

העותרים:

1. גליה גנון
2. אלישבע גבע
3. נורית דסאו
4. יעל אסקירה
5. בזכות – המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות
6. רופאים לזכויות אדם – ישראל
7. האגודה לזכויות האזרח בישראל

על ידי בא כוחם עוה"ד גיל גן – מור ואח'
מהאגודה לזכויות האזרח בישראל
רחוב נחלת בנימין 75, תל אביב
טלפון: 03-5608185, פקס: 03-5608165

- נ ג ד -

המשיבים:

1. שר הבריאות

על ידי פרקליטות המדינה,
מחלקת הבג"צים, משרד המשפטים
רחוב סלאח-א-דין 19, ירושלים 91181

2. שירותי בריאות כללית

ע"י ב"כ עוה"ד ד. ויסגלס ו/או עוה"ד ע. אלמגור ו/או מ.
זילברברג ו/או ד. לוי ו/או ד. גל ו/או ד. רוזן-זינגר ו/או י.
נוילנדר ו/או א. מייטליס ו/או ל. ליברמן ו/או ג. שניאור ו/או
א. בן מאיר ו/או א. נוה ו/או ע. כהן ו/או ס. עאסי-אסתאק
ו/או ש. מורג-פדיוק ו/או ח. מור ו/או י. מנדל ו/או א.
ירושלמי ו/או א. סנאנס ו/או ס. תירוש-דמבה ו/או ע. איתן
ו/או ש. שאלתיאל ו/או ד. אלוני ו/או ה. שקיב ו/או ד. גונן
ו/או מ. נחום ו/או נ. חיליף ו/או ד. טל ו/או א. לתאם ו/או ש.
כהן ו/או ד. סקעת
מרחוב לילינבלום 44, תל-אביב 65134
טל': 03-5604731; פקס: 03-5601140

3. מכבי שירותי בריאות

מרחוב המרד 27, תל אביב
טלפון 03-5141526, פקס: 03-7952420

4. לאומית שירותי בריאות

מרחוב שפרינצק 23, תל אביב
טלפון: 03-6949614, 1-700-507507, פקס:

5. קופת חולים מאוחדת

מרחוב אבן גבירול 124, תל אביב
טלפון: 03-5202323, פקס: 03-5235335

תגובה לעתירה מטעם שירותי בריאות כללית

המשיבה 2, שירותי בריאות כללית, (להלן: "המשיבה" ו/או "הכללית" ו/או "הקופה"), מתכבדת להגיש בזה תגובתה לעתירה שבכותרת (להלן: "העתירה"), בהתאם להחלטת בית המשפט הנכבד.

כפי שיפורט בהרחבה להלן, עמדת הכללית הינה כי דין העתירה להידחות, הן מחמת העובדה ששירותי השיקום ניתנים על ידי הקופה לכלל מבוטחיה באיכות טובה ובזמינות טובה, הן לנוכח הפיתוח המואץ המתקיים בימים אלו ממש בבתי החולים של הקופה בבאר שבע ובעפולה, והן לנוכח העובדה שהעתירה דן הוגשה מבלי שתיעשה פניה מוקדמת לכללית, היינו ללא מיצוי הליכים טרם הגשת העתירה דן.

כל ההדגשות בצייטוטים שיובאו להלן אינם במקור, זולת מקום בו יצוין אחרת.

פתח דבר

1. בפתח הדברים, תבקש הקופה להדגיש כי **העותרים לא פנו לקופה טרם הגשת העתירה דן**, ומסיבה זו בלבד דין העתירה כנגדה להידחות על הסף בהיותה עתירה מוקדמת.

ודוק: אין מדובר בעמידה דווקנית על הנחיות בית משפט נכבד זה ביחס לפניה לגוף מושא העתירה טרם פניה לבית משפט נכבד זה, כי אם בדרישה מהותית: כפי שיפורט להלן, תחום השיקום מצוי בפיתוח מתמיד על ידי הקופה, ולו היו העותרים פונים לקופה טרם הגשת העתירה, הרי שיכולה היתה הקופה לפרוש בפניהם את המידע הרלוונטי אשר יפורט להלן, באופן שעשוי היה לייתר את העתירה דן.

2. בית משפט נכבד זה שב ופסק כי עתירה אשר הוגשה מבלי שנעשתה עובר להגשתה פניה לגורם המשיב לעתירה, מהווה עתירה מוקדמת בשל אי מיצוי הליכים, וכי היעדר הפניה המוקדמת מהווה כשלעצמה עילה לדחיית העתירה על הסף; יפים לעניין זה דברי בית המשפט הנכבד בפסק דינו **בבג"צ 1068/09 סמיר חאדג' נ' שר המשפטים ואח'**, בקובעו כדלקמן:

"לאחר עיון בעתירה ובתגובת המשיבים, הגענו למסקנה כי דין העתירה להידחות על הסף, זאת בשל היותה מוקדמת ולוקה באי מיצוי הליכים. טרם יפנה העותר לבית משפט זה בשבתו כבית משפט גבוה לצדק, עליו לפנות לרשויות האמונות על קביעתן וביצוען של התקנות עליהן הוא מלין, כפי שנקבע לא פעם בעבר:

"עקרון מושרש ומקובל הוא מלפנינו כי פניה לרשות המינהלית או הציבורית הנוגעת לעניין הינה בבחינת תנאי סף על מנת שבית משפט זה ייזקק לעתירה נגדה. משלא נעשתה פניה כאמור... הרי שדין העתירה להידחות על הסף מחמת אי מיצוי הליכים." (בג"צ 10312/05 כהן נ' בן שלמה (לא פורסם, 6.11.2005); בג"צ 549/83 הופר נ' חברי ועדת המינויים, פ"ד (4) 24, 26 (1983); בג"צ 2624/97 ידיד נ' ממשלת ישראל, פ"ד נא(3) 21, 83-82 (1997)).

... במקרה שלפנינו, העתירה אילמת ככל שהדבר נוגע לפניות שנעשו למשיבים טרם הגשתה לפתחנו, ובתגובת המשיבים אכן נטען כי לא הופנתה אליהן פנייה מקדימה בנושא. אשר על כן, דין העתירה להידחות על הסף.

3. לנוכח האמור לעיל, והיות ואין חולק כי העותרים לא פנו לכללית טרם הגשת העתירה, יתבקש בית המשפט הנכבד להורות על דחייתה על הסף בהיותה עתירה מוקדמת.

כללי

4. מבלי לגרוע מטענת הסף של הקופה, תבקש הכללית להתייחס לגופו של עניין, כדלקמן.
5. תחום השיקום מושא עתירה זו, הינו תחום רפואי המצוי בהתפתחות מתמדת תוך שילוב עוד ועוד תחומי רפואה שונים כחלק בלתי נפרד מההליך השיקומי; המדובר במסלול רפואי - תהליכי מורכב (המערב במרבית המקרים - סימולטנית - מספר תחומי רפואה שונים); מטרתו של ההליך השיקומי הינה, מתן כלים וסיוע לאנשים בעלי לקות (פיזית, נפשית, חושית או קוגניטיבית) - ובמקרים רבים שילוב של מספר לקויות) על מנת לשפר את איכות חייהם, עצמאותם, שילובם בחברה ותפקודם היומיומי באופן משמעותי.
6. עוד טרם נתייחס לגופה של עתירה, יובהר כבר עתה: הלכה למעשה, כל מבוטח של הקופה הנזקק לשיקום מכל סוג, מקבלו בזמינות טובה ובאיכות טובה - אם באשפוז במוסד שיקומי, אם בביתו של המבוטח ואם בשיקום אמבולטורי במכוני הקופה - על פי מצבו הרפואי של המטופל והאפשרויות העומדות לרשות הקופה; מתוך הכרה בחשיבות התהליך השיקומי, התקשרה הכללית בהסכמים לרכישת שירותי שיקום לרווחת מבוטחיה - עם כל מוסדות השיקום המורשים על ידי משרד הבריאות (בין אם מדובר במוסדות ממשלתיים ובין אם מדובר בנותני שירות פרטיים). אם בכך לא די, נוכח המחסור בצוותי שיקום - בכלל, וברופאים מתחום השיקום - בפרט, לטובת מבוטחיה, נכונה הכללית להתקשר ולשתף פעולה בעתיד עם כל מוסד שיקומי חדש שיפתח - ואשר מחזיק ברישיון משרד הבריאות למתן שירותי שיקום.
7. זאת ועוד: כפי שיפורט להלן, סוגיית פיתוחו של תחום השיקום מצויה תדיר על שולחנה של הכללית. כך, שוקדת הכללית בימים אלו על הקמת מחלקות שיקום בבתי חולים פריפריאליים הנמצאים בשליטתה; על הקמת מרפאות שיקום רב - תחומיות ברחבי הארץ; ועל ביסוסו, פיתוחו והרחבתו של אפיק השיקום הביתי.
8. עם זאת, שומא עלינו להבהיר כי משאבי הקופה מוגבלים, ואין באפשרותה להקים מחלקות שיקום חדשות ללא תקציב ייעודי לכך ממשרד הבריאות; המשיבה 1 - מדינת ישראל, היא אשר נושאת בחובה החוקית להקמת מוסדות שיקום והיא הנושאת באחריות להקצאת התשתיות והמשאבים הנדרשים להקמתם. מאליו מובן אפוא, כי הכללית, כמי שמקבלת את תקציבה במשורה ממשרד הבריאות - תקציב המיועד כולו לשם מתן שירותי רפואה בעין לכמחצית מתושבי מדינת ישראל - איננה יכולה להקצות תקציב בשיעור המשמעותי הנדרש לשם הקמת מוסדות שיקום נוספים - על חשבון שירותי הבריאות אותם היא מחויבת להעניק לכלל מבוטחיה בהתאם להוראות חוק הבריאות.

9. להלן נפרט ביתר הרחבה את אפיקי השיקום השונים, ואת הפעולות עליהן שוקדת הקופה לשם הרחבת הטיפול השיקומי ותגבורו – למבוטחיה בכלל, ובפריפריה בפרט.

שיקום אגב אשפוז

10. כאמור, ענף שיקום הינו ענף רפואה צעיר ומתפתח - המצוי בהליך למידה בלתי פוסק בכל רחבי העולם. בד בבד, המשיבה ערה לפנייה הגוברת והולכת מצד האוכלוסייה במדינת ישראל לקבלת שירותי שיקום (בין היתר, בשל ריבוי האוכלוסייה הטבעי – מחד, והארכת תוחלת החיים בישראל – מאידך). לשם כך, שוקדת הכללית – כעניין שבשגרה – על פיתוח מערך השיקום במתקניה, אם על דרך הקמת מחלקות שיקום בבית החולים הנמצאים בשליטתה, אם על דרך פתיחת מכוני שיקום רב - תחומיים בקהילה, ואם על דרך פיתוח מערך השיקום הביתי – כפי שיפורט להלן.

11. כך, למשל, בשנים האחרונות, חנכה הכללית שתי מחלקות שיקום חדשות בבתי החולים שבבעלותה והמצויים בפריפריה: האחת בבית החולים "סורוקה" בבאר-שבע, והשניה בבית חולים "העמק" שבעפולה. הכללית ראתה לנכון לחזק את מחלקות השיקום בבתי חולים אלו, על מנת שהללו תספקנה מענה שיקומי הולם לאוכלוסייה המתגוררת בקרבת בתי החולים בדרום הארץ ובצפונה.

12. בנוסף, בימים אלה ממש, נמצאת הכללית בעיצומה של הקמת מבנה שיקום רב תחומי בבית החולים "סורוקה" – ובו יינתן מענה לכל תחומי השיקום (פיזיותרפיה, הידרותרפיה, ריפוי בעיסוק, סיוע נפשי וכו') תחת קורת גג אחת. עם סיום הקמת מבנה השיקום, תתווספנה מיטות אשפוז – שיקומי נוספות בבית החולים.

13. כמו כן, בימים אלה ממש, נבנה מבנה רב תכליתי בן 10 קומות בבית חולים "העמק" אשר אמור לאכלס מחלקות שונות, ביניהן – מחלקת שיקום חדשה ומורחבת. כאמור, עם מעברה למשכנה החדש, תתווספנה מיטות נוספות למחלקת השיקום בבית החולים.

14. בנוסף על האמור לעיל, מפעילה הכללית בשני בתי חולים שיקומיים נוספים ברחבי הארץ, מרכז השיקום "בית רבקה" – בפתח תקווה, ומרכז השיקום "הרצפלד" – בגדרה. לא למותר לציין, כי עסקינן בבתי חולים המפעילים מחלקות שיקום, המעניקים שירותי שיקום לכלל האוכלוסייה בישראל ולא דווקא למבוטחי הכללית בלבד. כך – לשם הדוגמה, אך לאחרונה, התקשרה הכללית בהסכם מול משרד הביטחון, במסגרתו יעניק בית החולים "הרצפלד" שירותי שיקום לנפגעי משרד הביטחון.

15. מתוך הכרה בחשיבות תחום השיקום ובפיתוחו, הקימה המשיבה (עוד בשלהי שנות ה - 50 של המאה הקודמת) את בית החולים השיקומי "בית לוינשטיין" - המרכז השיקומי הגדול בישראל ומן הבולטים, המתקדמים והמצטיינים בתחומו בעולם כולו. מאז ועד היום, משרת בית לוינשטיין את כלל האוכלוסייה בישראל, תוך התאמת הליך השיקום באופן אישי ובהתאם לצרכיו של כל משתקם,

על ידי צוות רב-מקצועי של רופאים מומחים ברפואת שיקום, אחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, מטפלים בהפרעות בתקשורת, מטפלים באמנות, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ועוד.

16. כאמור, ברבות השנים, מיצב עצמו "בית לוינשטיין" כמרכז שיקומי מוביל בתחומו אשר שמו הולך לפניו בארץ ובעולם. ככזה, תפיסת הטיפול השיקומי בבית לוינשטיין היא של שיקום אקטיבי, עם התמחות ייחודית בסוג הפגיעה, בצוות רב מקצועי, כך שהמטופל זוכה לטיפול מקיף ממיטב הרופאים והמטפלים השיקומיים ממקצועות הבריאות השונים. התשתית הארגונית של בית החולים, כמו גם הציוד החדשני (והיקר מאוד!) שבית לוינשטיין מעמיד לרשות המשתקמים, הם שמביאים להשגת רמת מקצועיות ומומחיות מרבית בטיפול בכל אדם שנוקק לרפואת השיקום.

17. בתוך כך, בבית לוינשטיין ישנן מחלקות ו/או יחידות המתמחות בתחומי פגיעה ייחודיים. כל מחלקה מתמחה כגון זו, מצוידת בצוות אורגני, רב-מקצועי, שלכל אחד ואחד מתבריו ניסיון מצטבר וידע רחבים ביותר בתחום התמחותו, בהתאם לתחום התמחותה הספציפי של אותה המחלקה. כפועל יוצא מכך, רופאי בית לוינשטיין הינם מן המובילים והחלוצים בתחומים מגוונים של רפואת השיקום וזוכים להכרה ומוניטין בינלאומיים.

18. הרחבנו בתיאור דלעיל לא במטרה לשבח את בית החולים או את הקופה, אלא במטרה לתאר את המורכבות הכרוכה בהקמת מוסדות שיקום מקצועיים ואיכותיים, ולהבהיר את העובדה הפשוטה לפיה במדינה קטנה כמו מדינת ישראל, אין כל אפשרות מעשית להקמת מספר "בית לוינשטיין" במקביל, באשר בפשטות העלות הגבוהה, המומחיות הייחודית ומספר המטופלים – אינם מאפשרים זאת.

19. זאת ועוד: כאמור לעיל, הקמת בית חולים שיקומי המספק שירותי שיקום באיכות דומה (או קרובה) לזו הניתנת בבית לוינשטיין, איננה עניין של מה בכך. הקמת בית חולים מעין זה, כרוכה בהקצאת תקציבי עתק שאין ביכולתה של הכללית (המצויה גם כך בגרעון כספי עצום) להקצות מבלי שמדינת ישראל (היא המשיבה 1 בעתירה דנא) תתקצב את הקופה בעבורם באופן ייעודי.

20. כך, למשל, יש להקים תשתיות בינוי העונות לדרישות מוסד שיקומי (כגון: בניית בריכה שיקומית); יש לרכוש ציוד שיקומי מתקדם שעלותו גבוהה עד מאוד ולחדשו תדיר; יש להכשיר צוותי שיקום (הכשרת רופאים מומחים בתחום השיקום, הכשרת רופאים במומחיות-על לשם הקמת מחלקות שיקומיות מתקדמות, הכשרת אחיות בתחום השיקום, פיזיותרפיסטים, הידרותרפיסטים, יועצי תזונה, מרפאים בעיסוק, מטפלים בהפרעות בתקשורת, מטפלים באמנות, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ועוד). נכון לעת הזו, בפשטות, אין די כוח אדם מקצועי בתחום השיקום על מנת להקים ולתפעל עוד ועוד מוסדות שיקום!

21. זאת ועוד: מעבר לצורך הבסיסי בהקצאת תקציבים לשם הקמת בית חולים שיקומי, הרי שפיתוחו של בית חולים השיקומי ככלל, והבאתו לכדי מתן שירותי שיקום באשפוז באיכות גבוהה (בדומה

לבית לוינשטיין) בפרט, אינה מתמצית בהקמת בית החולים ובהכשרת צוותי שיקום - כשלעצמם. המדובר בהליך התפתחותי ואינטנסיבי המתפרס על פני שנים רבות, בסופן, עקב לצד אגודל, רוכש בית החולים מומחיות (ואף תתי התמחויות) בענפי השיקום שונים.

22. ובמילים פשוטות, בתהליך הקמת בית חולים שיקומי איכותי אין "קיצורי דרך" - על דרך הקצאת תשתיות, הכשרת צוותי שיקום והעתקת התשתית הארגונית הקיימת בבית לוינשטיין. אדרבה! עסקינן בתהליך ארוך טווח, בסופו, לאחר שנים רבות של בניית מוניטין בתחום השיקום, תהא בידי המוסד הרפואי היכולת הביצועית להעניק שירותי שיקום מתקדמים באיכות גבוהה.

23. מן הכלל אל הפרט: הסעד האופרטיבי המבוקש בעתירה דנא, הינו ייזום מהלך בו יוקמו מוסדות שיקום חדשים בפריפריה לצד אלה הקיימים כיום. אולם - לשיטת המשיבה, בהתחשב בשטחה של מדינת ישראל - מחד, ומן המשאבים המרובים - הכלכליים והאנושיים - הכרוכים בהקמת בתי חולים שיקומיים - מאידך, הרי שהקמת מוסדות שיקום בהיקף משמעותי מעבר לאלו המצויים בהליכי הקמה בימים אלו ממש, איננו יעיל ואיננו בר - יישום.

24. הכללית מכירה כמובן בזכותם של תושבי הפריפריה לקבלת שירותי שיקום באיכות טובה ובזמינות טובה שאינה נופלת מזו הניתנת במרכז הארץ - וכאמור לעיל, **הלכה למעשה, שירותי השיקום בישראל ניתנים לכלל תושבי המדינה באיכות טובה ובזמינות טובה.** עם זאת, משנבנים בימים אלה מרכזי שיקום חדשים בבית חולים "סורוקה" - בדרום ובבית חולים "העמק" - בעפולה, לצד הקמת מרכז שיקום חדש לצד בית החולים "פוריה" בחסות המדינה (כעולה מתגובת המשיבה 1 בעתירה דנא), ולנוכח מגבלת התקציב במערכת הרפואה הציבורית המוכרת לבית המשפט הנכבד בבחינת "ידיעה שיפוטית", הרי שלא יהא זה יעיל להקצות משאבים נוספים לשם בניית מוסדות שיקום נוספים על אלה הנבנים בימים אלה.

25. לחילופין בלבד תטען המשיבה, כי ככל שיורה בית המשפט הנכבד על מתן הסעד המבוקש, שומא עליו להורות למדינה, האחראית להקצאת תשתיות ותקציבים לפיתוח מוסדות רפואה בישראל - להקצות לקופות החולים את המשאבים הנדרשים לשם יישום החלטתו.

26. לעניין זה, קובע סעיף 29ב(2) לחוק הבריאות - בזו הלשון:

(ב) שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, רשאי לקבוע הוראות בדבר...

(3) כללים ותנאים להקמת תשתיות למתן שירותי בריאות לפי חוק זה, דרך כלל או לסוגים, וכן הסדרים בדבר דרכי רכישת שירותי תשתית ושירותי בריאות בין הקופות לבין עצמן, כמתחייב מקיומן של תשתיות משותפות לפי הכללים האמורים, לרבות לענין קביעת מחירים בכפוף לאמור בסעיף קטן (ג); לענין כללים לפי פסקה זו רשאי השר להתחשב בין היתר, גם בגודל האוכלוסיה בישוב ובהרכבה, במספר המרפאות

הפועלות בו, ובהשפעה העשויה להיות לתוספת התשתיות על היקף ההוצאה הציבורית לבריאות; בסעיף זה, "תשתיות" - ציוד ומבנים לרבות מרפאות כהגדרתן בסעיף 34 לפקודת בריאות העם, 1940, הדרושים למתן שירותי הבריאות לפי חוק זה.

27. יפים לעניין זה דברי בית משפט נכבד זה בעניין בג"צ 4540/00 לבאד אבו עפאש נ' שר הבריאות – לאמור:

"מחוקקו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ראה לנגד עיניו הישג חשוב, לאו מילתא זוטרתא, בתמורה הרבה, שלא לומר מהפכה, שנתחוללה בתחום חשוב וחיוני זה, בראש וראשונה עצם זכאותו של כל תושב לשירותי בריאות ואחריות המדינה לספקם, וזו בעיני פשיטא. המחוקק הקים מנגנונים, שהדעת נותנת כי טרם נשלמה הפקת הלקחים לגביהם, וראיה לדבר תיקונו המרובים של החוק מאז נחקק, והמיועדים להבטחת השירותים הרפואיים לכל. משימה זו מורכבת היא מאין כמוה, בהתחשב בהיסטוריה של מערכת הבריאות בישראל, בהתפתחותן של קופות החולים, במחירים הגבוהים של השירותים, בצרכיהן של קבוצות אוכלוסייה חלשות, ובמאבקים על סל התרופות. ניתנו איפוא בידי שר הבריאות, בראש וראשונה, ועמו שר האוצר אשר על הקופה הציבורית וכן נושאי משרה נוספים, כלים למימוש הרפורמה. ואולם, כלים אלה נחלקים לכלי-חובה וכלי-רשות, אם נרצה, כלי סמכות, ולא הרי אלה כהרי אלה. הצד השווה שביניהם הוא שמיועדים הם להשגת תכליתו של החוק, קרי, שלא יימצא תושב ישראל שזכאותו העקרונית על פי דין לשירותי בריאות לא תמומש בשל חסמים מינהליים".

28. מאידך גיסא, חובה של הקופה כלפי מבוטחיה, תחומה במסגרת חוק הבריאות לאספקת שירותי רפואה בעין – ביחס לשירותים הרפואיים שהוכללו בסל הבריאות הקבוע בתוספת השנייה לחוק הבריאות – הא ותו לא. לאור האמור, משהקמת מוסדות רפואיים אינה חלק מחובות הקופה הקבועות בחוק הבריאות, ממילא לא תוקצבה הקופה בגין הקמת מוסד רפואי, ומאליו מובן, כי הקופה איננה רשאית לעשות שימוש בתקציב סל הבריאות לטובת שירות שאיננו כלול בו – על חשבון שירותי הבריאות הכלולים בסל הבריאות.

29. קובע סעיף 3 לחוק הבריאות:

"שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13".

- ובסעיף 8 לחוק הבריאות נאמר:

"לא ייוסף שירות לסל שירותי הבריאות ללא תשלום או בתשלום הנמוך מעלותו, אלא אם כן נמצא לכך מקור מימון נוסף על המקורות לפי סעיף 13, או מקור שהתפנה עקב ביטול שירות או התייעלות".

30. כאמור לעיל, לטענת הקופה, לא יכול להיות ספק כי החובה להקמת מוסדות שיקום איננה בתחום אחריותה של הקופה, מה גם שלנוכח מגבלות תקציב הבריאות – מחד, והפיתוח המואץ בימים אלו ממש של מוסדות השיקום (הן ע"י המדינה והן ע"י הקופה) – סבורה הקופה כי אין מקום לקבלת העתירה.

31. ברוח דברים אלה, קבע בית המשפט הנכבד בעניין גילה לוזון דלעיל, כי:

"הלכה פסוקה היא שרשות ציבורית רשאית, ואף חייבת, להתחשב במגבלות התקציביות במסגרת שיקול-הדעת הנתון לה, כחלק ממילוי חובותיה כלפי הציבור. כך במיוחד, מקום בו הדין מסמיך את הרשות לקבוע בעצמה ולפי שיקול-דעתה את היקפה וגבולותיה המזויקים של הזכאות לשירות ציבורי, באופן המחייב קביעת סדרי עדיפויות בהתאם למשאבים הציבוריים המוגבלים. ובלשונה של השופטת ש' נתניהו בבג"ץ 3472/92 ברנד נ' שר התקשורת, פ"ד מז(3) 143 (1993): "אין חברה שמשאביה בלתי מוגבלים. אין רשות הפועלת בחברה על פי חוק הרשאית והיכולה להתעלם מאילוצי תקציב ולספק שירותים ללא חשבון, ותהא חשיבותם של השירותים רבה וחיונית ככל שתהא... כל רשות עומדת בפני הצורך למצוא את האיזון הראוי בין ההיקף, האופן והמידה של קיום תפקידיה-חובותיה על פי הדין, לבין חובתה לשמור על המסגרת התקציבית שלה. לעולם אין היא יכולה לצאת ידי חובת הכל ולקיים את כל תפקידיה באופן אופטימלי, ללא התחשבות במגבלות התקציב. עליה לקבוע לעצמה סדרי עדיפויות וקדימויות וכללים וקריטריונים מנחים ליישומם, אשר יעמדו במבחן הסבירות. אותם עליה להפעיל תוך שוויון". ... כפי שהובהר לעיל, חוק ביטוח בריאות ממלכתי אוסר במפורש על הוספת שירותים לסל שירותי הבריאות בלא שנמצא לכך מקור מימון מתאים. בהתחשב בכך, השיקול התקציבי הינו שיקול לגיטימי וענייני שועדת הסל רשאית להתחשב בו במסגרת קביעת סדרי העדיפויות בין הטכנולוגיות הרפואיות החדשות. בעניין זה כבר נקבע בפסיקתנו כי "לא ניתן להתעלם מן העובדה שגם בעניין רגיש כמו זה של בריאות, יש להתחשב בשיקולים תקציביים" (דברי השופט א' גרוניס בבג"ץ 2453/06 ההסתדרות הרפואית בישראל נ' היועץ המשפטי לממשלה, פס' 3 (פורסם בנבו), 21.3.2006); עוד ראו: דברי השופטת מ' נאור בבג"ץ 4004/07 טרונישבילי נ' משרד הבריאות, פס' 6 (פורסם בנבו), 19.7.2007)). אין בכך, חלילה, משום זלזול בקדושתם של חיי אדם, כי אם הכרה במגבלות המציאות שבה המשאבים התקציביים מוגבלים, ועליהם להתחלק בין מכלול צרכים לאומיים וחברתיים המחייבים קביעת סדרי עדיפויות."

32. עיננו הרואות, כי בהתאם לפסיקת בית המשפט הנכבד, החלטתה של רשות – היא עניינה אשר יהא – בהכרח תהא מושפעת ממגבלות התקציב, ולפיכך, גם אם המצב הקיים אינו אידיאלי לחלוטין, הרי שבאיזון בין האינטרסים העומדים על כף המאזניים אין בכך כדי להקים לעותרים עילה כנגד הקופה.

33. למעלה מן הצורך תבהיר הכללית, כי אף אם נניח – באופן תיאורטי לחלוטין – כי השיקול התקציבי לאו שיקול הוא, הרי שאין מקום לקבל את טענת הפגיעה בעיקרון השוויון - כפי שטוענים העותרים בעתירתם.

34. מושכלות יסוד המה, כי עיקרון השוויון איננו מונח ערטילאי או מילת קסם שבכוחה ליצור "שוויון דווקני" לכל אזרח – יהא מקום מגוריו אשר יהא. עיקרון השוויון הינו יחסי, כך שמקום בו קיימת שונות בין קבוצות שונות הרי שיישום עקרון השוויון ייעשה בהתאם ובהתחשב לשונות הקיימת בין הקבוצות, ובהתאם למאפייני הקבוצה מזה ולאילוסי התקציב והנסיבות השונות מזה.

35. עיקרון זה, חזר ונשנה בשורה ארוכה של פסקי דין פרי עטו של בית משפט נכבד זה, והינו בגדר מושכלות ראשוניים; כדוגמא אחת מני רבות, נצטט מפסק דינו של בית המשפט הנכבד בעניין בג"ץ 4124/00 ארנן יקותיאלי נגד השר לענייני דתות, אשר קבע בזו הלשון:

"החובה לנהוג בשוויון משמעה מתן יחס שווה לשווים ויחס שונה לשונים (ראו בג"ץ 4541/94 אליס מילר נ' שר הבטחון, פ"ד מט(4) 94, 110-111 (1995); בג"ץ 678/88 כפר ורדים נ' שר האוצר, פ"ד מג(2) 501, 508 (1989)). זהו אחד הכללים הבסיסיים בשיטת המשפט שלנו. אכן, לא כל הבחנה מהווה הפליה. יש מצבים בהם עקרון השוויון מכיר בשוני רלוונטי המצדיק התייחסות נפרדת לפרטים או קבוצות. במצבים כאלה ההבחנה אינה עולה כדי הפליה פסולה (ראו, למשל, ק.א.ל קוי אויר למטען בע"מ, פסקי הדין של השופטים מ' חשין ות' אור). טענת הפליה תתעורר רק מקום בו ניתן יחס שונה ובלתי הוגן לשווים".

36. על רקע דברים אלה, לשיטת המשיבה, גם אלמלא השיקול התקציבי אין כל טעם והיגיון להיעתר לסעד המבוקש בשם עיקרון "השוויון". צא ולמד: לו נניח כטענת העותרים, לפיה לעיקרון השוויון ישנה פרשנות דווקנית ותחולה מוחלטת - ביחס לכל אזרח בכל מקום ובכל עת (ולפיכך, יש לקבוע, נניח, קריטריון נוקשה ביחס למרחק המירבי לקבלת שירותי השיקום, לפיו תידרש הקופה לספק לכל מבוטח שירותי שיקום בטווח מירבי של X קילומטרים ממקום מגוריו), משמעות הדברים הינה כי הקופות תחויבנה להקים מוסדות שיקום מתקדמים (באיכות שאיננה נופלת מזו הניתנת בבית לוינשטיין) בסמוך לישובים קטנים ומרוחקים הנמצאים (כדוגמא) בערבה.

37. לשיטת העותרים, יישום עקרון השוויון באופן דווקני כמתואר לעיל, יחייב את הקופה להעניק לתושב הערבה שירותי שיקום מוסדי במרחק שאינו עולה – לשם הדוגמה - על 30 ק"מ ממקום מגוריו; ברי כי מדובר בקביעה בלתי ישימה בעליל, באשר גם בהתעלם ממגבלות התקציב – היקף האוכלוסייה המצומצם, והיעדר כוח אדם מקצועי, בפשטות, אינם מאפשרים זאת במציאות הנוכחית.

38. ודוק: באותה המידה בה אזרחים הדרים ביישובים מרוחקים נדרשים לנסוע מרחקים גדולים יותר ביחס לתושבי הערים הגדולות לשם קבלת שירותים בתחומים שונים (כגון: בתחומי החינוך, הבריאות והתרבות), נכון הדבר (ואולי אף נכון יותר) גם ביחס לשירותי השיקום. אך הגיוני הוא, כי באיזורים בהם ריכוז האוכלוסייה גבוה יותר יופעלו מוסדות שיקום בשיעור גבוה יותר ביחס לאיזורים בהם האוכלוסייה דלילה יותר; עסקינן בשוני מובנה, מקובל ורלוונטי בין יישובי הפריפריה לבין אזור המרכז, ולפיכך, סבורה המשיבה, כי המצב הקיים איננו עולה כדי הפליה אסורה ביחס לעותרים.

39. אשר על כן, מששירותי השיקום הניתנים לתושבי הפריפריה זהים בזמינותם ובאיכותם לאלו הניתנים לתושבי המרכז, די בכך כדי לקבוע כי הכללית אינה פוגעת בעיקרון השוויון, ומשכך, דין העתירה כנגדה להידחות.

שיקום ביתי ושיקום אמבולטורי בקהילה

40. כאמור, מלבד שירותי אשפוז בשיקום, מעניקה הכללית למבוטחיה שירותי שיקום אמבולטוריים במסגרת הקהילה (הן באמצעות מכוני שיקום שהקימה הכללית והן באמצעות מכונים בבעלות נותני שירותים שונים שהקופה התקשרה עמם). לעניין זה ייאמר, כי הקופה מעמידה לרשות מבוטחיה עשרות מכוני טיפול המעניקים שירותי שיקום בקהילה – בפריסה ארצית.

41. בד בבד, במקרים בהם מצבו הרפואי והתפקודי של המבוטח – כמו גם התנאים הפיזיים והמשפחתיים – מאפשרים את ביצוע ההליך השיקומי אגב שהיית המטופל בביתו, מעניקה הכללית למבוטחיה שירות "שיקום ביתי" כחלופה לשיקום באשפוז.

42. ההנחה העומדת בבסיס שירות זה הינה, כי במקרים רבים מוטב לנפגע לחזור מהר ככל האפשר לביתו, לסביבה המוכרת לו, שכן הדבר עשוי להשפיע עליו לטובה הן מהבחינה הנפשית והן מהבחינה החברתית ולתרום להחלמה מהירה יותר ולשיקום טוב ויעיל יותר.

43. אשר למהות השיקום הביתי, מדובר בשירות הניתן בביתו של המבוטח ע"י צוות רב מקצועי ורופא מומחים בהתאם לצרכיו של המשתקם; הטיפול בשיקום הביתי כולל טיפול לשיפור התפקוד, הניידות, התאמה והדרכה לשימוש באביזרי עזר לניידות, בטיחות הבית, לאחר הערכה והתאמת הסביבה הביתית לצורכי המשתקם. כמו כן, במהלך השיקום הביתי, מקבל המשתקם הדרכה לטיפול אישי כמו רחצה, הלבשה וכו', וכן סיוע בפניה לגורמים קהילתיים (ביטוח לאומי, רשויות הרווחה ואחרים).

44. יצוין, כי האסכולה המודרנית המקובלת בתחום השיקום, מבכרת (במקרים המתאימים) את השיקום הביתי על פני השיקום באשפוז – שכן במקרים רבים ניתן למצות את הפוטנציאל השיקומי ברמת יעילות שאינה נופלת מזו המושגת בשיקום באשפוז (ולעיתים אף ברמת יעילות העולה עליה). לפיכך, הלכה למעשה, מבססת הקופה ומפתחת את שירות השיקום הביתי - בעידודה של המשיבה 1.

45. בהתאם לכך, הכללית עדה למגמה גוברת והולכת ביחס לפניית מבוטחים לאפיק השיקום הביתי. כך, למשל, בשנת 2016, העניקה הכללית שירותי שיקום ביתי עבור למעלה מ-50,000 מטופלים ברחבי הארץ – בהתאם לצורכיהם ולזכאותם על פי סל הבריאות.

46. לא למותר לציין, כי עסקינן בשירות אשר "קרם עור וגידים" רק בשנים האחרונות, ולפיכך, שוקדת הכללית על ייעול השירות, פיתוחו והרחבתו. לשם כך, בנתה הכללית תכנית רב מקצועית - ארצית ובה נקבעו מטרות, יעדים, דרכי פעולה ומעקב בהתאם למתווה אשר נקבע על ידי משרד הבריאות.

סוף דבר

47. כאמור לעיל, נקודת המוצא הינה, כי כל מבוטח של הכללית הזקוק לשירותי שיקום מקבלם ברמת בזמינות טובה ובאיכות טובה. בד בבד, כמפורט לעיל, אין חולק כי האחריות להקמת מוסדות שיקום נוספים על אלה הקיימים והמוקמים כיום – ככל שיש בכך צורך, נמצאת באחריות המדינה.

48. חרף האמור, הכללית עשתה, עושה ותעשה כל שלא ידה על מנת להעניק לכלל מבוטחיה שירותי שיקום ברמת זמינות טובה ובאיכות טובה – באמצעות הכלים המצומצמים העומדים לרשותה. כך, מעניקה הכללית שירותי שיקום שונים ומגוונים הן באשפוז מוסדי, הן בהקהילה והן בשיקום ביתי. בתוך כך, המשיבה התקשרה בהסכמים עם כל מוסדות השיקום המורשים בארץ לשם רכישת שירותי שיקום לכלל מבוטחיה, ואף נכונה להמשיך במדיניות זו ביחס לכל מוסד שיקומי שיפתח בעתיד (ברישיון משרד הבריאות).

49. אשר לשיקום באשפוז – כאמור לעיל, מעניקה הכללית שירותים לכלל האוכלוסייה בישראל (ולאו דווקא למבוטחיה) באמצעות בתי החולים השיקומיים ומחלקות השיקום שבבעלותה. בנוסף, חנכה הכללית שתי מחלקות אשפוז בבתי חולים שברשותה, ואף שוקדת בימים אלה על הקמת שני מבנים בהם יוקמו מחלקות שיקום מתקדמות – וזאת בנוסף למחלקת השיקום הנבנית ע"י המדינה לצד בית החולים "פוריה".

50. אשר לשיקום בקהילה – הכללית מקימה ופותחת מעת לעת מרכזי טיפול ומכוני שיקום רב תחומיים ברחבי הארץ, ואף רוכשת טיפולים שיקומיים מנותני שירות פרטיים המחזיקים ברישיון משרד הבריאות בתחום השיקום.

51. אשר לשיקום ביתי - הכללית מקדמת ומחזקת את אפיק השיקום הביתי כתחליף לשיקום באשפוז. הכללית עדה למגמת עלייה מתמשכת ועקבית ביחס לצריכת טיפולי שיקום ביתי ע"י מבוטחיה, ועשרות אלפי המטופלים אשר עברו תהליך שיקום ביתי בשנת 2016 – יעידו על כך נאמנה.

52. כאמור לעיל, הכללית איננה "שוקטת על שמריה", ואף בימים אלה, שוקדת הכללית על הרחבת שירותי השיקום הביתי, בניית מכוני שיקום נוספים בקהילה, ובניית מחלקות אשפוז נוספות בבתי חולים פריפריאליים.

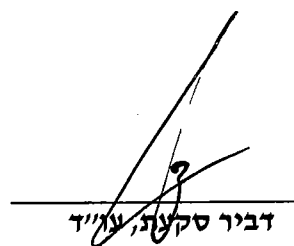
53. במצב דברים זה, סבורה המשיבה, כי התנהלותה ומדיניותה כפי שתוארו לעיל אינן עולות כדי פגיעה בשוויון בין מבוטחיה, וכי באיזון הדק שבין חובתה של הכללית ביחס לעותרים לבין חובתה

לאספקת שירותי רפואה איכותית לכלל מבוטחיה, פועלת הכללית כנדרש וכמצופה, ולפיכך, דין העתירה כנגדה להידחות.

54. לחילופין בלבד, וככל שייעתר בית המשפט הנכבד לעתירה זו, הרי שיתבקש בית המשפט הנכבד להורות למדינה להקצות לקופות החולים את התקציב הנדרש לשם עמידה בתנאים אשר ייקבעו על ידי בית המשפט הנכבד, באשר אין חולק כי האחריות להקמת מוסדות שיקום נוספים חלה על המדינה בלבד.

55. לתמיכה בעובדות המפורטות בתגובה זו, מצורף תצהירה של הגבי כלנית קיי, ראש אגף סיעוד בקופה.


אריאל מייסליס, עו"ד


דביר סקעת, עו"ד

ויסגלס – אלמגור, עורכי-דין
ב"כ המשיבה 2