין-משרדית מתאימה הייתה יכולה למנוע את הטרחתם של נכים אלה.

3. שמירת צנעת הפרט של התובע באבחון הרפואי: בוועדה הרפואית נדרש התובע לחשוף פרטים אישיים ורפואיים שהם בגדר צנעת הפרט. בתקנות נקבעו הוראות לעניין נוכחות זרים במהלך האבחון הרפואי. בפסיקה נקבע בעניין תקנות אלה, שכדי להבטיח את צנעתו של הנבדק ושמירת כבודו, הכלל חייב להיות שהאבחון הרפואי ייעשה שלא בנוכחות מזכיר ישיבה, שהוא פקיד של המוסד, ובמקרה של חריגה מן הכלל תנומק נוכחותו בפרוטוקול. נוסף על כך, בכל הנוגע לתחום הנכות הכללית נקבע בדיון, שנוכחות של אדם נוסף מחייבת הסכמת התובע.

בבדיקה עלה כי בוועדות הרפואיות המתקיימות במוסד משתתף מזכיר ישיבה במהלך האבחון הרפואי, וזאת שלא בהתאם לפסיקה האמורה. מבדיקת תיקי המדגם עלה כי בכל תיקי התביעה שבהם נכח מזכיר ישיבה לא נרשמו בפרוטוקולים הנימוקים לנוכחותו.

4. קיום הוראות הדין והנהלים בוועדות הרפואיות: על פי נוהלי המוסד, בפרוטוקול האבחון הרפואי יש לפרט את כל טענות התובע והמסמכים הרפואיים שהגיש, לסכם את ההתייחסות לכל טענותיו ולנמק את החלטה בתביעה. את הפרוטוקול יש לכתוב באופן ברור לכל.

בבדיקה נמצא שבכ-34% מתיקי המדגם לא הייתה התייחסות בסיכום הפרוטוקול לכל הטענות שנרשמו מפי התובע. עוד נמצא שבכ-70% מתיקי המדגם הרופא לא נימק את החלטתו באשר לקביעת אחוז הנכות הרפואית, ובכ-9% מהתיקים לא ניתן להבין מהפרוטוקול את נימוקי הרופא בשל שימוש בלשון הרפואה שאינה ברורה לכול.

5. מקצועיות עבודתן של הוועדות הרפואיות: על החלטת הוועדה הרפואית ניתן לערוך בפני ועדה רפואית לעררים.

עלה כי בשיעור ניכר של עררים שנבדקו, כ-56%, שונו החלטות של הוועדות הרפואיות<sup>3</sup>. ב-32% מהן היה שינוי משמעותי שהביא למעבר התובע ממצב של אי-קבלת קצבה למצב של קבלת קצבה.

6. ועדות לשיפור השירות במוסד: בשנים 2005 ו-2008 מינה המוסד שתי ועדות לשיפור השירות הניתן בוועדות הרפואיות. הליקויים שהעלו היו: התמשכות הטיפול וסרבולו; מקצועיות בלתי מספקת של הוועדות הרפואיות ומזכירי הישיבה; תנאים פיזיים בלתי הולמים שפועלות בהם הוועדות הרפואיות. הוועדות לשיפור השירות אף הציבו יעדים לשיפור השירות והמליצו על שינוי דרכי עבודת הוועדות הרפואיות.

בביקורת עלה שהיעדים שקבעה הוועדה לשיפור השירות משנת 2005 הושגו באופן חלקי בלבד, והמלצות הוועדה משנת 2008 לא יושמו.

### אי-תלותן של הוועדות הרפואיות

הוועדות הרפואיות ממלאות תפקיד מעין-שיפוטי. על כן אי-תלותן חשובה להבטחת אמון הציבור בהן ובמוסד. הוועדות הרפואיות אינן כפופות למרותו של המוסד ואינן חבות לו חובת נאמנות - כפיפותן היא לחוק, וחובתן, על פי הדין, היא לפסוק בשאלות הרפואיות המובאות לפנייהן על פי אמות מידה מקצועיות וענייניות. עם זאת, המוסד הוא הגוף המשלם את הגמלאות הנובעות מהחלטות הוועדות הרפואיות, מעורב בשיבוץ הרופאים לוועדות ובתשלום שכרם, מתקני המוסד משמשים את הוועדות, ועובד המוסד נוכח כמזכיר ישיבה בדיוני הוועדה. מכאן החשש לפגיעה באי-תלותן.

בג"ץ<sup>4</sup> העלה, בהערת אגב, את הצורך בהסדר חקיקתי חדש ומתוקן, בין היתר כדי לתת מענה לסוגיית אי-תלותן של הוועדות הרפואיות. גם ועדות ציבוריות שונות שמונו על ידי הממשלה והכנסת המליצו, עוד מתחילת שנות האלפיים, לנקוט צעדים שונים להתמודדות עם החשש לפגיעה באי-תלותן של הוועדות הרפואיות שבמוסד. מרביתן של ההמלצות נדונו, חלקן אומצו אך טרם יושמו.

### הדרכה של רופאים

הוועדות הרפואיות במוסד מורכבות מרופאים המתמנים בידי שר הרווחה והשירותים החברתיים (להלן - שר הרווחה) או בידי המוסד. בשנת 2008 פעלו בוועדות הרפואיות 1,135 רופאים, מהם 560 רופאים פוסקים שמונו על ידי שר הרווחה ו-575 רופאים מוסמכים שמונו על ידי המוסד.

תפקידו של הרופא בוועדה הוא לקבוע את אחוז נכותו הרפואית של הנבדק בהתאם ליכולתו לתפקד, ועל כן הוא נדרש למיומנות מקצועית-רפואית מתאימה ועדכנית,

3 הבדיקה נעשתה באמצעות מדגם לא מייצג של 41 תיקי תביעה שהטיפול בהם הסתיים בשנת 2008 ושהתובע ערר בהם על קביעת אחוז נכותו הרפואית.

4 בג"ץ 2874/93 קופטי נ' ביה"ד הארצי לעבודה ואח', פ"ד מח(2) 673, 685.

להכרת הצדדים המשפטיים והאתיים, ולידע בנושאים מינהליים המשתנים מעת לעת והנוגעים לעבודת הוועדות הרפואיות. למרות זאת, משרד הרווחה והמוסד אינם מקיימים הדרכה שוטפת באופן סדור לרופאים בוועדות.

### ספר הליקויים

"ספר הליקויים" הוא רשימה של ליקויים, פגימות ומחלות מקצוע שבגינם ניתן להקנות לתובע קצבת נכות.

ספר הליקויים עבר שינוי מקיף אחרון ב-1970, אך חסרים בו ליקויים שהתגלו או הוגדרו על ידי מדע הרפואה מאז, ולעומת זאת כלולים בו ליקויים שכיום כבר ניתן לטפל בהם כך שפגיעתם חמורה פחות מהקבוע בספר הליקויים.

עקב אי-עדכנותו של ספר הליקויים נדרשות הוועדות לעשות שימוש בסעיפי ליקוי המשקפים רק קרוב ככל האפשר את מצבם הרפואי של תובעים (סעיפי ליקוי מותאמים וחריגים). בבדיקת המדגם נמצא כי בכ-52% מהתביעות עשו הרופאים שימוש בסעיפי ליקוי מותאמים וחריגים. שימוש בסעיפים אלה מותיר מקום רחב לשיקול דעת הרופא בקביעת אחוז הנכות הרפואית, גורם לתובעים חוסר ודאות בנוגע לזכאותם, ועלול להגדיל את שיעור העררים ולפגוע באחידות ובשוויוניות של ההחלטות.

זאת ועוד, אף ששרי הרווחה, שבסמכותם לעדכן את ספר הליקויים, והמוסד מודעים זמן רב לצורך לעדכן את ספר הליקויים, הם לא הביאו עד כה לעדכון מקיף ויסודי שלו.

### מערכות מחשב לניהול הוועדות הרפואיות

ניהול יעיל ואפקטיבי של תביעות מחייב הסתייעות במערכות מחשב, בין היתר לקביעת תורים לאבחון הרפואי, רישום ההחלטות של הרופאים בדיונים, פיקוח ובקרה אחר הטיפול בתביעות.

מערכות המחשב במוסד מספקות רק סיוע מוגבל לניהול התביעות ולבקרה עליהן - הן בתחום עבודת הרופאים והן בתחום תפקודו של הצוות המינהלי - וזאת עקב מגבלות טכנולוגיות של המערכות.

אף שכבר ב-2002 אישרה המינהלה של המוסד פרויקט למחשוב ניהול התביעות, וב-2005 התקשרה לשם כך עם חברה לביצוע, כעבור כשנה הופסק הפרויקט בשל התנגדות ועד העובדים של המוסד. המוסד שילם לחברה 2.7 מיליון ש"ח (ללא מע"מ).

### סיכום והמלצות

מדינת ישראל מעניקה לנכים זכויות שונות המעוגנות בחוק. הזכאות לזכויות הנכים נקבעת בהתבסס על החלטותיהן של ועדות רפואיות. המוסד לביטוח לאומי אחראי להיבטים המינהליים של הפעלת הוועדות הרפואיות, בתחום של נכות מעבודה ובתחום של נכות כללית. גוף ציבורי האחראי למתן שירותים לאזרח מחויב לספק לו



שירות יעיל, שוויוני, איכותי וללא משוא פנים. כל זאת אגב הקפדה על הטרחה מזערית, ושמירת הכבוד והזכות לפרטיות של האזרח. איכות השירות ויעילותו מקבלות משנה חשיבות כאשר מדובר בציבור חלש, השרוי במצוקה ותלוי מבחינה כלכלית במימוש הזכויות הכספיות מהמוסד.

נושא שיפור עבודת הוועדות הרפואיות נמצא מאז שנת 2005 בראש סדר היום של המוסד, והמוסד אף הביא לשיפור בעבודתן: בנוגע לאיכות השירות הניתן לתובעים הוכנו סרטי הסברה ונערכה הדרכת התובעים בסניפי המוסד טרם קיום הוועדה הרפואית, הוקצו מרחבים ייעודים לפעילות הוועדות בחלק ניכר מסניפי המוסד, והוחל בהסדרת הליכי הגיוס וההכשרה של הרופאים. עם זאת, ממצאי הביקורת מצביעים על ליקויים של ממש באיכות השירות שמספק המוסד לתובעים קצבאות נכות, ובהם התמשכות הטיפול, הטרחת התובע, ופגיעה בזכויותיו ובפרטיותו. ליקויים עלו גם בכל הנוגע להליכי ההדרכה של רופאים בוועדות הרפואיות והבקרה עליהם. ליקויים מהותיים עלו גם בכל הקשור ליכולתן של מערכות המחשב הקיימות במוסד לסייע לניהול הוועדות הרפואיות. כמו כן נוכח מעורבותו של המוסד בקביעת הרכבן וסדרי עבודתן של הוועדות הרפואיות עולה חשש, ולו גם למראית עין, לפגיעה באי-תלותן של הוועדות הרפואיות.

על אף השיפור שהושג, על שר הרווחה והשירותים החברתיים ועל המוסד לביטוח לאומי לפעול לצמצום משך הטיפול בתביעה, למנוע את הטרחת התובע, לשמור על צנעת הפרט ועל כבודו, תוך יישום תכניות לשיפור פעולתן של הוועדות הרפואיות ולשדרוג השירות הניתן לתובעים קצבאות נכות. זאת ועוד, על המוסד לפעול באופן נמרץ ליישום החלטותיו לגייס את הרופאים בצורה שוויונית ושקופה, ולהבטיח את הכשרתם והדרכתם. כמו כן על שר הרווחה לתת את דעתו לסוגיית הפגיעה באי-תלותן, ולו גם למראית העין, של הוועדות הרפואיות. לבסוף, על שר הרווחה לפעול במרץ לעדכון ספר הליקויים בהתאם להתפתחות מדע הרפואה לשם מניעת פגיעה בזכויות התובעים.



## מבוא

1. מדינת ישראל מעניקה לנכים על פי החוק זכויות שונות המותנות באבחון רפואי. לפי חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995 (להלן - חוק הביטוח הלאומי, החוק), חוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט-1959, והסכם בין המדינה למוסד לביטוח לאומי בדבר גמלת ניידות<sup>5</sup> (להלן - הסכם הניידות), מוענקות לבעלי מוגבלויות רפואיות זכויות שונות. קבלת זכויות אלה תלויה בסוג ובחומרה של המוגבלות הרפואית. המוגבלות הרפואית נקבעת במסגרת הליכים לאבחון רפואי שנעשים בגופים שונים (להלן - ועדות רפואיות).

2. ועדות רפואיות פועלות בגופים האלה:

(א) במוסד לביטוח לאומי (להלן - המוסד): במוסד פועלות ועדות רפואיות הקובעות את אחוז הנכות הרפואית לצורך קביעת זכאות לתגמולים וזכויות אחרות במקרים הבאים:

5 הסכם בין ממשלת ישראל למוסד לביטוח לאומי בדבר גמלת ניידות שנערך ונחתם ביום ט"ו בסיון תשל"ז (1 ביוני 1977).

נכה שנפגע כושרו להשתכר או עקרת בית שנפגע כושרה לתפקד במשק הבית (להלן - נכות כללית); מי שהפך נכה עקב פגיעה במסגרת עבודתו (להלן - נכות מעבודה); מי שהפך נכה כתוצאה מפעולות איבה<sup>6</sup>; אסיר ציון שהפך נכה<sup>7</sup>; נכה התובע ממשרד האוצר פטור ממס הכנסה<sup>8</sup>; וילד נכה.

(ב) במשרד הבריאות: במשרד הבריאות פועלות ועדות רפואיות הקובעות את מוגבלות ניידותו של אדם לצורך קביעת זכאותו לקצבת ניידות וזכויות נוספות, וכן את מידת הפגיעה של נפגע גזת לצורך קביעת זכויותיו<sup>9</sup>. זכויות אלה מוענקות על ידי המוסד.

(ג) במשרד הביטחון: במשרד הביטחון פועלות ועדות רפואיות הקובעות את נכותו של חייל שהפך נכה במסגרת שירותו הצבאי, לצורך קביעת זכאותו לתגמולים וזכויות אחרות<sup>10</sup>. זכויות אלה מוענקות על ידי משרד הביטחון.

3. הגוף העיקרי המעניק זכויות לנכים הוא המוסד. בשנת 2008 שילם המוסד קצבאות נכות כללית ונכות מעבודה בסכום כולל של 8.6 מיליארד ש"ח. מזה, 5.7 מיליארד ש"ח שולמו לכ-195,000 (ממוצע חודשי) מקבלי גמלאות בתחום נכות כללית<sup>11</sup>, וכ-2.9 מיליארד ש"ח נוספים שולמו לכ-29,000 (ממוצע חודשי) נפגעי נכות מעבודה<sup>12</sup>. על פי נתוני המוסד, בשנת 2008 הוגשו 86,882 תביעות בתחום נכות כללית וכ-21,000 תביעות בתחום נכות מעבודה. באותה שנה היה תקציב ההפעלה של הוועדות הרפואיות במוסד כ-134 מיליון ש"ח.

4. במהלך השנים העלו גורמים שונים - ועדות בדיקה ציבוריות, ארגוני נכים וחברי כנסת - טענות כלפי המוסד על אופן פעילותן של הוועדות הרפואיות. הטענות נגעו לשני נושאים עיקריים: איכות השירות הניתן לנבדקים, וחשש לפגיעה באי-תלותן של הוועדות. באשר לאיכות השירות - הטענות התייחסו למשך הטיפול בתביעה לגמלה, לסרבול הליך התביעה, ליחס לקוי לתובע ולחוסר מקצועיות בהליך הטיפול בתובע<sup>13</sup>. באשר לחשש לפגיעה באי-תלותן של הוועדות - נטען כי מן הצד האחד, הוועדות הרפואיות הן שמחליטות אם תשולם לתובע גמלה, ומן הצד האחר, המוסד מעורב במינוי ובשיבוץ חברי הוועדות ומשלם את שכרם, והדבר עלול להשפיע על החלטותיהן ולפגוע באי-תלותן<sup>14</sup>.

5. בחודשים מרס-ספטמבר 2009 בדק משרד מבקר המדינה את ניהולן ותפקודן של הוועדות הרפואיות במוסד<sup>15</sup>. נושאים הנוגעים לאיכות השירות נבדקו באמצעות שני מדגמים מתוך אוכלוסיית תיקי תביעות לקבלת קצבת נכות חודשית בתחום נכות כללית (להלן - קצבת נכות כללית) שהוגשו למוסד בשנת 2008. בנוסף, בתחום נכות כללית ונכות מעבודה נבדקו: סדרי המינוי של הרופאים לוועדות הרפואיות, הכשרתם והבקרה עליהם; עדכון ספר הליקויים; ומערכות המחשב לניהול הוועדות הרפואיות. הביקורת נעשתה במוסד - במינהל גמלאות, בלשכה ליעוץ רפואי (להלן - הלשכה הרפואית), בלשכה המשפטית ובמינהל מערכות מידע; ביקורת משלימה

- |    |   |
|----|---|
| 6  | חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל-1970.  |
| 7  | חוק תגמולים לאסירי ציון ולבני משפחותיהם, התשנ"ב-1992.   |
| 8  | בהתאם לתנאים הקבועים בפקודת מס הכנסה.   |
| 9  | חוק לפיצוי נפגעי גזת, התשנ"ד-1994.  |
| 10 | חוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט-1959, והתקנות על פיו.  |
| 11 | גמלאות נכות כללית כוללות: קצבה חודשית; שיקום מקצועי; השתתפות המוסד במתן שירותים מיוחדים; וגמלה לנכה הלוקה בנכות קשה.            |
| 12 | בנוסף, מספר מקבלי נכות זמנית בממוצע חודשי היה 2,880.  |
| 13 | מתוך דוח מסכם מדצמבר 2005 של הוועדה לקידום שיפור השירות בוועדות הרפואיות, שמינה המוסד.  |
| 14 | דוח הוועדה הציבורית לבדיקת ענייני הנכים ולקידום שילובם בקהילה, בראשות השופט אפרים לרון ממרס 2005, עמ' 79-80.                    |
| 15 | משרד מבקר המדינה בדק בדוחות קודמים נושאים הקשורים לתשלום קצבאות. לדוגמה ראו בדוח שנתי 2008, בפרק "תשלום קצבאות נכות", עמ' 1241. |

נעשתה במשרד הרווחה והשירותים החברתיים (להלן - משרד הרווחה), במשרד הביטחון, במשרד הבריאות ובאגף התקציבים במשרד האוצר.

## סדרי עבודתן של הוועדות הרפואיות

1. כאמור, המוסד משלם לנכים גמלאות מכוח חוק הביטוח הלאומי על בסיס מצבו הרפואי של המבוטח, הנקבע בוועדות הרפואיות. דיוני הוועדות הרפואיות מתקיימים ב-21 מכלל 23 סניפי המוסד בימי א'-ה' בשעות אחר הצהריים. בשנת 2008 התקיימו במוסד כ-360,000 דיונים רפואיים.

הוועדות הרפואיות הפועלות במוסד מורכבות מרופאים המתמנים בידי שר הרווחה והשירותים החברתיים (להלן - שר הרווחה) או המוסד: ערכאה ראשונה בתחום הנכות הכללית מורכבת מרופא מוסמך, שהוא רופא עובד המוסד או רופא אחר, שהמוסד הסמיכם לכך ושמונו בידי המוסד (להלן - רופא מוסמך). ערכאה ראשונה בתחום הנכות מעבודה, וערכאות הערר בשני התחומים - הוועדות הרפואיות לעררים - מורכבות מרופאים שמתמנים בידי שר הרווחה (להלן - רופאים פוסקים); פקידי המוסד הם המשבצים את הרופאים לוועדות, והמוסד הוא המשלם את שכרם. בשנת 2008 פעלו בהן 1,135 רופאים, מתוכם 575 רופאים בערכאה הראשונה בתחום נכות כללית, שמונו בידי המוסד<sup>16</sup>, ו-560 רופאים פוסקים, שמונו בידי שר הרווחה.

2. מינהל הגמלאות במוסד אחראי לתשלום הגמלאות ולפן הניהולי של הוועדות הרפואיות. אגף נכות כללית במינהל הגמלאות מופקד על הטיפול בתביעות בתחום נכות כללית. אגף נפגעי עבודה במינהל הגמלאות מופקד על הטיפול בתביעות בתחום נכות מעבודה. הלשכה הרפואית במוסד אחראית לפן המקצועי של עבודת הרופאים, ובכלל זה לבחירתם, הכשרתם, הדרכתם השוטפת והבקרה עליהם.

3. על פי תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), התשט"ז-1956 (להלן - תקנות נכות מעבודה), ישמש את הוועדות רפואיות "מזכיר" (להלן - מזכיר ועדה), שבין תפקידיו: לזמן את התובע לוועדה הרפואית; לקבל את החלטת הוועדה מידיה ולמסור לתובע העתק ממנה. יצוין כי לוועדות בתחום הנכות הכללית לא עוגן באופן רשמי תפקיד מזכיר ועדה, אך בפועל המוסד הנהיג גם בוועדות אלה תפקיד דומה.

המוסד הגדיר בהנחיותיו תפקיד של "מזכיר ישיבה", הנוכח בדיוני הוועדות הרפואיות, שבין תפקידיו: לבדוק את תיק התביעה שהגיש הנבדק טרם התכנסות הוועדה; לזהות את התובע; ולרשום פרוטוקול. בשנת 2008 פעלו 540 מזכירי ישיבות, שהם עובדי המוסד.

4. חלק מהוועדות הרפואיות פועלות בשני מכוני רפואיים המצויים במוסדות רפואיים (להלן - המכוני) - בית לוינשטיין והמרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, תל השומר - שאיתם יש למוסד הסכמים. במסגרת הוועדות הרפואיות המתקיימות במוסד אחראים מזכירי ועדות לזימון התובע ושיבוץ הרופאים, ופקידי תביעות, שגם הם פקידים של המוסד, אחראים לקביעת הזכאות לקצבת נכות כללית בהסתמך על החלטות הוועדות הרפואיות. בוועדות המתקיימות במכוני נעשות פעולות אלה על ידי עובדי המכון שהוסמכו לשמש פקידי תביעות. פקיד תביעות במוסד מבצע בדיקה שנייה של החלטות פקידי התביעות במכוני. בשנת 2008 נערכו במכוני 5,928 אבחונים רפואיים לעקרונות בית ו-4,599 אבחונים לנכים משתכרים, והם מהווים כ-7% וכ-5% בהתאמה מסך האבחונים הרפואיים בתחום נכות כללית.

16 מספר זה כולל 321 רופאים מוסמכים ו-254 רופאים נותני חוות דעת, שתפקידם ליעץ לרופאים המוסמכים כאשר הפגיעה של התובע אינה בתחום מומחיותם.

## סדרי קביעת הזכאות לקצבת נכות כללית<sup>17</sup>

פרק ט' בחוק הביטוח הלאומי והתקנות שהותקנו לפיו מסדירים בין היתר את הזכאות לקצבת נכות כללית ל"נכים משתכרים" אשר איבדו את הכושר להשתכר או ל"עקרת בית נכה" אשר נפגע כושרה לתפקד, קרי לבצע פעולות שמקובל לבצע במשק בית רגיל, אם הנכות הקיימת נובעת ממחלה, מתאונה או ממום מולד ללא קשר לסיבה או לנסיבות בגינן נגרמה נכותם (להלן - נכות כללית). הקצבה נועדה להבטיח לנכים אלה הכנסה מינימלית לקיום.

להליך קביעת הזכאות לקצבת נכות כללית שני שלבים: 1. קביעת אחוז הנכות הרפואית (להלן - אבחון רפואי)<sup>18</sup>: רופא מוסמך קובע את אחוז הנכות הרפואית של התובע לפי רשימת ליקויים ופגמות (להלן - רשימת הליקויים) המפורטים בחלקים א' ו-ד' של התוספת לתקנות נכות מעבודה, ולמעט הליקויים והפגמות שפורטו בתוספת לתקנות הביטוח הלאומי (ביטוח נכות) (קביעת אחוזי נכות רפואית, מינוי ועדות לעררים והוראות שונות), התשמ"ד-1984 (להלן - תקנות ביטוח נכות כללית). כאשר הפגיעה של התובע אינה בתחום מומחיותו של הרופא המוסמך, הוא רשאי להפנות את התובע לרופא אחר שקבע המוסד, רופא נותן חוות דעת או רופא מומחה, לצורך קבלת חוות דעת על מצבו הרפואי. 2. קביעת דרגת אי-הכושר להשתכר<sup>19</sup>: פקיד תביעות מוסמך של המוסד קובע את דרגת אי-הכושר להשתכר וכנגזר מזה - את גובה הקצבה לה זכאי התובע, בהתבסס על אחוז הנכות הרפואית שקבע הרופא המוסמך וחוות דעתו לגבי כושרו של התובע להשתכר, ובמקרה הצורך בהתחשב בחוות דעת של פקיד שיקום המתמחה בשיקום מקצועי של נכים. סכום הקצבה החודשית המרבית לנכה בשנת 2008 היה 1,991 ש"ח.

ערר על אחוז הנכות הרפואית שקובע רופא מוסמך נדון בפני ועדה רפואית לעררים המורכבת משניים או שלושה רופאים פוסקים. ערר בדבר דרגת אי-הכושר להשתכר שקובע פקיד התביעות נדון בפני ועדה לעררים המורכבת משניים או שלושה מומחים במקצועות התעסוקה, השיקום והרפואה מתוך רשימה שקבע שר הרווחה, בהתאם להחלטת פקיד מוסד שהוסמך לכך. ניתן לערער על החלטות הוועדה הרפואית לעררים ועל החלטות הוועדה לעררים בשאלות משפטיות בלבד לפני בית הדין האזורי לעבודה.

## איכות השירות הניתן בוועדות הרפואיות בתחום נכות כללית

רשויות השלטון נועדו לשרת את הציבור, ועליהן לספק לו שירות יעיל, שוויוני ואיכותי<sup>20</sup>. ציבור הנבדקים בוועדות הרפואיות לצורך קבלת קצבה עקב מוגבלות רפואית הוא פעמים רבות ציבור חלש, השרוי במצוקה ותלוי מבחינה כלכלית במימוש הזכויות הכספיות מהמוסד. על כן, איכות השירות הניתן לציבור זה ויעילותו הם בעלי משנה חשיבות.

- 17 הביקורת התמקדה בתחום הנכות הכללית משום שרוב התביעות לקצבת נכות, רוב מקבלי הקצבה ורוב התקציבים המופנים לתשלום קצבאות נכות במוסד הם בתחום זה.
- 18 אבחון רפואי עשוי לכלול יותר מדיון אחד בגלל הצורך שהתובע ייבדק על ידי יותר מרופא אחד במועדים שונים, או בגלל הצורך לקיים דיון נוסף בשל ביטולים ועצירות של דיונים. ראו להלן.
- 19 לעקרת בית נכה נקבע "אי-הכושר לתפקד" שהוא המקביל ל"אי-הכושר להשתכר" של נכה משתכר. ההליכים בשתי קבוצות הנכים דומים.
- 20 מבקר המדינה, דוח שנתי 53 בפרק "השירות לציבור", עמ' 111. ראו גם בפרק "ניהול איכות ומצוינות", בתקנון שירות המדינה (התקש"ר).

בשנת 2008 התקבלו במוסד 86,882 תביעות לקצבת נכות כללית, ובהן 27,786 תביעות חדשות, 23,449 תביעות "מחודשות" - לא מקבלים, 9,108 תביעות "מחודשות - מקבלים", 25,163 תביעות "תום זמניות" ו-1,376 בדיקות מחדש<sup>21</sup>.

איכות השירות הניתן לתובעים בעת קביעת אחוז נכות רפואית וקביעת דרגת אי-הכושר להשתכר, נמדד בין היתר על בסיס אמות המידה האלה: משך זמן הטיפול בתביעה מהגשתה עד למתן החלטה בתביעה בערכאה ראשונה<sup>22</sup> (להלן - משך הטיפול הכולל); הטרחת התובע - מספר הפעמים שהתובע נדרש לבוא למוסד במהלך קביעת אחוז נכותו הרפואית; השמירה על זכויות התובע; הקפדה על קיום הוראות הדין והנהלים בוועדות הרפואיות; מקצועיות העבודה של הוועדות הרפואיות.

משרד מבקר המדינה בדק את איכות השירות באמצעות שני מדגמים, שהכין לבקשתו מינהל מחקר ותכנון שבמוסד. במדגם הראשון, שהוא מדגם סטטיסטי מייצג (להלן - מדגם א')<sup>23</sup>, נבדק איכות השירות על בסיס אמות המידה שצוינו לעיל. במדגם השני, שאינו מייצג, (להלן - מדגם ב')<sup>24</sup>, נבדק שיעור קבלת העררים על ההחלטות על אחוז הנכות הרפואית המתקבלות בערכאה ראשונה ונימוקיהם. יצוין כי גיבוש שאלות הביקורת נעשה בשיתוף עם הגורמים במוסד האחראיים לנושא הוועדות הרפואיות - מינהל גמלאות והלשכה הרפואית. ממצאי הביקורת העולים מהמדגמים הובאו לידיעת המוסד והתקבלה תגובתו עליהם; בעת עיבוד נתוני המדגמים הביא משרד מבקר המדינה בחשבון רק ממצאים שלגביהם לא היו למוסד הסתייגויות. להלן עיקרי הליקויים שהועלו מעיבוד נתוני המדגמים.

### התמשכות הטיפול בתביעה

מדד לטיפול איכותי הוא בין היתר משך הזמן ממועד הפנייה לקבלת השירות עד לקבלתו.

- 21 "תביעות חדשות" הן תביעות של מבוטחים אשר הגישו תביעה בפעם הראשונה; "תביעות מחודשות - לא מקבלים" הן תביעות של מבוטחים אשר הגישו בעבר תביעה ובקשתם נדחתה; "תביעות מחודשות - מקבלים" הן תביעות של מבוטחים אשר מקבלים קצבת נכות כללית וחלה החמרה או שינוי במצבם; "תביעות תום זמניות" הן תביעות של מבוטחים המקבלים קצבת נכות חודשית, אשר נקבעה להם דרגת אי-כושר להשתכר לתקופה מוגבלת, שאינה עולה על שנתיים, מכיוון שמצבם הרפואי או תפקודם אינו יציב, או לצורך שיקום מקצועי; "בדיקות מחדש" הן תביעות של מבוטחים המקבלים קצבת נכות חודשית והמוסד בודק את אחוז הנכות הרפואית שלהם מחדש.
- 22 ממועד הגשת התביעה למוסד עד לקבלת החלטה על אישורה או דחייתה בידי פקיד התביעות המוסמך.
- 23 לבקשת משרד מבקר המדינה הכין מינהל מחקר ותכנון במוסד מדגם סטטיסטי מייצג של תיקי תביעה מתוך 78,518 תיקי תביעה לקצבת נכות כללית שנדונו בערכאה ראשונה, ושהטיפול בהם הסתיים בשנת 2008. המוסד הכין מדגם שכלל רשימה ראשית של 150 תיקי תביעה ועוד 50 תיקים שנועדו לשמש כרזרבה. בפועל העביר המוסד למשרד מבקר המדינה 170 תיקי תביעה, משום ששאר התיקים לא היו זמינים; מהם התאפשרה בדיקתם של 149 תיקי תביעה - 114 תיקים מהרשימה הראשית ועוד 35 תיקים מרשימת תיקי הרזרבה, משום שבחלק מתיקי התביעה שהתקבלו לא היו כל המסמכים שנדרשו לבדיקה או משום שתיקים אלה לא היו תיקי תביעה לקצבת נכות כללית. המדגם לא כלל תביעות מסוג "בדיקות מחדש" (ראו הערת שוליים 21) בגלל מספרן (1,978) הקטן יחסית לשאר התביעות.
- 24 לבקשת משרד מבקר המדינה הכין מינהל מחקר ותכנון במוסד מדגם סטטיסטי מייצג של תיקי תביעה שנדונו בפני ועדה רפואית לעררים ושהטיפול בהם הסתיים בשנת 2008. המוסד הכין מדגם שכלל רשימה ראשית של 50 תיקי תביעה ועוד 30 תיקים שנועדו לשמש כרזרבה. בפועל העביר המוסד למשרד מבקר המדינה 57 תיקי תביעה משום ששאר התיקים לא היו זמינים; מהם התאפשרה בדיקתם של 41 תיקי תביעה - 21 תיקים מהרשימה הראשית ועוד 20 תיקים מרשימת תיקי הרזרבה, משום שחלק מתיקי התביעה לא נדון בפני ועדה רפואית לעררים. מספר תיקי התביעה שנבדק הוא קטן מהמינימום הנדרש להיות מדגם סטטיסטי מייצג, כפי שקבע המוסד, ולכן מדגם ב' אינו מדגם סטטיסטי מייצג.

ביולי 2007 קבע מינהל הגמלאות תקן מחייב לפיו כ-80% מהתביעות בתחום הנכות הכללית לא יעלה משך הטיפול הכולל על 97 ימים (להלן - תקן מחייב)<sup>25</sup>. התקן המחייב נקבע על בסיס נתונים שאסף המוסד מהתקופה אפריל 2006 - מאי 2007. על פי נתוני המוסד בשנת 2008 היה משך הטיפול הכולל כ-80% מתיקי התביעה 104 ימים, חריגה בכ-7% מהתקן המחייב; משך הטיפול הכולל הממוצע בתיק תביעה היה 72 ימים.

מנתוני מדגם א' עולה כי בכ-11% מתיקי התביעה, תאריך הגשת התביעה המוטבע על גבי טופס התביעה מוקדם מהתאריך שהוון למערכת המחשב של המוסד. מכאן הספק באשר למהימנות מדידת המוסד את עמידתו בתקן השירות ובמדידתו את משך הטיפול הכולל בתביעות מתחום נכות כללית.

עוד עלה מניתוח נתוני מדגם א' כי משך הטיפול הכולל כ-80% מתיקי התביעה הוא 122 ימים, גבוה ב-25 ימים מהתקן המחייב; משך הטיפול הכולל הממוצע בתביעה הוא 90 ימים. בנוסף, נמצא כי למוסד נדרשו עוד 11 ימים בממוצע למשלוח הודעה על החלטתו לתובע.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 מסר המוסד כי הזנת נתונים שגויים למערכת המחשב מקורה בטעויות אנוש וכי בעקבות בדיקת משרד מבקר המדינה עולה צורך לחזור ולהדגיש את חשיבות הזנת תאריך התביעה הנכון למערכת המחשב.

שלבי הטיפול בתביעה: על פי נתוני המוסד מינואר 2009 שהציג מינהל הגמלאות, הסיבות ל"משכי הזמן הארוכים" של הטיפול בתביעות נובעות ברובן מגורמים שאינם באחריות המוסד: זמן המתנה ממושך למסמכים רפואיים, שיעור גבוה של אי-הופעה של תובעים לדיונים, וחוסר שיתוף פעולה מצד התובעים.

משרד מבקר המדינה בדק את הגורמים להתמשכות הטיפול בתביעות. לצורך ניתוח משך הטיפול הכולל חילק משרד מבקר המדינה את הטיפול לשלושה שלבים עיקריים (להלן - שלבי הטיפול): שלב הכנת התביעה - מהגשת התביעה עד הדיון הראשון במסגרת האבחון הרפואי; שלב האבחון הרפואי - מהדיון הראשון במסגרת האבחון הרפואי עד קביעת אחוז הנכות הרפואית; שלב קבלת החלטה - מקביעת אחוז הנכות הרפואית עד החלטת פקיד התביעות המוסמך בדבר דרגת אי-הכושר להשתכר.

משרד מבקר המדינה בדק באמצעות מדגם א' את הגורמים להתמשכות ההליך בכל אחד משלבי הטיפול שהוגדרו. להלן ממצאיו:

ניתוח שלבי הטיפול בתביעות במדגם א' מצביע על כך שהתמשכות הטיפול בהן - הן בשלב הכנת התביעה (35 ימים), הן בשלב האבחון הרפואי (24 ימים) והן בשלב קבלת החלטה (31 ימים) - מקורה בחלק ניכר מהמקרים בסיבות שבאחריות המוסד.

1. שלב הכנת התביעה: זהו פרק הזמן שבין הגשת התביעה ובין הדיון הראשון במסגרת האבחון הרפואי, ובשלב זה מעורבים מספר גורמים: פקיד תביעות שתפקידו לוודא שתיק התביעה מצויים המסמכים הנחוצים לטיפול בתיק; רופא מנתב שהוא רופא מוסמך ותפקידו לקבוע מה הם המסמכים הרפואיים שיש להשלים, מהן הבדיקות הרפואיות שעל התובע לבצע ומהי מומחיות הרופאים הנדרשת לאבחון הרפואי; ומזכיר ועדה שתפקידו לקבוע את זהות הרופאים שיבצעו את האבחון הרפואי ואת זהות מזכיר הישיבה. מזכיר הוועדה מזמן את התובע לאבחון רפואי, ובמידת הצורך דורש ממנו לבצע בדיקות נוספות או להמציא מסמכים נוספים כפי שקבע הרופא המנתב.

25 כלומר משך הטיפול הכולל בתביעה שנמצאת באחוזון ה-80 לא יעלה על 97 ימים.

ועדה לקידום שיפור השירות בוועדות הרפואיות (להלן - הוועדה לשיפור השירות), שמינה מנכ"ל המוסד דאז, ד"ר יגאל בן-שלום, ובראשה עמדה סמנכ"לית גמלאות, גב' אילנה שרייבמן, הגישה בדצמבר 2005 דוח (ראו להלן), ובעקבות המלצתה קבע המוסד כיעד כי משך שלב הכנת התביעה לא יעלה על 30 יום.

משרד מבקר המדינה מצא כי היעד שנקבע לא הושג: על פי מדגם א', משך שלב הכנת התביעה הממוצע היה 35 ימים, חריגה של 5 ימים (כ-17%) מהיעד שנקבע. כתביעות שמשך שלב זה חרג מהיעד שקבע המוסד (כ-52% מתיקי התביעה), הוא נמשך בממוצע 51 ימים, חריגה של 21 ימים (כ-70%) יותר מהיעד שנקבע.

המוסד מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 כי הוא ממשיך במאמץ לקצר את משך הטיפול כתביעות, ובימים אלה הוא מגבש נוהל עבודה שונה, לפיו משך שלב הכנת התביעה לא יעלה על 21 יום.

משרד מבקר המדינה מעיר למוסד כי ספק אם קביעת נוהל בלבד, בלי שילווה בצעדים מעשיים שבכוחם להביא לקיצור שלב הכנת התביעה, יש בו כדי להשיג יעד זה.

2. שלב האבחון הרפואי: זהו פרק הזמן שבין הדיון הראשון במסגרת האבחון הרפואי ובין החלטת רופא מוסמך (להלן - הרופא המסכם), ובו נקבע אחוז נכותו הרפואית של התובע בהתאם לרשימת הליקויים, בהתבסס על חוות דעת של רופאים מומחים.

במדגם א' נמצא כי משך הזמן הממוצע של שלב האבחון הרפואי הוא 24 ימים; בכ-14% מתיקי מדגם א', משך זמן האבחון הרפואי היה מעל לחודשיים, פי שניים ויותר מהממוצע.

במהלך שלב האבחון הרפואי יש שדיון שנקבע מראש מתבטל עקב היעדרותו של אחד מהמשתתפים - רופא או התובע - ויש לקבוע מועד חדש לאבחון רפואי (להלן - ביטול דיון). כמו כן יש שרופא עוצר דיון בלי לקבל החלטה, בשל הצורך להשלים מסמכים או בדיקות רפואיות, והדיון מתחדש לאחר שמולאו הדרישות (להלן - עצירת דיון).

סקר סיכונים תפעוליים בנושא הייעוץ הרפואי, שהוכן עבור המוסד בשנת 2006, כבר קבע כי במקרים רבים נאלצים הרופאים המבצעים את האבחון הרפואי לעצור את הדיון על מנת לקבל את כל המסמכים הדרושים, ומסיבה זו כ-44% מדיוני הוועדות מסתיימים ללא החלטה.

ביטול ועצירה של דיונים גורמים לפגיעה באיכות השירות: להתמשכות שלב האבחון הרפואי, לריבוי הופעותיו של התובע במוסד והטרחתו<sup>26</sup>, וגם לעלויות כספיות נוספות למוסד. משרד מבקר המדינה בדק באמצעות מדגם א' את שכיחותם של ביטול ועצירה של דיונים והסיבות להם. להלן ממצאים:

(א) ביטול דיון: לצורך הניתוח סיווג משרד מבקר המדינה את הסיבות לביטול דיונים לכאלה שבאחריות המוסד ולכאלה שבאחריות התובע<sup>27</sup>.

26 בעניין הטרחת התובע - ראו להלן.

27 הסיבות לביטול הדיון שניתן לייחס לאחריות התובע: תובע לא הופיע לדיון ללא מתן הודעה מראש. הסיבות לביטול הדיון שניתן לייחס לאחריות המוסד: המוסד לא דאג מבעוד מועד לבטל דיונים שתובע הודיע מראש שלא יוכל להגיע אליהם; הזמנה לדיון נשלחה לכתובת שגויה; הזימון לתובע נשלח פחות מ-14 יום לפני מועד האבחון, ללא הסכמה מתועדת של התובע.

עלה כי בכ-22% מתיקי התביעה במדגם א' בוטל לפחות דיון אחד: בכ-39% מהם בוטל הדיון מסיבות שבאחריות המוסד; בכ-55% מסיבות שבאחריות התובע; ובכ-6% מסיבות שבאחריות שני הגורמים.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 מסר המוסד כי לאור השיעור הגבוה של ביטולי הדיונים הוא ינחה את סניפיו לזמן מספר גדול יותר של תובעים לכל ועדה, וכי במטרה להפחית את שיעור אי-הופעתם של התובעים הוא ינחה את הסניפים לדרוש מהם החזר הוצאות.

משרד מבקר המדינה מעיר למוסד כי תשובתו אינה מספקת מענה לביטול דיונים שבאחריותו: בשים לב לעובדה כי כ-39% של הדיונים שבוטלו בוטלו מסיבות שבאחריות המוסד, עליו לבחון דרכים גם לצמצום מקרים אלה, ובכך להביא לייעול עבודת הוועדות הרפואיות ולשיפור איכות השירות לציבור.

(ב) עצירת דיון: כאמור, לעתים דיון נעצר על ידי רופא בשל הצורך להשלים מסמכים או בדיקות רפואיות. משרד מבקר המדינה סיווג את עצירת הדיון שהיה ניתן למנוע, לכאלה שנעצרו בשל אחריות המוסד ולכאלה שבשל אחריות התובע.<sup>28</sup>

עלה כי בכ-29% מתיקי התביעה במדגם א' נעצר לפחות דיון אחד: בכ-74% מהם הדיון נעצר מסיבות שבאחריות המוסד; ובכ-26% מהם נעצר הדיון מסיבות שבאחריות התובע.

באשר לדיונים שנעצרו בשל סיבות שבאחריות המוסד, ציין המוסד בתשובתו מנובמבר 2009 כי שתי מערכות מחשב שיוטמעו בעתיד יסייעו לצמצם את התופעה; עוד ציין המוסד, באשר לעצירת דיון הנגרמות בשל סיבות שבאחריות התובע, כי הוא שינה את נהליו כך שבדיוני הוועדות הרפואיות יידונו רק הליקויים שלגביהם הוגשו מסמכים רפואיים מראש.<sup>29</sup>

על סמך הממצאים ניתן לקבוע ברמת ביטחון גבוהה, ובהתייחס לערכים הנמוכים ביותר שבתוצאות המדגם, שבשנה שנבדקה, 2008, בלא פחות מ-8,700 תביעות בוטל דיון, מתוכן בכ-3,500 תביעות בוטלו הדיונים מסיבות התלויות במוסד; ובלא פחות מ-14,000 תביעות נעצרו דיון, מתוכן בכ-11,500 תביעות נעצרו הדיונים מסיבות התלויות במוסד.<sup>30</sup>

28 בין הסיבות לעצירת הדיון שניתן לייחס לאחריות המוסד: אי-הזמנת מסמכים רפואיים על ידי הרופא המנתב בטרם האבחון הרפואי, וזימון תובע לאבחון רפואי בטרם קבלת כל חוות הדעת הדרושות לסיכום התביעה. בין הסיבות לעצירת הדיון שניתן לייחס לאחריות התובע: טענות חדשות המועלות על ידו בדיון, אי-המצאת מידע רפואי שהוא נדרש להביא לדיון.

29 כיום, תובעים שהמוסד מבקש מהם מסמכים רפואיים לצורך בירור תביעתם, מתבקשים להביא אותם עמם לאבחון הרפואי, ולא להמציא אותם לוועדה קודם לכן. על כן, רק עם תחילת האבחון הרפואי יכול הרופא לדעת אם באפשרותו לקיימו או אם עליו לעצור את הדיון עד להמצאת המסמכים.

30 בכל מדגם קיימת סטייה מקרית, ואחוזי הליקויים באוכלוסייה עשויים להיות גבוהים או נמוכים במידת מה מהערכים שהתקבלו במדגם. בגלל חשיבות העניין, ולמען הזהירות חושב האומדן לאחוז המזערי של הליקוי באוכלוסיית תיקי התביעה, ברמת ביטחון של 95% ואפשר לומר, אפוא, ברמת ביטחון של 95% שבכלל אוכלוסיית תיקי התביעה, אחוז המקרים שבהם ישנו ליקוי אינו נמוך מהאומדן.



משרד מבקר המדינה מעיר למוסד כי עליו למזער את ממדי תופעת עצירת הדיונים מהסיבות שבאחריותו, ללא תלות בזמינותן של מערכות מחשב תומכות, מה גם שמערכת המחשב התומכת העיקרית לעניין זה - רפאל<sup>31</sup> - טרם פותחה.

3. שלב קבלת החלטה : זהו פרק הזמן שבין קביעת אחוז הנכות הרפואית באבחון הרפואי בידי הרופא המסכם ובין קבלת החלטה של פקיד התביעות בדבר דרגת אי-הכושר להשתכר; פקיד התביעות מקבל חוות דעת בעניין מרופא, ובמידת הצורך גם מפקיד שיקום המתמחה בשיקום מקצועי של נכים.

מניתוח נתוני מדגם א' עלה כאמור שמשך הזמן הממוצע של שלב קבלת ההחלטה לקצבת נכות כללית הוא 31 ימים ובכ-15% מהתביעות נמשך שלב זה מעל לחודשיים.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 מסר המוסד כי קביעת דרגת אי-הכושר להשתכר "כרוכה בשיקול דעת, שקלול חוות הדעת בדבר אובדן הכושר להשתכר של פקיד השיקום והרופא", הליך המאריך את משך זמן הטיפול. עוד הוסיף המוסד בתשובתו מינואר 2010 כי בכ-22,000 תביעות מכלל 90,000 התביעות שהוגשו למוסד בשנת 2009 בתחום נכות כללית נדרשה חוות דעתו של פקיד השיקום לצורך קביעת דרגת אי-הכושר להשתכר.

משרד מבקר המדינה מעיר כי מתשובת המוסד עולה כי רק במקצת מכלל התביעות שהוגשו למוסד בשנת 2009, כ-24%, ניתנה חוות דעת של פקיד השיקום, ובמרביתן, כ-76%, לא ניתנה חוות דעת של פקיד השיקום. זאת ועוד, מניתוח נתוני מדגם א'<sup>32</sup> עלה שבמקרים שניתנה בהם חוות דעת של פקיד השיקום, משך הזמן הממוצע של שלב קבלת ההחלטה היה 33 ימים לעומת 25 ימים בממוצע כאשר לא ניתנה חוות דעת כזו. דהיינו מתן חוות דעת של פקיד שיקום, מאריכה ביומיים בלבד את משך הזמן הממוצע של שלב קבלת ההחלטה. על כן, לדעת משרד מבקר המדינה אין בכך כדי להסביר את התמשכות הליך קבלת ההחלטה לקצבת נכות.

כאמור, על פי נתוני המוסד הסיבות להתמשכות הטיפול בתביעות הן ברובן במגרשם של גורמים שאינם באחריות המוסד. מנגד, ניתוח תוצאות מדגם א' שעשה משרד מבקר המדינה מצביע כאמור על אחריותו הרבה של המוסד למשך הטיפול הכולל בתביעה, בכל שלבי הטיפול. על כן, במאמצי של המוסד לקצר את משך הטיפול הכולל, מן הראוי שיתמקד בין היתר בסיבות שבאחריותו.

"מסלול ירוק" : תביעות לקצבת נכות כללית מוגשות על ידי תובעים בעלי נכויות ברמות חומרה שונות, בהם בעלי נכות קשה. על פי המסמכים שבמוסד, הצורך לתת עדיפות גבוהה לטיפול בתביעותיהם עוגן בהחלטת ממשלה משנות ה-90, שהגדירה שמשך טיפול כולל בתובעים בעלי נכות קשה לא יעלה על שלושה שבועות.

בספטמבר 2006 קבע המוסד נוהל אחיד לטיפול בתובעים בעלי נכות קשה (להלן - הנוהל האחיד). הנוהל האחיד קבע כי תובעים אלה יטופלו בהליך ייחודי - "המסלול הירוק" (להלן - המסלול הירוק). לצורך כך הנוהל האחיד הגדיר בין היתר את המקרים שלהלן כבעלי נכות קשה: חולים במחלה ממאירה, חולי ALS המקבלים טיפול ב-RILUTEK, תובעים הלוקים בעיוורון, ותובעים

31 בעניין פיתוח מערכת רפאל - ראו בפרק "מערכות מחשב לניהול הוועדות הרפואיות".

32 בחישוב הוסרו תיקי התביעה שהתובע לא עבר בהם סף לקביעת דרגת אי-כושר.

שהרופא המנתב מעריך שאינם מסוגלים לעבוד במשך שנה לפחות ממועד הגשת התביעה, או שהוא מעריך שאחוז נכותם הרפואית היא בשיעור של 80% ויותר. הנוהל האחיד מחייב בין היתר מתן עדיפות לתובעים אלה בשיבוץ לאבחונים רפואיים, וביצוע האבחון הרפואי על ידי הרופא המנתב, בלי צורך בנוכחות התובע. עוד הגדיר הנוהל כי משך הטיפול בתביעה של תובעים בעלי נכות קשה לא יעלה על שלושה שבועות.

משרד מבקר המדינה בדק, באמצעות מדגם א', אם הנכים שהרופא המסכם קבע להם באבחון הרפואי אחוז נכות רפואית גבוהה מ-80%, וזכו לטיפול במסלול הירוק.

עלה כי המוסד לא טיפל כנדרש בתובעים בעלי נכות קשה. במדגם נמצאו 31 תובעים כאלה: לגבי 13 מהם - הרופא המנתב כלל לא העריך מראש את אחוז נכותם הרפואית לצורך בחינת הפנייתם למסלול הירוק, וממילא הם לא זכו לטיפול בו. לגבי 18 התובעים הנוותרים - הם אמנם הוכרו על ידי הרופא המנתב כזכאים לטיפול במסלול הירוק, אולם משך הטיפול בתביעותיהם היה במוצע 59 ימים, חריגה ממוצעת של 38 ימים (כ-181%) ממשך הטיפול בתביעה שנקבע בנוהל האחיד.

### הטרכת התובע

אחד המדדים לאיכות שירות הוא מספר הפעמים שבו נדרש מבקש השירות להטריח את עצמו לוועדה לצורך הטיפול בבקשתו. מבחינת הנזקק לוועדות רפואיות, שירות איכותי הוא קביעת כלל הזכויות המגיעות לו על פי דין בפנייה לגורם מוסדי אחד וסיום ההליך ביום אחד. בתחום השירות לציבור מקובלת תפיסה שלפיה יש לספק שירות בנקודת מפגש אחת - "ONE STOP SHOP"<sup>33</sup>.

גורמים שונים הצביעו על הצורך לאחד את המסגרות שמתקיימות בהן הוועדות הרפואיות, במטרה לשפר את השירות הניתן לנבדקים ולמנוע מהם טרחה מיותרת. בין הגורמים נמנות ועדות בדיקה ציבוריות שונות שמונו לבדיקת הוועדות הרפואיות במוסד, הן על ידי הממשלה והן על ידי הכנסת (להלן - ועדות ציבוריות)<sup>34</sup>.

"הוועדה להוצאת הוועדות הרפואיות מהמוסד" בראשות השופט (בדימוס) מנחם גולדברג (להלן - ועדת גולדברג), שמינתה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בשנת 2000, המליצה על הקמת גוף שירכז את הבדיקות הרפואיות של הנכים. "הוועדה הציבורית לבדיקת ענייני הנכים ולקידום שילובם בקהילה" בראשות השופט (בדימוס) אפרים לרון (להלן - ועדת לרון), שמינתה הממשלה בשנת 2002, קבעה כי ריבוי הגורמים המטפלים בנושאים הקשורים לקביעת הנכות הרפואית, והצורך בבדיקות רפואיות חוזרות ונשנות, יוצרים מצב בלתי תקין ובלתי רצוי, והמליצה להקים יחידה מרכזית שאליה יועברו כל הבקשות ככל התחומים הרלוונטיים, והיא תפנה את הנכה לבדיקות בהתאם לצורך. "הצוות הבין-משרדי לבחינת הקמתה של רשות לוועדות רפואיות" בראשות פרופסור אשר אור-נוי (להלן - ועדת אור-נוי השנייה), שמונתה בהתאם להחלטת ממשלה משנת 2006, עמדה על הצורך לרכז את הטיפול בנכים במסגרת אחת, במטרה למנוע את הטרחתו של הנכה.

מרביתן של ההמלצות נדונו, חלקן אומצו אך טרם יושמו: המלצות ועדת גולדברג נדונו בשנת 2001 בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת ובעקבותיהן מינתה בשנת 2002 את "הוועדה ליישום הוצאת הוועדות הרפואיות מהביטוח הלאומי" בראשות פרופסור אשר אור-נוי (להלן -

33 ראו בעניין זה מבקר המדינה, דוח שנתי 253, בפרק "השירות לציבור", עמ' 123.

34 ראו גם בפרק "אי-תלותן של הוועדות הרפואיות".

ועדת אור-נוי הראשונה), שאף היא הגישה את המלצותיה לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת<sup>35</sup>; באשר לדוח ועדת לרון - במאי 2005 התקבלה החלטת ממשלה לפיה "הממשלה סומכת ידה על עקרונות דוח הוועדה הציבורית"; ובאשר לוועדת אור-נוי השנייה - דיוניה הופסקו לאחר שהגישה בדצמבר 2007 דוח ביניים למנכ"ל משרד הבריאות. דוח הביניים לא נדון בממשלה או באחת מוועדות השרים מטעמה.

גם בדיקות פנימיות של המוסד התייחסו לצורך לרכז את האבחון הרפואי ביום אחד<sup>36</sup>. הוועדה לשיפור השירות משנת 2005, סקר הסיכונים משנת 2006 שיום המוסד, וכן הצוות לגיבוש תפיסת שירות חדשה משנת 2008, ציינו כי תובעים בעלי כמה נכויות מוזמנים במסגרת האבחון הרפואי לכמה דיונים במועדים שונים, דבר שגורם ל"טרטור המבוטח [תובע] (ו)הארכת משך הטיפול בתיק". אלה המליצו כי רצוי לנתב את התובע לכל המומחים הנדרשים לכל הנכויות השונות באותו היום. הצוות לגיבוש תפיסת שירות חדשה אף הכין באוגוסט 2008 תכנית למימוש המלצה זו, ועל פיה יוקמו שבעה מרכזי ועדות רפואיות אשר יפעלו שמונה שעות ויותר במהלך היום, ויתופעלו על ידי מזכירי ועדות מקצועיים שזה תפקידם היחיד. בספטמבר 2008 גיבש המוסד תכנית ליישום ניסוי חלוץ (פיילוט) להקמת מרכזי ועדות רפואיות.

יצוין כי על פי נתוני מדגם א', במכונים מוזמנים תובעים לאבחון רפואי פעם אחת בלבד גם אם הם נדרשים להיבדק על ידי יותר מרופא אחד.

משרד מבקר המדינה בדק, באמצעות מדגם א', את מספר הפעמים שנאלץ בהן תובע לבוא למוסד לצורך אבחון רפואי, דהיינו את מידת הטרחתו לצורך מיצוי זכויותיו, בין אם הן נקבעות בידי המוסד לבדו ובין בידי כמה גופים. להלן הממצאים:

1. הטרחת התובע לקביעת האבחון הרפואי במוסד: מנתוני מדגם א' עולה כי בכ-81% מהתביעות שהרופא המנתב דרש בהן כי לפחות שני רופאים מומחים יאבחנו את התובע, נדרש התובע להופיע לאבחון רפואי בשני מועדים ויותר<sup>37</sup>.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 מסר המוסד כי הוא עושה כל מאמץ במטרה לרכז את האבחונים הרפואיים ליום אחד, ואולם היות שלא כל הרופאים נמצאים בסניף בכל ימות השבוע, לעתים זה בלתי אפשרי. עוד הוסיף המוסד כי הוא מאמין שהתופעה של הזמנת התובע לדיונים במועדים שונים תצומצם על ידי הקמת מרכזי ועדות רפואיות האמורים והפעלת התכנית לעיל.

משרד מבקר המדינה מעיר כי המוסד טרם קיים את שלב ניסוי החלוץ (פיילוט) להקמת מרכזי ועדות רפואיות במסגרת התכנית שגיבש. על כן, על אף מאמצי המוסד לשפר את השירות לתובע, בכל הנוגע להטרחת התובע לשוב ולהתייצב בפני הוועדה הרפואית לא חל כל שיפור.

35 בהסתמך על המלצת ועדת גולדברג וועדת אור-נוי הראשונה הוגשו לכנסת מספר הצעות חוק פרטיות בנושא הוצאת הוועדות הרפואיות מהמוסד, שלא הבשילו לכדי חקיקה.  
 36 פירוט המלצות הוועדות הפנימיות וטיפול המוסד בהמלצותיהן - ראו בפרק "ועדות לשיפור השירות" להלן.  
 37 הנתונים אינם כוללים את תיקי התביעה אשר טופלו במכונים בהם מתבצע האבחון הרפואי ביום אחד.

עוד עלה מנתוני מדגם א' כי ב-124 תיקי תביעה<sup>38</sup> קבע הרופא המנתב שיש צורך ב-205 דיונים בסך הכול ובפועל התקיימו 337 דיונים, כ-64% יותר שתוכנן על ידי הרופא המנתב.

כ-58% מכלל הדיונים שנוספו מעבר למתוכנן נוספו בשל עצירת וכיטול דיונים מסיבות שבאחריות המוסד; כ-34% נוספו מסיבות שבאחריות התובע; וכ-8% נוספו מסיבות שאינן באחריות המוסד או התובע.

הפחתת מספר הופעותיו של התובע במוסד יביא לשיפור השירות לתובע ולצמצום העלויות הכספיות הכרוכות בכך.

2. הטרחת התובע לאבחון רפואי בכמה מוסדות: כאמור, ועדות רפואיות לנכים פועלות הן במוסד והן במשרד הבריאות, וכל אחד מהגופים מקיים באופן עצמאי את הוועדות הפועלות בו<sup>39</sup>. משרד הבריאות מקיים ועדות רפואיות על פי הסכם הניידות. על פי ההסכם, הוועדות יפעלו במסגרת המינהלית של משרד הבריאות, וחבריהן יהיו רופאים שימונו על ידי שר הבריאות.

לפיכך, אדם הנדרש לעבור ועדה רפואית בתחום נכות כללית או בתחום נכות מעבודה נדרש לעמוד לפני ועדה רפואית נוספת, של משרד הבריאות אם הוא תובע קצבת ניידות, או של המוסד אם הוא תובע קבלת פטור ממס הכנסה.

משרד מבקר המדינה בדק, על בסיס נתונים שריכז עבורו מינהל מחקר ותכנון במוסד, איזה שיעור מבין האנשים שבשנת 2008 הגישו למוסד תביעה לקצבת נכות כללית או נכות מעבודה, הגישו במקביל בקשה להיבדק על ידי ועדה רפואית לניידות במשרד הבריאות<sup>40</sup>.

מהבדיקה עלה כי 3,066 (3.5%) מתוך 86,882 תובעים שהגישו תביעה לקצבת נכות כללית ו-171 תובעים (0.8%) מתוך 20,627 שהגישו תביעה לקצבת נכות מעבודה הגישו גם בקשה להיבדק על ידי ועדה רפואית לניידות במשרד הבריאות. אמנם שיעורם של תובעים אלה מכלל התובעים אינו גבוה, אך מספרם המוחלט הוא ניכר.

תפיסה שלפיה יש לספק שירות בנקודת מפגש אחת ("ONE STOP SHOP") טרם יושמה בכל הנוגע לתובעים קצבאות מגופים שונים. לדעת משרד מבקר המדינה, כדי למנוע את הפגיעה באיכות השירות הניתן לתובעים, מן הראוי שמשרד הרווחה ומשרד הבריאות ישקלו את המלצות הוועדות הציבוריות השונות לגבי הצורך לאחד את המסגרות של הוועדות הרפואיות, יבחנו מחדש את ההסדרים הקיימים לקביעת אחוז הנכות הרפואית על ידי הוועדות הרפואיות במוסד והוועדות הרפואיות לניידות במשרד הבריאות, וישקלו לאחד אותן להליך מינהלי ורפואי אחד. בכך ישופר השירות הניתן לנבדקים ותימנע מהם טרח מיותר.

38 ב-25 תיקי תביעה חסר מסמך של הרופא המנתב הקובע את מספר הרופאים המוסמכים שידונו בתביעה, ועל כן לא התאפשרה בדיקתם.

39 במשרד הביטחון מטופלת אוכלוסיית החיילים שנפגעו במהלך שירותם הצבאי בכל ההיבטים הנוגעים לנכות, וזאת לאור קביעה של ועדה רפואית אחת, כך שהאמור בפרק זה אינו נוגע במשרד הביטחון ובוועדות הרפואיות הפועלות בו.

40 נתוני מבקשי גמלת ניידות נלקחו מהתקופה יולי 2007 - יוני 2009, על מנת לכלול בבדיקה את אלה שפנייתם נעשתה הן לפני והן אחרי הגשת בקשתם לגמלת נכות.

3. אבחון רפואי ללא בדיקת התובע: על פי תקנות ביטוח נכות כללית ונוהלי המוסד, רופא מוסמך רשאי לקבוע אחוזי נכות רפואית על סמך מסמכים רפואיים בלבד, בלי לבדוק את התובע, אם התובע הסכים לכך מראש. על אף הסכמה זו רשאי הרופא המוסמך לדרוש את נוכחותו של התובע אם הוא סבור שיש בה צורך.

(א) משרד מבקר המדינה בדק, על סמך נתוני מדגם א', את מספר התביעות שהאבחון הרפואי נעשה על סמך בדיקת התובע, על אף הסכמה מפורשת של התובע שהאבחון ייעשה על סמך מסמכים רפואיים בלבד.

על פי נתוני מדגם א', ב-61 מתוך 98 תביעות (כ-62%)<sup>41</sup> הסכים התובע שאחוז נכותו הרפואית ייקבע ללא בדיקתו, ולמרות זאת זומן לוועדה. ב-51 מ-61 התביעות האלה לא צוינה בתיק התביעה הסיבה לזימונו. לדעת משרד מבקר המדינה, משיקולי יעילות השירות הניתן לכלל התובעים, ועל מנת למנוע מהם טרחה מיותרת, על המוסד להקפיד שלא לזמן תובע שהסכים שאחוז נכותו הרפואית ייקבע ללא בדיקתו, ובמקרים שהוא מזומן בהם למרות הסכמתו זו, על המוסד לנמק זאת ולמסור את הנמקתו לתובע.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 ציין המוסד כי במרבית התביעות, למרות חתימת התובע, הרופאים מתקשים לקבוע אחוזי נכות רפואית ללא בדיקתו. יחד עם זאת ציין המוסד שיש מקרים שניתן לקבל בהם החלטה ללא נוכחות התובע, ושהוא ינחה את הרופאים והמזכירים בהתאם. בתשובה נוספת מינואר 2010 מסר המוסד כי ישנם מקרים שעל אף שחתם התובע על הסכמתו לבדיקה על פי מסמכים, ורופא המוסד סבר שיש לדחות את התביעה, המוסד ערך את הוועדה בנוכחות התובע, וזאת כדי למצות את זכויות התובע.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המוסד לשוב ולשקול את זימונו לבדיקה של תובע שוויתר על זכותו להיבדק במקרים שבהם הוא סבור שיש לדחות את התביעה, זאת בין היתר משום שעומדת לרשות התובע הזכות לערור על ההחלטה או להגיש תביעה חדשה כעבור שישה חודשים מיום קבלת התשובה.

(ב) כאמור, המוסד מטפל בחמש קבוצות של תביעות, ובכלל זה תביעות "תום זמניות". מדובר בכמות ניכרת של תביעות בקבוצה זו: בנכות כללית לדוגמה, מספר תביעות תום זמניות בשנת 2008 היה 25,163 (כ-29% מכלל התביעות).

בביקורת עלה כי בדרך שגרה, בתביעה של תום זמניות, פקידי התביעות אינם מיידעים את התובעים על האפשרות לקיים את הליך האבחון הרפואי ללא בדיקתם. בכך מונע המוסד מהתובע להחליט אם להטריח את עצמו לוועדה אם לאו, ולמוסד נגרמת שלא לצורך מעמסת אבחונים בנוכחות התובע.

### שמירת זכויות התובע באבחון הרפואי

המוסד כגוף ציבורי חייב לפעול מתוך הקפדה על צנעת הפרט ושמירה על זכויותיו של התובע, ובהן זכות הטיעון והזכות לקבל התייחסות לטענותיו.

41 ביתר 51 התביעות לא התבקשה הסכמתו של התובע או שלא נמצאו טפסי התביעה בתיק התביעה.

אבחון רפואי מבוצע כאמור על ידי רופאים האחראיים לקביעת אחוז הנכות הרפואית ולרישום הליקויים הרפואיים שבגינם היא נקבעה. תהליך האבחון הרפואי מתועד ב"טופס האבחון הרפואי" (להלן - טופס אבחון רפואי), הממולא על ידי הרופא או מזכיר הישיבה ומשמש פרוטוקול האבחון הרפואי, ובו מקום לציין פרטים הקשורים לתביעה, ובהם: רישום טענות התובע, ממצאיו של הרופא, התייחסות לסוגיית ניגוד העניינים, רישום אחוז הנכות הרפואית, רישום סוג האבחון, רישום תוקף הנכות הרפואית שנקבעה, ועוד.

מבקר המדינה בחן באמצעות מדגם א' את עמידת המוסד בשמירת זכויותיו של התובע. להלן הממצאים:

1. השמירה על צנעת הפרט של התובע: בוועדה הרפואית נדרש התובע לחשוף פרטים אישיים ורפואיים שהם בגדר צנעת הפרט. בהתאם נקבעו בדין הוראות לעניין נוכחות זרים בשעת הבדיקה, שתכליתן בין היתר להבטיח את צנעתו של הנבדק ולשמור על כבודו<sup>42</sup>: בתקנות נכות מעבודה נקבע כי ככלל ועדה רפואית בתחום נכות מעבודה תבדוק את התובע ביחידות, אך היא רשאית להתיר לזולת להיות נוכח בשעת הבדיקה. בנוסף, בכל הנוגע לתחום הנכות הכללית נקבע בתקנות ביטוח נכות כללית שנוכחות של אדם נוסף מחייבת את הסכמת התובע.

בהתייחס להוראה הקבועה בתקנות נכות מעבודה בעניין נוכחות זרים בשעת הבדיקה, נקבע בפסיקה בשנת 1994 שמטרתן של התקנות "היא להבטיח את צנעת הפרט וכבודו של הנבדק בפני הוועדות הרפואיות. מכאן שהכלל חייב להיות שהבדיקה תעשה שלא בנוכחות המזכיר. הדרך לחרוג מן הכלל מצויה באותה תקנה, ומכאן שמן הראוי שכל אימת שהוועדה מתירה נוכחות המזכיר בעת הבדיקה יצוין הדבר בפרוטוקול בצירוף הנמקה קצרה..."<sup>43</sup>. לדעת משרד מבקר המדינה, דברים אלה יפים גם לעניין האבחונים הרפואיים בתחום נכות כללית, שם אף נדרשת הסכמת הנבדק לנוכחות מזכיר הישיבה.

תפקידו של מזכיר ישיבה שהוא עובד של המוסד, הנוכח בדיוני הוועדות הרפואיות, כפי שהם קבועים בנוהל של המוסד, הם: לבדוק את תיק התביעה שהגיש הנבדק טרם התכנסות הוועדה; לזהות את התובע; לרשום פרוטוקול. כל עובד של המוסד שעבר הסמכה יכול לשמש מזכיר ישיבה, וזאת כעבודה נוספת לעבודתו העיקרית במוסד ותמורת תשלום נוסף. בשנת 2008 שימשו בתפקיד מזכירי ישיבה כ-540 עובדים, והמוסד שילם להם כאמור תמורת עבודתם זו סך של 11.2 מיליון ש"ח.

בבדיקה עלה כי בוועדות הרפואיות המתקיימות במוסד נוכח מזכיר ישיבה במהלך האבחון הרפואי, וזאת שלא בהתאם לפסיקה האמורה. מבדיקת תיקי מדגם א' עלה כי בכל תיקי התביעה שבהם נכח מזכיר ישיבה לא נרשמו בפרוטוקולים הנימוקים לנוכחותו.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 מסר המוסד כי אין כל אפשרות מעשית לנהל את הוועדה הרפואית בלי מזכיר ישיבה, ועצם נוכחות המזכיר בחדר בשעת הבדיקה הרפואית איננה פוגעת בפרטיות הנבדק, מכיוון שהבדיקות הרפואיות "עצמן מתבצעות מאחרי פרגוד ואילו החומר הרפואי ממילא חשוף לעיני המזכיר, שהרי מתפקידו לרכז את המסמכים הרפואיים, להכין את התיק לקראת הוועדה, לערוך את פרוטוקול הדיון ולפעול למיצוי זכויותיו של הנבדק בהתבסס עליו". בתשובתו מינואר 2010 חזר המוסד וציין כי נוכחותו של מזכיר הישיבה בוועדה הכרחית לצורך רישום טענות התובע ומיצוי זכויותיו בוועדה.

42 דב"ע נד/01-28 ויסמן נ' המוסד לביטוח לאומי, פדע-אור.  
43 שם.

לדעת משרד מבקר המדינה, באשר לטענה שאין אפשרות מעשית לנהל את הוועדה ללא נוכחות מזכיר ישיבה, מצייין משרד מבקר המדינה כי במכונים בבית לוינשטיין ובמרכז הרפואי ע"ש חיים שיבה, תל השומר, נערכים עבור המוסד אבחונים בוועדות רפואיות ללא נוכחות מזכיר ישיבה, ורישום טענות התובע מתבצע על ידי רופא הוועדה. באשר לטענה שנוכחות המזכיר בחדר בשעת הבדיקה הרפואית איננה פוגעת בפרטיות הנבדק מכיוון שהבדיקות הרפואיות עצמן מתבצעות מאחרי פרגוד. לדעת משרד מבקר המדינה אין הדבר כך שכן, הבדיקה הרפואית כוללת גם את תיאור הליקויים הפיזיים או הנפשיים שמהם סובל התובע, הנסיבות שבגינן נגרמו, והמגבלות שהליקויים גורמים לו. פרשנות זו של המונח בדיקה עולה בקנה אחד עם תכליתן של התקנות שנועדו להבטיח את צנעת הפרט ואת פרטיותו של התובע ולשמור על כבודו.

אשר לטענה כי תפקיד מזכיר הישיבה לפעול למיצוי זכויותיו של הנבדק כאמור בתשובת המוסד דלעיל - מעיר משרד מבקר המדינה כי עלול להיווצר מצב של ניגוד עניינים בין היות מזכיר הישיבה עובד המוסד מחד גיסא לבין ייעודו כנטען בתשובת המוסד מאידך גיסא.

כעולה מהדין, מן הראוי שהכלל יהיה שישתתפו בישיבת הוועדה הרפואית רק חברי הוועדה, התובע ומלווי הנוכחים בהסכמתו, ולא ישתתפו בה מזכיר או כל אדם אחר, וזאת על מנת להבטיח את צנעת הפרט של התובע ושמירת כבודו. אם המוסד רואה חשיבות בנוכחות מזכיר הישיבה במהלך האבחון הרפואי עליו ליזום מהלך לשינוי התקנות.

2. זימון התובע 14 יום לפני האבחון הרפואי: על פי תקנות ביטוח נכות כללית, על המוסד לשלוח הזמנה לתובע לשם קביעת אחוז נכותו הרפואית 14 ימים לפחות לפני המועד שנקבע לאבחון הרפואי, אלא אם כן הסכים התובע להתייצב לבדיקה ללא הזמנה כאמור או בתוך פרק זמן קצר מזה<sup>44</sup>. נוהל המוסד קובע כי יש לתעד את הסכמת התובע בתיק התביעה. אי-עמידת המוסד בדרישות האמורות בעניין זה עלולה לגרום לביטולי דיונים, לפגיעה בזכותו של התובע להיערכות נאותה לקראת התייצבותו לאבחון הרפואי ולהארכת משך הטיפול בתביעה.

משרד מבקר המדינה בדק באמצעות מדגם א' אם המוסד עמד בסף הזמן של 14 ימים<sup>45</sup>, ואם לאו - אם התקבלה לכך הסכמת התובע והיא תועדה כנדרש בתיק התביעה. במדגם נכללו 149 תביעות ובהן 211 זימונים; מתוכן התאפשרה בדיקתן של 122 תביעות ובהן 182 זימונים<sup>46</sup>.

מנתוני המדגם עלה כי בכ-37% מתיקי התביעה, שכללו כ-32% מכלל הזימונים שנבדקו, מספר הימים בין מועד משלוח הזימון לתובע ובין מועד האבחון הרפואי היה קטן מ-14 ימים, בלי שהסכמת התובע לכך, אם ניתנה, תועדה כנדרש. במקרים אלה לא ניתן לאמת אם נשמרה זכותו של התובע להיערכות נאותה לקראת התייצבותו לאבחון הרפואי לצורך קביעת אחוז נכותו הרפואית.

3. זכות הטיעון והזכות לקבלת התייחסות: על פי נוהלי המוסד, על התובע לציין בטופס התביעה פרטים על הנכות, ולצרף מסמכים המעידים על כך. עוד נקבע בנוהלי המוסד כי באבחון רפואי, כאשר הבדיקה הרפואית מתבצעת בנוכחות התובע, על הוועדה הרפואית לשמוע מפי התובע את כל טענותיו ואלה חייבות להירשם כלשונן בטופס האבחון הרפואי, המשמש גם

44 יצוין כי הזמנת התובע וקבלת הסכמתו יכולים להיעשות גם באמצעות הטלפון.

45 זימונים אלה כללו את הזימון לדיון הראשון ואת הזימון לדיון השני, אם היה כזה.

46 18 תיקי תביעה טופלו במסלול ירוק, וב-12 מהם היה חסר טופס זימון; בתשעה תיקי תביעה נוספים היו חסרים 11 טופסי זימון.

לצורך רישום פרוטוקול. עוד מחייב נוהל המוסד כי בפרוטוקול, במסגרת סיכום ממצאי הבדיקה, יתייחס הרופא בנימוקי הקבלה או הדחייה של התביעה לכל טענות התובע - אלה שפורטו בטופס התביעה ואלה שנרשמו בטופס האבחון הרפואי (להלן - כל טענות התובע). נוהלי המוסד גם קובעים שיש לכתוב "את הסיכום והמסקנות... בהמשך לממצאי הבדיקה... להקפיד למלא בכתב יד ברור [ההדגשה במקור] את הסיכום".

התייחסות למסמכים הרפואיים ולכל טענות התובע היא נדבך בבניית האמון של התובע במערכת הקובעת את זכאותו, והוכחה לכך שאלה היו מונחים לפנייה בעת קבלת החלטתה. על כן חשוב שהתובע יוכל להיווכח ולהשתכנע כי בעלי התפקידים המעורבים בהליך התייחסו לכל טענותיו ולמסמכי הרפואיים. האמצעי לכך הוא רישום ברור ומוכן לכול בטופס האבחון הרפואי (פרוטוקול) של כל טענות התובע, ורישום מפורט של כל המסמכים הרפואיים שהגיש התובע.<sup>47</sup>

נמצא כי בכ-34% מכלל תיקי מדגם א' לא הייתה התייחסות בפרוטוקול, במסגרת סיכום ממצאי הבדיקה, לכל טענות התובע; בכ-21% מכלל תיקי מדגם א' לא ניתן להבין מסיכום ממצאי הבדיקה אם הייתה התייחסות לכל טענות התובע, בשל כתב יד לא ברור או ניסוח בלשון הרפואה. עוד נמצא כי בכ-84% מכלל תיקי מדגם א' לא פורטו בטופס האבחון הרפואי כל המסמכים וחוות הדעת שעמדו לרשות הוועדה וכלולים בתיק התביעה.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 מסר המוסד כי אין כיום דרך לקשר בין כל טענה לסעיף בפרוטוקול או ליצור רשימת מסמכים וחוות דעת שיעמדו לרשות הוועדה הרפואית וכלולים בתביעה. המוסד אף ציין כי הדרך היחידה להתגבר על קשיים אלה היא על ידי מערכת מחשב רפאל. המוסד הוסיף כי בגלל חשיבות הנושא הוא קיים שלוש בדיקות שונות (שתי בדיקות באמצעות רופאים מטעם הלשכה הרפואית ובדיקה נוספת באמצעות מנהלי תחום של נכות כללית), ומצא כי בלמעלה מכ-94% מהתיקים שנבדקו על ידם ניתנה התייחסות לטענות התובע.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המוסד לפעול, הן בדרך של הסברה בקרב הרופאים והן באמצעות בקרה נאותה, לתקוף הליקויים הנוגעים להיעדר התייחסות לטענות התובע, וזאת ללא תלות ביישום פרויקט מערכת המחשב רפאל. עוד מעיר משרד מבקר המדינה למוסד כי עליו לבחון אם אמנם ההתייחסות לטענות התובע נכתבת בשפה המובנת לכול, ולא רק לבעלי הסמכה רפואית, כפי שעשה המוסד.

4. רישום ניהול התיק: תקנה 9 לתקנות ביטוח נכות כללית קובעת כי "החלטת רופא מוסמך בדבר אחוז נכות רפואית תהיה בכתב ויצורפו אליה הממצאים והנימוקים". נושא זה אף נדון בכמה פסקי דין בעניין תובעי קצבת נכות מעבודה. לדוגמה, בית המשפט קבע כי "ההנמקה צריכה שתהיה כזאת, שממנה למד לא רק רופא אחר את מהלך המחשבה שהביא להחלטה, אלא שגם בית הדין יוכל לעשות זאת ולעמוד על כך, אם הוועדה נתנה פירוש נכון לחוק..."<sup>48</sup>; ובפסק דין

47 ראו טופס אבחון רפואי סעיף ז' "ממצאי הבדיקה הנוכחית וסיכום כללי"; בעניין חובת ההנמקה - ראו דב"ע נד/01-154 לבל נ' המוסד לביטוח לאומי, פד"ע כז 474; בעניין הבהירות הנדרשת בהצגת ההנמקות להחלטה - ראו דב"ע מג/01-1356 לביא נ' המוסד לביטוח לאומי, פד"ע יז 130 וגם דב"ע שם/01-1694 מלמד נ' המוסד לביטוח לאומי, פד"ע יג; בעניין חובת התייחסות לחוק רפואיות שהוגשו - ראו דב"ע ל/01-15 בטרמן נ' המוסד לביטוח לאומי, פד"ע ב 147 וראו חובת רישום מסמכים וחוות דעת בטופס אבחון רפואי סעיף ו' "מסמכים וחוות דעת רפואיות העומדים לרשות הרופא/הוועדה"; בעניין הפירוט הנדרש של המבחנים לקביעת אחוזי הנכות - ראו דב"ע לב/01-46 מיכלסון נ' המוסד לביטוח לאומי, פד"ע ג 418; 327.

48 ראו דב"ע מג/01-1356 לביא נ' המוסד לביטוח לאומי, פד"ע יז 130.



אחר נקבע כי "מן הראוי שהחלטת הועדה תהיה ברורה לכל, ללא כל צורך בפרשנות או בהסקת מסקנות"<sup>49</sup>.

משרד מבקר המדינה בדק באמצעות מדגם א' אם הרופא שהחליט בדבר אחוז הנכות הרפואית נימק בפרוטוקול, במסגרת סיכום ממצאי הבדיקה, את החלטתו, ואם, במקרים שהרופא נימק את החלטתו, הנימוק נכתב בלשון ברורה לכול.

בבדיקת כלל תיקי מדגם א' נמצא כי בכ-70% מתיקי התביעה הרופא לא נימק את החלטתו באשר לקביעת אחוז הנכות הרפואית לתובע, ובכ-9% מתיקי תביעה נוספים לא ניתן היה להבין את נימוקיו של הרופא המסכם בשל שימוש בלשון הרפואה שאינה ברורה לכול.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 מסר המוסד כי מתן נימוקי ההחלטות ובהירותם תתאפשר רק לאחר פיתוח מערכת מחשב רפאל. בשלב זה הלשכה הרפואית תכניס את הנושא למערך הבקרה השוטפת שהיא מנהלת לגבי החלטות הרופאים בתחום נכות כללית. רופאים יקבלו משוב אישי במקרים שלא נימקו בהם מספיק או לא נימקו בצורה נכונה את החלטותיהם.

משרד מבקר המדינה מעיר כי הליקויים הנוגעים לבהירות הפרוטוקול, לפירוט טענות התובע וההתייחסות אליהן, ולנימוק ופירוט קביעות הרופאים, עלולים לפגוע בזכותו של התובע לזכות בהתייחסות לטעונו ועלול להיפגע אמונו במערכת הקובעת את זכאותו. על המוסד לפעול בקרב הרופאים לתיקון ליקויים אלה, וזאת ללא תלות ביישום פרויקט מערכת רפאל.

5. ניגוד עניינים: כאמור, בהליך קביעת אחוז נכותו הרפואית של התובע שותפים בין היתר רופא מוסמך או רופא מומחה. רופאים אלה משמשים בעבודתם היומיומית רופאים עצמאיים או רופאים של מוסדות רפואיים.

ככלל, "עובד ציבור עלול להימצא במצב של חשש לניגוד עניינים בעבודתו הציבורית כאשר עניין עליו הוא מופקד בתפקידו הציבורי עלול להתנגש עם עניין אחר שלו או עם תפקיד אחר שהוא ממלא"<sup>50</sup>. היועץ המשפטי לממשלה קבע בהנחיות שני שלבים בעריכת הסדרים למניעת ניגוד עניינים: הראשון - איתור הנושאים שעלול להיווצר בהם ניגוד עניינים בין תפקידו של העובד בשירות הציבורי ובין ענייניו האחרים; השני - מציאת פתרון הולם ל"ניטרולם".

המוסד מצא כי ייתכן שרופאים הדנים בתביעות טיפולו בעבר כתובע או נתנו לו חוות דעת, והדבר יכול ליצור מצב של ניגוד עניינים. כדי להימנע ממצב זה, נקבע בנוהלי המוסד כי רופא העלול להימצא בניגוד עניינים חייב לפסול את עצמו, על הליך האבחון הרפואי להיפסק, ויש צורך לקבוע אבחון על ידי רופא אחר במועד אחר. בטופס האבחון הרפואי יש סעיף המתייחס לנושא ניגוד העניינים, ועל הוועדה הרפואית לציין שם את תשובת התובע לשאלה "האם טופלת/ניתנה לך חו"ד ע"י הרופא/ים". אי-הקפדה של המוסד על מילוי הסעיף הזה בטופס עלול לחדר למעורבים בתהליך, ובכללם הרופאים, כי המוסד אינו מייחס חשיבות לסוגיה זו.

משרד מבקר המדינה בחן באמצעות מדגם א' את שכיחות מילוי סעיף ניגוד העניינים שלעיל בטפסי התביעה.

49 ראו עב"ל 97/10082 שיה נ' המוסד לביטוח לאומי, פד"ע לד 188.  
50 ראו הנחיות היועץ המשפטי לממשלה, "עריכת הסדרים למניעת ניגוד עניינים בשירות המדינה" (הנחיה 1.1555, יוני 2006).

נמצא כי בכ-47% מכלל תיקי מדגם א', הוועדה הרפואית לא מילאה סעיף זה. אי-מילוי סעיף ניגוד העניינים עלול למנוע גילוי מצבים של היכרות מוקדמת בין הרופאים המטפלים בתביעה ובין התובע, ולגרום למראית עין של יחס מוטה כלפי התובע.

### עררים על החלטות של ועדות רפואיות

על פי החוק, תובע שרואה את עצמו נפגע מהחלטת רופא מוסמך בכך שקבע לו אחוז נכות רפואית שאינה מזכה בקצבה, רשאי לערור עליה בפני ועדה רפואית לעררים.

כאמור, בערכאה ראשונה נקבע לתובע אחוז נכותו הרפואית. אי-התייחסות לכלל הטענות של התובע, ושימוש בסעיפי ליקוי שאינם מופיעים ברשימת הליקויים (להלן - ליקוי "מותאם") ובסעיפי ליקוי שמופיעים ברשימת הליקויים אולם חומרת הליקוי אינה תואמת את הליקוי אצל התובע (להלן - ליקוי "חריג")<sup>51</sup>, עלולים לגרום בין היתר לריבוי עררים על קביעת הוועדות ולעומס על מערכת ניהול הוועדות במוסד.

(א) משרד מבקר המדינה בדק<sup>52</sup> באמצעות מדגם ב', שכאמור אינו מדגם מייצג, 41 תיקי תביעה שהטיפול בהם הסתיים בשנת 2008 ושהתובע ערר בהם על קביעת אחוז נכותו הרפואית, את שיעור העררים שהתקבלו, ואת ההשפעות של קבלת הערר על אחוז הנכות הרפואית, ובכלל זה החלטה בערר שהביאה למעבר התובע ממצב של אי-קבלת קצבה למצב של קבלת קצבה (להלן - שינוי משמעותי).

בבדיקה נמצא כי בכ-56% מכלל 41 תיקי התביעה שבמדגם ב' שינו הוועדות הרפואיות לעררים את ההחלטות שהתקבלו בערכאה הראשונה. בכ-96% מהם השינוי היה לטובת התובע: בכ-32% מהם השינוי היה משמעותי; בכ-27% מהם השינוי הביא להעלאת דרגת אי-הכושר להשתכר ולהגדלת קצבת הנכות לתובע. ובכ-41% הנותרים השינוי לא השפיע על דרגת אי-הכושר להשתכר.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 ציין המוסד כי בבקרה שערכה הלשכה הרפואית של המוסד במדגם של 454 תביעות בנכות כללית, שבהם היו 68 עררים, נמצא כי בכ-26% מהעררים הביא הליך הערר לשינוי משמעותי בהחלטת דרג א'.

51 (א) סעיף ליקוי "מותאם": כאשר הליקוי של הנבדק אינו מופיע ברשימת הליקויים, יש לקבוע את אחוז הנכות הרפואי לליקוי לפי סעיף ליקוי "מותאם", כלומר ליקוי אחר, רצוי כזה שמתייחס לאותה מערכת בגוף שבה קיים הליקוי אצל הנבדק. בעניין זה ראו בהרחבה בפרק "ספר הליקויים ורשימת הליקויים" להלן; (ב) סעיף ליקוי "חריג": כאשר הליקוי של הנבדק מופיע ברשימת הליקויים, אולם חומרת הליקוי אצל הנבדק אינה תואמת את אחת מחומרות הליקוי הרשומות בה, יש לקבוע סעיף ליקוי "חריג", כלומר אחוז ביניים בין שתי חומרות הרשומות לאותו הליקוי.

52 משרד מבקר המדינה ביקש לבדוק באמצעות מדגם אס קיים הכולל בין אחוז הנכות הרפואית הנקבעת על ידי הערכאה הראשונה ובין אחוז הנכות הרפואית הנקבעת בוועדות רפואיות לעררים, ואת הסיבות להבדל. בשל חוסר יכולתן של מערכות המחשב של המוסד להבחין בין תיקי תביעה שנדונו בוועדות רפואיות לעררים ובין אלה שנדונו בוועדות לעררים, בחר המוסד למדגם ב' הן תיקי תביעה שהוגש בהם ערר לוועדות רפואיות לעררים והן תיקי תביעה שהוגש בהם ערר לוועדות לעררים. משום כך לא התאפשר למשרד מבקר המדינה לגבש מדגם מייצג שניתן להסיק ממנו מסקנות בעלות תוקף סטטיסטי לאוכלוסיית העררים כולה.

על אף שלא ניתן לייחס לתוצאות מדגם ב' משמעות סטטיסטית, משרד מבקר המדינה מציין כי ניתוח התיקים שהועמדו לרשותו מצביע על כך שהוועדות הרפואיות לעררים משנות שיעור ניכר של החלטות הערכאה הראשונה. הדבר עולה גם מהבקרה שעשתה הלשכה הרפואית של המוסד. נוכח ממצאים אלה, על המוסד לבחון מהן הסיבות לקבלת העררים על החלטות הוועדות הרפואיות בערכאה ראשונה.

(ב) משרד מבקר המדינה בדק במדגם ב' את הנסיבות ששונו בהן החלטות הערכאה הראשונה. נמצא שכ-83% (19 עררים) מהערערים התקבלו רק על סמך נתונים שכבר עמדו לרשות הערכאה הראשונה, מתוכם 5 עררים התקבלו תוך שימוש שונה מזה שעשתה הערכאה הראשונה בליקויים מותאמים או חריגים; כ-17% (4 עררים) מהעררים התקבלו בשל טענות חדשות שהעלה התובע.

כפי שעולה מהניתוח דלעיל, שיעור העררים על החלטות הערכאה הראשונה שהיה בהם שינוי משמעותי הוא ניכר; עוד עולה שמרביתם מתקבלים רק על סמך נתונים שכבר עמדו לרשות הערכאה הראשונה, ורק מיעוטם בשל טענות חדשות שהעלה התובע. על המוסד לבחון מהן הסיבות לשינויים בהחלטות שמתקבלות בערכאה ראשונה של הוועדות הרפואיות.

## I

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 בהתייחס לממצאי דוח הביקורת, מסר המוסד כי "נושא שיפור העבודה בוועדות הרפואיות נמצא כבר ארבע שנים בראש סדר היום האסטרטגי של המוסד לביטוח לאומי. המוסד דואג למבוטחים ושואף למיצוי זכויותיהם. עם זאת, יש לזכור כי מדובר בארגון גדול בו שינויים במערכות אורכים זמן ודורשים משאבים ניכרים. בנושא הוועדות הרפואיות הוקמו מספר צוותי חשיבה ומופו כל הפרמטרים שבהם נדרש שיפור או תיקון. עבודת הצוותים התמקדה בהיבט השירותי, בהיבט הפיזי ובהיבט החקיקתי. בכל אחד מהיבטים אלו חלו שיפורים, עם רמות הצלחה שונות, שחלקן מותנות בהסכמות עם ועד העובדים. עוד יש לזכור, כי מדובר בוועדות בהיקפים אדירים העוסקות בנושאים רגישים, כשחלק מהעיוכים נובעים מאישיות המבוטח, מסמכים חדשים ותלונות [טענות] חדשות. ... אנו ממשיכים במאמץ לקצר את משך הטיפול בתביעות ובימים אלו אנו מגבשים נוהל עבודה שונה אשר יאפשר להעמיד את המבוטח בפני ועדה רפואית תוך 21 יום מיום הגשת התביעה".

עוד הוסיף המוסד כי מערכת המחשב "רפאל" תביא לפתרון ליקויים רבים המופיעים בדוח הביקורת, ובהם: 1. התייחסות לכל טענות התובע; 2. נימוק החלטות של הרופאים בעת קביעת אחוז הנכות הרפואית; 3. התייחסות לטענות התובע ופירוט של הליקויים שעמדו בבסיס קביעת אחוז הנכות הרפואית; 4. צמצום במספר עצירות דיון; 5. רישום סוג האבחון הרפואי ותוקף הנכות; 6. כתב יד לא קריא.

אמנם המוסד הביא לשיפור איכות השירות הניתן בוועדות הרפואיות, אולם בדיקת משרד מבקר המדינה העלתה כי איכות השירות שהמוסד מספק לתובעים קצבת נכות כללית עדיין לוקה בחסרונות הבאים: משך הטיפול בתביעה ארוך, בחלק ניכר מהמקרים מסיבות שבאחריות המוסד; שיעור גבוה של דיונים בוועדות הרפואיות מתבטל או נעצר ועקב כך נגרמת טרחה מיותרת לתובע, מתארך משך האבחון הרפואי וגדלות העלויות הכספיות של המוסד; לא נעשה די לצמצום מספר הופעותיו של תובע בפני הוועדות; לא תמיד נשמרת צנעת הפרט בוועדות; ההתייחסות לטענות התובע אינה ממצה, ורישום הפרוטוקול אינו נעשה תמיד בהתאם לנדרש על פי התקנות, הפסיקה ונוהלי המוסד - דבר המקשה על תובע להבין את הקשר בין טענותיו ובין קביעת אחוז נכותו הרפואית, ועלול לפגוע ביכולת המוסד לבצע בקרה על ההחלטות המתקבלות.

הוועדות הרפואיות של המוסד משרתות מאות אלפי מבוטחים מדי שנה, חלקם תלויים למחייתם בגמלאות המשולמות על ידי המוסד. חובתו של המוסד לספק לתובעים שירות יעיל וחסכוני, לפעול לצמצום משך הטיפול בתביעותיהם ומספר הפעמים שנדרשים בהם התובעים להתייצב בפני ועדה רפואית, להקפיד על שמירת כבודם וצנעת הפרט שלהם, ולדאוג לכך שטענותיהם תזכינה להתייחסות מקצועית, מנומקת ובהירה.

## ועדות לשיפור השירות במוסד

במהלך השנים העלו ארגוני נכים, חברי כנסת וועדות ציבוריות שונות טענות על תפקוד הוועדות הרפואיות הפועלות במוסד. הטענות נגעו לאופן התנהלותן של הוועדות הרפואיות, למידת מקצועיותן ולאיכות השירות שהן מספקות, והתייחסו למשך ההמתנה הארוך ממועד הגשת תביעה עד קבלת החלטה בעניינה, להטרחה מיותרת של התובעים בזימונים חוזרים לוועדה, ולהיעדר הכשרה מספקת של חברי הוועדות, המוביל לקבלת החלטות שאינן משקפות את מצבו של הנבדק.

נושא שיפור השירות בוועדות הרפואיות נמצא בראש סדר היום של המוסד החל משנת 2005. בשנים 2005-2008 מינה המוסד שתי ועדות לשיפור השירות בוועדות הרפואיות, שהמליצו על שורה של צעדים לשיפור השירות. להלן פירוט המלצות הוועדות שמינה המוסד לשיפור השירות והטיפול שנעשה בהן:

### הוועדה לשיפור השירות

מנכ"ל המוסד דאז, ד"ר יגאל בן שלום, קבע את נושא שיפור השירות בוועדות הרפואיות כאחד היעדים האסטרטגיים של המוסד לשנת 2005. ואכן, במהלך אותה שנה הוא מינה ועדה לקידום שיפור השירות בוועדות הרפואיות, בראשות סמנכ"לית גמלאות, גב' אילנה שרייבמן, ("הוועדה לשיפור השירות"). בוועדה פעלו שלושה צוותי משנה: צוות טכנולוגי, צוות רפואי-מקצועי וצוות תהליכי-ארגוני.

1. בדצמבר 2005 הגישה הוועדה לשיפור השירות דוח מסכם למנכ"ל דאז, ובו פירוט ליקויים בשירות למבוטחים. הליקויים התייחסו לטיב הקשר עם המבוטחים, למשך הטיפול, לסרבול הליכים, לרמת המקצועיות, ולתנאים פיזיים בלתי הולמים בהם פועלות לעתים הוועדות הרפואיות. בדוח המסכם פירטה הוועדה יעדים לשיפור ואמצעים להשגתם.

המינהלה של המוסד<sup>53</sup> עסקה בחלק מהנושאים שבדוח, אולם לא נערך דיון מקיף וממצה בדוח עצמו, בממצאיו ובמסקנותיו, ולא התקבלו במינהלה החלטות לגביהם.

2. לשם השלמת הבדיקה בנדון סקר משרד מבקר המדינה באיוז מידה השיג המוסד את היעדים שהוצבו בדוח הוועדה לשיפור השירות. להלן הממצאים שעלו, נכונים למועד סיום הביקורת, ספטמבר 2009:

(א) כמה מהיעדים שקבעה הוועדה הושגו, ובהם: (1) הפקת סרט הסברה לנבדקים בוועדות הרפואיות; (2) הכשרת מזכירי הישיבות; (3) קיום סדנאות הכנה לנבדקים בוועדות הרפואיות; (4) העלאת שאלות ותשובות שכיחות לאתר האינטרנט של המוסד; (5) הכנת טיוטה של הצעת חוק לחיוב הכשרת הרופאים הפוסקים<sup>54</sup>; (6) קביעת חובה לחברי הוועדה לענווד תגי זיהוי.

(ב) כמה מהיעדים שקבעה הוועדה הושגו באופן חלקי בלבד: (1) הפחתה עד כדי מחצית במספר תלונות הציבור המוצדקות על הוועדות - התלונות פחתו, אולם על פי נתוני המוסד, בשיעור נמוך מ-50%; (2) מתן עדיפות גבוהה לטיפול בתביעותיהם של בעלי מוגבלות קשה ביותר - נקבע נוהל מיוחד לטיפול בהם ("המסלול הירוק"), אולם על פי הממצאים המפורטים לעיל הוא אינו מיושם באופן מלא; (3) הקצאת מרחבים ייעודיים לפעילות הוועדות הרפואיות - על פי מסמכי המוסד, בחמישה מסניפי המוסד עדיין מתקיימות הוועדות הרפואיות בחדרי העבודה של פקידי המוסד.

(ג) באשר לשאר היעדים, בדיקת משרד מבקר המדינה העלתה כי הם לא הושגו כלל. ואלה הם: (1) משך זמן הכנת התביעה לא יעלה על 30 יום; (2) הקמת מערכת מחשב לתמיכה בהחלטות המקצועיות של הוועדות הרפואיות, לשיבוץ בעלי תפקידים בוועדות, ולקבלת מידע רפואי מבתי החולים ומקופות החולים בתקשורת ישירה; (3) הפעלת הוועדות הרפואיות גם בימי שישי והרחבת משך פעילותן בימים א'-ה'; (4) הכשרה ייעודית של עובדים לעבודה חלקית כמזכירי ועדות; (5) החתמת הרופאים הפוסקים על קוד אתי מחייב; (6) הכנת אמנת שירות לרופאים הפוסקים ולמזכירים; (7) מינוי זמני לרופאים פוסקים; (8) הפסקת עבודתם של רופאים פוסקים ומזכירים שאינם מתאימים לעבודה בוועדות; (9) מעקב אחר הסיבות לעררים; (10) הקמת אגף ועדות רפואיות שיבטיח אחידות בתהליכי העבודה, התמצעות, פיקוח ובקרה.

נושא שיפור עבודת הוועדות הרפואיות נמצא מאז שנת 2005 בראש סדר היום של המוסד, והמוסד אף הביא לשיפור בעבודתן. עם זאת, רוב היעדים שהציבה הוועדה לשיפור השירות בשנת 2005, חלקם מהותיים, לא הושגו עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2009.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 מסר המוסד כי חלק מהליקויים המצוינים בדוח זה יבואו לידי שיפור עם שילובן והטמעתן של מערכות מחשב מתקדמות. לדעת המוסד, מערכות אלה יענו על צורכי שיבוץ של בעלי תפקידים בוועדות, יתמכו בהחלטות המקצועיות של הוועדות הרפואיות, יסייעו במעקב אחר הסיבות לעררים וניתוחן, ויאפשרו לקבל באופן מקוון מידע רפואי מקופות החולים ומבתי החולים. עוד ציינ המוסד בתשובתו כי נושא החתמת הרופאים הפוסקים על

53 על פי החוק, המינהלה של המוסד היא הרשות המנהלת והמבצעת של המוסד. חברים בה מנכ"ל המוסד, המשנה למנכ"ל, הסגנים וחשב המוסד.

54 בדצמבר 2009 התקבל בכנסת התיקון לחוק. ראו להלן בתת הפרק "הכשרה והדרכה שוטפת של הרופאים".

קוד אתי מחייב הוכנס לתכנית העבודה של הלשכה הרפואית לשנת 2010, וכי הקוד האתי יכול כללים בנושא מניעת ניגוד עניינים וכללי התנהגות.

משרד מבקר המדינה מציין שהמוסד טרם פיתח חלק ממערכות המחשב שהוא תולה בהן את פתרון חלק מהליקויים. על כן, עד להטמעת מערכות המחשב במוסד, על המוסד לפעול בדרכים חלופיות להשגת היעדים בתחום שיפור השירות.

### צוות לגיבוש תפיסת שירות חדשה בוועדות הרפואיות

באוגוסט 2008 הגיש צוות של המוסד<sup>55</sup>, בראשותה של סמנכ"לית גמלאות, דוח המציג תפיסת שירות חדשה בוועדות הרפואיות במוסד.

הדוח כלל כמה המלצות לשינוי בעבודת הוועדות הרפואיות, ובהן: 1. ריכוז הוועדות בשבעה מרכזים ארציים סמוכים לסניפי המוסד, במקום פריסתן ב-21 מסניפי המוסד, דבר שיאפשר זמינות גבוהה יותר של רופאים; 2. תפעול מרכזי הוועדות הרפואיות על ידי יחידה מינהלית נפרדת, שבה יועסקו מזכירי ישיבה מקצועיים שזוהי עבודתם היחידה, דבר שיביא לשיפור בפן המינהלי של עבודת הוועדות הרפואיות.

כמו כן חזר הצוות על המלצות שכבר בשנת 2005 נתנה הוועדה לשיפור השירות, וכאמור לא יושמו: הפעלת הוועדות הרפואיות בכל שעות העבודה, בניית מערכת מחשב כוללת לוועדות הרפואיות, בחינת רכישת תוכנה לשיבוץ אוטומטי של מזכירי ישיבה ורופאים בוועדות הרפואיות, וריכוז ליום אחד של כל הוועדות שהתובע נזקק להן.

בדוח נקבע כי יבוצע ניסוי חלוץ בסניף אחד של המוסד (סניף רמלה), ובאמצעותו ייבחנו הנחות היסוד שהועלו במסמך וייבדקו ההמלצות שבו, וכי בספטמבר 2008 תושלם תכנית הניסוי. עוד נקבע בדוח שעל מנת להשלים את תהליך השינוי ולפני ביצוע הניסוי בסניף רמלה, יש לקבל את אישור המינהלה וועד העובדים לעקרונות התהליך, ולהגדיר באופן מדויק יותר את מרחבי העבודה הנדרשים לתכנית ואת התקציב הנדרש לכך.

גם במקרה דנן, על אף שאיפה המוצהרת של המוסד לשפר את השירות בוועדות הרפואיות, נכון למועד סיום הביקורת, ספטמבר 2009, טרם החל המוסד בניסוי בסניף רמלה, בין היתר משום שהוא טרם הגיע להסכמות בעניין עם ועד העובדים.

שיפור השירות הוא חשוב וחיוני. אשר על כן, מן הראוי כי ממצאים והמלצות של ועדות שמינתה הנהלת המוסד לעסוק בנושא, יזכו להתייחסות עניינית ומעמיקה מצד הגורם שמינה אותן. מן הראוי שהמוסד ידון במכלול ההמלצות העולות מהדוחות שפורטו לעיל, ויפעל בנחישות ליישומן. שאם לא כן, שורש הבעיה אינו מטופל, לא יחול שיפור בשירות, ועלולה להיפגע תדמית של המוסד ויעילותו.

55 בשנת 2008 מינתה מנכ"לית המוסד, הגב' אסתר דומיניסיני, את הצוות לגיבוש תפיסת השירות.

## אי-תלותן של הוועדות הרפואיות

במהלך השנים עלו חששות לפגיעה באי-תלותן של הוועדות הרפואיות. הטיעונים לחששות היו: המוסד משלם את ההטבות הנובעות מהחלטות הוועדות הרפואיות ויש לו לכאורה עניין למזער את היקף התשלומים; מנגד מעורב המוסד בעבודתן של הוועדות (שיבוץ הרופאים לוועדות, תשלום שכרם, פעילות הוועדות במתקני המוסד ונוכחות מזכיר ישיבה בדיוניהן) - דבר העשוי להשפיע על החלטותיהן. בנוסף לכך מעורב המוסד במינוי הרופאים הפוסקים ובהפסקת עבודתם, כך שיש חשש לפגיעה במידת אי-תלותם במוסד. חשש זה גובר כאשר מדובר ברופאים מוסמכים, שכן מינויים לתפקיד וביטולו תלויים במוסד (בעניין זה ראו להלן). טענות אלה נדונו הן בבית המשפט העליון והן על ידי ועדות בדיקה ציבוריות.

1. בג"ץ קבע כי "הוועדות הרפואיות, הגם שהן מופעלות על-ידי המוסד מן הבחינה הארגונית והתקציבית, אין הן בשר מבשרו ועצם מעצמו של המוסד, אלא גופים סטטוטוריים המוחזקים כעצמאיים, שתפקידם לפסוק בזכויות המבוטחים לפי החוק ולהכריע במחלוקות רפואיות בין המבוטחים לבין המוסד. בכך ממלאות הוועדות תפקיד מעין-שיפוטי מובהק. חבריהן אינם כפופים למרותו של המוסד ואינם חבים לו חובת נאמנות. כפיפותם היא לחוק ולציבור, וחובתם, על-פי הדין, היא לפסוק בשאלות הרפואיות המובאות בפניהם, על-פי אמות מידה מקצועיות וענייניות... על הוועדות הרפואיות, הנדרשות לעתים להכריע בצדקת עמדתן (בשאלה רפואית) של המוסד, מוטלת חובה מוגברת לקיים את אי-תלותן; שכן ההקפדה על אי-תלותן מהווה תנאי חיוני למילוי ייעודן ותפקידן"<sup>56</sup>.

עוד קבע בג"ץ, בהערת אגב, כי ההסדר הנוהג לפי הדין הקיים צופן בחובו קשיים, וכי בנסיבות מסוימות הוא אף מעורר חשש לעיוותים אפשריים. שורש הקשיים והחששות טמון בעירובן הבילתי רצוי של רשויות מינהליות בקביעת הרכביהן וסדרי עבודתן של ועדות רפואיות. עוד נקבע כי הפעלתן התקינה של הוועדות הרפואיות "מותנית בתחולתם של עקרונות יסודיים - כקיום אי-תלותם של חבריה, דרכי מינויים, קביעת סדרי פעולתם וכן מניעתם ממצבים של ניגוד עניינים..."<sup>57</sup>. בג"ץ קבע כי אף על פי שהצורך בעיצובו של הסדר חקיקתי חדש ומתוקן דרוש ואף חיוני, אין הוא מוצא אחיזה מספקת לקביעה שמתכונת הפעולה הקיימת של הוועדות הרפואיות מעמידה את כלל חבריהן בחזקת פסולים מחמת ניגוד עניינים.<sup>58</sup>

2. גם הוועדות הציבוריות השונות שמונו לבדיקת הוועדות הרפואיות במוסד, הן על ידי הממשלה והן על ידי הכנסת, היו ערות לצורך לתת מענה לסוגיית אי-תלותן של הוועדות הרפואיות, ובכלל זה למניעת מראית עין של ניגוד עניינים בעבודתן ולהפחתת תלותם במוסד של הרופאים חברי הוועדות הרפואיות.

להלן כמה מהמלצותיהן של הוועדות הציבוריות: (א) ועדת גולדברג המליצה להקים גוף מיוחד ועצמאי שירכז את נושא הבדיקות הרפואיות של הנכים ויהיה כפוף מנהלית לרשות שיפוטית או להנהלת בתי המשפט או למערכת בתי הדין לעבודה; (ב) ועדת אור-נוי הראשונה המליצה כי בשלב ראשון תוצאנה מהמוסד ועדות הערר של נכות כללית ושל נכות מעבודה, ותוקם לשם כך רשות מינהלית ארצית הכפופה למשרד הבריאות או למשרד המשפטים או למשרד ממשלתי אחר; (ג) ועדת לרון המליצה להשאיר את הוועדות הרפואיות במוסד ולהקים ועדה לקביעת כללים

56 בג"ץ 2874/93 קופטי נ' ביה"ד הארצי לעבודה ואח', פ"ד מח(2) 673, 682.  
57 שם, 685.  
58 שם.

והסדרים לבחירת רופאים ושיבוצם בוועדות הרפואיות; (ד) ועדת אור-נוי השנייה המליצה על מינוי גוף חיצוני מקצועי, כפוף למשרד הבריאות, שיטפל בכל נושא הוועדות הרפואיות במוסד, ושמתפקידו יהיה גם לייעץ להן, לבקר אותן ולפקח עליהן.

הנה כי כן, מתחילת שנות האלפיים המליצו ועדות ציבוריות שונות, שאת חלקן מינתה הממשלה ואת חלקן מינתה ועדה של הכנסת, על צעדים שונים להתמודדות עם הקושי הטמון במעורבותו של המוסד בקביעת הרכבן וסדרי עבודתן של הוועדות הרפואיות. מרביתן של ההמלצות נדונו, חלקן אומצו אך טרם יושמו<sup>59</sup>, ובחלוף עשור, הגורמים הנוגעים בעניין - משרד הרווחה, המוסד, משרד הבריאות - לא נקטו צעדים אלה.

נמצא כי הן הוועדות הציבוריות אשר המליצו על הוצאתן של הוועדות הרפואיות מחוץ למוסד, והן הגופים השונים אשר התנגדו לכך (משרד האוצר והמוסד), בין היתר בשל העלויות הכרוכות בכך, לא בדקו את עלות הוצאתן של הוועדות הרפואיות מחוץ למוסד.

על המשרדים הנוגעים בעניין - משרד הרווחה ומשרד הבריאות - לשקול ליוזם הצעה שתביא לשינוי ההסדר הקיים, בין אם על ידי הוצאת הוועדות הרפואיות מהמוסד ובין בדרך אחרת שתחזק את אי-תלותן. ראוי שבדיקה זו תיעשה על בסיס עבודת מטה סדורה בתוך גיבוש בסיס נתונים נאות לביסוס ההחלטה.

ייתכן כי אף אם החשש לפגיעה באי-תלותן של הוועדות הרפואיות הוא רק למראית עין, הרי שעלולה להיות לה השפעה על אמון הציבור בהליך המתקיים בהן ובמוסד. אמון הציבור ברשויות השלטון הוא מנכסיה החשובים של הרשות השלטונית, ויש ליתן משקל נכבד לשיקולים הבאים לקיים, לשמר ולפתח את תחושת הציבור כי משרתיו אינם אדוניו, וכי הם עושים את מלאכתם למען הציבור, מתוך יושר וניקיון כפיים<sup>60</sup>.

## מינוי, הכשרה, הדרכה, והפסקת עבודה של רופאים

כאמור, רופאים פוסקים מתמנים בידי שר הרווחה ורופאים מוסמכים בידי המוסד. תפקידם של הרופאים לקבוע את אחוז הנכות הרפואית של התובע באופן מקצועי וענייני. לעבודתם יש אפוא השפעה מהותית על זכויות התובעים, ולכן חשוב שרופאים אלה יתאימו לתפקידם, בהיבטי הידע והניסיון הרפואיים ותפיסת השירות לציבור התובעים.

במוסד קיימת כאמור רשימה של רופאים, שבשנת 2008 כללה 1,135 רופאים, מתוכם 560 רופאים פוסקים שמונו על ידי שר הרווחה ו-575 רופאים מוסמכים שמונו על ידי המוסד.

משרד מבקר המדינה בחן את סדרי המינוי, ההכשרה וההדרכה של הרופאים הפוסקים והמוסמכים, את הבקרה על עבודתם ואת הפסקת עבודתם. להלן הממצאים:

59 לעניין תוקף ההמלצות ראו בפרק "הטרחת התובע".  
60 ראו בג"ץ 7074/93 סויסא נ' היועץ המשפטי לממשלה, פ"ד מח (2) 749, 775; בג"ץ 6163/92, 6177/92, אייזנברג ואח' נ' שר הבינוי והשיכון ואח', פ"ד מז(2) 264, 229.



**מינוי רופאים לוועדות הרפואיות**

1. על פי דין, אין הכרח למנות רופא פוסק או רופא מוסמך לכהן בוועדה רפואית בהליך של מכרז<sup>61</sup>. ואולם בתקנות חובת המכרזים, התשנ"ג-1993, נקבע כי גוף ציבורי שהחליט לבצע התקשרות שלא באמצעות מכרז, ינהל את ההליכים לקראת ההתקשרות האמורה "באופן שקוף ככל הניתן בנסיבות העניין, הוגן ושוויוני, המבטיח את מרב היתרונות לגוף הציבורי"<sup>62</sup>. עליו להבטיח מתן הזדמנות שווה להתמודד על המשרה לכל מי שמתאים לדרישותיה, ולבחור במועמד המתאים ביותר<sup>63</sup>.

בהפעילה את שיקול דעתה רשאית רשות מינהלית להסתייע בין היתר בחוות דעת של מומחים<sup>64</sup>. אולם בקבלת החלטותיה עליה להפעיל שיקול דעת עצמאי<sup>65</sup>. שר הרווחה - הרשות המינהלית בענייננו - רשאי אם כן, לצורך הפעלת סמכותו למינוי רופאים פוסקים, להסתייע במידע ובחוות דעת של המוסד, אולם עליו להפעיל שיקול דעת עצמאי, זאת בין היתר על מנת להבטיח את עקרון אי-התלות של הרופאים הפוסקים במוסד.

2. הוועדות הציבוריות התייחסו לאופן המינוי של הרופאים הפוסקים ולצורך בשינוי הליך הבחירה והמינוי שלהם ובקביעת אמות מידה לבחירתם:

ועדת גולדברג וועדת אור-נוי הראשונה המליצו שימונו רופאים בעלי ותק מינימלי של שלוש שנים בתחום מומחיותם, ושהמינוי ייעשה לזמן קצוב שיהיה ניתן להארכה לאחר קבלת דוח בקרה על הרופא. כמו כן המליצו ועדות אלה שהרופאים ייבחרו במכרז שיערך על ידי משרד הבריאות, וימונו על ידי שר הבריאות. ועדת לרון המליצה שתוקם ועדה שתורכב מנציגי משרד הבריאות, משרד הרווחה, ארגוני הנכים והמוסד, ותקבע את הכללים ואת ההסדרים לבחירת הרופאים החברים בוועדות הרפואיות. ועדת אור-נוי השנייה המליצה למנות גוף חיצוני מקצועי (מועצה), שיעץ, יבקר ויפקח בכל הקשור לוועדות הרפואיות במוסד, ויהיה כפוף למשרד הבריאות. במסגרת המועצה תפעל ועדה מייעצת שאחד מתפקידיה יהיה לקבוע כללים למינוי הפוסקים ולהפסקת עבודתם. הדברים האלה מתייחסים לדרכים ולאמות המידה הראויות בבחירת רופאים פוסקים, אך כוחם יפה גם באשר למינויים של הרופאים המוסמכים.

3. בפועל מאתר המוסד רופאים מוסמכים ורופאים פוסקים על סמך היכרות מקצועית בין בעלי תפקידים במוסד ובין הרופאים, או על בסיס פנייה יזומה למוסד של רופא המעוניין בתפקיד. פניית המועמד, בצירוף שתי המלצות מרופא בדרגת מנהל מחלקה או פרופסור, מועברת למנהל הלשכה הרפואית של המוסד או למי מטעמו שאמור לוודא שהמועמד מתאים לתפקיד מבחינה מקצועית-רפואית. כמו כן אמור המוסד לבדוק ולוודא שהמינוי לא מעלה חשש לניגוד עניינים.

61 סעיף 19 לחוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט-1959, קובע חובת מכרז כשמדובר בעובד מדינה, אולם הרופאים הפוסקים אינם עובדי מדינה וכך גם רובם המכריע של הרופאים המוסמכים. כמו כן, סעיף 2(א) לחוק חובת המכרזים, התשנ"ב-1992, קובע חובת מכרז כאשר מדובר בהתקשרות חוזית עם המדינה, אולם בסעיף 3(22) לתקנות חובת מכרזים, התשנ"ג-1993, נקבע פטור למכרז בהתקשרות עם מי שאינו עובד המדינה שעניינה מינוי מומחים רפואיים, ועדות רפואיות, או ועדות לקביעת דרגות נכות.

62 סעיף 1א, תיקון מינואר 2009 שהחליף את תקנה 42 בתקנות; תקנה 42 לתקנות קבעה כי על משרד להעדיף, ככל שמוצדק וסביר בנסיבות העניין, לעשות בדרך של מכרז גם את ההתקשרויות שאפשר לפטור ממכרז או שאינן חייבות במכרז. אמנם התקנות קובעות שורה של חריגים, אולם השימוש בהם צריך שיהיה היוצא מן הכלל ולא כדבר שבשגרה.

63 ראו דוח מיוחד של מבקר המדינה, מינויים פוליטיים ומינויים בלתי תקינים במשרד לאיכות הסביבה, אוגוסט 2004, עמ' 8.

64 בג"ץ 678/88 כפר ורדים נ' שר האוצר, פ"ד מג(2) 501, 507.

65 ש.ם.

בתשובתו מינואר 2010 למשרד מבקר המדינה מסר המוסד כי בנובמבר 2009 פורסם קול קורא בעיתונות לגיוס רופאים פוסקים.

4. אשר לרופאים המוסמכים - אלה נחלקים לשתי קבוצות: (א) רופאים המועסקים כעובדי המוסד בתקן. בחודש ספטמבר 2008 מנתה קבוצה זו 12 רופאים (כולל רופאים העובדים במטה הלשכה הרפואית); (ב) רופאים המועסקים כנותני שירותים ומקבלים תשלום עבור כל דיון של ועדה רפואית שהשתתפו בו. בחודש ספטמבר 2008 מנתה קבוצה זו 309 רופאים.

באוגוסט 2009 הכין המוסד טיוטה של מכרז לאספקת שירותי ייעוץ רפואי למוסד, בין היתר לתפקיד רופא מוסמך. בטיטת המכרז נקבעו תנאי הסף והותק הנדרשים לתפקיד, ונקבעה תקופת הכשרה של חודש טרם המינוי למי שיזכו במכרז. במועד סיום הביקורת, ספטמבר 2009, טרם עבר המכרז את אישור הלשכה המשפטית וחשב המוסד.

לדעת משרד מבקר המדינה, מכרז הוא דרך ראויה לגיוס ולמינוי רופאים מוסמכים, ומן הראוי שהמשרד ימשיך לקדם את הליך הכנת המכרז ופרסומו.

### הכשרה והדרכה שוטפת של הרופאים

כאמור, תפקידו של הרופא בוועדה הוא לקבוע את אחוז נכותו הרפואית של הנבדק בהתאם ליכולתו לתפקד, ועל כן הוא נדרש למיומנות מקצועית-רפואית מתאימה, להכרת הצדדים המשפטיים והאתיים הנוגעים לעבודת הוועדות הרפואיות, ולידע בנושאים מינהליים הנוגעים לעבודת הוועדות הרפואיות.

בפועל אין המוסד מכשיר את הרופאים הפוסקים. לטענת המוסד, הסיבה לכך היא החשש, ואפילו למראית עין, שבהיותו בעל עניין תהיה לו השפעה בלתי הוגנת על הרופא הפוסק<sup>66</sup>. גם משרד הרווחה, או מי מטעמו, אינו מכשיר ומדריך את הרופאים הפוסקים.

1. אמנם בשנים 2007 ו-2008 נערכו ביוזמת המוסד קורסים במסגרת אוניברסיטאית, שנועדו לרופאים המעוניינים לשמש כרופאים פוסקים ולרופאים פוסקים פעילים, אולם ההשתתפות בקורסים היא וולונטרית ולקחו בהם חלק רק עשרה רופאים פוסקים. במקביל הוביל המוסד משנת 2005 יוזמה להצעת תיקון החוק כך שתנאי למינוי רופא פוסק יהיה השתתפותו בתכנית הכשרה על פי כללים שיקבע שר הבריאות. בדצמבר 2009 התקבל בכנסת התיקון לחוק.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 מסר שר הרווחה כי הוא רואה בתיקון זה של החוק חשיבות רבה וכי יפקח כי תיקון זה אכן ייושם. המוסד מצדו, בתשובתו מינואר 2010, ציין כי הוא פועל ליישום החוק.

אשר לרופאים המוסמכים - המוסד עורך להם הליך הכשרה לפני תחילת עבודתם, הכולל מסירת תדריך לרופא וליווי של רופא מוסמך במשך כחודשיים.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המוסד לשקול לקבוע גם לרופאים המוסמכים תכנית הכשרה בדומה לזו שתיקבע לרופאים הפוסקים, ולהתנות גם את מינויים של רופאים מוסמכים בהשתתפות בה.

66 דוח מסכם של "הצוות לגיבוש נוהלי עבודה לשכה משפטית - גמלאות" מספטמבר 2008.

2. הידע בתחומים שעוסקים בהם הרופאים בוועדות הרפואיות מתעדכן תדיר. כמו כן עשויים הרופאים להיתקל במהלך עבודתם בסוגיות אתיות ומשפטיות ייחודיות לעבודתם בוועדה. מכאן, שפרט להכשרה הראשונית של הרופאים יש צורך גם בהדרכה שוטפת שלהם על חידושים בפסיקה, תיקוני חקיקה, חידושים בעולם הרפואה ושינויים בנוהלי עבודת הוועדות. ועדת גולדברג, ועדת אור-נוי הראשונה וועדת אור-נוי השנייה עמדו על הצורך בהדרכת הרופאים הפוסקים והמשך השתלמותם המקצועית, והמליצו להסדיר את הנושא שלא במסגרת המוסד.

(א) הדרכה שוטפת של הרופאים הפוסקים: כאמור, המוסד נמנע מלהדריך ולהנחות את הרופאים הפוסקים, בשל היותו צד להתדיינות בפני הוועדה הרפואית.

בשונה מהמצב הקיים במוסד, גופים אחרים המקיימים ועדות רפואיות מצאו את הדרך לקיים הדרכה שוטפת של הרופאים הפוסקים:

במשרד הביטחון מונה יועץ משפטי, שכפוף מקצועית ליועץ המשפטי של המשרד ומינהלית לממונה על הוועדות הרפואיות במשרד, ותפקידו בין היתר לעדכן את הרופאים חברי הוועדות בכל פסיקה חדשה הנוגעת לעבודתם, ולתת להם ייעוץ משפטי במענה לפניותיהם. כמו כן, הממונה על הוועדות הרפואיות במשרד הביטחון מקיים הדרכות וימי עיון לרופאים.

במשרד הבריאות יוזם הממונה על הוועדות ימי עיון לחברי ועדות הניידות. יצוין כי משרד הבריאות אינו צד בוועדות הרפואיות הנערכות במסגרתו, ואינו נושא בתוצאות הכספיות של פסיקותיהן, ולפיכך אין בכך חשש לפגיעה באי-תלותן.

לדעת מבקר המדינה, מן הראוי ששר הרווחה או מי מטעמו יסדירו את נושא ההדרכה השוטפת לרופאים הפוסקים ואת עדכונם בנושאים הנוגעים לעבודתם בוועדה הרפואית. ראוי גם שהדבר ייעשה ללא מעורבות המוסד.

(ב) הדרכה שוטפת של הרופאים המוסמכים: המוסד מקיים הדרכה לרופאים המוסמכים באמצעות תדריכים כתובים, חוזרים והנחיות המופצים על ידי הסניפים. ואולם, לדעת הלשכה הרפואית, כפי שפרסמה במסמך מספטמבר 2008, הדרכה זו אינה מספקת.

נוכח האמור לעיל, מן הראוי שהמוסד יקיים תכנית הדרכה סדורות לרופאים המוסמכים, ובמסגרתן יעדכן אותם בנושאים הנוגעים לעבודתם כחברי ועדה רפואית.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 ציין המוסד כי הלשכה הרפואית של המוסד מאמצת את ההמלצה לקיים תכנית הדרכה סדורה לרופאים המוסמכים, וכי נושא זה כלול בתכנית העבודה שלה לשנת 2010.

### בקרה על עבודת הרופאים הפוסקים

בקרה נחוצה לצורך איתור כשלים או בעיות בעבודה, להפקת לקחים וליישומם במערך העבודה. עם זאת, חשוב לשמור על אי-תלותם של הרופאים הפוסקים ולשלול מראית עין של השפעת המוסד עליהם. שר הרווחה הוא הממנה את הרופאים הפוסקים, ומתוקף כך בסמכותו גם לקיים בקרה על טיב עבודתם. את הרופאים המוסמכים ממנה המוסד, ועל כן בסמכות המוסד לקיים בקרה על עבודתם.

הוועדות הציבוריות התייחסו לבקרה על עבודתם של הרופאים הפוסקים: ועדת גולדברג המליצה כי תקוים בקרה על פעילות חברי הוועדות הרפואיות; ועדת אור-נוי הראשונה המליצה כי רופא פוסק

ימונה לזמן קצוב, וניתן יהיה להאריכו לאחר קבלת דוח על עבודתו, כלומר שייעשו על עבודתו מעקב ובקרה.

המוסד עורך בדיקות של עבודת הרופאים הפוסקים, אולם אינו מעביר את תוצאות הבדיקות לידיעתם של הרופאים הפוסקים ואינו פועל ליישום הלקחים העולים מהבדיקות, וזאת כדי למנוע פגיעה באי-התלות של הרופאים הפוסקים במוסד. שר הרווחה מצדו אינו מקיים בקרה עצמאית על עבודת הרופאים הפוסקים. מכאן שלא נעשית בקרה אפקטיבית על עבודת הרופאים הפוסקים.

בתשובתו למבקר המדינה מנובמבר 2009 ציין שר הרווחה כי "המוסד, באמצעות הלשכה הרפואית שלו, שם לעצמו כמטרה להגביר הפיקוח על עבודתם של הפוסקים. בהתאם, חלק ניכר מפרוטוקולי הוועדות הרפואיות מועבר ללשכה הרפואית לשם בחינת התנהלותה של הוועדה, ניתוח מהלכיה והסקת מסקנות בהתאם".

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי שר הרווחה או מי מטעמו במשרד הרווחה יקיימו בקרה שוטפת על עבודת הרופאים הפוסקים, וזאת לצורך איתור כשלים ובעיות בעבודתם והפקת לקחים לשיפור. מן הראוי שהמוסד לא יהיה מעורב במערך הבקרה, על מנת להבטיח את מעמדם כפוסקים בלתי תלויים.

### הפסקת עבודת הרופאים הפוסקים

בסעיף 14 לחוק הפרשנות, התשמ"א-1981, נקבע כי הסמכה למנות - משמעה גם הסמכה להתלות את תוקפו של המינוי, לבטלו, לפטר את מי שנתמנה או להשעותו מתפקידו. עולה אפוא שלשר הרווחה נתונה גם הסמכות להפסיק עבודה של רופא פוסק. לדעת משרד מבקר המדינה, משיקולים של מניעת שרירותיות ואפליה, ולמען שקיפות ומינהל תקין, ראוי שהסמכות תופעל על פי כללים ואמות מידה שהשר יקבע.

1. מבדיקת משרד מבקר המדינה עלה כי משרד הרווחה לא קבע כללים המסדירים את התנאים או את אמות המידה להפסקת כהונתם של הרופאים הפוסקים.

גם עלה כי הפסקת כהונתם של רופאים פוסקים נעשית לעתים קרובות ביוזמת המוסד ועל פי שיקוליו. כך, במהלך שנת 2007 הפסיק המוסד, ביוזמתו ועל דעת עצמו, את עבודתם של רופאים פוסקים שעברו את גיל ה-80; בשנים 2007-2009 צמצם המוסד את מספר הרופאים הפוסקים בני 80 ומעלה מ-37 ל-3.

2. בישיבה שהתקיימה אצל שר הרווחה באוגוסט 2007, בהשתתפות נציגים מהמוסד, קבע השר כי יש לעגן בתקנות דרכים להפסקת עבודה של רופא פוסק. בדיון נוסף שנערך אצל שר הרווחה בינואר 2008, בהשתתפות נציגים מהמוסד ומההסתדרות הרפואית, ציין מנכ"ל המוסד דאז כי חלק מהכשלים בוועדות הרפואיות נובע מגילם הגבוה של הרופאים הפוסקים, וכי יש לקבוע מנגנון להחלפת רופאים מבוגרים שתפקודם יורד. בתום הדיון קבע שר הרווחה כי מנכ"ל המוסד ומנכ"ל ההסתדרות הרפואית יסכמו נהלים חדשים להפסקת עבודתם של רופאים פוסקים המגיעים לגיל 80, ושהנושא ידווח לשר. עוד קבע השר כי תיערך עבודת מטה לבדיקת תפקוד רופאי הוועדות שטרם מלאו להם 80.

נמצא כי עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2009, לא המליץ מנכ"ל המוסד לשר הרווחה על נהלים להפסקת עבודתם של רופאים פוסקים שהגיעו לגיל 80, ולא נערכה עבודת מטה לבדיקת תפקוד הרופאים שטרם הגיעו לגיל 80.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 ציין המוסד כי גיבש נהלים להפסקת עבודתם של רופאים פוסקים ויעבירם לאישורו של שר הרווחה, ושר הרווחה מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 כי לאחר שהנהלים יאושרו על ידו תיקבע הדרך לוודא כי הם אכן נשמרים.

מהאמור לעיל עולה כי המוסד פעל בעצמו להפסקת כהונתם של הרופאים הפוסקים; בכך נפגעת השמירה על אי-תלות הוועדות שבהן חברים רופאים פוסקים.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי ששר הרווחה או מי מטעמו יקבעו כללים ומנגנונים למינוי הרופאים הפוסקים ולהפסקת עבודתם, להכשרתם והדרכתם, ולבקרה על עבודתם, על מנת להבטיח את תקינות עבודתם ואי-תלותם של הרופאים הפוסקים ולשמור על ההפרדה בין עבודתם בוועדות למוסד.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 מסר שר הרווחה כי הוא מקבל עקרונית את המלצת משרד מבקר המדינה בדבר הצורך במעורבותו המוגברת בקביעת כללים לעניין מינוי, הכשרה והדרכה של הרופאים הפוסקים, הבקרה עליהם והפסקת עבודתם. עוד מסר השר כי בכוונתו לבחון בצורה רצינית ומעמיקה בנייה, יחד עם המוסד, של מנגנון לעניין זה, שיגבש כללים מסודרים לבחינת כשירותם של המועמדים לתפקיד, וימליץ בפני השר על המועמדים המתאימים ביותר. בנוסף תיבחן האפשרות כי מנגנון זה יהיה אחראי גם לביצוע הנהלים בעניין הפסקת עבודת הרופאים הפוסקים. עוד מסר שר הרווחה כי רפורמות מסוימות בעניין נתקלו בעבר בהתנגדות עזה של נציגי ההסתדרות הרפואית אשר לעתים היוותה מעצור של ממש לפעילויות אלו.

ההסתדרות הרפואית מסרה בתגובתה מדצמבר 2009 כי הפסקת העבודה של רופאים מעל גיל 80 על ידי המוסד נעשתה באופן גורף, וכי נושא גילם של הרופאים אינו שיקול מן העניין בבחינת תפקודו של רופא, ועל כן היא התנגדה למהלך זה של המוסד. ההסתדרות הרפואית סבורה כי ראוי שהפסקת עבודת רופאים תעשה באופן מסודר ועל פי כללים שיקבע שר הרווחה בשיתופה.

משרד מבקר המדינה מעיר כי על הגורמים השונים לפעול לקביעת כללים ומנגנונים כאמור לעיל חרף המחלוקות הקיימות ביניהם.

## ספר הליקויים ורשימת הליקויים

"ספר הליקויים" הוא התוספת לתקנות נכות מעבודה, שבה מפורטים ליקויים, פגימות ומחלות מקצוע, שבגינם ניתן להקנות זכאות לקצבת נכות מעבודה. ספר הליקויים נקבע על ידי שר הרווחה בהתייעצות עם שר הבריאות. "רשימת הליקויים" כוללת שורה של ליקויים ופגימות שעל פיהם נקבעת אחוז הנכות הרפואית לתובע קצבת נכות כללית, והיא מבוססת על ספר הליקויים. רשימת

הליקויים נקבעת על ידי שר הרווחה. שר הרווחה מביא את הצעותיו לתיקון ספר הליקויים<sup>67</sup> לאישור מועצת המוסד, שבראשה הוא עומד<sup>68</sup>, ומתפקידה בין היתר לייעץ לשר הרווחה בבואו להתקין תקנות מכח החוק.

הידע הרפואי הולך ורב במהירות, ועם הזמן נחקרים ונלמדים מחלות וליקויים גופניים ונפשיים חדשים; שינויי תפיסה והמצאת עזרים ופתרונות רפואיים עשויים לשנות את השפעת הליקויים הרפואיים על היכולת להשתכר. על כן יש צורך לעדכן את ספר הליקויים כדי שישקף את הידע הרפואי העדכני, על מנת שהחלטות של הוועדות הרפואיות יתאימו באופן הנאמן ביותר למצבו הרפואי של התובע, ובכך תימנע פגיעה בזכויות התובע.

1. ספר הליקויים של המוסד נקבע לראשונה בשנת 1956 ועודכן לאחרונה באורח מקיף בשנת 1970<sup>69</sup>. בשנים 1992 ו-1996 תוקנו סעיפי הליקויים הנוגעים בכושר הראייה<sup>70</sup>; בשנת 1997 תוקנו סעיפי הליקויים הנוגעים בסכרת, במצבים שאחרי כריתת צלעות או שברים בצלעות, באף, בחך ובמיתרי הקול והקנה<sup>71</sup>; ובשנת 2008 נוספו סעיפי ליקוי הנוגעים בכשל חיסוני נרכש (איידס), בלחץ דם נמוך, בעורף משקל והשמנת יתר, בלב לב ובאין-אונות<sup>72</sup>.

פרט לתיקונים שצוינו לעיל, חסרים בספר הליקויים ליקויים ופגימות שהתגלו או הוגדרו על ידי מדע הרפואה מאז העדכון המקיף האחרון, ולעומת זאת כלולים בו ליקויים ופגימות שהטיפול בהם התקדם, וכיום פגיעתם חמורה פחות מהקבוע בספר הליקויים.

2. עקב אי-עדכניותו של ספר הליקויים נדרשות לעתים הוועדות, הן בתחום נכות מעבודה<sup>73</sup> והן בתחום נכות כללית<sup>74</sup>, לעשות שימוש בסעיפי ליקוי שאינם משקפים במדויק את מצבם הרפואי של התובעים, אך קרובים לכך ככל האפשר, כמפורט להלן:

(א) סעיף ליקוי "חריג": כאשר הליקוי של התובע מופיע בספר הליקויים, אולם חומרת הליקוי אצל התובע אינה תואמת את אחת מחומרות הליקוי הרשומות בה, יש לקבוע סעיף ליקוי "חריג", כלומר אחוז ביניים בין שתי חומרות הרשומות לאותו הליקוי.

(ב) סעיף ליקוי "מותאם": כאשר הליקוי של התובע אינו מופיע בספר הליקויים, יש לקבוע את אחוז הנכות לליקוי לפי סעיף ליקוי "מותאם", כלומר ליקוי אחר, רצוי ליקוי המתייחס לאותה מערכת בגוף שהתובע לוקה בה.

בשנת 2008 עשה המוסד סימולציה לבחינת השפעותיהם של שינויים שהציע בתחום של הליקויים הנפשיים<sup>75</sup>. ממצאי הסימולציה הצביעו על שימוש בסעיף ליקוי "מותאם" לכ-5% מהאוכלוסייה שנבדקה בנכות כללית.

- 67 כאמור "רשימת הליקויים" מתבססת ברובה על "ספר הליקויים"; האמור בפרק זה לגבי ספר הליקויים נכון גם לרשימת הליקויים.
- 68 במועצת המוסד חברים נציגי משרדי הממשלה, העובדים, המעבידים, העצמאיים, ארגוני נשים, מומחים שמונו על ידי שר הרווחה, ועוד.
- 69 תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) (תיקון), התש"ל-1970.
- 70 תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) (תיקון), התשנ"ב-1992, ותקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) (תיקון), התשנ"ו-1996.
- 71 תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) (תיקון), התשנ"ח-1997.
- 72 תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) (תיקון), התשס"ח-2008.
- 73 ראו סעיף 14(ב) לתקנות נכות מעבודה.
- 74 ראו סעיף 4 לתקנות ביטוח נכות כללית.
- 75 סעיפים 33 ו-34 בספר הליקויים.

לעומת זאת, מניתוח ממצאי מדגם א' עלה כי בכ-52% מכלל תיקי התביעה השתמשו הרופאים המוסמכים בסעיפי ליקוי לא מעודכנים: בכ-32% מתיקי התביעה - הם השתמשו בסעיף ליקוי "מותאם"; בכ-17% - הם השתמשו בסעיף ליקוי "חריג"; ובכ-3% - הם השתמשו גם בסעיף ליקוי "חריג" וגם בסעיף ליקוי "מותאם".

שימוש בסעיפי ליקוי לא מעודכנים מותיר מרחב גדול לשיקול דעת הרופא המוסמך בקביעת אחוז הנכות הרפואית, ועלול לפגוע באחידות ובשוויוניות של ההחלטות, ולגרום לחוסר ודאות אצל התובעים בדבר זכאותם. כמו כן גורם הדבר לקושי בבקרת תקינות ההחלטות.<sup>76</sup>

3. הצורך בעדכון ספר הליקויים עלה במוסד עוד בסוף שנות התשעים של המאה העשרים. הוועדות שעסקו בשיפור השירות בשנים 2005 ו-2008 עמדו גם הן על הצורך בעדכון ספר הליקויים, וקבעו כי אחת הבעיות המקצועיות בעבודת הוועדות הרפואיות היא העובדה שספר הליקויים אינו כולל מחלות חדשות ושאחוזי הנכות המוגדרים בספר אינם מתאימים לימינו וכי הדבר גורם לפגיעה בתובעים.

יצוין כי בשנת 2000 הכין המוסד הצעה לתיקון מקיף ויסודי של ספר הליקויים ("הספר הלבן"), אולם ההצעה לא הבשילה לכדי מימוש. בשנת 2003 מינה שר הרווחה דאז, מר שלמה בניזרי, ועדה ציבורית לתיקון ספר הליקויים, בראשות השופט בדימוס מר חנוך אריאל (להלן - ועדת אריאל), ובאוקטובר 2005 היא הגישה לשר הרווחה דאז את המלצותיה<sup>77</sup>. בשל אילוצים הקשורים לעמידה בלוח זמנים החליטה ועדת אריאל לצמצם את היקף הבדיקה של ספר הליקויים ולהסתפק בבדיקת נושאים מוגדרים שנראו לה חשובים ודחופים יותר.

ועדת אריאל סברה כי בעתיד, לאחר שהמוסד יגבש הצעה מנומקת ומבוססת על ידי מומחים, יהיה מקום לדון בהצעותיו לשינוי ספר הליקויים. עוד סברה הוועדה כי הדרך הנכונה והיעילה לפעול היא לא לנסות לטפל בספר הליקויים בכללותו, אלא לדון מדי פעם בפעם באחד מפרקי, ולשם כך למנות ועדה ציבורית שתפעל באופן שוטף.

בישיבת מועצת המוסד מחודש ינואר 2008 העלה שר הרווחה את דוח ועדת אריאל לדיון במועצת המוסד וביקש מהמינהלה של המוסד לעשות עבודה מטה מסודרת ולהציע מנגנון מסודר לעדכון ספר הליקויים.

בדצמבר 2008 החליטה מנכ"לית המוסד כי ספר הליקויים האמריקאי<sup>78</sup> ישמש בסיס לספר הליקויים הישראלי, וכי תיעשה פנייה לכל הארגונים השותפים לגיבוש הספר בבקשה שיביעו את עמדתם על החלטת סעיפי ספר הליקויים האמריקאי בתחום בו הם מתמחים. עוד הוחלט כי מנהל הלשכה הרפואית יגיש עד לסוף אותו חודש תכנית עבודה מקיפה הכוללת מתווה פעולה לשינויי כל הסעיפים, לפי סדרי עדיפויות ולוחות זמנים.

76 בהקשר של קביעת אחוז נכות רפואית תוך כדי סטייה מסעיפי ליקוי מוגדרים, ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 56 (2006), בפרק "תשלום גמלאות למוגבלים בניידות", עמ' 911.

77 "דוח הוועדה הציבורית לתיקון מבחני הליקויים הרפואיים לפי חוק הביטוח הלאומי".

78 מדובר בספר של ה-American Medical Association בשם "Permanent Impairment, מהדורה שישית, 2008. הספר בשימוש בארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד ועוד.

מכל האמור לעיל עולה כי המוסד ושרי הרווחה היו מודעים מזה זמן רב לצורך בעדכון מקיף ויסודי של ספר הליקויים. למרות זאת הם לא מימשו את הצורך הזה, ובכך נפגעה יכולת הוועדות הרפואיות לקבל החלטות המשקפות באופן הנאמן ביותר את מצבו הרפואי של התובע, ועלולות להיפגע זכויותיו. מן הראוי ששר הרווחה והמוסד יביאו בהקדם לעדכון מקיף ויסודי של ספר הליקויים, כך שיותאם למציאות הרפואית הנוכחית.

המוסד מסר בתשובותיו מנובמבר 2009 ומינואר 2010 למשרד מבקר המדינה כי הלשכה הרפואית הכינה תכנית עבודה כוללת לשנת 2010 המתווה פעולה לעדכון ספר הליקויים כולל לוחות זמנים, וכי נכון לינואר 2010 הוקמו 14 ועדות מקצועיות בתחומי רפואה שונים, המורכבות מנציגי האיגודים הרפואיים ונציגי המוסד, העוסקות בעדכון ספר הליקויים.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2009 מסר שר הרווחה כי הוא הוציא את דוח ועדת אריאל מהקפאה ויזם עבודת מטה שהגיעה לשיאה בהחלטת מועצת המוסד לביטוח לאומי לאמץ את הדוח, אך לאחרונה צומצמה באופן ניכר עבודת המטה בעניין עדכון ספר הליקויים, בשל סכסוך בין המוסד וההסתדרות הרפואית, איתה מנסה המוסד לקדם את עדכון ספר הליקויים, בנוגע לשכרם של רופאי המוסד.

ההסתדרות הרפואית מסרה בתשובתה למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2009 כי עקב הידרדרות ביחסי העבודה בינה ובין המוסד נוצר ביניהם נתק המשפיע על עדכון ספר הליקויים.

לדעת משרד מבקר המדינה ראוי כי שר הרווחה, המוסד וגורמים אחרים יתעלו מעל המחלוקות ביניהם בנושאים שאינם ממין העניין, ויפעלו לעדכון ספר הליקויים כאמור לעיל.

## מערכות מחשב לניהול הוועדות הרפואיות

כאמור, המוסד מקיים מדי שנה כ-360,000 דיונים בתביעות לקבלת קצבאות. ניהולן של תביעות אלה מחייב שימוש במערכות מחשב, בין היתר לצורך קביעת תורים, רישום החלטות הרופאים, מעקב אחר הטיפול המינהלי והרפואי, ופיקוח ובקרה עליו.

במוסד פועלות שתי מערכות מחשב עיקריות לניהול הוועדות הרפואיות: מערכת מחשב "ועד" המשרתת את הוועדות בתחום הנכות מעבודה, ומערכת מחשב "ועדות נכות" המשרתת את הוועדות בתחום הנכות הכללית. זה שנים שהמוסד נוהג לסרוק את תיקי המבוטחים למאגר ממוחשב של תיקי תביעה.

1. נמצא כי מערכות המחשב הקיימות אינן תומכות בתהליך הניהול של הוועדות הרפואיות ובתהליך המקצועי של עבודתן. על פי מסמכים שבמוסד, היעדר מערכות מחשב תומכות תהליכים גורם לבעיות משמעותיות בניהול הוועדות הרפואיות, כגון: בזבוז משאבי אנוש; סרבול תהליך איסוף המידע הרלוונטי לתובע; קושי לגלות ולתקן טעויות של הוועדות הרפואיות; קושי בקריאה ובהבנה של הנתונים בתביעה; וחשש לכפל תשלומים לנותני שירותים. על פי מסמכים אלה, מערכת המחשב הנוכחית מספקת אפשרות מוגבלת בלבד לבקרה, ניתוח נתונים והפקת לקחים ותובנות הן מעבודת הרופאים והן מתפקודו של הצוות המינהלי, וזאת עקב מגבלות טכנולוגיות של מערכת המחשב.



2. כבר בספטמבר 2002 הגישה הלשכה הרפואית למינהלה של המוסד הצעה למיכון ההליכים הרפואיים. באוקטובר 2002 אישרה המינהלה את הפרויקט. בשנים 2003-2004 אפיין המוסד "מערכת תהליכים רפואיים - מערכת רפאל - לניהול ועדות רפואיות" (להלן - מערכת רפאל); האפיון נעשה על ידי מינהל המחשוב של המוסד (להלן - תמ"מ), באמצעות יועץ חיצוני.

על פי מסמכי האפיון של המערכת, שנועדה לתמוך בניהול הוועדות הרפואיות בכל תחומי הגמלאות, יעדיה העיקריים היו: שיפור השירות לתובעים באמצעות התייעלות וקיצור תהליכים; שיפור עבודת הוועדות ובקרה לשם מניעת טעויות; צמצום כמות הערעורים על החלטות בערכאה ראשונה ובערכאת הערר; התייעלות וצמצום עלויות.

בתחילת שנת 2005 אישר מנכ"ל המוסד דאז לפתח את המערכת באמצעות ספק חיצוני, בשילוב של שניים עד שלושה מעובדי תמ"מ שיהיו אחראים להמשך תחזוקת המערכת.

לצורך קבלת שירותי פיתוח תכנה נוהג המוסד לפנות לחברות מתוך מאגר חברות תכנה שזכו במכרז מסגרת מטעמו. במאי 2005 בחר המוסד באחת מהחברות שבמאגר (להלן - החברה) לפיתוח המערכת. על פי לוח הזמנים שנקבע הייתה המערכת אמורה להיות מוכנה עד מאי 2006 ולפעול החל מיוני 2006; סיום שלב ההדרכה וההטמעה נקבע למאי 2007. היקף החוזה עם החברה היה כ-4.7 מיליון ש"ח (ללא מע"מ).

בפועל עבדה החברה כחודשיים על הפרויקט עד שנאלצה להפסיק את עבודתה בשל התנגדות ועד העובדים של המוסד בשלב ה"היערכות לפיתוח"; במרץ 2006 סיכמו מנכ"ל המוסד ומנכ"ל החברה על הפסקת הפרויקט. המוסד שילם לחברה 2.7 מיליון ש"ח (ללא מע"מ).

בנוסף לזנן הכספי הישיר, היעדרן של מערכות מחשב תומכות פוגע ביכולתו של המוסד ליישם תכניות לשיפור פעולתן של הוועדות הרפואיות ולשדרג את השירות הניתן למבוטחיו.

המוסד, שר הרווחה וועד העובדים מסרו בתשובותיהם כי בדצמבר 2009 נחתם הסכם קיבוצי עם ועד העובדים, ובמסגרתו הוסכם על קידום הכנסתה לשימוש של מערכת רפאל, וכי הלשכה הרפואית תפעל לפיתוח המערכת בשנת 2010.

## סיכום

מדינת ישראל מעניקה לנכים זכויות שונות המעוגנות בחוק. הזכאות לזכויות הנכים נקבעת בהתבסס על החלטותיהן של ועדות רפואיות. המוסד לביטוח לאומי אחראי להיבטים המינהליים של הפעלת הוועדות הרפואיות, בתחום של נכות מעבודה ובתחום של נכות כללית. גוף ציבורי האחראי למתן שירותים לאזרח מחויב לספק לו שירות יעיל, שוויוני, איכותי וללא משוא פנים. כל זאת אגב הקפדה על הטרחה מזערית, ושמירת הכבוד והזכות לפרטיות של האזרח. איכות השירות ויעילותו מקבלות משנה חשיבות כאשר מדובר בציבור חלש, השרוי במצוקה ותלוי מבחינה כלכלית במימוש הזכויות הכספיות מהמוסד.

נושא שיפור עבודת הוועדות הרפואיות נמצא מאז שנת 2005 בראש סדר היום של המוסד, והמוסד אף הביא לשיפור בעבודתן: בנוגע לאיכות השירות הניתן לתובעים הוכנו סרטי הסברה ונערכה הדרכת התובעים בסניפי המוסד טרם קיום הוועדה הרפואית, הוקצו מרחבים ייעודיים לפעילות הוועדות בחלק ניכר מסניפי המוסד, והוחל בהסדרת הליכי הגיוס וההכשרה של הרופאים. עם זאת, ממצאי הביקורת מצביעים על ליקויים של ממש באיכות השירות שמספק המוסד לתובעים קצבאות נכות, ובהם התמשכות הטיפול, הטרחת התובע, ופגיעה בזכויותיו ובפרטיותו. ליקויים עלו גם בכל הנוגע להליכי ההדרכה של רופאים בוועדות הרפואיות והבקרה עליהם. ליקויים מהותיים עלו גם בכל הקשור ליכולתן של מערכות המחשב הקיימות במוסד לסייע לניהול הוועדות הרפואיות. כמו כן נוכח מעורבותן של המוסד בקביעת הרכבן וסדרי עבודתן של הוועדות הרפואיות עולה חשש, ולו גם למראית עין, לפגיעה באי-תלותן של הוועדות הרפואיות.

על אף השיפור שהושג, על שר הרווחה והשירותים החברתיים ועל המוסד לביטוח לאומי לפעול לצמצום משך הטיפול בתביעה, למנוע את הטרחת התובע, לשמור על צנעת הפרט ועל כבודו, תוך יישום תכניות לשיפור פעולתן של הוועדות הרפואיות ולשדרוג השירות הניתן לתובעים קצבאות נכות. זאת ועוד, על המוסד לפעול באופן נמרץ ליישום החלטותיו לגייס את הרופאים בצורה שוויונית ושקופה, ולהבטיח את הכשרתם והדרכתם. כמו כן על שר הרווחה לתת את דעתו לסוגיית הפגיעה באי-תלותן, ולו גם למראית העין, של הוועדות הרפואיות. לבסוף, על שר הרווחה לפעול במרץ לעדכון ספר הליקויים בהתאם להתפתחות מדע הרפואה לשם מניעת פגיעה בזכויות התובעים.