



21 בדצמבר 2015

לכבוד
ח"כ הרב יעקב ליצמן
שר הבריאות
משרד הבריאות
רח' ירמיהו 39
ירושלים

בפקס: 02-5655993
ובדוא"ל: SAR@MOH.GOV.IL

שלום רב,

הנדון: קביעת סטנדרטים שוויוניים לשירותי שיקום רפואיים

אנו, רשויות מקומיות, ארגונים ופרטים המפורטים להלן, פונים אליך בבקשה כי תעשה שימוש בסמכותך ותקבע בתקנות סטנדרטים שיבטיחו קבלת שירותי שיקום רפואי בזמן, מרחק ואיכות סבירים בכל מקום במדינה, ובאופן שוויוני, כמתחייב מסעיפים 3 ו-31 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994 (להלן: החוק), לוח זמנים למימוש סטנדרטים אלו וכן סנקציות על קופות חולים שלא יעמדו בסטנדרטים שיקבעו.

תחילה נציג את הפונים ולאחר מכן נביא את הדברים ביתר פירוט.

הפונים

- **מר נתנאל טוויטו, נצרת עילית – מ.מ. ראש העיר.** עיר בגליל התחתון המונה כ-40,000 תושבים ותושבות.
- **ד"ר סוהיל דיאב, טמרה – ראש העיר.** עיר בגליל התחתון המונה כ-32,000 תושבים ותושבות.
- **מר מאזן גנאים, סח'נין – ראש העיר.** עיר בגליל התחתון המונה כ-29,000 תושבים ותושבות.
- **הרב ניסים מלכה, קרית שמונה – ראש העיר.** עיר באצבע הגליל, המונה כ-23,000 תושבים ותושבות.
- **מר סיון יחיאלי, כפר ורדים - ראש מועצה מקומית.** מועצה מקומית בגליל העליון המונה כ-5,000 תושבים ותושבות.
- **פרופ' אבי עורי, מנהל האגף לרפואה שיקומית במרכז הרפואי רעות ומרצה לרפואה שיקומית באוניברסיטת תל אביב.**
- **גב' אלישבע גבע, תושבת עצמון שבמועצה איזורית משגב, בעלה עבר אירוע מוחי והתאשפז למשך 8 חודשים בבית לוינשטיין משום שלא קיים מוסד שיקומי מתאים בצפון.** גב' גבע

בילתה שעות רבות בדרכים כדי להיות לצד בעלה בתקופת האישפוז. כיום בעלה חזר לבית, אך אין בסביבתם הקרובה מרכז שיקום יום.

- **גב' בלה גל**, תושבת קיבוץ מגן שבאזור יישובי בעוטף עזה, סובלת מבעיות ניידות, נזקקת לקביים. גב' גל הייתה מאושפזת במחלקת שיקום בתל השומר מפני שלא הייתה מחלקה מתאימה בדרום. המרחק הקשה על משפחתה לבקרה ולהיות לצידה בתקופת האישפוז.
- **מר רוני משאל**, תושב באר שבע, נכה עקב מחלת פוליו בילדותו, מרותק לכיסא גלגלים. מר משאל זקוק לשיקום אמבולטורי, אולם בשל אי-קיומם של נהלים לאיכות והגדרת שיקום יום, נבצר ממנו לקבל טיפול מתאים.
- **"מועצת הנגב"** - ארגון אזרחי, המורכב מראשי רשויות, נציגי ציבור, נציגי מוסדות עוגן ומגזר עסקי בדרום. המועצה שואפת להשמיע את קולם של תושבי המקום ולבטא את צרכיהם במגוון רחב של סוגיות ובין היתר, בריאות אל מול משרדי הממשלה וקובעי מדיניות.
- **הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל** - פורום של כ-200 תושבות ותושבי הגליל העוסקים במקצועות הרפואה והבריאות, החינוך והחברה המייצגים את מגוון האוכלוסיות וסוגי ההתיישבות השונים בגליל ופועלים מתוך היכרות אישית עם האזור וצרכיו. הפורום פועל בשיתוף פעולה עם ראשי רשויות, מנהלי בתי החולים, מוסדות אקדמיים בצפון לקידום שוויון בבריאות בצפון ביחס לשאר המדינה.
- **פורום בריאות דרום** - הפורום פועל למען קידום שוויון בבריאות וסגירת הפערים בבריאות בין הנגב למרכז הארץ. הפורום מתמקד בנושאים שונים, בין היתר במחסור בכח האדם הסיעודי בדרום ובנושא חלוקת משאבים צודקת בין הדרום למרכז במערכת הבריאות.
- **המועצה האזורית לכפרים הבלתי מוכרים בנגב** - הנהגה נבחרת של הוועדים המקומיים בכפרים הבדווים הלא-מוכרים. המועצה פועלת למען הכרה ופיתוח של כל כפרי הבדווים, לייצוג הקהילה מול מקבלי ההחלטות השונים ולהעצמה קהילתית בכפרים.
- **האגודה לזכויות האזרח בישראל** - עמותה הפועלת למען קידום והגנה על זכויות האדם, ובפרט עוסקת בהגנה על הזכות לבריאות ובהבטחת מימושה באופן שוויוני וצודק בין כלל תושבי מדינת ישראל.
- **רופאים לזכויות אדם** - עמותה לשינוי חברתי הנאבקת לקיום זכויות אדם ובתוכן מימוש מלא ושוויוני של הזכות לבריאות לכל בני האדם החיים תחת שליטת מדינת ישראל, זאת כחלק מתפיסת עולם השואפת לשוויון אישי וקולקטיבי ולצדק חלוקתי.
- **שתיל** - ארגון המספק שירותי תמיכה וייעוץ לקידום שינוי חברתי בישראל. שתיל פועל בזירת השינוי החברתי על מנת להעצים קולות מושתקים ומוחלשים ולקדם ערכי שוויון, דמוקרטיה, זכויות אדם וחברה משותפת.
- **בזכות - המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות** - הארגון פועל לקידום השוויון של אנשים עם מוגבלויות פיזיות, שכליות, חושית ונפשית, ולשילובם ולשיתופם בחברה בכל תחומי החיים.
- **מרכז אדוה** - מכון בלתי תלוי לחקר החברה הישראלית ולקידום רעיון השוויון והצדק החברתי, המתמקד בחקר המדיניות החברתית, ובחינה ביקורתית של הצעדים הננקטים

בתחומי התקציב, המיסוי והשירותים החברתיים - חינוך, בריאות, שיכון, רווחה, תחבורה וסביבה.

- **עמותת קר"ן** - קטועי רגליים נלחמים - הינה עמותה המאגדת קטועי גפיים כתוצאה ממחלה ונלחמת עבור זכויותיהם מול מקבלי החלטות ורשויות המדינה.

במה דברים אמורים :

1. סעיף 1 לחוק קובע כי ביטוח הבריאות הממלכתי בישראל יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. סעיף 3(ד) לחוק קובע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח. אולם לצערנו כיום רבים מהשירותים ניתנים ללא כל הסדרה או הגדרה של הסטנדרטים הנדרשים והתוצאה, כפי שניתן לראות בשירותי השיקום, היא חוסר שוויון ברור בין הזמינות של שירותים אלו במרכז הארץ לבין זמינותם בדרום ובצפון הארץ. חוסר השוויון פוגע באופן חמור במטופלים המתגוררים בפריפריה ובמשפחותיהם, הן בתקופת האשפוז והן לאחר מכן, כאשר הם נדרשים לשיקום יום בקהילה.

ולהלן נביא את הדברים ביתר פירוט :

2. אין צורך להכביר מילים על אודות החשיבות המכרעת של שירותי השיקום הניתנים למי שעבר פציעה או תאונה, אירוע מוחי וכדומה. מטרתם של שירותים אלו הינה להחזיר את האדם לתפקוד מרבי לאחר הפגיעה, ולאפשר לו לשוב ולהשתלב בחיי החברה והקהילה. היעדרם של שירותי שיקום איכותיים וזמינים בזמן סביר עלולים לפגוע קשות בסיכויי השיקום, להותיר את האדם במצב של חוסר תפקוד ולפיכך בתלות מתמשכת במערכות התמיכה של המדינה, ולהעצים את האסון שאירע לו ולבני משפחתו.

3. ייחודיותו של תחום השיקום היא שלשם הצלחתו נדרש תהליך טיפול רב מערכתי מתמשך, אשר מורכב ממומחים בכל שלב ושלב. התהליך מחייב צוות מגוון של אנשי מקצוע שונים, ולכל הפחות, חייב הצוות לכלול רופא/ה מומחה בשיקום, פיזיותרפיסט/ית, מרפא/ת בעיסוק, קלינאית/ת תקשורת, פסיכולוג/ית ועובד/ת סוציאלית/ת המתמחים בשיקום.

4. מחלקות שיקום באשפוז ומרכזי שיקום יום נדרשים להפעיל גם מתקנים מיוחדים, שלא נמצאים בדרך כלל במרכזים רפואיים. למשל – בריכה טיפולית המונגשת לאנשים עם מוגבלויות מסוגים שונים, מרפאת מכשירים, וחדר כושר טיפולי. ברור, כי מרכזים אלה חייבים להיות מונגשים ומותאמים לאנשים עם מוגבלויות.

5. לאור חשיבותם, מורכבותם ומחירם, שירותי השיקום מסופקים באופן ציבורי, והם כלולים בסל הבריאות הבסיסי וניתנים לכל המבוטחים באמצעות קופות החולים. סעיף 6(5) לחוק קובע כי בסל הבסיסי ייכלל "שיקום רפואי, לרבות שיקום פסיכולוגי, פיזיותרפיה, ריפוי הדיבור, ריפוי בעיסוק ועבודה סוציאלית בתחום הבריאות".

6. במקרים רבים, שיקום איכותי דורש לכל הפחות תקופת אשפוז שיקומי ראשונית, ולאחר מכן המשך שיקום בקהילה בבית המטופל ו/או במרכזי שיקום יום, זאת בהתאם למצבו של המטופל ולצרכיו.

7. מבדיקה שביצענו מול אנשי מקצוע בתחום ומנתונים שהועברו לנו עולה, כי כיום קיים מחסור חריף בשירותי שיקום איכותיים, זמינים ונגישים מבחינת מרחק, במיוחד בפריפריה. ממענה לבקשת חופש מידע שהגשנו עולה כי פיזור מיטות השיקום בארץ - העומד על 0.1 מיטות ל-1000 נפש בממוצע ארצי - אינו אחיד, ומפילוח גיאוגרפי עולה תמונה ברורה של אי-שוויון. כך, בעוד שיש 0.22 מיטות ל-1000 נפש באזור תל אביב, יש רק 0.11 בחיפה, 0.09 בירושלים, וכ-0.05 בדרום ובצפון. כלומר – **בדרום ובצפון מספר המיטות ל-1,000 איש הוא כחמישית ממספר המיטות באזור תל אביב**. נתונים חלקיים בנושא שהוצגו בכנס המקצועי לשיקום רפואי שנערך בחודש נובמבר 2013¹ חושפים תמונה חמורה יותר בהסתכלות לפי נפות. כך למשל, מתברר כי נכון לשנת 2011 בנפות רמלה, חדרה ועכו, מספר המיטות ל-1000 נפש הוא 0.02, ובנפת אשקלון – 0.001, עשירית מהממוצע הארצי.² למותר לציין – כל מיטות השיקום מאוישות כיום, בתפוסה של 108%.

8. הנתונים שהעברתם לנו מגלים, שבתחום שיקום הילדים ישנן כיום רק 62 מיטות מתאימות ברחבי הארץ, כולן באזור המרכז או בירושלים. כך ילד מהצפון או מהדרום שנוזק לאשפוז שיקומי צריך להגיע למרכז הארץ, ועימו, מטבע הדברים, הוריו.

9. ייתכן והמצב ישתפר באופן זמני עם הוספת מיטות אשפוז נוספות בדרום, כפי שמתכנן משרדכם, אך לא יהיה בכך מענה מספק לטווח הארוך לאור הגידול הצפוי באוכלוסיית משרתי כוחות הביטחון באזור הדרום בשל העברת בסיסי צה"ל גדולים לנגב, והגידול המהיר באוכלוסיית הקשישים ביחס לאוכלוסייה הכללית.³ מדובר בשתי אוכלוסיות שגידולן הצפוי יגביר את ההיזקקות לשירותי שיקום איכותיים בדרום. אוכלוסיות משרתי כוחות הביטחון היא אוכלוסייה הנמצאת בסיכון גבוה יותר להיפגע בתאונות דרכים, להיחשף לפציעות אימונים ולהימצא בפעילות ביטחונית ולכן נמצאת בסיכון גבוה יותר להיזקק לשירותי שיקום ואוכלוסיית הקשישים מהווה שליש מהמאושפזים במחלקות השיקום הכללי, למרות ששיעורה באוכלוסייה הכללית הוא עשירית, וזאת בשל שכיחות יתר למחלות ופגיעות שדורשות שיקום אצל אוכלוסייה זו.⁴

10. היעדר אפשרות לאשפוז שיקומי ו/או לשיקום יום בקרבה למקום המגורים מהווה פגיעה קשה במטופל ובבני משפחתו, ובמקרים מסוימים אף מביאה לויתור על הטיפול מחמת היעדר יכולת לעמוד בקשיים שהמרחק יוצר.

¹ כנס מקצועי בנושא "שיקום רפואי – חזון ואתגרים לגיבוש תכנית לאומית", חוברת עם חומר מקצועי לכנס (2013) (להלן: חוברת הכנס)

² ד"ר יהושע בין ישראל, ד"ר נחום סורוקר, תכנית לאומית לשיקום – מצאי וצורך במיטות שיקום (2013) http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/ConferencesAndSeminars/past/Documents/29122013_2.pdf

³ בעמ' 3 http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/ConferencesAndSeminars/past/Documents/29122013_6.pdf

⁴ ר' חוברת הכנס, ה"ש 1, בעמ' 15 ו-78.

(שם).

11. מעדויות של מומחים בתחום, מי שמאושפז רחוק מהבית נפגע באופן ממשי, פגיעה שעלולה לעקר את מאמצי השיקום ולגרום לנזק בלתי הפיך. הליווי של בני המשפחה, ביתר שאת אם מדובר בילדים, הוא קריטי. הנוכחות של בני המשפחה לצד המטופל היא חלק בלתי נפרד מהליך השיקום. הם נקראים בשיח המקצועי "סוכן שיקום". היעדר סביבה תומכת ונוכחות של משפחה לצד המטופל מקשה מאד על השיקום ומרעה את תוצאותיו הסופיות.

12. כשהאשפוז מרוחק מבית המשפחה, הנסיעות מטילות עומס בלתי נסבל על בני המשפחה, שעלול לפגוע בפרנסתם ומקשה על ניהול מרקם חיים תקין. הדבר אף פוגע בתהליך הטיפול ובמטופל עצמו אשר נזקק למשפחתו בזמנים הקשים, במיוחד בהיעדר צוות טיפולי צמוד. הפגיעה החמורה יוצרת אפליה ברורה בין מטופלים ומשפחותיהם שמתגוררים בצפון או בדרום לעומת מי שגרים במרכז הארץ. כבר שמענו על מקרים בהם שוחררו ילדים ומבוגרים משיקום בטרם עת רק משום שהמשפחה לא יכולה הייתה להרשות לעצמה ללוות אותם כנדרש. הדברים מתחזקים כאשר מדובר באוכלוסיות מוחלשות, ובפרט אוכלוסיות מוחלשות המתגוררות בפריפריה הגיאוגרפית בישראל.

13. בחודש פברואר 2014 התקיים דיון בנושא בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת,⁵ בעקבות המקרה של גיל היימן-נוימן ז"ל, תושב באר-שבע, שסיפורו וסיפורה של משפחתו נחשף בתכנית "עובדה" בערוץ 2. בתכנית חשפו בני המשפחה, ובעיקר ד"ר ניצה היימן-נוימן, אמו של גיל, את הקשיים המשמעותיים שנגרמו למשפחה בשל המרחק אותו הם צריכים לעבור, מעל 100 ק"מ, כדי להיות לצדו של גיל, שאושפז לאחר דימום מוחי במחלקת שיקום בבית החולים שיבא בתל השומר.

14. ד"ר היימן-נוימן סיפרה בכתבה גם על הורים שלא יכולים לעמוד בעלויות הגבוהות של הנסיעות, ושם מדובר באדם מבוגר יותר אז לפעמים בני המשפחה מרימים ידיים ולא מבקרים אצלו אלא לעיתים רחוקות. ניתן לצפות בכתבה בקישור: <http://bit.ly/1kjmTql>. גיל נפטר בגיל 17 וחצי, שבועיים לאחר פרסום הכתבה.

15. מטופל המשתחרר מאשפוז שיקומי נדרש לרוב להמשיך בשיקום יום. מרחק מרכזי שיקום היום מאיים בצורה ממשית על טיב הטיפול ועל עצם התקיימותו כלל. ההסעה של המטופל למרכז השיקום המרוחק היא ארוכה ומורכבת ומוטלת על משפחתו, לעתים אין נגישות סבירה ופעמים רבות המטופל מגיע מותש, והאפקטיביות והאיכות של הטיפול יורדת.

16. ואכן, מהנתונים שנשלחו אלינו ממשרדכם, נראה כי גם המצב במרכזי שיקום היום בפריפריה בכי רע. ישנם רק שני מרכזים באזור הצפון ושני מרכזים באזור הדרום, כאשר אחד משניהם בכל אזור הוא מרכז פרטי ("על"ה נגב" באופקים ו"יד ביד בגליל" בכפר ורדים). בחלקם אין רופא בית שיקומי, אין מרפאת מכשירים ואין פסיכולוג, כך שאיכות השיקום נפגעת. לשם ההשוואה, באזור המרכז ישנם שניים עשר מרכזי שיקום יום. כך נוצרים מצבים בהם גם במקרים שישנם מרכז שיקומי קרוב, נאלצים המטופלים לפנות למרכזים המרוחקים יותר – בהם יוכלו לקבל שירותים קריטיים לשיקומם.

⁵ ר' פרוטוקול ישיבה מס' 200 של וועדת העבודה, הרווחה והבריאות, הכנסת ה-19 (25.2.14)

17. המחסור במרכזי שיקום, ובכלל זה היעדר נגישות בחלקים נרחבים במדינה, גורמים למטופלים לוותר על השיקום. הדברים נמסרו בבירור גם בדיון המוזכר לעיל בוועדת הבריאות, אז ציין ד"ר יולי טרגר, יו"ר האיגוד לרפואה פיזיקלית ושיקום בהסתדרות הרפואית, כי "חצי מהחולים שהם אחרי אירוע מוחי, במדינת ישראל של היום, לא מקבלים שיקום כלל. שום שיקום, אני לא מדבר על שיקום מתאים במחלקת שיקום שמתמחה בשיקום אחרי אירוע מוחי, אלא שבכלל אין שום שיקום, לא בקהילה ולא בבתי החולים".⁶

18. נוסף ונציין כי לצד המחסור במרכזי שיקום יש גם מחסור חריף ברופאי שיקום וגם על כך יש לתת את הדעת בדחיפות. לפי נתונים שנאספו מספר הרופאים המתמחים בשיקום נמצא בירידה ונמוך ב-50% מהמקובל ב-OECD (0.015 רופאי שיקום לכל 100 אלף נפש בישראל לעומת 0.3 ב-OECD).

19. על מנת לקבוע סטנדרטים סבירים של איכות השירות במחלקות שיקום, ולאור העובדה כי מדובר בשירות רב מקצועי הדורש הכשרה ומומחיות ייחודיים, יהיה צורך לתת את הדעת לסוגיית המחסור ברופאים, אחים ואנשי מקצועות הבריאות אחרים המתמחים בשיקום, ולפעול בהתאם, תוך יצירת תגמולים הולמים.

20. במחלקות שיקום רבות ובייחוד במרכזי שיקום יום, חלק מהצוות המקצועי כלל לא עבר הכשרה שיקומית, מה שפוגע באיכות השיקום. הדבר נובע מכך שקיים כאמור מחסור בכוח אדם ובהכשרה מתאימה, אך גם מכך שבנהלים לרישוי וקביעת זכויות לטיפול במחלקות שיקום כללי לא מעוגנת החובה שאחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, עובדים סוציאליים, קלינאי תקשורת ובעלי מקצוע נוספים יעברו הכשרה שיקומית כתנאי לעבודתם במחלקה. המצב חמור יותר במרכזי שיקום יום – **אין כלל נהלים ואמות מידה להסדרת כוח האדם הנדרש ומטבע הדברים גם לא את ההכשרה הנדרשת.**

21. מכיוון שבשיקום יום אין כאמור כלל סטנדרטים שקובעים את כוח האדם הנדרש או את הציוד הנדרש, איכות השיקום בשלב קריטי זה בתהליך נפגמת וההחלמה נפגעת קשות. מצב דברים זה אף יוצר פערים בין המרכזים השונים ומוביל לאפליה באיכות השיקום שמקבלים המטופלים השונים. כך למשל, בהעדר סטנדרטים, אין מניעה לכך שמרכז שיקום יום ינוהל על-ידי אדם שאין לו הכשרה שיקומית, או שהצוות לא יהיה בעל הכשרה שיקומית, או שהצוות לא יכלול את כל כח האדם הדרוש לשם קבלת שיקום איכותי.

22. ואכן, מנתונים שהעברתם לנו ומבדיקה שביצענו מול אנשי מקצוע, עולה כי בחלק מהמרכזים לשיקום יום אין קלינאי תקשורת, פסיכולוג או איש/ת מקצוע בריאות אחר או שאותו בעל מקצוע נמצא רק בחלק מימות השבוע. בחלק מהמרכזים, המטופל מקבל טיפול רב-מקצועי 5-3 פעמים בשבוע ובאחרים רק טיפול או שניים בשבוע נוכח העומס המוטל על מרכזי שיקום היום ובאופן המנוגד לתכנית השיקומית שהותוותה לו.

23. סטנדרטים סבירים של איכות שירות השיקום צריכים גם להבטיח את יישום ההפניות שהמטופל מקבל מבית החולים השיקומי או מהרופא בקהילה. עדויות של מומחים בתחום

⁶ שם, בעמ' 4

מספרות על מקרים של התעלמות מהמלצות רופא השיקום בבית החולים השיקומי לאחר הפנית המטופל למרכזי שיקום יום. במקרים אחרים, מטופלים הופנו למסגרת קהילתית שאינה מתאימה או אינה מספקת את הטיפול הראוי, כגון למכון לפיזיותרפיה או ריפוי בעיסוק בלבד במקום למרכז יום שיקומי בעל צוות רב-מקצועי מיומן. נוסף על כך, והדבר עולה בעיקר בהפניות של רופאים בקהילה, המטופלים אינם משותפים בהחלטה על היקף הטיפול הנדרש להם. כך, מטופלים רבים מקבלים מקופת החולים תשובה לקונית על אי-זכאותם לשיקום אמבולטורי או על כך שהטיפול לא אושר בקופה, בלי לקבל נימוק או הסבר מקצועי לסירוב.

החובה לקבוע סטנדרטים

24. החוק מחייב לתת שירותי בריאות בזמן, מרחק ואיכות סבירים, וכן בשוויון ובצדק בין מבוטחים. כפי שניתן להיווכח מהנתונים שהובאו לעיל, **שירותי השיקום אינם ניתנים באופן צודק כפי שדורש החוק, והם מפלים בין מבוטחים על פי מקום מגוריהם.**

25. בענין קרייתי פסק בג"ץ כי "לכל החולים דין אחד, והם זכאים ליחס שוויוני. את המשאב הלאומי הגלום הן במתקני בתי החולים והן בכוח האדם המאייש אותם - יש לחלק כך, שכולם יהנו ממנו באופן שווה" (בג"ץ 4253/02 קרייתי נ' היועמ"ש, פ"ד סג(2) 86, 133 (17.3.09)).

26. הדרך הנכונה והצודקת ביותר להתמודד עם חוסר השוויון והכשלים המפורטים לעיל הינה בקביעת סטנדרטים שוויוניים ומהותיים של זמן, מרחק (נגישות) ואיכות השירות, ולאחר מכן לפעול לאכיפתם באמצעות תכנית ברורה והקצאת משאבים, באופן פרוגרסיבי, ועד לסגירת הפערים.

27. על-מנת שהסטנדרטים יכובדו על-ידי קופות החולים, יש לקבוע כי קופות שלא יעמדו בסטנדרטים יחזירו למבוטח את עלות רכישת השירותים באופן פרטי או את עלות ההסעות למוסדות שיקום מרוחקים. כך נקבע למשל בחוזר סמנכ"ל משרד הבריאות בנושא של מתן שירותים בתחום התפתחות הילד.⁷ החוזר קובע כי קופות חולים שלא עמדו בהנחית משרד הבריאות בדבר משך זמן ההמתנה המקסימלי של מבוטח לאבחון וטיפול, יתנו החזר עבור רכישת השירות על-ידי ההורים באופן פרטי. עיקרון זה, לפיו יש לכסות את עלויות רכישת השירות הציבורי באופן פרטי כאשר המדינה או מי מטעמה לא מצליחים לספק אותו לפי החוק, נאכף גם בבית המשפט העליון.⁸

28. העובדה כי עד היום לא נקבעו סטנדרטים מהווה פגם מהותי, שמאפשר את אי השוויון, ואינו מאפשר את ההגנה על השוויון במתן השירות. באינספור הזדמנויות ציין בג"ץ כי על רשויות

⁷ חוזר סמנכ"ל 1/10 לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים יום 21.1.2010.
⁸ ראו למשל את פסיקת בג"ץ בנושא הזכות לחינוך בירושלים המזרחית. כפי שיש מחסור של מוסדות שיקום בקהילה בפריפריה, בירושלים המזרחית קיים מחסור בכיתות לימוד במערכת החינוך הציבורית. בעקבות עתירה של האגודה לזכויות האזרח, בג"ץ פסק כי במידה ומשרד החינוך ועיריית ירושלים לא יצליחו לספק תשתית שתאפשר קליטת כל התלמידים בירושלים המזרחית בחינוך הממלכתי, יהיה עליהם להפנות את התלמידים למוסדות חינוך פרטיים קרובים ולהגיע להסדרים כספיים מתאימים עם מוסדות אלה, לצורך כיסוי עלויות לימודי היסוד של אותם תלמידים (בג"ץ 5373/08 אבו לבדה נגד שרת החינוך (פורסם בנבו, 06.02.11)).

המדינה האמונות על מתן שירות או משאב מוגבל, לקבוע קריטריונים שוויוניים, וזאת על מנת להימנע ממצב בו השירות ניתן באופן מפלה. ברי כי גם קופות החולים כפופות לעקרון זה.

29. ר' למשל: בג"ץ 5023/91 ח"כ אברהם פורז נ' שר הבינוי והשיכון, פ"ד מו(2) 793 (1992); בג"ץ 5325/01 עמותת ל.כ.ן. לקידום כדורסל נשים נ' המועצה המקומית רמת השרון, פ"ד נח(5) 79 (2004); עע"מ 662/11 סלע נ' ראש המועצה המקומית כפר ורדים (2014).

30. בענייני חוק ביטוח בריאות ממלכתי פסק בג"ץ (השופט רובינשטיין) כי "ככלל סבורני שמערכת ממשלתית, כנאמנת הציבור, ראוי שיהיו לה הנחיות פנימיות ממוסדות. הדבר מבטיח, ככל הניתן, שקיפות, היעדר שרירות ואי אפליה, הוא מכניס סדר בחשיבה ובעבודה, הוא משפר את הסיכוי לניהול תקין ולהגינות, והוא מאפשר בקרה וביקורת" (בג"ץ 4540/00 אבו עפאש נ' שר הבריאות (מיום 14.5.06)). בעניין אבו עפאש נמנע בג"ץ מלחייב קביעת קריטריונים להקמת מרפאות בישובים הבלתי מוכרים בנגב אולם הדגיש כי הסיבה היא מורכבות הסוגיה גופא, כלומר הקושי בקביעת כללים אחידים לבניה בכפרים בלתי מוכרים, שעתיים לא הוכרע. מורכבות כזו אינה קיימת בדרישה דן.

31. קביעת קריטריונים אחידים של זמן, מרחק ואיכות קיימים כיום בתחומי בריאות אחרים.

32. כך למשל, הסטנדרטים לשירותי רפואת שיניים שנכללו בסל הבריאות (לילדים). חוזר משרד הבריאות מספר 12/10 מיום 12.9.10, קובע, בין היתר, כי השירות יינתן במרחק שלא יעלה על 30 ק"מ מבית המטופל וכולל הגבלות ברורות על משך ההמתנה לטיפול ובין טיפולים.

33. הסטנדרטים המופיעים בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות 12/07 מיום 13.6.07 המתייחסים לתחנות בריאות המשפחה ("טיפת חלב"), קובעים התאמה של מבנים וכוח אדם למספר התינוקות הרשומים באזור, וכן קובעים סטנדרטים של נגישות לאוכלוסייה "מבחינת מרחק, קיום תחבורה סדירה וחניה".

34. בתחום התפתחות הילד, שהוזכר לעיל, נקבעו סטנדרטים הן של זמן והן של איכות. כך למשל, נקבע בחוזר מינהל הרפואה 19/2013 "מתן השירותים בתחום התפתחות הילד על ידי קופות החולים" כי זמן ההמתנה המקסימלי לאבחון וטיפול מרגע הפניה לקופת החולים לא יעלה על 3 חודשים. בנוסף מפורטים מקרים בהם קיימת קדימות ולכן אסור שתהיה המתנה כלל, או שההמתנה צריכה להיות קצרה יותר משלושה חודשים.

35. יצוין, כי בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מיום 3 ביולי 2003 שכותרתו "אמות מידה לרישוי וקביעת זכאות לטיפול במחלקות שיקום כללי", מופיעות דרישות בינוי, מכשור רפואי, ציוד עזר וכוח אדם למחלקות השיקום. עם זאת, בחוזר נעדרת כל התייחסות לסטנדרטים של זמן, ומרחק וקיימת התייחסות חלקית ובלתי מספקת לאיכות השירות כפי שפורט לעיל. בכל מקרה, בהתאם לנתונים שהועברו לנו, אפילו הסטנדרטים החלקיים שקיימים כיום בנוגע לאשפוז, אינם מיושמים במלואם על ידי מחלקות השיקום.

36. משברור כי בהיעדר קריטריונים ישנה הפליה מתמשכת במתן השירות ובאיכותו בשל מקום המגורים, הרי שהדרישה לקבוע סטנדרטים שוויוניים וסבירים בתחום חשוב זה מקבלת

משנה תוקף. היטיב לבטא זאת בית המשפט העליון בבג"ץ 205/94 **עקיבא נוף נ' משרד הביטחון**, פ"ד נ(5) 449 (1997), כאשר קבע: "מקום בו מבקשת הרשות לספק צורך ציבורי מסוים, והמשאבים העומדים לרשותה פחותים מן המשאבים שהיו נחוצים לסיפוקו של אותו צורך במלואו, מוטל על הרשות לקבוע אמות מידה להקצאת משאביה. אך אמות מידה אלה חייבות להיות שוויוניות; **ובשום מקרה אין בקיומם של אילוצים תקציביים כדי להצדיק קביעת אמות מידה המפרות את שורת השוויון**".

37. הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל המליצה גם היא על קביעת סטנדרטים כאמור.⁹ המלצה 19 של הוועדה קבעה כי "משרדי הבריאות והאוצר יקבעו כללים, בתוך 120 יום, ויפעלו ליצירת סטנדרטים בנוגע לנגישות גיאוגרפית וזמני המתנה לשירותי הבריאות הקבועים בחוק, בהתחשב בדחיפות הפעולות. כמו כן הם יפעלו לייצר תמריצים לעמידה בכללים של קיצור זמני ההמתנה הקיימים היכן שנדרש. כללים אלה יעודכנו מעת לעת".

38. גם במסגרת הכנס המקצועי לשיקום רפואי הוצגו החזון והמשימות לתכנית לאומית לשיקום.¹⁰ בתכנית פורטו יעדים ברורים לשנים הקרובות, אשר המרכזיים שבהם הנם קידום האשפוז בדגש על הפריפריה; קידום הטיפול בקהילה בדגש על הפריפריה; רצף הטיפול; משאבי אנוש בשיקום; מיטות שיקום; טכנולוגיות בשיקום.¹¹ לא ברור מהם הצעדים שננקטו לצורך השגת יעדים אלה, ובפרט לצורך קידום הטיפול בקהילה בדגש על הפריפריה, גם בהתייחס להמלצות למדיניות שיקום בקהילה כפי שהומלצו ע"י גבי איילה פרג וד"ר צאקי (יצחק) זיו-נר במסגרת הכנס.¹²

39. בכנס אף הוצגו המלצות מרכזיות של הוועדה לרצף הטיפול בשיקום.¹³ מומחי משרד הבריאות סברו, כי על מנת להבטיח מתן שירותי שיקום מיטביים בקהילה יש לפעול ל"הגדרת תקינת מינימום לפריסת מרכזי יום שיקומיים, מכוני שיקום ומרפאות אמבולטוריות רב-מקצועיות בכל הקופות ובכל המחוזות ברחבי הארץ באופן העונה על היקף הצרכים השיקומיים ובתקינה נאותה. זאת, כדי לאפשר מתן טיפול כוללני משולב – זמין ונגיש, תוך שילוב מענים רפואיים ושיקומיים באמצעות בעלי מקצוע רפואיים ומקצועות הבריאות (דוגמת פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, ייעוץ תזונתי, עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה וכד')".

לאור כל האמור, נבקשך לגבש בהקדם האפשרי סטנדרטים שוויוניים למתן שירותי שיקום, לרבות אשפוז שיקומי כללי ולפי חלוקה להתמחויות, שיקום יום ושירותי שיקום בקהילה, ובפרט – קריטריונים של מרחק מביתו של המטופל, זמן המתנה ואיכות השירותים מבחינת תקנים ועבודה רב מקצועית. זהו הפתרון המתחייב מהדין והוא גם היחידי שיכול לתת פתרון ארוך טווח לכשלים שתוארו. כל צעד אחר, כולל הוספת מיטות ואף בניית מרכזי שיקום, כפי

⁹ הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית המלצות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית
25.6.2015 <http://www.health.gov.il/publicationsfiles/germancommittee2014.pdf>

¹⁰ ר' חוברת הכנס, ה"ש 1, בעמ' 13.

¹¹ שם, בעמ' 14.

¹² שם, בעמ' 37.

¹³ שם, בעמ' 21.

שפורסם בתקשורת לאחרונה, הגם שיהיה זה צעד מבורך, יכול לתת פתרון לחלק מהבעיות, אך לא להבטיח שירותים איכותיים ושוויוניים לאורך זמן.

על-מנת שהסטנדרטים יכובדו על-ידי קופות החולים, יש לקבוע כי קופות שלא יעמדו בסטנדרטים בתוך תקופת התארגנות סבירה, יחויבו להחזיר למבוטח את עלות רכישת השירותים באופן פרטי או את עלות ההסעות למוסדות שיקום מרוחקים (השוו לבג"ץ 5373/08 **אבו לבדה נ' שרת החינוך** (מיום 6.2.11), שם פסק בג"ץ כי אם משרד החינוך לא ישכיל להסדיר די כיתות לימוד במוסד חינוכי רשמי לילדים בירושלים המזרחית בתוך תקופה שנקבעה, יהיה עליו לממן לימודים במוסדות פרטיים).

עד גיבוש הסטנדרטים ועל-מנת לקיים את החובה לספק שירותי שיקום סבירים למטופלים, יש לחייב את קופות החולים כבר עתה להחזיר למבוטח את עלות ההסעות למוסדות שיקום מרוחקים, או את עלות רכישת השירותים באופן פרטי כאשר לא ניתן לספק את השירות בזמן, מרחק ואיכות סבירים.

אנו מודעים לכך כי קביעת סטנדרטים מקפלת בתוכה גם צורך בהעמדת תקציבים נוספים לצמצום הפערים הקיימים היום במערכת, ולכן מן הראוי ומן הדין לקבוע סטנדרטים ולצדם תכנית פעולה ריאלית למימוש הסטנדרטים בתוך התקופה הקצרה ביותר האפשרית.

לאור עמדת משרד הבריאות נשקול המשך צעדינו שכן ללא ספק המצב הקיים היום בתחום השיקום הוא מפלה ופוגע בזכויות המבוטחים, במיוחד המוחלשים שבהם.

בכבוד רב,

מר נתנאל טוויטו, נצרת עילית – מ.מ. ראש העיר, ד"ר סוהיל דיאב, טמרה – ראש העיר, מר מאזן גנאים, סח'נין – ראש העיר, הרב ניסים מלכה, קרית שמונה – ראש העיר, מר סיון יחיאלי, כפר ורדים – ראש מועצה מקומית, פרופ' אבי עורי, מנהל האגף לרפואה שיקומית במרכז הרפואי רעות ומרצה לרפואה שיקומית באוניברסיטת תל אביב, גב' אלישבע גבע, גב' בלה גל, מר רוני משאל, "מועצת הנגב", הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל, פורום בריאות דרום, המועצה האזורית לכפרים הבלתי מוכרים בנגב, האגודה לזכויות האזרח בישראל, רופאים לזכויות אדם, שתיל, בזכות – המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות, מרכז אדוה, עמותת קר"ן – קטועי רגליים נלחמים.

למענה:

האגודה לזכויות האזרח, לידי עוה"ד גיל גן-מור ורעות כהן, נחלת בנימין 75, תל אביב-יפו.

פקס: 03-5608165

דוא"ל: reut@acri.org.il