

העותרים:

1. גליה גנון
2. אלישבע גבע
3. נורית דסאו בשם הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל
4. יעל אסקירה בשם פורום בריאות דרום
5. בזכות - המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות
6. רופאים לזכויות אדם-ישראל
7. האגודה לזכויות האזרח בישראל

כולם ע"י ב"כ עוה"ד רעות כהן ו/או גיל גן-מור
ו/או דן יקיר ו/או אבנר פינצ'וק ו/או עודד פלר
ו/או טלי ניר ו/או נסרין עליאן ו/או משכית בנדל
ו/או טל חסין ו/או שרונה אליהו חי ו/או אן סוצ'יו
ו/או רגד גיראיסי ו/או רוני פלי ו/או סנא אבן ברי
ו/או שדא עאמר ו/או אורי סבח

מהאגודה לזכויות האזרח בישראל

רחוב נחלת בנימין 75, תל-אביב 65154
טל': 03-5608185 ; פקס: 03-5608165

- נ ג ד -

המשיבים:

1. שר הבריאות
באמצעות פרקליטות המדינה
2. שירותי בריאות כללית
ארלוזורוב 115, תל אביב יפו, 6209813
3. מכבי שירותי בריאות
המרד 27, תל אביב יפו
4. קופת חולים לאומית
שפרינצק 23 תל אביב יפו, 64738
5. קופת חולים מאוחדת
אבן גבירול 124, תל אביב יפו

עתירה למתן צו על תנאי

מוגשת בזאת לבית המשפט הנכבד עתירה למתן צו על תנאי המופנה אל המשיב 1 (להלן – המשיב או השר) והמורה לו לבוא וליתן טעם, כדלקמן:

א. מדוע לא יעשה שימוש בסמכותו ויקבע אמות מידה שיגדירו מהם זמן, מרחק ואיכות סבירים ביחס לשירותי שיקום רפואי, כמתחייב מסעיפים 1 ו-3 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994 (להלן: "החוק" או "חוק ביטוח בריאות"), ולוח זמנים סביר ליישום אמות מידה אלו.

ב. מדוע לא יפעיל המשיב סמכויותיו על-מנת להשוות את זמינותם ואיכותם של שירותי השיקום הרפואי בצפון ובדרום הארץ לבין זמינותם ואיכותם של שירותים אלה במרכז הארץ.

ואלה נימוקי העתירה:

מבוא

1. יוני ורועי בני ה-12 נפצעים קשה בתאונת דרכים. לאחר ייצוב מצבם הם נדרשים לשהות 3 חודשים בבית חולים שיקומי כדי שיוכלו לחזור לתפקוד סביר. לאחר מכן הם נדרשים להמשיך בטיפול שיקומי עוד כמה חודשים, שלוש פעמים בשבוע, במוסד שיקום יום בקהילה. יוני הוא מקריית אוננו ורועי מקרית שמונה. האם העובדה שאחד מהם גר במרכז הארץ והשני גר בצפונה אמורים להשפיע על זמינות ואיכות הטיפול השיקומי שיקבלו? בוודאי שלא.
2. אולם הנתונים בעתירה זו מצביעים על הפליה ברורה בין זמינות ואיכות שירותי השיקום, הכלולים בסל הבריאות, של מטופלים מהגליל ומהנגב ביחס למטופלים במרכז הארץ. אף שישראל היא מדינה מובילה בתחום רפואת שיקום, ויש בה מוסדות שיקום ובעלי מקצוע בתחום מן המעולים שבעולם, לא כל התושבים במדינת ישראל נהנים במידה שווה משירותי השיקום.
3. הפליה זו אינה רק תוצאה של מחסור במשאבים. אכן, אין חולק כי טוב תעשה המדינה אם תוסיף משאבים למערכת הבריאות. אולם עילתה של עתירה זו היא בכך שהמשאבים הקיימים מחולקים בצורה מפלה תוך שהמשיב נמנע מלקבוע אמות מידה שוויוניות למתן השירותים הכלולים בסל, ותכנית עבודה מסודרת לאכיפתן.
4. מחדל זה מנוגד לחוק. סעיף 1 לחוק ביטוח בריאות 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.
5. בהיעדר קביעת אמות מידה ברורות, מילים אלו של המחוקק הפכו לאות מתה. מהו מרחק סביר? מהי איכות סבירה? האם העובדה שמוסד השיקום הזמין היחיד לילד תושב קריית שמונה נמצא 175 ק"מ מביתו עונה על דרישת החוק ל"מרחק סביר"? האם העובדה שבמוסדות שיקום יום בפריפריה אין רופא שיקומי, בניגוד למצב במרכז הארץ, עונה על דרישות החוק ל"איכות סבירה"?
6. שירותי השיקום הרפואי בארץ, הכלולים בסל שירותי הבריאות, ניתנים כיום ללא כל הסדרה או הגדרה של אמות המידה הנדרשות למימוש החובות המוטלות על המשיבים כפי שהן עולות

מהחוק. התוצאה של חוסר הסדרה זו היא אי-שוויון זועק לשמיים בין הזמינות והאיכות של שירותים אלו בדרום ובצפון הארץ לעומת זמינותם ואיכותם במרכז הארץ.

7. כך למשל, בעוד שממוצע פיזור מיטות השיקום בארץ עומד על 0.1 מיטות ל-1000 נפש, הממוצע באיזור תל-אביב עומד על 0.22 מיטות ל-1000 נפש, והממוצע בדרום ובצפון הארץ עומד על 0.05 מיטות ל-1000 נפש. כלומר, **בדרום ובצפון הארץ מספר המיטות באשפוז השיקומי ל-1,000 נפש הוא כחמישית ממספר המיטות באזור תל אביב וכחציית מהממוצע הארצי.**

8. **מיטות לשיקום ילדים אין כלל בדרום ובצפון**, וזמינותם ואיכותם של מרכזים לשיקום יום בקהילה **נופלות באופן משמעותי מזמינותם ואיכותם של מרכזים כאלה במרכז הארץ.**

9. היעדר שירותי שיקום איכותיים וזמינים במרחק סביר ממגורי המטופל או מטופלת בצפון ובדרום הארץ מובילים לשני תרחישים עיקריים. תרחיש אחד, הקיצוני בחומרתו, הוא שמטופלים הזקוקים לשיקום כלל לא מקבלים שיקום – לא באשפוז ולא בקהילה, מה שפוגע קשות בבריאותם, בכבודם ובזכותם לשוויון.

10. תרחיש שני, חמור גם כן, הוא שהמטופלים נאלצים להתאשפו במקום רחוק ממקום מגוריהם, דבר שמוביל לפגיעה בהליך השיקום של המטופל ולייקור משמעותי של העלות האמיתית של השירות הרפואי עבור תושבי הפריפריה, מכביד כלכלית על המשפחה וכן מקשה עליהם להיות לצד המטופל – דבר שהוא חלק בלתי נפרד מהליך השיקום.

11. לאחר שהמטופלים משתחררים מהאשפוז המרוחק, רבים מהם זקוקים להמשיך את הטיפול במרכזים לשיקום יום ונאלצים לצורך כך לנסוע מאות קילומטרים לכל טיפול, מספר פעמים בשבוע. משימה זו יקרה ומורכבת - בעיקר לילדים ובעלי מוגבלות - והיא לעיתים מוטלת על המשפחה. הנסיעות הארוכות גורמות למטופל להגיע לטיפול כשהוא מותש פיזית ונפשית. כל אלה, מובילים לפגיעה קשה בסיכויי השיקום, באפקטיביות ובאיכות שלו, ועלולים להותיר את האדם במצב של חוסר תפקוד ולפיכך בתלות מתמשכת במערכות התמיכה של המדינה, ולהעצים את האסון שאירע לו ולבני משפחתו.

12. אם כן, חוסר השוויון בזמינות שירותי השיקום פוגע באופן חמור במטופלים המתגוררים בפריפריה ובמשפחותיהם, הן בסיכוי לקבל שיקום, הן בתקופת האשפוז והן לאחר מכן, כאשר הם נדרשים לשיקום יום בקהילה.

13. **למשיבים עומדת חובה שבדין לספק שירותי שיקום בזמינות ואיכות שוויוניים לכל תושבי המדינה, אך בהיעדר אמות מידה שוויוניות ומהותיות של זמן, מרחק (נגישות) ואיכות השיקום, נוצרה הפליה ברורה על בסיס מקום המגורים, והחוק מופר.**

הצדדים

1. העותרת 1, **גב' גליה גנון**, תושבת העיר קריית גת, היא אחת הנפגעות מאי-השוויון בזמינות שירותי שיקום איכותיים בין דרום הארץ למרכזה. לגב' גנון שני ילדים שעוברים שיקום - שי, שנפצע קשה במהלך מבצע "צוק איתן" בשנת 2014, ודורון, שנפצעה בשנת 2015 במועדון "הפורום" בבאר שבע. שניהם אושפזו בבית החולים השיקומי שיבא תל-השומר מכיוון שלא היה בית חולים שיקומי או מחלקה שיקומית מתאימים בדרום הארץ. בשל המרחק בין בית

- החולים לביתם שבקרית גת, נאלצה גבי גנון בתקופת אשפוזה של ביתה לעבור להתגורר במלונית הסמוכה לבית החולים.
2. העותרת 2, **גבי אלישבע גבע**, תושבת הישוב עצמון שבמועצה האזורית משגב שבגליל, היא אחת הנפגעות מאי-השוויון בזמינות שירותי שיקום איכותיים בין צפון הארץ למרכז. בן זוגה של גבי גבע, אשר (אש"י) גבע, נאלץ להתאשפז בבית לוינשטיין שברעננה, מרחק של 117 ק"מ מהישוב בו הם מתגוררים, בשל מחסור בשירותי שיקום איכותיים בצפון הארץ.
3. העותרת 3, **עו"ד נורית דסאו**, עותרת בשם ההתארגנות האזרחית **הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל**. הפורום כולל כ-250 תושבות ותושבי הגליל העוסקים במקצועות הרפואה והבריאות, החינוך והחברה המייצגים את מגוון האוכלוסיות וסוגי ההתיישבות השונים בגליל. חברות וחברי הפורום חיים את המציאות שמאחורי הנתונים היבשים והסטטיסטיקות ופועלים בהתנדבות מתוך היכרות אישית עם האזור וצרכיו. הפורום הוקם במטרה לבנות כוח אזרחי אזורי לשינוי מדיניות ושינוי חברתי לקידום מצב הבריאות הצפון ופועל בשיתוף פעולה עם ראשי רשויות, מנהלי בתי החולים ומוסדות אקדמיים בצפון. הפורום פועל מאז הקמתו בתחום השיקום מצד אחד לקביעת קריטריונים להגדרת זמן ומרחק לקבלת טיפול ואיכותו, ומצד שני לקידום פתרונות נקודתיים שיחזקו את נגישות תושבי הגליל לשירותי שיקום.
4. העותרת 4, **גבי יעל אסקירה**, עותרת בשם ההתארגנות האזרחית **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.
5. העותרת 5, **בזכות – המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות**, היא עמותה, הפועלת לקידום זכויותיהם של אנשים עם כל סוגי המוגבלויות, לשילובם ולשיתופם בחברה בכל תחומי החיים. בין היתר, יזמה 'בזכות' והובילה את חקיקתו של חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח – 1998 (להלן: "חוק השוויון"). חלק ניכר מפעילותה מוקדש לקידום זכותם של אנשים עם מוגבלות לשוויון ולשילוב מלא בקהילה באמצעות פיתוח מענים הולמים מטעם המדינה. העותרת פועלת בערוצים ציבוריים, קהילתיים ומשפטיים, ללא תמורה, בשם אוכלוסייה זו.
6. העותרת 6, **עמותת רופאים לזכויות אדם**, הינה עמותה רשומה המאגדת רופאים וצוותי רפואה. מטרתה לפעול להגנה וקידום זכויות האדם הנוגעות לבריאות בתחומי השליטה של מדינת ישראל, עם דגש על סוגיית הנגישות והשוויון בשירותי הבריאות לקבוצות שונות. העמותה מהווה, בין היתר, כתובת לחולים וקרוביהם, כולל כאלה הנזקקים לשיקום, הפונים אליה לסייע להם בקבלת זכויותיהם הרפואיות וטיפול רפואי לו הם נזקקים.
7. העותרת 7, **האגודה לזכויות האזרח בישראל** (ע"ר), הינה ארגון זכויות אדם הפועל מאז שנת 1972 למען זכויות האדם בישראל, ובין היתר לקידום הזכות לבריאות והזכות לשוויון, ובפרט בהגנה על זכויותיהן של אוכלוסיות שונות במערכת הבריאות.
8. המשיב 1, **שר הבריאות**, ממונה על הבטחת הבריאות לתושבי המדינה, קביעת המדיניות בתחום שירותי הבריאות והרפואה, ואחראי על תכנון, פיקוח, בקרה, רישוי ותיאום השירותים של מערכת הבריאות.

9. המשיבות 2-5, **קופות החולים**, אחראיות למתן שירותי הבריאות הכלולים ב"סל שירותי הבריאות" ובכלל זה שירותי השיקום הרפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, זאת בהתאם לסעיף 3 לחוק.

התשתית העובדתית:

א. שיקום רפואי – מהו?

10. שיקום רפואי הוא שלב טיפולי בהליך של ריפוי מתמשך אשר ניתן למי שהתפקודים התנועתיים ו/או הקוגניטיביים שלו או שלה נפגעו כתוצאה ממחלה או טראומה, מולדות או נרכשות.

11. לשיקום מספר מטרות: מטרה אחת היא להחזיר את האדם לאורח חיים פעיל, לתפקוד מרבי לאחר הפגיעה, ולאפשר לו לשוב ולהשתלב בחיי החברה והקהילה; מטרה שנייה היא להגדיל את עצמאות המטופל/ת ולהקטין את התלות בזולתו/ה; מטרה שלישית של שיקום רפואי היא הקניית כישורים חדשים למטופל/ת כדי להתמודד עם המוגבלות; ומטרה רביעית היא לשמר את רמות התפקוד הפיזיות, החושיות, השכליות, הרגשיות והחברתיות האופטימאליות של המטופל/ת.

12. תחום השיקום הרפואי הוא ייחודי שכן הוא מתבצע במודל רב-מקצועי, רב-תחומי ורב-מערכתי שמטרתו מיצוי יכולות גופניות, תפקודיות וקוגניטיביות של המטופל או מטופלת, ושמירתן לאורך זמן. הכוונה היא, שהשיקום הרפואי אמור להתבצע, בהתאם לצורך הרפואי של כל מטופל/ת, בשילוב של יותר מבעלת מקצוע אחד ולכלול רופא/ה שיקום, אחות, פיזיותרפיסט/ית, מרפא/ת בעיסוק, קלינאית/ת תקשורת, עובד/ת סוציאלית, פסיכולוג/ית, דיאטנית ובעלי מקצוע נוספים מתחום הרפואה או הבריאות, כאשר השאיפה היא שלכל בעלת מקצוע תהיה הכשרה בשיקום.

13. השיקום הרפואי דורש במקרים מסוימים שימוש במתקנים מיוחדים, כגון בריכה טיפולית המונגשת לאנשים עם מוגבלויות מסוגים שונים, חדר כושר טיפולי, מרפאת מכשירים להתאמת תותבות גפיים, מכשירי הליכה, נעליים רפואיות, סדי הליכה, חגורות תומכות ועוד, ושימוש בטכנולוגיות חדשניות כגון מציאות מדומה, רובוטיקה, ועוד.

ר' תצהירו של פרופ' אבי עורי, מומחה לשיקום רפואי, בפסקאות 15-21.

נספח ע/1 תצהיר מומחה של פרופ' אבי עורי **מצ"ב ומסומן ע/1**

ב. שירותי השיקום שניתנים תחת הרפואה הציבורית

14. לאור חשיבותם, מורכבותם ועלותם, שירותי השיקום מסופקים באופן ציבורי וניתנים לכל המבוטחים באמצעות ובמימון קופת החולים שאליה משתייך המבוטח או המבוטחת.

15. סעיף 6(5) לחוק קובע כי בסל הבריאות הבסיסי ייכלל תחום "שיקום רפואי, לרבות שיקום פסיכולוגי, פיזיותרפיה, ריפוי הדיבור, ריפוי בעיסוק ועבודה סוציאלית בתחום הבריאות". סעיפים 1, 22, ו-23 לתוספת השניה מפרטים את השירותים שניתנים בתחום.

16. שירותי השיקום ניתנים תחת הרפואה הציבורית בכמה מסגרות, כמפורט להלן.

שיקום באשפוז :

17. שיקום באשפוז ניתן לאחר אירוע חריף בבתי חולים כלליים שיש בהם מחלקת שיקום (למשל, בית החולים הכללי שיבא תל השומר, איכילוב, בני ציון, הדסה הר הצופים, נהריה) או בבתי חולים שיקומיים (למשל, בית לוינסטיין, רעות).
18. במסגרת זו, המטופל מתאשפז לתקופה של עד שלושה חודשים במימון קופת החולים, כאשר הקופה רשאית להאריך את התקופה (ר' ס' 23 לתוספת השניה של החוק). בתקופה זו המטופל עובר הליך שיקומי בהתאם לתכנית האישית שנקבעה לו.
19. עבור ילדים/ות ונערים/ות הנזקקים לשיקום יש כיום שלוש מסגרות אישפוז בכל הארץ: בית חולים אליין - מרכז שיקום לילדים ונוער בירושלים, מחלקת ילדים בבית החולים השיקומי שיבא ברמת-גן ומחלקת ילדים בבית החולים לוינסטיין ברעננה. שירותי שיקום לילדים ונוער ניתנים במוסדות נוספים שאין בהם תקינה של משרד הבריאות. לדברי ד"ר דפנה גוטמן, יו"ר תת-הוועדה לשיקום ילדים במועצה הלאומית לשיקום, שצוטטה במחקר על שיקום ילדים של מרכז המחקר והמידע של הכנסת, השימוש במונח "שיקום ילדים" ביחס למוסדות ללא תקינה מתאימה הוא שגוי מפני שהטיפול במוסדות אלה אינו מונחה על-ידי עקרונות מותאמים.
20. לגבי כלל המטופלים, החוק אינו קובע מסגרת מתן הטיפול, סוגי הטיפול שהמבוטח זכאי לקבל, תדירות הטיפולים והיקפם. דרישות כוח האדם, הבינוי והציוד למחלקות שיקום באשפוז (מבוגרים או ילדים ונוער, ללא הבחנה) מפורטות בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות 42/2003 "אמות מידה לרישוי וקביעת זכאות לטיפול במחלקות שיקום כללי" (2.6.2003) (להלן: "חוזר מנכ"ל שיקום כללי").

נספח 2/ חוזר מנכ"ל שיקום כללי מצ"ב ומסומן 2/עשיקום באשפוז גריאטרי :

21. שיקום באשפוז גריאטרי ניתן בבתי חולים כללים שיש בהם מחלקת שיקום גריאטרית, או מוסדות גריאטריים שיקומיים או מוסדות גריאטריים סיעודיים הכוללים מחלקת שיקום.
22. השיקום הגריאטרי מיועד למטופלים בני 65 ומעלה, אך מטופלים אלה לא בהכרח יתאשפזו במוסד גריאטרי, שכן, יתכן ויופנו לשיקום לא-גריאטרי בהתאם למצבם הרפואי ומטרות השיקום שנקבעו לכל מטופל.
23. קיים שוני מהותי בין שיקום באשפוז לבין שיקום באשפוז גריאטרי. מדובר בשתי דיסציפלינות שונות, המחייבות הכשרות שונות, אמצעי טיפול שונים, תקינת כוח אדם שונה וציוד שונה.
24. יחד עם זאת, יש גם קשר בין התחומים, כיוון שבישראל קיים טשטוש גבולות בין שיקום באשפוז לבין שיקום גריאטרי. טשטוש זה נובע בין היתר מהעדר הנחיות ברורות באשר למסגרת בה יש לאשפז את המטופל.
25. כך, על פי תצהירו של פרופ' עורי, בפרקטיקה הנוהגת מטופל בן 67 עם שבץ מוחי עלול למצוא את עצמו במחלקה לשיקום גריאטרי, למרות שהמענה האופטימאלי למצבו ימצא דווקא במחלקת שיקום כללי. מקרה כזה עלול להתרחש בשל טשטוש הגבולות, כאמור, אך גם בשל

העלות הנמוכה ליום אשפוז במוסד שיקום גריאטרי לעומת מוסד שיקום לא גריאטרי, שמייצרת הטיה אצל קופות החולים לטובת שיקום גריאטרי.

26. דרישות כוח האדם, הבינוי והציוד למחלקות שיקום באשפוז מפורטות בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות 60/2002 "אמות מידה לרישוי ותפעול מחלקה גריאטרית שיקומית" (10.11.2002) (להלן: "חוזר מנכ"ל שיקום גריאטרי").

נספח ע/3 חוזר מנכ"ל שיקום גריאטרי מצ"ב ומסומן ע/3

שיקום באשפוז יום (אמבולטורי):

27. שיקום זה ניתן במרכזים לשיקום יום של בתי החולים או במרכזים לשיקום יום המופעלים על-ידי קופת החולים או במרכזים הנמצאים בבעלות פרטית שיש להם הסדר עם קופת החולים.

28. במסגרת זו המטופל מגיע למרכז לשיקום יום מספר פעמים בשבוע (בהתאם לצורך הרפואי) על-מנת לקבל טיפול או רצף טיפולים מהתחומים השונים המרכיבים את תכנית השיקום של המטופלים. לאחר הטיפול היומי, המטופל או המטופלת חוזרים לביתם.

29. שיקום באשפוז יום מכונה גם "שיקום בקהילה", אולם כפי שנראה בהמשך, לרבים מהמטופלים בצפון ובדרום הארץ אין מרכז לשיקום יום הנמצא בקהילתם או במרחק סביר ממקום מגוריהם.

30. לעומת מסגרות השיקום באשפוז, אין אמות מידה כלשהן שקובעות את תקינת כוח האדם הנחוצה, בעלי המקצוע הנדרשים, לרבות מנהל/ת המרכז, הציוד הדרוש או בינוי מתאים עבור שיקום באשפוז יום.

שיקום יום דרך מכונים:

31. שיקום זה ניתן במכונים לפיזיותרפיה או לריפוי בעיסוק הפועלים באמצעות קופות החולים. לרוב, מכונים אלה אינם מיומנים בשיקום, ואינם מעניקים טיפול במודל רב-תחומי.

שיקום בבית החולה:

32. שיקום זה ניתן למטופל או למטופלת בביתם באמצעות קופות החולים. לרוב, הטיפולים ניתנים על ידי בעל מקצוע בודד וגישה רב תחומית כמעט ולא קיימת במסגרת זו. כמו שיקום באשפוז יום, גם לגבי שיקום בבית החולה אין אמות מידה הקובעות את סטנדרט הטיפול הנדרש.

33. במקרים רבים, קיים רצף טיפולי בין מסגרות הטיפול השונות, שכן שיקום איכותי דורש לכל הפחות תקופת אשפוז שיקומי ראשונית, ולאחר מכן המשך שיקום בקהילה בבית המטופל ו/או במרכזי שיקום יום, בהתאם למצבו של המטופל ולצרכיו.

ר' תצהירו של פרופ' אבי עורי (נספח ע/1); חוברת המאגדת מאמרים וחומר רקע לכנס לאומי של משרד הבריאות בנושא שיקום (שיקום רפואי: חזון ואתגרים לגיבוש תכנית לאומית 14, 18, 21, 37, 45 (יצחק זיו-נר, אתי סממה ודוידה זיגלמן-אוזן עורכים, 2013) (להלן: "חוברת מאמרים מכנס שיקום"); דוח מבקר המדינה לשנת הכספים 2010 (מבקר המדינה "שיקום רפואי לקשישים" בתוך דוח שנתי 62, 294 (2011) (להלן: "דוח מבקר המדינה"); ד"ר נורית יכימוביץ-כהן ומריה רבינוביץ'

"שיקום רפואי לילדים ונוער – מוסדות וכוח-אדם" מרכז המחקר והמידע של הכנסת (7.3.2016)
(להלן: "מחקר על שיקום ילדים של מרכז המחקר והמידע של הכנסת").

ג. תמונת המצב בפריפריה: אי-שוויון באיכות וזמינות השיקום

34. כפי שנראה להלן, קיים מחסור חריף בשירותי שיקום איכותיים, זמינים ונגישים בפריפריה הגיאוגרפית של מדינת ישראל. מספר מיטות השיקום באשפוז באזור תל-אביב לאלף נפש הוא פי חמש ממספר המיטות בדרום ובצפון; שיקום לילדים הוא שירות הזמין רק באזור המרכז או בירושלים; בבתי החולים שבדרום ובצפון לא נמצאים כל המתקנים והשירותים הנדרשים; קיימים רק שני מרכזים לשיקום יום באזור הצפון ושלושה באזור הדרום לעומת ארבעה עשר במרכז; במרכזי שיקום יום שבפריפריה לא ניתן למצוא את כל בעלי מקצועות הרפואה והבריאות הנדרשים לשם שיקום איכותי; ועוד.

35. פערים אלה פוגעים קשות במטופלים מצפון ומדרום הארץ, בסיכויי שיקומו וכן בבני משפחתם. חלקם לא מקבלים שיקום כלל, חלקם נאלצים להתאשפז רחוק מאזור מגוריהם, חלקם נאלצים לנסוע מאות קילומטרים מספר פעמים בשבוע כדי להגיע לטיפולים וחלקם מקבלים טיפול ברמת איכות שיורדת מרמת האיכות של הטיפול במרכז הארץ.

36. תמונת המצב שתוצג להלן, הורכבה משילוב המידע והנתונים שבתצהירי העותרים והמומחה פרופ' אבי עורי, דוח מבקר המדינה, חוברת מאמרים מכנס שיקום, מחקר על שיקום ילדים של מרכז המחקר והמידע של הכנסת וכן מידע שהתקבל ממשדד הבריאות בסוף שנת 2015 במענה לבקשה לפי חוק חופש מידע שהגישה האגודה לזכויות האזרח בישראל.

נספח 4/ע בקשה לפי חוק חופש מידע שהגישה האגודה לזכויות האזרח מיום 5.7.2015 ובקשה להשלמת מידע מיום 5.11.2015 **מצ"ב ומסומן 4/ע**

נספח 5/ע מענה משרד הבריאות לבקשה מיום 31.8.2015 ומיום 28.12.2015 **מצ"ב ומסומן 5/ע** (להלן: "מענה משרד הבריאות לבקשה לפי חוק חופש מידע" או "נתוני משרד הבריאות")

ג.1. פיזור לא שוויוני של מיטות השיקום באשפוז ושוני באיכותו בין הצפון והדרום למרכז

37. מנתוני משרד הבריאות (נספח 5/ע) עולה, שבעוד שהממוצע הארצי של פיזור מיטות השיקום עומד על 0.1 מיטות ל-1,000 נפש, הממוצע באזור תל-אביב הוא 0.22 מיטות ל-1,000 נפש - **כפול מהממוצע הארצי**.

38. באזור חיפה הממוצע תואם אמנם את הממוצע הארצי (0.11 מיטות ל-1,000 נפש), אך, בהתאם, מהווה כמחצית מהממוצע באזור תל-אביב. בירושלים מספר המיטות **נמוך** מהממוצע הארצי ועומד על 0.09 מיטות ל-1,000 נפש.

39. **הזמינות הנמוכה ביותר של מיטות שיקום היא בצפון ובדרום הארץ, כאשר הממוצע באזורים אלה עומד על 0.05 מיטות ל-1,000 נפש - חמישית ממספר המיטות באזור תל אביב.**

40. עוד מראים הנתונים, כי שירותי שיקום באשפוז לילדים פשוט לא קיימים בפריפריה. ישנן כיום רק 68 מיטות מתאימות לילדים ברחבי הארץ, כולן באזור המרכז או ירושלים והמחלקות מצויות בתפוסה של בין 102% ל-173%.

41. כך, ילד או ילדה מהצפון או מהדרום שנזקקים לשיקום באשפוז נאלצים להתאשפז במרכז הארץ או בירושלים. ויש לא מעט כאלו מקרב אוכלוסיות מעוטות הכנסה. בבדיקה שביצע מרכז המחקר והמידע של הכנסת בקופת חולים לאומית נמצא כי רבים מהמאושפזים בין השנים 2012-2014, הם ילדים מהפריפריה המתגוררים ביישובים באשכולות 1-4 (29 מאושפזים מהגליל, 22 מאזור כינרת, 23 מהנגב).

42. פערים בפיזור מיטות בין צפון לדרום קיימים גם בשיקום גריאטרי. על-פי סקירתם של ד"ר יהושע בן ישראל, יו"ר המועצה הלאומית לגריאטריה ומנהל המרכז המשולב "שהם", וד"ר נחום סורוקר, מנהל המח' לשיקום נוירולוגי, בי"ח לוינשטיין וראש החוג לרפואה שיקומית באוניברסיטת ת"א, בתחום השיקום הגריאטרי מספר המיטות הנמוך ביותר בארץ הוא בצפון, בדרום ובירושלים ("תכנית לאומית לשיקום – מצאי וצורך במיטות שיקום", בתוך חוברת מאמרים מכנס שיקום, בעמ' 80).

43. חוץ מפיזור לא שוויוני של מיטות, קיים גם מחסור אקוטי במיטות שיקום. לפי נתוני משרד הבריאות (נספח 5/ע), מיטות השיקום בארץ מאוישות כיום בתפוסה של 108%. לשיטת ד"ר בן ישראל וד"ר סורוקר נתון זה אף לא משקף את הצורך האמיתי, שהוא רב עוד יותר. הסיבה לכך היא שמטופלים מסויימים, בעיקר קשישים, כלל לא מופנים למסגרות שיקומיות מתוך מחשבה – לא תמיד נכונה – שאין להם פוטנציאל לחזור לתפקוד עצמאי או להטיב את התפקוד הנוכחי שלהם. לשיטת המומחים, הדבר נובע מכך שאין קריטריונים ברורים ומחייבים להפניית מטופלים לשיקום, ואם היו הרי שהתפוסה במחלקות השיקום הייתה אף גדולה יותר ("תכנית לאומית לשיקום – מצאי וצורך במיטות שיקום", בתוך חוברת מאמרים מכנס שיקום, בעמ' 79).

44. הבעייתיות לא מסתכמת רק במחסור במיטות ובפיזור הלא שוויוני של מספרן, אלא גם בהעדר אחידות בשירותים שבתי החולים בצפון ובדרום מסוגלים להעניק למטופליהם במחלקות השיקום לעומת בתי החולים במרכז. כך למשל, מנתוני משרד הבריאות עולה שאין בריכה שיקומית באף אחד מבתי החולים בצפון.

45. נוסף על כך, במחלקות השיקום באשפוז בבתי החולים בצפון ובדרום אין חלוקה לפי תת-התמחות בסוגי תחלואה ספציפיים. זאת, לעומת מרכזי השיקום שנמצאים במרכז הארץ, כמו בית לוינשטיין ושיבא תל השומר, בהם יש חלוקה למחלקות עם התמחות כגון, מחלקת לשיקום נוירולוגי עם תת חלוקה לשבץ, נזק מוחי טראומטי, גידולי מוח וכדומה; מחלקת לשיקום אורתופדי עם תת חלוקה לשברים, קטיעות, עמוד שידרה ועוד.

46. החלוקה למחלקות ותת מחלקות היא לא טכנית או כזו שנובעת משיקולים מבניים, אלא שהיא הוכרה כצורך חיוני להצלחת השיקום לנוכח השוני של אמצעי האבחון והטיפול בכל אחד מתת התחומים (ד"ר בן ישראל וד"ר סורוקר "תכנית לאומית לשיקום – מצאי וצורך במיטות שיקום", בתוך חוברת מאמרים מכנס שיקום, בעמ' 76).

תוצאות המחסור והפיזור הלא-שוויוני של מיטות שיקום

47. ישנן כמה השלכות למחסור החרף והפיזור לא שוויוני במיטות שיקום.

48. **תוצאה אחת היא שיש מטופלים הזקוקים לשיקום באשפוז, אך כלל לא מקבלים שיקום.** הדברים נמסרו בדיון בנושא מחסור בשירותי שיקום באשפוז בדרום בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת שהתקיים ביום 25.2.2014. באותו דיון 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". ד"ר טרגר ציין באותו דיון כי נתון זה נכון במיוחד לדרום.

נספח 6/ע פרוטוקול ישיבה מס' 200 של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, הכנסת ה-19, שהתקיימה ביום 25.2.14, בסימון החלקים המצוטטים **מצ"ב ומסומן 6/ע**

49. אכן, המחסור בשירותי שיקום אמנם פוגע בכלל האוכלוסייה, אך הנפגעים העיקריים שנמנעת מהם הזכות לקבל שירותי שיקום רפואי הם תושבי הצפון והדרום שכן הנתונים שהוצגו מראים שמשאבי השיקום שקיימים – הגם שלא מספקים – מחלוקים בצורה לא שוויונית בין הפריפריה למרכז. כך למשל, בבדיקה שביצע מבקר המדינה בשנת 2009, עלה כי במחוז הצפון רק 43% מהלוקים בשברי צוואר הירך ואירוע מוחי קיבלו שיקום באשפוז לעומת 76% במחוז תל אביב (**דוח מבקר המדינה**, בעמ' 302).

50. גם מחקר שביצע משרד הבריאות ביחס לשיקום קשישים מאשש זאת, וקובע כי מתוך הקשישים שלקו באירוע מוחי – שליש לא קיבלו שיקום, רובם בדרום ובירושלים.

(ר' אתר משרד הבריאות, פרויקט הערכת שיקום קשישים http://www.health.gov.il/UnitsOffice/ICDC/Additional_fields/Elderly_rehab/Pages/rehab_project.aspx).

51. אי קבלת שיקום בשל אי זמינות של השירות מהווה פגיעה קשה בבריאותו של המטופל, מצבו הרפואי של המטופל עלול להידרדר ולהסתבך עד כדי אובדן עצמאות והיזקקות לשירותים רפואיים רבים ויקרים. פרופ' עורי, מבכירי המומחים לשיקום בארץ, מציין בתצהירו המצורף לעתירה, כי מעבר לחשיבות ההומנית, לשיקום תפקיד מכריע במניעת סיבוכים ושיפור באיכות החיים. ויתור על שיקום, מוסיף פרופ' עורי, עלול להביא את המטופל להיזקקות לכיסא גלגלים, איבוד מיומנות יומיומיות והזדקקות לעזרה בבית. כמו כן מטופלים שלא מקבלים שיקום חולים במחלות אחרות שדורשות טיפול מיוחד ויקר (ר' תצהירו של פרופ' עורי, בפסקאות 30-31 **נספח 1/ע**; ר' בנוסף גם את דוח מבקר המדינה, בעמ' 295)

52. **תוצאה נוספת היא שמטופלים מאושפזים הרחק ממקום מגוריהם.** בבדיקה שביצע מבקר המדינה, עלה כי מתוך 499 מטופלים בקופת חולים כללית במחוז הצפון שהופנו לשיקום, רק 81 (16%) מתוכם הופנו למוסדות שיקום במחוז מגוריהם, ואילו 418 (84%) **מתוכם הופנו לשיקום במוסדות שמחוץ למחוז מגוריהם.** עוד עלה, כי 37 מבוטחים בקופת חולים כללית תושבי קריית שמונה אושפזו במרחק של מ-115 ק"מ (חיפה) ועד כ-175 ק"מ (פתח-תקווה) ממקום מגוריהם (**דוח מבקר המדינה**, בעמ' 303).

53. בבדיקה נוספת שביצע המבקר לגבי העיר אילת עלה כי רוב הקשישים שנוקקו לשיקום הופנו למקומות רחוקים מאילת, שכן אין בבית החולים היחידי בעיר מחלקה לשיקום. יש להניח, כי הממצאים נכונים גם למי שמתחת לגיל 65 היות שכאמור אין באילת מיטות לשיקום. קשישים

שהיו מעוניינים בטיפול שיקומי בתוך אילת, הופנו ל"בית בלב", מוסד שאין לו רישיון לשיקום או לשיקום גריאטרי (שם, בעמ' 300).

54. לילדים כאמור, יש אפשרויות להתאשפז ולקבל שיקום רק במרכז או ירושלים ולכן ילדים מהפריפריה נאלצים תמיד להתאשפז הרחק מביתם. מטבע הדברים, הוריהם נאלצים לנסוע מספר שעות ביום כדי להיות לצידם ובמקרים מסוימים אף מעתיקים את מקום מגוריהם.

55. **העדר אפשרות לשיקום באשפוז בקרבה למקום המגורים מהווה פגיעה קשה במטופל או מטופלת ובבני משפחתם.** הפגיעה מתבטאת בשני אופנים עיקריים:

56. ראשית, כשהאשפוז מרוחק מבית המשפחה, הדבר לא מאפשר ניהול מרקם חיים תקין ומטיל על המשפחה עלויות גבוהות. בני המשפחה נאלצים לוותר על ימי עבודה כדי להיות לצד המטופל, דבר שעלול לפגוע בפרנסתם, הם בקושי מתראים בינם לבין עצמם בגלל הניסיון לחלק את המעמסה, והנסיעות הארוכות והיקרות מטילות עומס בלתי נסבל על בני המשפחה. הדבר נכון ביתר שאת, כאשר מדובר במשפחות שאין להן רכב פרטי, והן נאלצות להסתמך על שירותי התחבורה הציבורית בפריפריה, לעיתים תוך החלפת כמה קווי אוטובוס כדי להגיע למקום האישפוז.

57. כך למשל, מתארת העותרת 2, גב' אלישבע גבע, בתצהירה המצורף לעתירה זו, את המציאות שנכפתה עליה שעה שכן זוגה אשר (אשי) גבע היה באשפוז שיקומי לאחר שבץ בבית לוינשטיין ברעננה, מרחק של 117 ק"מ מהישוב בו הם מתגוררים, עצמון-שגב, שבמועצה האזורית משגב שבגליל, רק משום שאין מוסד שיקומי אחר בכל אזור הצפון:

"תקופת האישפוז של אשי בבית לוינשטיין הייתה קשה עבורי מכל בחינה אפשרית. אשי הוא אדם רב מעלות, משכיל, מוכשר ומודל לחיקוי לילדיו. לאחר שחטף שבץ היה על כולנו להתמודד עם השינוי שעבר ועם הפער בין אשי שלפני השבץ לבין אשי שאחרי השבץ.

בנוסף להתמודדות הנפשית והרגשית הלא פשוטה שלי עם המצב החדש של אשי, הייתי צריכה להמשיך להיות אמא ולתת לבניי תמיכה במקום החדש שבו הם מצאו את עצמם מול אביהם. עד השבץ, אשי היה עמוד התווך של הבית. אחרי השבץ, אני זו שהייתה צריכה להיכנס לנעליים שלו ולהיות האישה החזקה שבבית. אסור היה לי להישבר והחזקתי את כל המשפחה.

המרחק בין הבית שלנו לבית לוינשטיין הערים קשיים נוספים על הקושי שבהתמודדות שלנו כמשפחה, ועל ההתמודדות של אשי בפרט בהליך השיקום...

...במשך שמונה חודשים רצופים, לא היו לי שבתות כי את כולן ביליתי בבית לוינשטיין. באותה תקופה הייתי מותשת, ובקושי היה לי זמן לישון. במהלך הנסיעות קיימתי ישיבות עבודה דרך הדיבורית – גם כדי למלא את חובותיי בתפקיד, וגם כי זה עזר לי להישאר ערה.

הבן הצעיר שלנו, יאיר, השתחרר באותה תקופה מהצבא והתגורר אצלנו בבית. הוא ניסה להתחיל לעבוד אבל לא הצליח למצוא זמן או יכולת נפשית כדי להתחיל עבודה מפני שהרבה מהזמן היה לצדו של אביו בבית לוינשטיין ובמקביל נאלץ להתמודד עם הקושי של היפוך התפקידים ביניהם. בקושי ראיתי את יאיר במשך כל אותה תקופה. כשאני הגעתי הביתה, הוא נסע להיות לצד אשי וכשהוא חזר, אני זו שנסעה. זו הייתה תקופה מאד קשה עבורי ועבורי (פסי' 9-11 ו-20-21 לתצהירה של אלישבע גבע).

58. במקרים מסוימים משפחות אף מעתיקות את מקום מגוריהן או נאלצות ללון בבתי החולים. כמובן שלא כל המשפחות יכולות להרשות זאת לעצמן, שכן עלויות הלינה עלולות להגיע לאלפי ועשרות אלפי שקלים. כך למשל, מרכז המחקר של הכנסת מראה שבאשפוז ילדים, מחיר לינה להורים בבית החולים או בסמוך נע בין 160 ל-650 שקלים ללילה, כאשר מספר ימי האשפוז הממוצעים הם 30 ימים באליו"ן, 53 בשיבא ו-118 בבית לוינסטיין.

59. עלויות הנסיעה (ברכב או תחבורה ציבורית), בזבז שעות ארוכות בדרכים, עלויות הלינה, אבדן ימי עבודה - כל אלה, הנובעים מאי-השוויון בפיזור המיטות, **הופכים את השיקום מטיפול שאמור היה להיות מסופק תחת הרפואה הציבורית, לטיפול שעלותו בפועל עבור מטופלים מהפריפריה היא אלפי שקלים בחודש ורק מעטים יכולים להרשות אותו לעצמם.** וכך מעידה גב' גבע:

"המרחק אילץ אותי לבזבז זמן יקר על נסיעות, שהתישו אותי פיזית ונפשית והקשו עליי להמשיך לנהל את המאבק על השיקום של אשי, ובמקביל להמשיך לנהל את שגרת החיים שלי ושל המשפחה.

בתקופת האשפוז של אשי בבית לוינסטיין, המשכתי לעבוד כמורה במשרה מלאה בין הימים א-ו... שגרת השבוע שלי במשך כל שמונת החודשים שבהם אשי היה מאושפז בבית לוינסטיין כללה עבודה, נסיעות בין העבודה, הבית ובית לוינסטיין ושהייה לצידו של אשי. פנאי לעצמי לא נותר לי.

אין תחבורה ציבורית סבירה וזולה מביתנו שבעצמון לבית לוינסטיין. כדי להגיע לבית לוינסטיין בתחבורה ציבורית, צריך להגיע מעצמון לתחנת הרכבת בעכו, לנסוע להרצליה ומשם לקחת אוטובוס לרעננה. נסיעה כזו לכל כיוון יכולה לקחת מספר רב של שעות.

בגלל המחסור בתחבורה ציבורית, נאלצתי לנסוע לבית לוינסטיין מביתנו שבעצמון ברכב. הנסיעה לכל כיוון ארכה כשעה וחצי, ולא קיבלנו החזרי דלק מקופת החולים או מבית החולים.

למזלי הרב, אח שלי גר באותה תקופה בהוד השרון ולכן יכולתי לישון אצלו בלילות לאחר שחזרתי מטיפול ושהייה לצידו של אשי בבית לוינסטיין. אם לא היו לי קרובי משפחה במרכז הארץ, הייתי נאלצת לחזור באותו היום או לשכור דירה במרכז. בתקופת האשפוז של אשי הכרתי מאושפזים נוספים שגרו רחוק וזה מה שבני משפחתם עשו מכיוון שלא היו להם קרובי משפחה במרכז כמו שלי היו" (פסי' 12-16 לתצהירה של אלישבע גבע בנספח ע/7).

60. אופן שני בו מתבטאת הפגיעה לנוכח העדר אפשרות לשיקום באשפוז בקרבת הבית, היא שהדבר מקשה מאוד על בני המשפחה להיות לצדו של המטופל בעת אשפוזו, אשר נזקק למשפחתו בזמנים קשים. כתוצאה מכך, **המטופל נפגע באופן ממשי, פגיעה שעלולה לעקר את מאמצי השיקום ולגרום לנזק בלתי הפיך, שכן הליווי של בני המשפחה, במיוחד 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 (ר' פסקה 40 לתצהירו של פרופ עורלי). וכך מעידה גב' גבע:

"היה לי חשוב שיהיו סביבי אשי כל הזמן משפחה וחברים, מכמה סיבות. קודם כל כי הרופאים אמרו לי שלטובת השיקום שלו כדאי ועדיף שבני המשפחה יהיו סביבו כמה שיותר כדי לגעת באשי, לשים לו מוסיקה ולדבר איתו. הרופאים הסבירו לנו שהמוח של אשי נפגע, ולפיכך צריך כל הזמן לחשוף את אשי לגירויים כדי ליצור קשרים חדשים במוח שלו. עוד הסבירו לי, וגם הבנתי בעצמי, שהתקווה חשובה לא פחות למימוש

הפוטנציאל השיקומי של אשי ולכן היה צריך מישהו קרוב שידבר איתו, יצחיק אותו, ייתן לו תקווה וימקם אותו במרחב והזמן. בנוסף להכלל, בשלב הזה אשי לא היה יכול לבקש עזרה והיה לי חשוב שבעת הצורך יהיה לצידו מישהו כדי שחלילה לא יגרם לאשי נזק נוסף...

...אשי דיבר בהתחלה, והגיב ואני מאמינה שהוא היה בר שיקום, אך הפוטנציאל השיקומי שלו לא התממש. אני סבורה שזה קרה משום שברמה מסויימת המערכת ויתרה על אשי. בדיעבד אני מבינה שהייתי יכולה להילחם עוד על איכות השיקום של אשי, אך המרחק התיש אותי פיזית ונפשית. בכלל לא ידעתי שקיים דבר כזה שיקום יום, למשל, ולא ידעתי שאפשר לדרוש את זה אחרי האשפוז. אם השיקום היה קרוב לבית, היה לי הפנאי להבין מהן הזכויות של אשי, איזה שיקום עליו לקבל, הייתי יכולה להיות בקשר רציף עם הצוות הטיפולי ולדרוש את הטיפול הטוב ביותר לאשי" (פס' 19 ו-26 לתצהירה של אלישבע גבע בנספח ע/7).

61. על פגיעה דומה מדווחים תושבי הנגב. למשל, ביום 6.2.2014 שודרה תכנית "עובדה" בערוץ 2 שעסקה במקרה של גיל היימן-נוימן ז"ל, תושב באר-שבע בן 17. 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. 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. הדיון בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בנושא מחסור בשירותי שיקום באשפוז בדרום, התקיים בעקבות אותה תכנית.

הכתבה מיום 6.2.14 נמצאת בקישור: <http://bit.ly/1kjmTgl>

62. ואכן, משיחות של ב"כ האגודה לזכויות האזרח בישראל עם עובדים במחלקות שיקום, יש מקרים בהם המרחק בין מקום האשפוז לבין מקום המגורים אף עשוי להביא לויתור על הטיפול או צמצומו, רק בשל היעדר יכולת לעמוד בקשיים שמרחק זה יוצר. החשש מתחזק כאשר מדובר באוכלוסיות מוחלשות, ובפרט אוכלוסיות מוחלשות המתגוררות בפריפריה הגיאוגרפית בישראל.

63. גם העותרת 1, גבי גליה גנון מקריית-גת, מתארת מציאות דומה בתצהירה המצורף לעתירה זו. לגבי גנון שני ילדים שעוברים שיקום - שי, שנפצע קשה במהלך מבצע "צוק איתן" בשנת 2014, ודורון, שנפצעה בשנת 2015 במועדון "הפורום" בבאר שבע על-ידי אלמוני שנפל עליה ממקום גבוה בחוזקה.

64. שי ודורון אושפזו בבית החולים השיקומי שיבא תל-השומר מכיוון שלא היה בית חולים שיקומי או מחלקה שיקומית מתאימים בדרום הארץ. וכך מתארת גבי גנון את הקשיים שהמרחק מערים בנוסף על הקושי העצום שבהתמודדות עם פציעת שני ילדיה, ואת העלויות הגבוהות הנלוות למרחק:

"תקופת האשפוז של שי הייתה תקופה קשה עבורי כאמא ולצד הקושי הזה התווספה גם ההכבדה של המרחק מהבית. הייתי לצידו של שי כל תקופת האשפוז, ואף פוטרתי עקב כך ממקום עבודתי כגננת..."

...

תקופת האשפוז של דורון נמשכה 10 חודשים. במשך כל אותה תקופה הייתי צמודה לדורון. הייתי לידה מהרגע שהיא קמה בשמונה בבוקר ועד

שהיא הולכת לישון בחצות. לא היה לי פנאי לעצמי ומכיוון שאנחנו גרים בדרום בארץ, נאלצתי ללון במלונית הצמודה לבית החולים כל לילה.

זו הייתה תקופה קשה, עצובה ובודדה, שבה במשך זמן רב הייתי לבד, רחוק מהבית, בלי אפשרות לחלוק את הקושי שחוויתי, אלא בטלפון. בעלי המשיך לעבוד במקום עבודתו שבדרום הארץ מכיוון שמישהו היה צריך להמשיך לפרנס את המשפחה ולכן כמעט ולא ראיתי אותו במהלך השבוע...

גם את שני בניי, שי ומתן, בקושי ראיתי בתקופת האשפוז של דורון... הטיפול בדורון והמרחק שהקשה על הכל עוד יותר ובידד אותי מהמשפחה.

...

על התשלום למלונית קיבלנו החזרים ממשד הבטחון ... אם לא היה את זה, זה היה יכול להיות אסון כלכלי עבור המשפחה ואני לא בטוחה שהיינו יכולים לעמוד בזה.

ראיתי מסביבי המון מטופלים שנפגעו בתאונות מחוץ לצבא והם היו אומללים בגלל המרחק. ראיתי בני משפחה זרוקים על הרצפה או על כורסא בלילה כי גרו רחוק ולא היה להם מספיק כסף לשלם עבור מלונית, תשלום שיכול להגיע לאלפי שקלים בחודש.

העדר שיקום איכותי בדרום ובצפון לא פוגע רק במשפחות ומטופליהן שגרים רחוק, אלא גם במטופלים האחרים שנמצאים בחדר כי חוסר היכולת של מי שגר רחוק למצוא פתרונות למרחק, מעמיס על בית החולים, ויוצר מצב לא נוח ולא נעים עבור המטופלים...

...לאורך כל האשפוז של דורון ספגנו עוד עלויות רבות, כמו למשל ארוחות עבורי במשך כל יום ועבור המשפחה בגלל המרחק, והפסד ימי עבודה לאור החלטתי לעזוב את העבודה כדי לטפל בדורון. כמובן שהכל מתגמד כי השיקום של דורון הכי חשוב לנו..."

(פסי' 5, 11-18, 29 לתצהירה של גב' גנון המצורף לעתירה)

נספח 8/ע תצהירה של גב' גליה גנון מצ"ב ומסומן 8/ע

2.ג. הפליה בשירותי שיקום יום בפריפריה

65. כאמור, מטופל או מטופלת המשתחררים משיקום באשפוז, נזקקים להמשך שיקום בקהילה על-מנת להמשיך לתרגל מיומנויות שרכשו, לרבות עצמאות בהליכה ותפקוד יומיום.

66. למטופל או מטופלת מהצפון או הדרום הזקוקים לשיקום יום בקהילה לא תמיד קיים מרכז שיקום יום במרחק סביר ממקום מגוריהם או שבמרכזים שכן קיימים בפריפריה, המענה השיקומי שניתן נחות באיכותו לעומת המענה שניתן במרכזי שיקום יום במרכז הארץ.

67. על-פי נתוני משרד הבריאות, בכל אזור הצפון ישנם רק שני מרכזים לשיקום יום, האחד במזרע בבעלות קופ"ח כללית, והשני בכפר ורדים בבעלות פרטית. באזור הדרום יש שלושה מרכזים בלבד, אחד בבאר שבע בבעלות עמותת יד שרה, שני הממוקם כ-5 קילומטרים מאופקים בבעלות פרטית, ושלישי באשדוד בבעלות קופ"ח מאוחדת.

68. לשם ההשוואה, באזור המרכז ישנם ארבעה עשר מרכזי שיקום יום, שישה מהם באזור תל-אביב. המחסור בשיקום בקהילה בפריפריה נדון גם בכנס "שיקום רפואי: חזון ואתגרים לגיבוש תכנית לאומית" (איילה פרג וד"ר צאקי (יצחק) זיו-נר "המלצות למדיניות שיקום בקהילה בתוך חוברת מאמרים מכנס שיקום, בעמ' 41).

69. המצב בדרום ובצפון לא מסתכם רק במחסור במרכזים לשיקום יום, אלא שבנוסף לכך אין אחידות ברמת שירותי השיקום שניתנים בכל אזור והפערים גדולים. חוסר האחידות והפערים בין המרכזים מתאפשרים בין היתר מכך שלהבדיל משיקום באשפוז, בשיקום בקהילה אין נהלים הקובעים את סל השירותים שיש לכלול בשירות, ובכלל זה את תקינת כוח אדם ורמת הכשרתו בשיקום, מומחיות בעלי המקצוע בדרגות הניהוליות, הציוד הנדרש ותדירות והיקף הטיפול שיש להעניק למטופלים לשם קבלת שיקום איכותי. למעשה, בהעדר אמות מידה, אין מניעה לכך שמרכזי שיקום יום ינוהל על-ידי אדם שאין לו הכשרה שיקומית, או שהצוות לא יהיה בעל הכשרה שיקומית, או שהצוות לא יכלול את כל כוח האדם הדרוש לשם קבלת שיקום איכותי או שהצוות לא יהיה נוכח במקום בתדירות מספקת.

70. ואכן, ניתוח נתוני משרד הבריאות מסוף שנת 2015 מראה, כי המרכזים בצפון ובדרום לא מספקים את אותה מסגרת שיקומית שניתנת באזור תל-אביב מבחינת היקף התקינה והזמינות של בעלי המקצוע (מתחום הרפואה ומקצועות הבריאות) ומבחינת היקף טכנולוגיית השיקום העומדת לרשות המטופלים.

71. כך למשל, על-פי הנתונים, במרכז השיקום שבמזרע אין רופא/ה בית שיקומית, אין יועצ/ת שיקומית, אין פסיכולוג/ית, אין דיאטנ/ית, ואין מרפאת מכשירים. במרכז השיקום שבכפר ורדים, אין רופא/ת בית שיקומית, אין אח/ות המתמחה בשיקום, אין עו"ס, אין פסיכולוג/ית, אין דיאטנ/ית, אין טיפולים משולבים, אין חדר כושר טיפולי, אין שימוש בטכנולוגיית מציאות מדומה ואין מרפאת מכשירים.

72. בדרום המצב לא טוב יותר. במרכז השיקום שבאשדוד, אין יועצ/ת שיקומית, אין אח/ות המתמחה בשיקום, אין טיפול בהידרותרפיה ואין מרפאות מכשירים. בעל"ה נגב, שהיא מסגרת מרוחקת ומבודדת ליד אופקים, אין רופא/ת בית שיקומית באופן רציף וזמין, אין פסיכולוג/ית, אין דיאטנ/ית ואין מרפאת מכשירים. בשיקומון יד שרה שבבאר שבע, אין רופא/ת בית שיקומית, אין יועצ/ת שיקומית, אין אח/ות המתמחה בשיקום, אין מרפאת בעיסוק, אין קלינאית תקשורת, אין פסיכולוג/ית, אין דיאטנ/ית, אין טיפולים משולבים, אין חדר כושר טיפולי, אין טיפול בהידרותרפיה, אין טכנולוגיית מציאות מדומה ואין מרפאת מכשירים.

73. לעומת זאת, במרכז הארץ, ישנם מרכזים לשיקום יום שנחשבים למובילים בתחום, ועל-פי נתוני משרד הבריאות יכולים להעניק מסגרת שיקומית שעונה על צרכי המטופלים, כדוגמת מרכז לשיקום יום בבית לוינשטיין שברעננה, מרכז לשיקום יום שבבית חולים שיבא שברמת גן, ומרכז לשיקום יום בבית חולים איכילוב שבתל-אביב.

74. כן נציין כי למיטב ידיעת האגודה לזכויות האזרח, ומבירור שערכה, את בעלי המקצוע מתחום הרפואה ומקצועות הבריאות שכן ניתן למצוא במרכזים לשיקום יום בצפון ובדרום, לא ניתן למצוא בתדירות ובזמינות מספקת. חלקם נמצאים רק בחלק מימות השבוע ורק בשעות מסוימות. כך, באזור תל-אביב, המטופלים יכולים לקבל טיפול רב-מקצועי 3-5 פעמים בשבוע, ואילו בפריפריה המטופלים מקבלים טיפול או שניים בשבוע לנוכח העומס המוטל על מרכזי שיקום היום ובאופן המנוגד לתכנית השיקומית שהותוותה לו, אולם אין לנו נתונים רשמיים על כך.

תוצאות המחסור בשיקום יום איכותי בפריפריה

75. התוצאות של מחסור בשיקום יום איכותי ושווינוי דומות לתוצאות של מחסור במיטות שיקום בצפון ובדרום.
76. ישנם מטופלים הזקוקים לשיקום יום ומוותרים עליו בשל המרחק ואי הנגישות. דבריו של ד"ר יולי טרגר שצוטטו בפיסקה 48 לעיל, על כך שמחצית מהחולים אחרי אירוע מוחי לא מקבלים שיקום כווננו גם לשיקום בקהילה.
77. מטופלים אחרים מהצפון והדרום, נאלצים לנסוע מאות קילומטרים הלך וחזור, כמה פעמים בשבוע, כדי לקבל שיקום איכותי. במקרים אלה, מרחק מרכזי שיקום היום מביתם מאיים בצורה ממשית על טיב הטיפול ועל הרציפות. ההסעה של המטופל למרכז השיקום המרוחק היא יקרה, ארוכה ומורכבת. היא לעיתים מוטלת על משפחת המטופל, לעיתים אין נגישות סבירה למקום ופעמים רבות המטופל מגיע מותש, והאפקטיביות והאיכות של הטיפול יורדת.
78. דורון גנון, ביתה של גבי גנון, עוברת כיום שיקום יום שלוש פעמים בשבוע במרכז לשיקום יום בשיבא תל השומר מכיוון שאין מרכז שיקום יום מתאים עבורה באיזור הדרום. גם שי גנון, בנה של גבי גנון, היה עד לא מזמן מגיע לתל השומר פעמיים בשבוע, ולאחרונה עבר לקבל טיפול פיזיותרפיה בלבד בבית הלוחם שבבאר שבע. וכך מעידה אמה, גבי גנון, על הקושי והעלויות שמייצר המרחק המרכז לשיקום יום מביתם שבקרית גת, קושי שמונע לעיתים מאוכלוסיות מוחלשות לקבל שיקום :

...יום הטיפולים מתחיל בתשע בבוקר ונגמר בין שלוש לארבע אחר הצהריים. כדי להגיע מקרית גת לתל השומר בזמן, דורון צריכה לצאת מהבית בסביבות 7 בבוקר מהבית. הנסיעה לוקחת שעתיים ועם הפקקים זה סיוט. גם הנסיעה חזרה לא פשוטה ולוקחת בערך שעה וחצי.

לדורון יש מלווה שנמצאת איתה 12 שעות ובדרך כלל מגיעה איתה לשיקום יום, אבל כשהיא לא נמצאת אני מגיעה עם דורון לתל השומר.

מדי פעם אני מצטרפת בלי קשר למלווה, כדי לראות שהכל בסדר ולהראות נוכחות. הסיבה לכך, היא ששמתי לב שכשאני לא נמצאת שם ועומדת על זכויותיה של דורון, הצוות לעיתים מרשה לעצמו להקל או לעשות שינוי במערך הטיפול.

לאורך תקופת השיקום של שי ושל דורון, הבנתי שהנוכחות של בני משפחה במסגרת של שיקום יום היא קריטית להצלחת השיקום. לא רק במובן של מתן אהבה, תקווה וכוח לילדים שלי, אלא גם כדי לעמוד על צורכיהם מול המערכת הרפואית.

אני סבורה שדורון צריכה לקבל יותר ימי טיפול, אבל למיטב ידיעתי אין ימים כי יש המון מטופלים. חלק מהמטופלים נמצאים ברשימת המתנה ולכן לא נותנים לדורון יותר משלושה ימים. למיטב הבנתי, זה מאט לדורון את קצב השיקום...

מכיוון שנמסר לי בעל-פה שלטובת השיקום של דורון יש צורך בעוד טיפולים של ריפוי בעיסוק... החלטנו לשכור לדורון מטפלת באופן פרטי.

...

במקרה של דורון יש גם רכב מותאם, אבל לא כל אחד יכול להגיע מרחוק בתדירות גדולה לקבל שיקום יום כנדרש ולא לכל אחד יש רכב מותאם שמסייע לו להגיע. יצא לי להכיר במרכז לשיקום יום מטופלים שמשלמים הרבה כסף בשביל להגיע לתל השומר. לדוגמה, הכרתי אם חד הורית שזקוקה לשיקום יום ומשלמת 300 שקל בערך כדי לממן הסעה מיוחדת.

כשהיא יכולה לשלם, היא מגיעה, וכשהיא לא יכולה לשלם היא פשוט לא מגיעה לקבל שיקום."

(פס' 21-28 לתצהירה של גב' גנון המצורף לעתירה בנספח ע/8)

79. מטופלים מסוימים מהדרום והצפון אף מופנים למסגרת טיפולית שאינה מתאימה ואינה מספקת את הטיפול הראוי. עדויות של מומחים בתחום 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.

80. פרופ' אבי עורי מציין בתצהירו, כי טיפול לא אפקטיבי או לא מספק או לא מתאים, וכמובן חוסר טיפול כלל, עלולים להוביל להידרדרות במצב תפקודו של המטופל, עד כדי היוזקות לכיסא גלגלים, צורך בעזרה בבית ואיבוד מיומנויות יומיומיות.

ד. מחדלו של משרד הבריאות לשפר המצב

81. המחסור החריף במיטות אשפוז בפריפריה ואי שוויוניות בפיזור המיטות בכלל הארץ הוא נושא המוכר היטב למשיב מזה שנים. כבר בדוח הביקורת לשנת 2010, התריע מבקר המדינה על המחסור הכבד במיטות שיקום באשפוז, בעיקר בצפון הארץ והפיזור הלא שוויוני של מיטות שיקום. המבקר ציין כי לפחות בנוגע לשיקום של קשישים, נושא מחסור המיטות היה ידוע למשרדו של המשיב 1 עוד משנת 2008 (ר' דוח מבקר המדינה, בעמ' 297-298).

82. בכנס "שיקום רפואי: חזון ואתגרים לגיבוש תכנית לאומית" שהתקיים בשנת 2013 ואורגן על-ידי האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות והמועצה לאומית לשיקום במשרדו של המשיב 1, נושא הפערים בין הפריפריה למרכז היה בין הנושאים המרכזיים שנדונו בכנס ואף הוקדש לו מושב משל עצמו.

83. בסקירתם את המצב הקיים עבור הכנס, ד"ר צאקי (יצחק) זיו-נר, יו"ר המועצה הלאומית לשיקום ומנהל המחלקה לשיקום אורתופדי בבית החולים שיבא, ופרופ' ארנון אפק, ראש מנהל רפואה במשרד הבריאות, הצביעו על הצורך בהגדלת מספר מיטות האשפוז והקצאתן לפי עדיפות גיאוגרפית והמליצו באופן חד משמעי לפתוח מחלקות שיקום בדרום ובצפון לנוכח הפער במספר מיטות השיקום בין המרכז לפריפריה ("תכנית לאומית לשיקום – חזון ומשימות" בתוך חוברת מאמרים מכנס שיקום, בעמ' 15, 18).

84. בכנס אף הוצגו המלצות מרכזיות של הוועדה לרצף הטיפול בשיקום. מומחי משרד הבריאות סברו, כי על מנת להבטיח מתן שרותי 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')" (שם, בעמ' 21).

85. גם הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל, שהמלצותיה פורסמו ביוני 2015, המליצה על קביעת סטנדרטים. המלצה ד (תחת "זמני המתנה") של הוועדה קובעת 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".

(ראו הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית **המלצות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית** 25.6.2015, הנמצאות באתר משרד הבריאות:

(<http://www.health.gov.il/publicationsfiles/germancommittee2014.pdf>)

86. ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י), גם היא הביעה עמדה מקצועית לפיה "יש להקצות את כל המשאבים הנדרשים, לרבות תקנים ותשתיות, על מנת להנגיש שירותי שיקום לכלל האוכלוסייה גם באזורי פריפריה. זאת יש לעשות בהתאם לקריטריונים ברורים ושוויוניים למתן שירותי שיקום בישראל".

נספח 9/ע דואר אלקטרוני מאת עו"ד חן שמילו, ראש תחום מדיניות ציבורית בהסתדרות הרפואית בישראל, מיום 6.7.2016, במענה לדואר אלקטרוני מאת תמי ברנע, מנהלת הוועדה לזכויות הילד, בנושא סיכום דיון על שיקום רפואי לילדים בפריפריה **מצ"ב ומסומן 9/ע**

87. מדובר אם כן, במחדל מתמשך של משרד הבריאות להשוות את זמינות ואיכות שירותי השיקום בין המרכז לפריפריה, תוך גרימת פגיעה בזכות של תושבי הפריפריה לשוויון בנגישות לשירותי בריאות להם הם זכאים מכוח החוק.

מיצוי הליכים

88. כמה מהעותרים פועלים מול משרד הבריאות כבר שנים ממושכות לצמצום אי השוויון בזמינות, נגישות ואיכות שירותי הבריאות בפריפריה, ולחלוקה צודקת יותר של משאבי הבריאות. פעילות זו נעשתה בדרכים ציבוריות בעיקרן, באמצעות פרסום דוחות, פניה לרשויות, פעילות לגיוס דעת הקהל ומול קובעי מדיניות. במהלך השנים הושגו הישגים נקודתיים בפריסה של מכשור ובהוספת תקנים, אולם אי השוויון נותר על כנו ולא מצטמצם.

89. רק לאחרונה פורסם דוח חדש של מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל שסקר את הפערים בזמינות שירותים רפואיים בין המרכז לפריפריה. הדוח בדק את זמן ההמתנה לניתוחים ומצא כי הוא ממושך משמעותית במחוז הדרום והצפון מאשר במחוזות האחרים. במחוז דרום זמן המתנה גבוה ב-44% מהמוצע הארצי ומיד לאחריו מחוז הצפון.

90. מתברי דוח מרכז טאוב מציינים כי זמן ההמתנה הארוך נובע מהקצאה לא שוויונית של משאבים: "זמני ההמתנה הארוכים שנמדדו בפריפריה תואמים את משאבי הבריאות המצומצמים המוקצים לאזורים אלו, שנדונו כבר בהרחבה בשיח הציבורי. כפי שניתן לראות בתרשים, יש מתאם שלילי בין היצע המיטות בבית החולים לזמני המתנה לניתוחים אלקטיביים. בירושלים, בתל אביב ובחיפה היצע המיטות הוא הגדול ביותר (2.2 עד 2.5 מיטות לכל אלף איש) ולאחריהן, בסדר יורד, מדורגים מחוזות המרכז והצפון. בסוף הרשימה נמצא מחוז הדרום, שבו ההיצע עומד על 3.1 מיטות בלבד לכל אלף איש. בשנת 2013 היה מספר

הרופאים המומחים במחוז צפון נמוך בכשליש ממספר המומחים הפועלים ביתר המחוזות (2.2). רופאים לכל אלף איש, לעומת 3.2 או יותר במחוזות אחרים), ומספרם של אנשי צוות רפואי אחרים (למשל רוקחים, פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק) במחוזות דרום וצפון עמד על כמחצית מהאזורים האחרים (1.2 ו-2.2 לעומת 4.0 ויותר, בהתאמה)."

הדוח מצוי באתר המרכז :

http://taubcenter.org.il/wp-content/files_mf/waitingtimesinhospitalsheb.pdf

91. גם דוחות המשיב מצביעים על פערים קבועים בשירותים בפריפריה. כך למשל, דוח "אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו" לשנת 2015 של משרד הבריאות מראה שמאז שנת 1998 שיעור הרופאים המועסקים לאלף נפש בצפון ובדרום הוא נמוך משמעותית משיעור הרופאים לאלף נפש בתל-אביב. כך למשל, בשנת 2014 היו בצפון 2.3 רופאים לאלף נפש, בדרום 3 רופאים לאלף נפש ובתל-אביב מספר הרופאים עמד על 4.7. הדוח מצביע על פערים דומים לגבי מספר אחיות ושיעור המועסקים במקצועות הבריאות.

92. עוד מצביע הדוח על פערים עקביים במספר המיטות לאשפוז כללי מאז שנת 2008. כך, בצפון והדרום מספר המיטות לאשפוז לאלף נפש עומד על 1.6 ו-1.4 בהתאמה, ובתל-אביב מספר זה עומד על 2. פערים דומים (ובתחומים מסוימים אף גדולים יותר) יש גם במספר המיטות באגף ילדים, אגף פנימי, טיפול נמרץ.

93. כן הדוח מצביע על שיעורי תמותה ושיעורי תחלואה גבוהים יותר בפריפריה מאשר במרכז.

הדוח מצוי באתר משרד הבריאות :

<http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/inequality-2015.pdf>

94. פעילות הארגונים והגופים השונים לצמצום פערים דומה לעיתים לפעילות לובי לגיוס משאבים. מפעילים לחץ פוליטי בתקווה שהממשלה תקצה עוד כמה מיליוני שקלים לטובת הוספת מיטות בפריפריה או מכשור חדש. זו לא הדרך. דרך המלך של תושבי הפריפריה לקבלת שירותים רפואיים, בנגישות ואיכות שווה לזו שקיימת לתושבי המרכז, היא באמצעות שינוי שיטת ההקצאה וקביעת מנגנון שוויוני יותר, ולא באמצעות לחץ פוליטי בלתי נפסק לגיוס עוד כמה שקלים.

95. לכן ביום 21.12.2015 פנו הח"מ למשיב בדרישה כי ייקבע אמות מידה שוויוניות לקבלת שיקום רפואי בזמן סביר, במרחק סביר מבית המטופל ובאיכות סבירה לאור המצג העובדתי שפורט לעיל. הפניה נעשתה בשם רשימה ארוכה של רשויות מקומיות, לרבות קריית שמונה, נצרת עילית, כפר ורדים, סחנין וטמרה, בשם התארגנויות אזרחיות העוסקות בקידום הבריאות בנגב ובגליל, מומחים וארגוני זכויות אדם.

נספח ע/10 פניית הח"מ מיום 21.12.2015 למשיב מצ"ב ומסומן ע/10

96. ביום 18.1.16 העלו נציגי האגודה לזכויות האזרח את הנושא בפני שר הבריאות בפגישה בלשכתו בירושלים.

97. העותרים פעלו גם לאימוץ דרישתם בדרכים ציבוריות. ביום 6.4.16 התקיים כנס הגליל השני לשוויון בבריאות ביוזמת הפרורם האזרחי לקידום הבריאות בגליל. אחד המושבים בכנס דן

בנושא השיקום ברפואי בפריפריה הצפונית. במושב זה, אשר נכח בו ד"ר עדי ששון, מנהל אגף השיקום במשרד הבריאות, השתתפה הח"מ כנציגת האגודה לזכויות האזרח וחזרה על הדרישה כי על משרד הבריאות לקבוע בהקדם אמות מידה לקבלת שיקום רפואי בזמן סביר, מרחק סביר ובאיכות סבירה.

98. ביום 4.7.2016, התקיים דיון בוועדה המיוחדת לזכויות הילד בכנסת על שיקום ילדים בנושא "מרכזי שיקום רפואיים לילדים בפריפריה" בהשתתפות המשיב. בדיון, נציג האגודה לזכויות האזרח חזר על הצורך בקביעת אמות מידה שוויוניות ואכיפתן, אולם השר לא התייחס לסוגיה של אמות המידה ורק הציע הצעות נקודתיות, והבטחות לצמצום הפער.
ראו סיכום הישיבה באתר הכנסת:

<http://main.knesset.gov.il/News/PressReleases/pages/press040716-mmm.aspx>

99. ביום 4.8.2016, לאחר שלא התקבל מענה למכתב מיום 21.12.2015 ולאחר התזכורת בכנס בצפון ובוועדה לזכויות הילד, נשלחה למשיב 1 תזכורת.

נספח ע/11 פניית האגודה לזכויות האזרח, מיום 4.8.2016 למשיב מצ"ב ומסומן ע/11

100. משרד הבריאות מכיר בפערים בשירותי השיקום ובהתבטאויות שונות לכלי התקשורת ובוועדות הכנסת ניתנו הבטחות להקמת מרכזי שיקום בנגב ובגליל, להוספת מיטות לאשפוז שיקומי ולהוספת מרכזי יום. קיימות גם החלטות ממשלה בעניין שממתינות למימוש כבר שנים ארוכות (למשל – החלטה מנובמבר 2005 והחלטה מספטמבר 2014 להקמת בית חולים שיקומי בנגב במסגרת פיתוח הנגב). כל אימת שעולה הנושא מוצעים פתרונות נקודתיים כאלו או אחרים, אך לא ניתנה כל התחייבות לקביעת אמות מידה שוויוניות של זמינות ואיכות בשירותי השיקום, ובפועל – ההפליה נותרת על כנה ולא נראה שהנושא בראש סדר העדיפויות. עד עתה גם לא התקבלה כל תשובה בכתב לפניית העותרים לקבוע אמות מידה שוויוניים ומכאן שלא נותר מנוס אלא להגיש עתירה זו.

הטיעון המשפטי

א. הזכות לשיקום רפואי

101. חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע בסעיפים 3(א) ו-3(ב) את הזכות של כל תושב במדינה הנכלל בביטוח הבריאות הממלכתי לקבל, במימון המדינה, שירותי בריאות הכלולים בסל הבריאות. סעיף 3(ג) לחוק קובע שקופות החולים, המשיבות 5-2, הן האחראיות לספק שירותים אלה.

102. שיקום רפואי הוא אחד מתחומי הבריאות הכלולים בסל הבריאות (ר' סעיף 6(5) לחוק, וכן ס' 1(ב)(32), 1(ג), 22 ו-23 לתוספת השניה שבחוק).

103. סעיפים 3(ד) ו-3(ה) לחוק קובעים את האופן שבו יש לתושבי המדינה זכות לקבל את שירותי הבריאות שבסל, ובעניינו שיקום רפואי. כך, סעיף 3(ד) קובע שהשירותים שבסל יינתנו "לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, הכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים". סעיף 3(ה) מוסיף כי השירות יינתן תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על פרטיות ושמירה על סודיות רפואית.

104. לצד הוראות אלה, סעיף 1 לחוק קובע כי העקרונות עליהם מושתת ביטוח בריאות ממלכתי הם צדק, שוויון ועזרה הדדית. עוד קובע החוק כי "קופת חולים תיתן לכל מי שהיא אחראית כלפיו כאמור בסעיף 3(ג) את כל שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה, בין בעצמה ובין באמצעות נותני שירותים, ללא כל הפליה" (סעיף 21(א) לחוק).
105. הנה כי כן, כל תושב זכאי לשיקום רפואי באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגוריו; וכן שהשירות הרפואי יסופק לו ללא הפליה, תוך שהוא מושתת על עקרונות הצדק, השוויון והעזרה הדדית ותוך שמירה על כבודו.
106. על משרד הבריאות מוטלת האחריות הכוללת לכך ששירותי בריאות אכן יסופקו לתושבים לפי הזכויות הקבועות בחוק. אחריות זו של משרד הבריאות נלמדת בין היתר מחובת המשרד לפקח על פעילות קופות החולים לפי החוק ועל שירותי הבריאות שהן מספקות (סעיף 35 (א)), ולצורך כך, אף הוטלה על קופות החולים חובת דיווח למשרד הבריאות (סעיף 35 (ב)). כמו כן, המנהל הכללי של משרד הבריאות הוסמך לנקוט אמצעים כנגד קופות חולים, אשר אינן נותנות את שירותי הבריאות בהתאם לחוק (סעיף 37).

ב. המשיבים מפרים את חובותיהם לפי החוק

107. אין חולק, וגם משרד הבריאות מודה בכך, ששירותי השיקום אינם ניתנים באופן שוויוני, כפי שדורש החוק והמשיבים מפרים לפיכך את חובותיהם החוקיות.
108. קופות החולים מפרות את חובתן לספק שירותי שיקום רפואי ללא הפליה, באופן צודק, שוויוני ובאיכות, זמן ומרחק סבירים ממקום מגוריהם של חבריהן תושבי הצפון והדרום, ומשרד הבריאות מפר את חובתו להבטיח ששירותי השיקום יסופקו בהתאם לחוק ושתהיה תשתית המאפשרת זאת.
109. תוצאת הפרת המשיבים את חובותיהם היא ששירותי השיקום ניתנים באופן לא שוויוני ומפלה בין מבוטחים על פי מקום מגוריהם. מקום המגורים אינו מהווה שוני רלוונטי לקבלת שירותי בריאות שבסל. כל המבוטחים בכל הארץ נושאים באופן שווה בעלויות המימון באמצעות מס הבריאות, וזכאים לשירותים ברמה שווה של זמינות (מרחק וזמן) ואיכות.
110. כאשר האוכלוסייה בפריפריה רואה כי אותו שירות חיוני הנמנע ממנה, ניתן בעיקר במרכז הארץ, הרי שתחושת ההשפלה, ההפקרה ופחיתות הערך, שחשה האוכלוסייה בפריפריה, היא בלתי-נמנעת. מדובר בשלושים אחוז מאוכלוסיית המדינה.
111. אלא שלהפליה כאן מחיר כבד מעבר לתחושת אי הצדק. הנתונים שהוצגו לעיל וכן תצהירו של המומחה פרופ' עורי תומכים במסקנה שהעדר נגישות של שיקום בפריפריה משמעותו, בהכרח, פגיעה באפשרותם של תושבי הפריפריה לממש זכאותם לשירותי שיקום, ופגיעה באיכות השירות וביכולתם להשתקם, שתוצאתן היא החמרה של מוגבלות, הגעה למצב סיעודי תוך תלות בכיסא גלגלים והתפתחות של מחלות נוספות שפוגעות בבריאות האדם, באיכות חייו וכוללות אף השלכות רוחב על החברה כולה בכל הנוגע לשיעורי תעסוקה והישענות על שירותים ממשלתיים – כל אלו תוצאות שהשיקום נועד למנוע.

112. אם בשל היעדר זמינות של מרכז שיקומי או שהשירות נחות ברמתו נפגעת יכולתו של תושב הפריפריה להשתקם ולחזור לשגרת חיים, הרי שנוצרת גם פגיעה נוספת בכבודו, בחירויות שלו, ובאוטונומיה שלו כאדם, שהיו נתונות לו אלמלא הפגיעה באפשרותו לעבור שיקום רפואי.

ג. חובת המשיב לקבוע אמות מידה לאיכות, זמן ומרחק סבירים

113. מה שמאפשר את אי השוויון ואינו מאפשר הגנה על השוויון במתן השירות, היא העובדה כי שר הבריאות נמנע מלהפעיל את סמכותו לקבוע אמות מידה לאיכות, זמן ופריסת שירותי השיקום, על-מנת שהשירותים יסופקו לפי החוק – "במרחק, זמן ואיכות סבירים".

114. סמכות שר הבריאות לקבוע אמות מידה נלמדת מהחוק, אשר מסמיך את שר הבריאות בסעיף 29(ב)3 לקבוע כללים בדבר פריסת שירותי בריאות לחוק, זאת בנוסף לסמכותו הכללית לקבוע אמות מידה בכל מקום שלרשות סמכות לפעול (ר' יואב דותן **הנחיות מנהליות** עמ' 119 (תשנ"ו-1996); הנחיית היועץ המשפטי לממשלה מס' 1.0002 "הנחיות מנהליות", בעמ' 4 (יולי 2002)).

115. הגם שהחוק אינו מחייב את השר לקבוע אמות מידה בלשון מפורשת, מחדלו של השר לקבוע אמות מידה לאיכות, זמן, ומרחק סבירים לשירותי הבריאות שבסל, ובענייננו - לשיקום רפואי, הינו בלתי חוקי.

1.1. טעם ראשון: החובה לקבוע אמות מידה לאור פרשנות תכליתית של החוק

116. הטעם הראשון נובע מהתחקות אחר תכליתו הסובייקטיבית והאובייקטיבית של החוק וסעיף 3(ג) בפרט, הקובע חובה זו.

117. על תכליתו הסובייקטיבית של החוק אנו למדים מהתחקות אחר ההיסטוריה החקיקתית וכוונת המחוקק (ר' אהרן ברק **פרשנות במשפט** ב 211-212 (1993)). בדברי ההסבר להצעת החוק (ה"ח תשנ"ג 204) עולה בברור כי מטרת החוק הינה להפקיע מקופות החולים את שיקול הדעת האוטונומי בדבר אלו שירותים יינתנו, היכן וכיצד, ולהטיל על המדינה אחריות כוללת למתן שירותי בריאות אחידים **על-ידי קביעת אמות מידה לזמן, מרחק ואיכות שיחייבו את קופות החולים**. כך בדברי ההסבר לסעיף 3(ד) בהצעת החוק, נכתב:

"כיום מתן סל שירותי הבריאות נתון לשיקול דעתה הבלעדי של קופת החולים שבה מבוטח החבר; הוא הדין לגבי מקום מתן השירות והזמן שעל החבר להמתין לפעולה הרפואית הנדרשת, והדבר שונה בין הקופות. **מוצע לקבוע אמות מידה אחידות שמבוססות אך ורק על שיקול דעת רפואי ואשר יחייבו את קופות החולים**" (ההדגשות לא במקור, ר' כ').

118. ברור שקביעת אמות מידה לכל שירות רפואי אין מקומה בחוק הראשי, אולם העובדה שהמחוקק מצא לנכון לחייב מתן השירות הרפואי במרחק, זמן ואיכות סבירים משמעה שהמחוקק ציפה מהשר לפעול ולקבוע מה הסטנדרט הסביר ולחייב את קופות החולים לפעול לאורו, ולא להותירה כהצהרה חגיגית בלבד. שוב ושוב חזר בית המשפט הנכבד על כך כי חזקה על המחוקק שאין הוא משחית מילותיו לריק.

119. קביעת אמות מידה ואכיפתן מתחייבות גם מהתכלית האובייקטיבית של החוק. תכלית זו קבועה בסעיף 1 לחוק לפיו הביטוח יהא מושתת על עקרונות של צדק ושוויון, והוא מלמד אותנו על החשיבות שהקנה המחוקק לשמירה על צדק ושוויון בעת אספקת שירותי הבריאות.

120. התכלית של שמירה על שוויון מתחייבת גם ממעמדה החוקתי של הזכות לשוויון, לפיה מוטל על המשיב להבטיח ששירותי בריאות יסופקו לפי אמות מידה שוויוניות, וללא הפליה בין אוכלוסיות על יסוד שיקולים לא ענייניים. כך פסק בית משפט נכבד זה בענין **קרייתי** :

"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 ייהנו ממנו באופן שווה" (בג"ץ 4253/02 קרייתי נ' היועמ"ש, פ"ד סג(2) 133, 86 (2009)).

וראו גם בג"ץ 6698/95 קעדאן נ' מינהל מקרקעי ישראל ואח', פ"ד נד(1) 258, 271-273 (2000); בג"ץ 1113/99 עדאלה נ' השר לענייני דתות ואח', פ"ד נד(2) 164, 169-171 (18.4.2000); בג"ץ 4541/94 מילר נ' שר הבטחון ואח', פ"ד מט(4) 94, 132-133 (1995).

121. רשות, המחלקת משאבים ציבוריים מוגבלים – ובענייננו, הקובעת חלוקה של משאבים לשיקום רפואי – מחויבת לפעול לפי קריטריונים ברורים, ענייניים ושוויוניים. אחרת עלול שיקול דעתה להיות חשוף ללחצים, לאינטרסים ולשיקולים זרים. בהזדמנויות רבות חייב בית המשפט הנכבד רשויות האמונות על מתן שירות או משאב מוגבל לקבוע קריטריונים שוויוניים, וזאת על מנת להימנע ממצב בו השירות ניתן באופן מפלה.

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 (מיום 9.9.14).

122. גם בענייני חוק ביטוח בריאות ממלכתי ציין כבוד השופט רובינשטיין כי "ככלל סבורני שמערכת ממשלתית, כנאמנת הציבור, ראוי שיהיו לה הנחיות פנימיות ממוסדות. הדבר מבטיח, ככל הניתן, שקיפות, היעדר שרירות ואי הפליה, 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)).

123. בעניין אבו עפאש נמנע אמנם בית המשפט הנכבד מלחייב קביעת אמות מידה להקמת מרפאות בישוים 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 דנן.

124. ולראייה, קביעת קריטריונים אחידים של זמן, מרחק ואיכות קיימים כיום בתחומי בריאות אחרים, דבר שמשקף גם כן את תכלית החקיקה ומלמד על העקרונות שבא החוק ליישם.

125. כך למשל, נקבעו סטנדרטים לשירותי רפואת שיניים שנכללו בסל הבריאות (לילדים). חוזר מנכ"ל 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.

126. 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".

127. גם בתחום התפתחות הילד 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.

128. יוצא אם כן, כי כאשר משרד הבריאות מעוניין בכך, הוא יודע לקבוע אמות מידה לאספקת השירותים הרפואיים ולאוכפן.

ג.2. טעם שני: החובה לקבוע אמות מידה בחלוקת משאב במחסור

129. המלומד יואב דותן, בספרו "הנחיות מנהליות", עונה על השאלה מתי עומדת לרשות חובה לקבוע הנחיות מנהליות באמצעות ניתוח מגמות בפסיקה. דותן מצביע על רמות שונות של התערבות בית המשפט בשיקול דעתה של הרשות באשר לקביעת הנחיות מנהליות.

130. רמה ראשונה היא רמה רכה, שבה בית המשפט רק מדגיש באוזני הרשות את החשיבות שבפיתוח כללים מנחים לצורך תקינות הליך קבלת ההחלטות.

131. הרמה השנייה היא רמה בה בית המשפט מבטא תמיכה מוצהרת בפרקטיקות של שימוש בהנחיות מנהליות או מבטא ביקורת על העדר הנחיות וממליץ למהר ולקבוע אותן.

132. הרמה השלישית, והיא הרלוונטית לענייננו, היא הרמה בה בתי המשפט מחייבים את הרשות לקבוע הנחיות על דרך פסילת הפעולה המנהלית שלא נעשתה לפי הנחיות, או על-ידי הוראה מפורשת לקבוע הנחיות מנהליות כדי שהרשות תוכל לפעול בתחום סמכותה של הרשות.

133. דותן מצביע על כך שרמת ההתערבות נקבעת על-פי תחום הפעילות של הרשות. ברמה השלישית פסקי הדין היו רובם ככולם בנושא של חלוקת משאבים או רישיונות. הרציונל שעומד מאחורי החלטת בית המשפט להתערב בשיקול דעת הרשות הוא עקרון השוויון:

"בתי המשפט חזרו והדגישו את הדרישה שהרשות המינהלית תפעיל סמכותה באופן הוגן, עקבי ושוויוני בפועל ולמראית עין. בתחומים של חלוקת כספים, משאבים או רישיונות, בהיקף גדול, **דרישת השוויון מחייבת למעשה פעולה על פי קריטריונים כלליים ומקדמיים**" (יואב דותן **הנחיות מנהליות** עמ' 123 (1996) (הדגשות לא במקור).

וראו גם דותן **הנחיות מנהליות**, בעמ' 465-466.

134. גם פרופ' יצחק זמיר מצביע על כך שהחובה לקבוע אמות מידה תתגבש כאשר מדובר בחלוקת כספים, הקצאת משאבים, ובכל מקום בו הרשות המינהלית נדרשת להקצות משאבים מוגבלים. זמיר טוען כי אף שבתי המשפט לא ציינו את מקור חובתה של הרשות לקבוע הנחיות כאשר ציוו עליה לעשות כן, החובה נובעת מעקרונות היסוד של השיטה, המעמד של הרשות כנאמן הציבור, וכן מערכי השוויון, ההגינות והמינהל התקין (ר' יצחק זמיר **הסמכות המנהלית** עמ' 781-782 (מהדורה ראשונה, 1996)).

135. בעניינו, משברור כי המשאבים הם בחסר ויש להקצותם לפי סדרי עדיפויות, הרי שבהיעדר קריטריונים מתאפשרת הפליה מתמשכת במתן השירות ובאיכותו. לשירותי השיקום הרפואי משאבים מוגבלים, ומכאן שהחובה לקבוע סטנדרטים שוויוניים וסבירים בתחום זה מקבלת משנה תוקף. היטיב לבטא זאת בית המשפט הנכבד בעניין נוף:

"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**. ... אמות מידה אלה חייבות להיות שוויוניות; ובשום מקרה אין בקיומם של אילוצים תקציביים כדי להצדיק קביעת אמות מידה המפרות את שורת השוויון" (בג"ץ 205/94 נוף נ' **משרד הביטחון**, פ"ד (5) 449 (1997)).

3.ג טעם שלישי: העדר יכולת לאכוף את החוק ולבקר את הרשות

136. בהעדר אמות מידה לזמן, איכות ומרחק סבירים, לא יוכל האזרח לדעת שהוא לא מקבל את השירות לו הוא זכאי על-פי חוק, יתקשה לבקר את הרשות ולדרוש כי החוק יאכף. עצם קיומן של אמות מידה, נותנות בידי אדם שנפגע מהחלטת הרשות עילה לדרוש הסבר, ומאפשרות לו לבחון את ההסבר בפני ערכאה שיפוטית. במצב העניינים דהיום, סעיף 3(ד) לחוק מרוקן מתוכן ונשאר בגדר הצהרה חגיגית בלבד (ר' יצחק זמיר **הסמכות המנהלית** כרך ב 1087-1090 (מהדורה שניה, 2011)).

137. זאת ועוד, גם למשיב אין כל דרך אפקטיבית לפקח כי השירותים שמעניקות קופות החולים מקיימים את הוראות החוק בעניין הנגישות והאיכות. המשיב לא יכול לתכנן את מערכת הבריאות כהלכה בלי להבין איפה השירות לא עומד בסטנדרט המצופה, ואין הוא יכול להטיל סנקציות על קופת חולים שמפרה את החובה לספק השירות בזמן ומרחק סביר ובאיכות סבירה. דווקא קיומן של אמות מידה מקלות על חשיפת הטעון תיקון, מניעת החלטות שרירותיות או פגומות בשל שיקולים זרים, ויש בהן להגביר אמון הציבור ברשויות המינהל (שם).

138. ודוק: על-מנת שגם אמות המידה לא יהיו לאות מתה וניתן יהיה לאוכפן, על המשיב יהיה לקבוע מנגנונים מתאימים שיגרמו לקופות החולים ליישם ולכבד את אמות המידה. כך למשל, ניתן לקבוע כי קופות שלא יעמדו באמות המידה בתוך תקופת התארגנות סבירה, יידרשו להשיב למבוטח את עלות רכישת השירותים באופן פרטי (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).

ד. חוסר סבירות החלטת המשיב 1 להימנע מלקבוע אמות מידה

139. החלטת השר להימנע מלקבוע אמות מידה היא בנוסף גם בלתי סבירה באופן קיצוני.

140. מבחינת הביקורת השיפוטית, אין הבדל בין הפעלת סמכות לבין הימנעות מהפעלת סמכות. אם הרשות ממאנת להפעיל סמכות שבשיקול-דעת, יכול בית המשפט לבחון את הימנעותה לפי אמות המידה המקובלות לבחינת החלטה מינהלית. בית המשפט יבחן האם ההימנעות משימוש בסמכות נבעה משיקולים סבירים או שמא חייב מכלול הנסיבות את הפעלת הסמכות. בית

המשפט יבחן האם שרירות או הפליה אינם ביסוד החלטת הרשות שלא להפעיל סמכות רשות. נפסק, כי הימנעות מהפעלת סמכות שבשיקול דעת בשל טעמים בלתי סבירים יכולה להוליד למסקנה כי ההימנעות מפעולה היא בטל. עוד נפסק, כי על בית המשפט לבחון האם בהחלטתה שלא להפעיל סמכות רשות עמדה בפני הרשות תשתית עובדתית, הנדרשת לקבלת החלטה, והאם הרשות שקלה את השיקולים הרלוונטיים והעניקה להם משקל נכון ר' בג"ץ 297/82 **ברגר נ' שר הפנים** פ"ד לו (3) 29 (1983); בג"ץ 3094/93 **התנועה למען איכות השלטון בישראל נ' ממשלת ישראל** פ"ד מז (5) 404 (1993); בג"ץ 3872/93 **מישראל נ' ראש הממשלה** פ"ד מז (5) 485 (1993); בג"ץ 2757/96 **אלראי נ' שר הפנים** פ"ד נ (2) 18 (1996); זמיר **הסמכות המינהלית** בעמ' 1079; ברוך ברכה **משפט מנהלי** 129 (1986)

141. במחדלו לקבוע סטנדרטים מחייבים השר לא שקל, ולחילופין לא נתן משקל מספק לשיקולים כבדי משקל, ובהם הפגיעה בזכויות התושבים בפריפריה, ההפליה החמורה ואי השוויון שנוצרו כתוצאה מהעדר אמות מידה, הכישלון ביישום המדיניות והעקרונות של החוק, וחוסר הקצאה צודקת במשאבי הבריאות.

142. אי סבירותה של ההחלטה מתעצמת לנוכח העובדה שהפערים בין המרכז לפריפריה באופן כללי, ובשיקום בפרט, ידועים למשיב זה זמן רב, וברי כי מדיניותו רבת השנים של המשרד להתנהל ללא אמות מידה ותוך מתן פתרונות נקודתיים נוחלת כישלון רבתי, ואי השוויון במתן שירותי הבריאות נותר על כנו. לא בכדי גורמים מקצועיים, ובכלל זה ועדת גרמן, המליצו על קביעת אמות מידה מחייבות לנגישות של שירותי בריאות כפתרון לאי שוויון זה, אך המלצות אלו לא מיושמות (ראו פירוט בפס' 88-100 לעיל).

סמכות עניינית

143. לבית המשפט הנכבד סמכות עניינית לדון בעתירה זו שעניינה במדיניות שר הבריאות ובחובתו להפעיל סמכויותיו (ראו לדוגמה: בג"ץ 11044/04 **סולומטין נ' שר הבריאות**, פ"ד סד(3) 778 (2011), בג"ץ 3071/05 **לוזון נ' ממשלת ישראל**, פ"ד סג(1) 1 (2008); בג"ץ 2902/11 **העמותה לילדים בסיכון נ' משרד הבריאות** (פורסם בנבו, 4.9.2015); בג"ץ 2344/98 **מכבי שירותי בריאות נ' שר האוצר**, פ"ד נד(5) 729 (2000)). אין מדובר בעניינו בתביעה פרטנית שלגביה סמכות ייחודית לבית הדין לעבודה.

לאור כל האמור לעיל מתבקש בית המשפט הנכבד ליתן צו על תנאי כמבוקש בראש עתירה זו ולאחר קבלת תשובת המשיבים לעשות את הצו על תנאי למחלט.