

בהמלצות הדוח באה לידי ביטוי ההכרה בתועלתן של תכניות השיקום הן מהבחינה הרפואית (הפחתת התחלואה והתמותה, שיפור הרווחה הנפשית ואיכות החיים) והן מהבחינה הכלכלית, והן אומצו בידי המשרד ובידי המועצה הלאומית למניעה וטיפול במחלות לב וכלי דם.

הביקורת העלתה, שאין במשרד קריטריונים מחייבים להכרה במכונים לשיקום לב. מכונים כאלה אינם חייבים לקבל תעודת רישום מהמשרד, ובמשרד אין רשימה של המוסדות לשיקום לב הפועלים בארץ. רק באוגוסט 2001 הוציא המשרד טיוטות של נוהל אחיד לרישום מכונים לשיקום חולי לב. לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שהמשרד יזרז את הוצאת הנוהל, ובד בבד יקים מערכת בקרה ואבטחת איכות שתפקח על המכונים האלה.



על המדינה לעשות כל מאמץ לאפשר לבעלי מוגבלות למצות את מלוא הפוטנציאל השיקומי שלהם. הביקורת העלתה ליקויים רבים וחמורים בתחום האשפוז השיקומי, העלולים לפגוע בשיקומם של מי שזקוקים לשיקום, באמון הציבור בקופות החולים ובפיקוח של משרד הבריאות על שירותים אלה.

על משרד הבריאות לפעול לפריסה הולמת של מיטות האשפוז השיקומי בארץ, ולוודא שקופות החולים יאשפזו מבוטחים בעלי פוטנציאל שיקומי אך ורק במוסדות רפואיים מורשים המתאימים לטיפול בהם. כמו כן, עליו לפעול לפתרון המחסור בבעלי מקצועות פרה-רפואיים במחלקות השיקום, ולקדם את החקיקה המגדירה מקצועות אלה.

על משרד הבריאות וקופות החולים לבחון בהקדם את כלל צורכי השיקום של אוכלוסיית בעלי המוגבלות בארץ לטווח הקצר ולטווח הארוך, לתכנן את השירותים הרפואיים שיספקו צרכים אלה ולפעול לשיפור המערך השיקומי במדינה, כדי להבטיח שבעלי מוגבלות יקבלו טיפול הולם, שיגדיל את סיכוייהם להשתלב בחברה ובעבודה.

לא למותר לציין, כי אכן משרד הבריאות וקופות החולים פועלים במגבלות תקציב. אולם בתחום השיקום, "חיסכון" בטווח הקצר עלול להגדיל עלויות כלכליות עתידיות, שכן חולה פחות "משוקם" עלותו לקופת הציבור לאורך זמן גבוהה יותר, ויוצא שכרה של הקופה הציבורית בהפסדה.

שיקום חולי נפש בקהילה

בשנת 1998 בדק משרד מבקר המדינה את נושא שיקום חולי הנפש בקהילה וממצאי הבדיקה פורסמו בדוח שנתי 49, עמ' 135 (להלן - הביקורת הקודמת). בחודשים אוגוסט-אוקטובר 2001, לסירוגין, עשה משרד מבקר המדינה מעקב בנושא. המעקב נעשה בשירות לבריאות הנפש (להלן - השירות) שבמשרד הבריאות, ובירורים נעשו בקופות החולים שירותי בריאות כללית (להלן - קופת חולים כללית), מכבי שירותי בריאות (להלן - קופת חולים מכבי), מאוחדת ולאומית.

שירותי מרפאה

משרד הבריאות מצהיר זה שנים אחד מעקרונות היסוד של מדיניות הטיפול בחולי הנפש הוא להעביר את מרכז הכובד של הטיפול לקהילה ולשלבו עם שירותי רווחה, חינוך ושיכון. הדעה הרווחת בקרב פסיכיאטרים ופסיכולוגים היא שטיפול מתאים בחולי נפש בקהילה מונע לעתים קרובות אשפוז בבתי חולים. לפי תפיסתם, האשפוז נועד לטפל במחלת הנפש של המאושפז, ולא לספק לו מקום מגורים, והמטרה היא שלאחר תקופת המשבר יחזור החולה ככל האפשר לחיי שגרה תקינים בקהילה. לכן, יש לצמצם ככל האפשר את שהייתם של חולי הנפש בבתי החולים ולהגדיל את אפשרויות הטיפול והשיקום בקהילה.

1. הטיפול הרפואי לחולי נפש בקהילה ניתן בעיקר בכ-60 מרפאות שמשרד הבריאות מפעיל ישירות, ב-19 מרפאות של קופת חולים כללית, וכן באמצעות שירותים פסיכיאטריים שמספקות הקופות האחרות. מטרת שירותי המרפאה לאפשר לחולה לקבל טיפול ולהישאר במסגרת הקהילה.

(א) לפי הערכת משרד הבריאות מדצמבר 2001, שמבוססת על מדידים מקובלים בחו"ל, מספר האנשים הזקוקים לטיפול במרפאות הוא יותר מ-180,000. אולם, לפי הנתונים שבידי השירות (הנוגעים רק ל-50 מרפאות שבקהילה), טופלו במרפאות אלה בשנים 1998 ו-2000 רק 38,500 ו-43,500 (בהתאמה) נפגעי נפש.

(ב) לדברי קופת חולים לאומית, "המרפאות הקהילתיות הציבוריות עמוסות לעייפה, תורי ההמתנה ארוכים מאד ואין אפשרות לספק טיפול או התייחסות מקצועית נאותה בפרקי זמן סבירים". גם לדברי קופת חולים מאוחדת "לשירות המרפאת, הניתן רובו ככולו במרפאות משרד הבריאות וקופת חולים כללית, נגישות וזמינות נמוכים מאד".

(ג) באזורים אחדים פריסת שירותי המרפאה אינה מספקת ואינה מאפשרת לספק שירותים אלה לכל מי שזקוק להם. כך, למשל, בעיר אשדוד, שבה כ-200,000 תושבים, יש רק מרפאת מבוגרים אחת של קופת חולים כללית, הנותנת שירותים רק למבוטחיה. מבוטחי הקופות האחרות נאלצים להיטלטל למרפאת בית החולים הממשלתי ברזילי באשקלון כדי לקבל שם טיפול פסיכיאטרי. גם באזור השרון הדרומי פועלות מרפאות קהילתיות של קופת חולים כללית בלבד, והשירות למבוטחי הקופות האחרות ניתן תמורת תשלום שלעיתים אינו מוחזר.

בתשובתו מדצמבר 2001 למשרד מבקר המדינה מסר משרד הבריאות, כי לצורך שיפור שירותי המרפאה יוקצה מימון מהסכום שהוקצה למשרד "במסגרת הרחבת סל השירותים לשנת 2002", וכי במשך חמש השנים הבאות יועברו למרפאות עוד 150 תקנים. עם זאת, לדעת הסמנכ"ל הבכיר למינהל ולמשאבי אנוש של משרד הבריאות, "גם לאחר שנצליח לממש כוונתנו זאת, למול תחזיות ביקורים במרפאות הקהילתיות, יהא צורך בתוספת משמעותית נוספת בכח אדם".

2. בביקורת הקודמת הועלה, שבשנת 1997 הפסיק משרד הבריאות לממן את הפעילות של מרכז לביקורי בית בקהילה באזור ראשון לציון, והרשות המקומית המשיכה להפעילו, באופן חלקי בלבד. המרכז, שקם ביוזמת משרד הבריאות ופעל כעשר שנים, נועד לטפל בחולים בעלי בעיות נפשיות שהפסיקו לבקר במרפאות, לטפל בחולים שנקלעו למשבר ולאפשר גם לחולים שמחלתם קשה לקבל טיפול מתאים בלי להינתק מהקהילה. השירות הסביר בשעתו, כי בעקבות הניסיון שהצטבר בראשון לציון הוא בודק הפעלת מוקדי חירום "בפריסה ארצית" שיעסיקו צוותים מקצועיים, ובעת הצורך יגיעו לבית החולה.

מהמעקב עולה, שלא נוספו מוקדי חירום במקומות אחרים. ראש השירות הסביר, כי בגלל מגבלות של כוח אדם, ביקורי בית סדירים נעשים רק במקרי חירום, אף שביקורים כאלה יכלו לצמצם את מספר האשפוזים.

שירותי שיקום בקהילה

1. בשנת 1997 מינה מנכ"ל משרד הבריאות ועדה בין-משרדית, ובשנת 1998 מינה עוד אחת, שתיהן, בראשותו של פרופ' מרדכי שני, מנכ"ל משרד הבריאות לשעבר, המכהן כמנהל המרכז הרפואי ע"ש שיבא (להלן - יו"ר הוועדה). בעקבות עבודתן של שתי הוועדות, שבחנו את הנושא של קליטת חולי הנפש בקהילה, חתמו בספטמבר 1998 מנכ"ל משרד הבריאות באותה עת, יו"ר הוועדה ונציג משרד האוצר על הסכם בדבר "שיקום ושילוב מטופלי נפש בקהילה" (להלן - התכנית).

התכנית הגדירה "סל שיקום" לחולי נפש - דיור מוגן, תעסוקה מוגנת או מועדון חברתי. אולם היא היתה חלקית וניסיונית ונועדה אך למעטים מקרב חולי הנפש הזקוקים לשירותי שיקום (כ-1,900 בלבד מבין עשרות אלפים). התכנית נועדה גם לבחון ולהעריך את מלוא הצרכים והתקציבים הנדרשים לשיקום כלל חולי הנפש בקהילה.

מהמעקב עולה, שעדיין יש קושי בהערכה סבירה של הצרכים. אין מידע מדויק בדבר מספר חולי הנפש בקהילה הזקוקים למידה זו או אחרת של סיוע בשיקומם, ולא ידוע כמה מהם נזקקים לאחת מתכניות השיקום, כגון דיור מוגן או תעסוקה מוגנת או מועדון חברתי, וכמה מהם זקוקים לשילוב של כמה תכניות שיקום בקהילה.

השירות ביקש לקבל נתונים על החולים האמורים, בין היתר, ממחקרים המבוססים על מידע שנמצא במוסד לביטוח לאומי. התברר, שנכתבו רק מעט מחקרים כאלה, וכתבת תוצאותיהם נמצאת בשלבים מתקדמים. השירות הבהיר למשרד מבקר המדינה, שעקב מגבלות משפטיות בנוגע לצנעת הפרט לא נמסרו פרטים על נכי הנפש שרשומים במוסד לביטוח לאומי, ולכן לא נעשו המחקרים במתכונת המתוכננת, שנועדה לכלול את נכי הנפש ששיעור נכותם 40% ויותר.

בתכנית צוין, שהמגמה היא שחולי נפש כרוניים¹⁴ יהיו בבתי חולים כל עוד מצבם קשה, ולאחר מכן יועברו לפי הצורך למוסדות סיעוד, לבתי אבות, להוסטלים או לדיור מוגן. חולים עצמאיים או עצמאיים חלקית יוכלו לחזור לבתיהם. למרות זאת, לפי נתוני השירות, בסוף שנת 2001 עדיין היו מאושפזים 2,144 חולים; כמחציתם במצב לא קשה.

2. לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי, כ-41,000 חולי נפש בני 18-65 הוכרו כנכים בשיעור 40% ויותר¹⁵, ולדעת השירות, סביר שרובם זקוקים לשיקום. אולם לפי נתוני השירות, בשנת 2001 קיבלו רק כ-8,000 מהם שירותי שיקום שונים (אחד או יותר): כ-3,500 חולי נפש התגוררו בדיור מוגן ובהוסטלים, כ-3,000 הועסקו במסגרות שיקום תעסוקתי, וכ-3,100 השתתפו בפעילות במועדונים חברתיים. יוצא אפוא, שרק מעטים מנכי הנפש המתגוררים בקהילה מקבלים שירותים במסגרות שירותי השיקום.

14 לפי הגדרה מקצועית, חולה נפש כרוני הוא חולה נפש המאושפז יותר משנה.

15 "נכי נפש" - חולי נפש המוכרים כנכים לצורך חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995.

3. בעקבות פעילות ועדה נוספת שמינה מנכ"ל משרד הבריאות בנובמבר 2000 "לתכנון פריסת שירותים אשפוזיים ואמבולטוריים בבריאות הנפש", חתמו ביולי 2001 משרדי האוצר והבריאות ויו"ר הוועדה על הסכם נוסף. בהסכם פורטו, תקציבי השיקום עד שנת 2005, ונאמר בו, בין היתר, שיעשה צמצום הדרגתי של מספר מיטות האשפוז בבתי החולים לחולי נפש, ושעובדי בתי החולים שיתפנו עקב כך יועסקו בטיפול ובישיקום בקהילה. כמו כן נקבע בהסכם פרק הזמן שיידרש כדי להעביר מרפאות מבתי החולים לקהילה.

4. בינואר 2001 נכנס לתוקף חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000 (להלן - חוק השיקום). מטרת החוק "לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו". החוק מקנה זכאות לסל שיקום במבנה דומה לזה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הזכאות היא לשירותים שונים בתחומים כגון תעסוקה, דיור, השלמת השכלה, חברה ופנאי, תחום משפחות, טיפול שיניים ותיאום טיפול, כמפורט בתוספת לחוק. על פי החוק יוקמו תשע ועדות אזוריות לקביעת תכנית פרטנית לכל אדם שנמצא זכאי, על פי הקריטריונים המפורטים בחוק, וזקוק לתכנית שיקום. על הוועדות לקיים מעקב פרטני אחר יישום החלטותיהן ואחר התאמתן למצב המשתקמים לאורך זמן.

במעקב נמצא, כי חלו עיכובים ביישום חוק השיקום. להלן דוגמאות: מתשובת לשכת היועץ המשפטי של משרד הבריאות מנובמבר 2001 עולה, כי טרם הוסמכו רופאים לקביעת נכות רפואית בשל הפרעה נפשית, וטרם מונו ועדות שיקום אזוריות. מתשובת קופת חולים לאומית עולה, כי לדעתה מימוש החוק הוא בעייתי "בין אם בדרך להגשת מועמדים לוועדת הסל, ובין אם בליווי החולה למימוש". לדבריה "מתאמי השיקום אינם עומדים בעומס ואילו העובדים הסוציאליים בשירותי הרווחה אינם מוכנים ליטול על עצמם את המשימה".

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מסר משרד הבריאות, כי להערכתו עד סוף 2002 ימומשו כל סעיפי החוק.

יצוין, כי חוק השיקום אינו נותן פתרון לבעיית חולי הנפש שלא הוכרו כבעלי נכות של 40% לפחות, ואשר עקב מחלתם אינם יכולים לתפקד כראוי.

האחריות למתן השירותים

1. עד 1.1.95, מועד החלות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - חוק ביטוח בריאות) נתנה המדינה את שירותי הבריאות המפורטים בתוספת השלישית לחוק, וקופות החולים נתנו את השירותים המפורטים בתוספת השנייה לחוק. בתוספת השלישית מפורטים גם השירותים בתחום בריאות הנפש, ובהם: סל שירותים בתחום האשפוז; וכן סל שירותים אמבולטוריים, ובו גם שירותי טיפול ושיקום. עם זאת, שירותים מסוימים בתחום בריאות הנפש, ובהם גם טיפולים פסיכיאטריים וטיפול פסיכולוגיים שיקומיים, מפורטים גם בתוספת השנייה לחוק, שכאמור, מפרטת את השירותים שבאחריות קופות החולים.

בחוק ביטוח בריאות נקבע, כי עד שיועברו לקופות החולים כל שירותי הבריאות שנתנה המדינה לפרט לפני החלתו, כמפורט בתוספת השלישית, ייתן משרד הבריאות את אותם השירותים בין בעצמו ובין באמצעות נותני שירותים.

במאי 1995 פורסם צו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספת השנייה והשלישית לחוק), התשנ"ה-1995, ובו נקבע כי מ-1.6.95 יועברו חלק משירותי בריאות הנפש בתחום האשפוז ובתחום המרפאתי ממשרד הבריאות לקופות החולים. במשך שנת 1995 דנו קופות החולים ומשרד הבריאות

בהסדרים למימון ההוצאה שתוטל על קופות החולים בגין העברה זו. בפועל, לא הועברו השירותים של בריאות הנפש לקופות החולים, ובאוקטובר 1996 בוטל הצו¹⁶.

2. באוגוסט 2001 מינה מנכ"ל משרד הבריאות עוד ועדה ל"גיבוש התפיסה לארגון שירותי הבריאות המרפאתיים בבריאות הנפש" אף היא בראשות מנכ"ל משרד הבריאות לשעבר. הוועדה התבקשה לעשות מיפוי של הצרכים בכל הנוגע לשירותי מרפאה, בהתחשב בגידול הצפוי בביקוש לשירותים אלה; להציע כיצד יועבר נושא בריאות הנפש (למעט התמכרויות) לאחריות קופות החולים; להציע הצעה לסל הבריאות ולשיטת החישוב של הסכום שיועבר לקופות החולים, ולהסדרת הנושא עם משרדים ממשלתיים אחרים כמשרדי החינוך והעבודה והרווחה.

לדעת יו"ר הוועדה, שיפור ממשי בטיפול בחולי נפש יהיה רק אם האחיות לטיפול תופקד בידי קופות החולים. לדבריו, המחלוקת הקשה עם קופות החולים על עניין המימון אינה מאפשרת מתן שירות הולם לחולים. לדעתו, את הטיפול בחולי נפש יש להתחיל במרפאת הרופא הראשוני¹⁷, ותסייע בידו מערכת ייעוץ מקצועי כנדרש. יו"ר הוועדה מסר למשרד מבקר המדינה כי הוועדה החלה ללמוד את הנושא, וכי להערכתו תמונה ברורה תהיה רק באמצע 2002.

3. בנובמבר 2001 השיבה קופת חולים כללית למשרד מבקר המדינה, כי רק עם קבלת תקציב מתאים היא תוכל לקבל לאחריותה את נושא בריאות הנפש, וכי לפי שעה משרד הבריאות מסרב להעביר לה "תקציב לשירותי המימון והשירותים המרפאתיים הניתנים במתקניה".

קופת חולים מכבי הסבירה למשרד מבקר המדינה באותו חודש, כי "בעיית הטיפול בחולי נפש, חלוקת האחריות, הסמכויות והתקציבים בין המדינה ומוסדותיה לבין קופות החולים לא הוסדרה מעולם, ולכן נוצרת בעיה קשה במתן השירות בכלל והטיפול המרפאתי בפרט, נוצרים עיוותים מקצועיים בין הקופות ואי שיוויון בטיפול באזרחי המדינה". מכבי הוסיפה כי "בפועל מתבצעת העברה 'זוחלת' בה המדינה מעבירה לקופות אחריות לאספקת שירותי בריאות הנפש ללא תחיקה וללא העברה תקציבית" בדרכים שונות, והדבר בא לידי ביטוי ב"עלייה משמעותית בהוצאות הקופה בשנים האחרונות". קופת חולים מכבי הביעה נכונות ל"הטות שכס במאמץ לטפל בחולי נפש", אך התנתה זאת במתן תקציבים מתאימים.

בנובמבר 2001 השיבה קופת חולים מאוחדת למשרד מבקר המדינה, כי "יש לחסום את מהלך ההעברה לקופות. עד שתיעשה עבודת הכנה יסודית ומעמיקה". מנכ"ל הקופה ביקש באוקטובר 2001 משרד הבריאות ש"הגוף הבדוק יהיה גוף חיצוני, בעל יכולת ניתוח כלכלית מוכחת אשר יוכל להמליץ המלצותיו באורח מאוזן ביותר וללא משוא פנים".

בתשובתה של קופת חולים לאומית למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2001 נכתב, כי "על פניו נראה, שמה שעומד להיות מוצע יעמיד את הקופה בגירעון צפוי של 25 מיליון ש"ח לשנה מן ההתחלה. העברה בתנאים אלה תאלץ את הקופה מראש לא לעמוד בתנאים המקצועיים הדרושים".

עד דצמבר 2001, מועד סיכום המעקב, לא הושגה הסכמה בין קופות החולים לבין משרדי האוצר והבריאות בעניין העברת האחריות לקופות החולים. מן האמור לעיל עולה כי הנושא רחוק מלהיות מוסדר, והפיצול ואי-הבהירות בחלוקת האחריות לטיפול בחולי הנפש עדיין קיימים.

16 בעניין זה ראו גם דוח שנתי מס' 48, עמ' 159.

17 בדרך כלל רופא משפחה או רופא ילדים.



בשנים האחרונות העלה משרד הבריאות את נושא הטיפול בחולי נפש על סדר יומו, וגם נחקק חוק לשיקום נכי נפש בקהילה. עם זאת, על משרד הבריאות, בין שירות ובין באמצעות קופות החולים, לשפר את זמינותם ואת איכותם של שירותי המרפאה הניתנים לחולי הנפש. עליו לסיים את היערכותו למימוש זכותם של נכי נפש רבים ככל האפשר לקבלת סל שיקום מתאים. הכרחי גם שיגיע להסכמה עם קופות החולים בדבר הדרך למתן טיפול הולם לחולי הנפש ובדבר הסכומים הנדרשים לכך.

מכשירי שיקום וניידות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), קובע כי שירותי הבריאות יינתנו על פי סל שירותי בריאות. הסל כולל גם מכשירים שמשרד הבריאות משתתף במימנם, כנקבע בתוספת השלישית לחוק. בשנת 1995 קבע המשרד "נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות במשרד הבריאות" (להלן - הנוהל)¹⁸. הנוהל עוסק במכשירים הניתנים באמצעות לשכות הבריאות - כגון כיסאות גלגלים המופעלים ידנית ומכשירי שמיעה לילדים ולנוער - ובמכשירים נוספים הניתנים רק לאוכלוסייה המשוחררת מתשלום - כמו למשל הליכוניס רגילים¹⁹.

הטיפול בנושא מכשירי שיקום וניידות נעשה בעיקר באמצעות שני גופים במשרד הבריאות: שירותי בריאות הציבור (להלן - שב"צ) באמצעות לשכות הבריאות²⁰; והמחלקה לפיזיותרפיה.

בחודשים יולי-ספטמבר 2001, לסירוגין, עשה משרד מבקר המדינה במשרד הבריאות ביקורת על טיפולו של המשרד ברכישת מכשירי שיקום וניידות. בדיקות פרטניות נעשו בארבע לשכות בריאות של המשרד - לשכת הבריאות המחוזית בתל אביב, לשכת הבריאות הנפתית ברחובות במחוז המרכז, ולשכות הבריאות הנפתיות בעכו ובעפולה (להלן - לשכת יזרעאל) במחוז הצפון.

הגורמים המטפלים במכשירי שיקום וניידות

אזרח הזקוק למכשיר שיקום או למכשיר ניידות המפורטים בתוספת השלישית לחוק (להלן - המבקש), יכול לפנות - בעצמו או באמצעות גופים אחרים, כמו קופת החולים שהוא מבוטח בה - ללשכת הבריאות באזור מגוריו, בבקשה להשתתפות משרד הבריאות במימון רכישת המכשיר²¹.

הבקשה מטופלת בלשכת הבריאות בידי צוות מקצועי. הצוות מוסמך לאשר מכשירי שיקום וניידות מסוימים, כמו כיסאות גלגלים המופעלים ידנית ומכשירי שמיעה; בקשה למכשיר שהצוות אינו מוסמך לאשר מועברת לדיון בוועדת החריגים. בעיקר אמור הדבר במכשירי שיקום ממונעים, כמו כיסאות גלגלים ממונעים ומיטות עם מנגנון הפעלה חשמלי; המבקש זכאי לערער על ההחלטה, וערעורו מופנה אל ועדת החריגים; אם התקבלה הבקשה, יקבל המבקש את המכשיר בהשאלה

18 הנוהל הוא נוסח מעודכן של הנוהל שנקבע בשנת 1984.

19 משרד הבריאות מסר את הטיפול במכשירי שיקום מסוימים - כגון גפיים תותבות - לחברה פרטית, והיא אחראית להדרכה, לפיקוח, למעקב ולאספקת המכשירים. נושא זה לא נבדק.

20 חלק קטן מהפניות מטופלות באמצעות מרכז השיקום במרכז הרפואי ע"ש שיבא בתל השומר.

21 משרד הבריאות אינו משתתף במימון רכישת מכשירי שיקום וניידות לנפגעי צה"ל וכוחות הביטחון, לנפגעי תאונות עבודה, לנפגעי פעולות איבה ולנפגעי תאונות דרכים (משנת 1979 ואילך).