

בעניין:

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 ב"כ עו"ד רעות כהן וגיל גן-מור
מהאגודה לזכויות האזרח בישראל
רחוב נחלת בנימין 75, תל-אביב
טל': 03-5608185; פקס: 03-5608165

העותרים

- נגד -

1. שר הבריאות
על-ידי מחלקת בג"צים, פרקליטות המדינה
רחוב צלאח א-דין 29, ירושלים
טל': 02-6466241; פקס: 02-6467011

2. שירותי בריאות כללית
על-ידי ב"כ עו"ד דביר סקעת
ויסגלס-אלמגור, משרד עורכי-דין
מרחוב לילינבלום 44, תל-אביב 65134
טל': 03-5604731; פקס: 03-5601140

3. מכבי שירותי בריאות
על-ידי ב"כ עו"ד ד"ר אסף רנצלר וליטל פרגי
ממשרד ש. הורוביץ ושות', עו"ד
רח' אחד העם 31, תל-אביב 6520204,
טל': 03-5670700; פקס: 03-5660974

4. לאומית שירותי בריאות
על-ידי ב"כ עו"ד גילת לויאן
ממשרד נשיץ ברנדס אמיר, עו"ד
טל': 03-6235000; פקס: 03-6835005

5. קופת חולים מאוחדת
על-ידי ב"כ עו"ד מומי דהן
מרחוב החילוון 5, רמת גן 5252269
טל': 03-5618618; פקס: 03-5628050

המשיבים

תגובה מקדמית לעתירה מטעם מכבי

בהתאם להחלטת בית המשפט הנכבד מיום 23.1.2017, המשיבה 3, מכבי שירותי בריאות (להלן – "מכבי"), מתכבדת להגיש את תגובתה המקדמית לעתירה.

א. פתח דבר

1. בעתירה שבפנינו מבקשים העותרים שני סעדים המופנים אל המשיב 1, שר הבריאות:

1.1 הראשון – צו על תנאי שיורה לשר הבריאות ליתן טעם 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 – "חוק הבריאות"), ולוח זמנים סביר ליישום אמות מידה אלו.

1.2 השני – צו על תנאי שיורה לשר הבריאות ליתן טעם מדוע לא יפעיל סמכויותיו, על מנת להשוות את זמינותם ואיכותם של שירותי השיקום הרפואי בצפון ובדרום הארץ לזמינותם ואיכותם של שירותים אלה במרכז הארץ.

2. מאחר שמכבי צורפה לעתירה אך כמשיבה פורמאלית, מבלי שהתבקש נגדה סעד, נתייחס בתגובה זו רק למספר נקודות הרלוונטיות לסעדים שהתבקשו בעתירה, ונתעלם מטענות שנכללו בעתירה ואינן רלוונטיות לסעדים שהתבקשו בגדרה.

ב. אין יסוד לטענת העותרים לפיה על שר הבריאות מוטלת חובה לקבוע אמות מידה

לאיכות, זמן ומרחק סבירים לשירותי השיקום הרפואי

3. כאמור, במסגרת הסעד הראשון מבקשים העותרים כי שר הבריאות יקבע "אמות מידה שיגדירו מהם זמן, מרחק ואיכות סבירים ביחס לשירותי שיקום רפואי, כמתחייב מסעיפים 1 ו-3 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי". על אף המילה "כמתחייב", חשוב לשים לב שהעותרים אינם מצביעים על הוראה בחוק הבריאות (או בחוק אחר) המחייבת את שר הבריאות לקבוע אמות מידה לזמן, מרחק ואיכות סבירים ביחס לשירותי שיקום רפואי – גם לא הוראות סעיפים 1 ו-3 לחוק הבריאות. למעשה, העותרים מכירים בכך ש"החוק אינו מחייב את השר לקבוע אמות מידה" (סעיף 115 לעתירה).¹ עם זאת העותרים טוענים, כי "מתדלו של השר לקבוע אמות מידה לאיכות, זמן ומרחק סבירים לשירותי הבריאות שבסל, ובענייננו – לשיקום רפואי, הינו בלתי חוקי" (סעיף 115 לעתירה). העותרים מעלים בהקשר זה ארבע טענות עיקריות, אליהן נתייחס בפרקים ב(1)-(4) להלן.

ב(1). לטענה כי פרשנות תכליתית של חוק הבריאות מחייבת קביעה של אמות מידה

4. לפי הטענה הראשונה של העותרים, החובה לקבוע אמות מידה נלמדת "לאור פרשנות תכליתית של החוק" (כותרת סעיפים 116-128 לעתירה). בהקשר זה מתייחסים העותרים לתכלית הסובייקטיבית ולתכלית האובייקטיבית של חוק הבריאות.

¹ בסעיף 114 לעתירה מפנים העותרים לסעיף 29ב(3) לחוק הבריאות, וטוענים כי מסעיף זה נלמדת סמכות שר הבריאות לקבוע אמות מידה. דא עקא, סעיף זה מתייחס לסמכות שר הבריאות (בהסכמת שר האוצר) לקבוע "כללים ותנאים להקמת תשתיות למתן שירותי בריאות", ולא לקביעת "אמות מידה שיגדירו מהם זמן, מרחק ואיכות סבירים ביחס לשירותי שיקום רפואי", כפי שהתבקש בעתירה. בכל מקרה, כבר נקבע בבג"ץ 4540/00 אבו עפאש נ' שר הבריאות, סעיף ו(3) (פורסם בכ"ב, 14.5.2006), כי "הסמכות לקבוע כללים ותנאים להקמת תשתיות למתן שירותי בריאות לפי חוק זה [חוק הבריאות] אינה סמכות חובה, אלא סמכות שבשיקול דעת".

5. באשר לתכלית **הסובייקטיבית** של חוק הבריאות, מפנים העותרים לדברי ההסבר לסעיף 3(ד) להצעת החוק משנת 1993 [א], וטוענים כי "מטרת החוק הינה להפקיע מקופות החולים את שיקול הדעת האוטונומי בדבר אילו 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" (סעיף 117 לעתירה). יש לדחות טענה זו:

5.1 ראשית נעיר, כי הנוסח שנכלל בהצעת החוק משנת 1993 לא התקבל לבסוף. בשנת 1994 פורסמה הצעת חוק נוספת [ב], והנוסח שהופיע שם לסעיף 3(ד) הוא זה שהתקבל לבסוף.

5.2 לגוף העניין: בדברי ההסבר להצעת החוק משנת 1993 נאמר, כי "מוצע לקבוע אמות מידה אחידות שמבוססות אך ורק על שיקול דעת רפואי ואשר יחייבו את קופות החולים". דברים אלו מתייחסים לאמות המידה **שכבר הוצעו ונכללו** בסעיף 3(ד) להצעת החוק משנת 1993, לפיו "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, הכל לפי שיקול הדעת הרפואי, ובכפוף למקורות המימון שיעמדו לרשות קופות-החולים לפי סעיף 13". דברי ההסבר לא התכוונו לומר, כפי שמשמע מטענת העותרים, שנוסח סעיף 3(ד) להצעת החוק משנת 1993 מחייב את שר הבריאות לקבוע אמות מידה, אשר יגדירו מה ייחשב "מרחק סביר" או "זמן סביר".

5.3 בכל מקרה, הנוסח שנחקק במסגרת חוק הבריאות אינו קובע אמות מידה קונקרטיות. **חזקה על המחוקק, שאילו היה רוצה לקבוע מרחק, זמן או איכות מסוימים שייחשבו לסבירים, היה עושה כן, או מסמיך את השר לעשות כן, ולא בוחר לנקוט במונח "סביר".**

5.4 למעשה, בחינת ההיסטוריה החקיקתית תומכת במסקנה שהמחוקק **נמנע במכוון** מלקבוע אמות מידה קונקרטיות להגדרת מרחק או זמן סביר, וכך נמנע מלחייב את השר לקבוע אמות מידה כאלו: בנוסחו המקורי של חוק הבריאות נכלל סעיף 8(1), שקבע: "ועדת מומחים שימנה שר הבריאות, לאחר התייעצות עם מועצת הבריאות, רשאית בתוך שנתיים מיום תחילתו של חוק זה, לפרט את שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות **פירוט נוסף** ולכלול בפרטים שתקבע את פרקי זמן ההמתנה לשירות, **מרחק הינתנו מבית המבוטח**, הגורם המחליט על מתן השירות, דרך הינתנו ואיכותו" [ג]. סעיף 8(2) קבע, כי "החלטות ועדת המומחים **טעונות אישור שר הבריאות**; שר הבריאות לא יאשר החלטות אשר ביצוען יביא לחריגה מעלות סל שירותי הבריאות כאמור בסעיף 9". ועדת המומחים מונתה בסוף שנת 1995, אולם לא סיימה את עבודתה ולא הגישה המלצותיה, ובשנת 1998 **בוטל** סעיף 8(1) לחוק הבריאות (ראו דו"ח מבקר המדינה לשנת 2001, עמ' 615 [ד]). כך נותרה בחוק ההגדרה הגמישה של מרחק וזמן "סבירים", ללא קביעת אמות מידה קונקרטיות יותר.

6. באשר לתכלית **האובייקטיבית** של חוק הבריאות, טוענים העותרים כי "תכלית זו קבועה בסעיף 1 לחוק לפיו הביטוח יהא מושתת על עקרונות של צדק ושוויון" (סעיף 119 לעתירה). דא עקא, עקרונות של צדק ושוויון אינם מחייבים קביעת אמות מידה קונקרטיות – וודאי שלא לעשות כן רק בתחום של שירותי שיקום רפואי, מבלי להידרש לתמונה המלאה הנוגעת לשאר שירותי הרפואה.

בסעיפים 125-127 לעתירה נטען, כי העובדה שקריטריונים אחידים של זמן, מרחק ואיכות קיימים

כיום בתחומי בריאות אחרים משקפת אף היא את תכלית החקיקה. לעניין זה מצביעים העותרים על אמות מידה שנקבעו בחוזרי סמנכ"ל משרד הבריאות² לגבי שירותי רפואת שיניים לילדים ותחנות בריאות המשפחה ("טיפת חלב"). מדובר, בכל הכבוד, בטענה חסרת היגיון. לא ברור כיצד קביעתן של אמות מידה על-ידי סמנכ"ל משרד הבריאות בתחומים מסוימים מוליכה למסקנה שתכלית החקיקה היא להטיל **חובה** על שר הבריאות לקבוע אמות מידה של זמן, מרחק ואיכות. ובכל מקרה, אם נלך לשיטת העותרים, אזי העובדה **שלא** נקבעו אמות מידה לגבי **כלל** שירותי הבריאות (ובפרט לא ביחס לשירותי השיקום) "מוכיחה" דווקא שאין בתכלית החקיקה כדי להטיל חובה לקבוע אמות מידה למתן שירותי הבריאות הכלולים בסל. אכן, העובדה שנקבעו אמות מידה למתן שירותי בריאות **מסוימים** לא מוכיחה שקיימת **חובה** לקבוע כללים ביחס **לכלל** שירותי הבריאות, ובוודאי שלא בנושא כל כך רחב ומורכב כמו מערך שירותי השיקום הרפואי.

7. סיכומה של נקודה זו: אין דבר בתכליתו של חוק הבריאות המוביל למסקנה שעל שר הבריאות מוטלת חובה לקבוע אמות מידה למתן שירותי שיקום רפואי.

ב(2). לטענה כי החובה לקבוע אמות מידה נובעת מכך שמדובר בחלוקת משאב במחסור

ב(2)(1). המקורות אליהם מפנים העותרים אינם רלוונטיים לענייננו

8. לפי הטענה השנייה של העותרים, בהתאם לפסיקת בתי המשפט קיימת "חובה לקבוע אמות מידה בחלוקת משאב במחסור" (כותרת סעיפים 129-135 לעתירה). העותרים טוענים, כי "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" (סעיף 135 לעתירה).

9. דא עקא, המקורות אליהם מפנים העותרים בתמיכה לטענתם זו מתייחסים למקרים בהם אמות המידה להקצאת המשאבים חלות **על הרשות שמפעילה את שיקול הדעת לעניין הקצאת המשאבים** (בין אם הרשות מקצה את המשאבים בעצמה ובין אם האצילה לגוף אחר את סמכותה זו). כלומר: מדובר במקרים בהם שיקול דעתה של הרשות מכריע לעניין האופן בו היא מקצה את המשאבים.

9.1 כך, בציטוט המובא בסעיף 133 לעתירה מספרו של פרופ' יואב דותן **הנחיות מנהליות 123** (1996) ישנה התייחסות לכך ש"בתי המשפט חזרו והדגישו את הדרישה שהרשות המינהלית **תפעיל סמכותה באופן הוגן, עקבי ושוויוני בפועל ולמראית עין**", ובעמ' 120 לספר מצוין במפורש כי "רשות מינהלית, **המפעילה סמכויות של שיקול דעת בעניינים קונקרטיים המובאים לפנייה**, אינה רק רשאית לקבוע **לעצמה** הנחיות, אלא אף חייבת במקרים מסוימים לעשות כן".

9.2 בסעיף 134 לעתירה מפנים העותרים לספרו של פרופ' יצחק זמיר **הסמכות המינהלית** (כרך א', 1996) 781, שם צוין כי "הצורך בקביעת מבחנים בולט במיוחד כאשר **הרשות המינהלית נדרשת להקצות משאבים מוגבלים (כסף, מקרקעין, רשיונות או משאבים אחרים) שאין בהם כדי לספק את הביקוש**".

² יוער, כי בניגוד לאמור בעתירה, לא מדובר בחוזרי סמנכ"ל משרד הבריאות.

9.3 בסעיף 135 לעתירה מפנים העותרים לשנקבע בבג"ץ 205/94 נוף נ' מדינת ישראל, פ"ד נ(5) 449, 462 (1997): "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".

10. הפסיקה אליה מפנים העותרים בסעיף 121 לעתירה (תחת הפרק שמתייחס ל"חובה לקבוע אמות מידה לאור פרשנות תכליתית של החוק") אינה תומכת בטענה, לפיה על שר הבריאות מוטלת חובה לקבוע אמות מידה לאיכות, זמן ומרחק סבירים לשירותי השיקום הרפואי. פסיקה זו עוסקת בכך שרשות מנהלית, המחלקת משאבים, חייבת לפעול על פי קריטריונים ראויים, שוויוניים וענייניים. ברור שלא עולה מפסיקה זו, חובתה של רשות לקבוע אמות מידה שיחולו על גופים אחרים, אף שלא הם אלה שמחלקים את המשאבים.

11. בסעיף 123 לעתירה מפנים העותרים לבג"ץ 4540/00 אבו עפאש נ' שר הבריאות, סעיף ו(3) (פורסם בנבו, 14.5.2006), וטוענים כי באותו מקרה "נמנע אמנם בית המשפט מלחייב קביעת אמות מידה להקמת מרפאות ... אולם הדגיש כי הסיבה היא מורכבות הסוגיה גופא, כלומר הקושי בקביעת כללים אחידים לבניה בכפרים בלתי מוכרים, שעתידם לא הוכרע. מורכבות כזו אינה קיימת בדרישה דנ"י". דא עקא, באותו מקרה דן בית המשפט בסמכות שר הבריאות (בהסכמת שר האוצר), מכוח סעיף 29ב(3) לחוק הבריאות, לקבוע "כללים ותנאים להקמת תשתיות למתן שירותי בריאות", ולא לקביעת "אמות מידה שיגדירו מהם זמן, מרחק ואיכות סבירים ביחס לשירותי שיקום רפואי", כפי שהתבקש בעתירה. במסגרת פסק הדין צוינה החלטה קודמת של בית המשפט, לפיה "הקמת מרפאות בישובי הבדוים היא צורך חיוני שעל המדינה לספק". כלומר: גם שם דובר על אמות מידה שיחולו על הגוף שאחראי על חלוקת המשאבים – המדינה.

12. ההיגיון ברור: אמות המידה נועדו להביא לכך ששיקול דעתה של הרשות שמחלקת את המשאבים המוגבלים לא יודרך משיקולים זרים במסגרת הליך החלוקה. זו הסיבה לכך שהרשות חויבה לקבוע אמות מידה.

13. דא עקא, כפי שיוסבר בפרק ב(2)2) להלן, אין בקביעת אמות מידה שיחייבו את קופות החולים לסטנדרטים מסוימים של איכות, זמן ומרחק סבירים לשירותי השיקום הרפואי, כדי להנחות את שיקול דעתה של הרשות שמחלקת את המשאבים – שהרי המדינה היא שאחראית על חלוקת המשאבים הנדרשים להגדלת היצע שירותי השיקום, ולא קופות החולים.

14. בניגוד לאמור בסעיף 3 לעתירה, כאילו "המשאבים הקיימים מחולקים בצורה מפלה", העותרים אינם מצביעים על כל פגם באופן שבו קופות החולים מפעילות את שיקול דעתן בעת שהן מחלקות את המשאבים העומדים לרשותן.

14.1 כך, למשל, העותרים אינם טוענים שמכבי נמצאת במצב שבו עקב מחסור במשאבים היא יכולה להתקשר רק עם חלק מבתי החולים השיקומיים במדינת ישראל, והיא החליטה להתקשר עם יותר מדי בתי חולים המצויים במרכז ועם מעט מדי בתי חולים המצויים בפריפריה. על כן, במקרה שלפנינו לא מתקיים הרציונאל, שבו עסקה הפסיקה שהציגו העותרים, שבשלו מן הראוי לקבוע אמות מידה לחלוקת המשאבים שבמחסור.

14.2 זאת ועוד: העותרים אינם טוענים שהסדרי הבחירה שמציעה מכבי למבוטחיה הם מפלים (ולא בכדי, שהרי מכבי מעניקה הסדרי בחירה **אמציים**, המאפשרים למבוטחיה ליהנות משירותי שיקום ללא הגבלה גיאוגרפית). גם לא נטען כי מכבי מונעת מתן שירותי שיקום במרחק מסוים מביתם של מבוטחים המתגוררים באזורי הפריפריה, **למרות שניתן היה לספק שירותים אלה במרחק קצר יותר**. העותרים אף לא טוענים כי מכבי **נמנעת מלרכוש** לטובת מבוטחיה שירותי שיקום באזורי הפריפריה.

15. אכן, העותרים אינם טוענים טענות מסוג זה, שאין להן בסיס. מובן, כי מכבי אינה יכולה להקים בעצמה מערך מלא של שירותי שיקום (במיוחד בכל הנוגע לשיקום באשפוז) בכל רחבי הארץ, שגם יישא עצמו מבחינה כלכלית. חלק ניכר מפעילותה של מכבי (ושל יתר קופות החולים) נעשה באמצעות **רכישת שירותי רפואה מספקים חיצוניים**, כדוגמת בתי חולים ומרכזים רפואיים אחרים המצויים בבעלות המדינה, שירותי בריאות כללית או עמותות פרטיות. זאת בהתאם לסעיף 21(א) לחוק הבריאות, הקובע כי "קופת חולים תיתן לכל מי שהיא אחראית כלפיו ... את כל שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה, בין בעצמה ובין באמצעות **נותני שירותים**". ככל שנוספות תשתיות מתאימות למתן שירותי שיקום ברחבי הארץ (למשל: נוספים בתי חולים, מיטות אשפוז, מחלקות שיקום ומוסדות רפואיים אחרים לשיקום), מכבי פועלת לרכישת שירותי שיקום מהם, במטרה להגדיל את היצע שירותי השיקום המוצעים למבוטחיה. כך פעלה מכבי עד כה, וכך תפעל גם בהמשך.

ב(2)(2). אין בסעד המבוקש כדי להועיל להגשמת מטרת עותרים: הגדלת היצע שירותי השיקום בפריפריה

16. מהאמור עולה, כי למרות שהעותרים מדברים על חלוקת המשאבים **הקיימים**, נראה כי טרונייתם **האמיתית** נוגעת לצורך **להוסיף שירותי שיקום בפריפריה**. כך, למשל, יש להניח שכשהעותרים טוענים כי ישנו "פיזור לא שוויוני של מיטות השיקום באשפוז", הם אינם מבקשים כי **יבוטלו** מספר מיטות שיקום במוסדות הרפואיים הנמצאים במרכז, באופן שיביא לשוויון בכמות המיטות, אלא מבקשים **הוא בהוספת מיטות שיקום בפריפריה**. בהתאם, טענתם **האמיתית** של העותרים הינה כי התשתיות הקיימות למתן שירותי שיקום אינן מאפשרות שוויון בצריכת שירותי השיקום, ועל כן יש להגדיל את היצע שירותי השיקום בפריפריה, תוך **הבטחת חלוקה שוויונית של המשאבים**.

17. לפיכך, **אין בסעד המבוקש כדי להועיל לעותרים**. קביעת אמות מידה באשר ל"זמן, מרחק ואיכות סבירים ביחס לשירותי שיקום רפואי הקבועים בסל הבריאות" אינה יכולה להביא, כשלעצמה, להגדלת היצע שירותי השיקום, ולכן אין בה גם כדי להבטיח חלוקה שוויונית יותר של המשאבים. שהרי גם אם יקבעו אמות מידה מהסוג האמור – מבלי שיתווספו תשתיות שיאפשרו היצע גדול יותר של שירותי שיקום באזורי פריפריה – הן תהיינה בבחינת **גזירה שלא ניתן לעמוד בה**. הבעיה **האמיתית** היא מחסור בתשתיות רפואיות למתן שירותי שיקום באזור פריפריה, **ולא חלוקה לא שוויונית של המשאבים המצויים בידי קופות החולים**.

18. ודוק: האחריות להחלת שינוי מהותי במערך תשתיות השיקום הרפואי ולהגדלת היצע שירותי השיקום בפריפריה – ובכלל זה הקמת בתי חולים ומוסדות ייעודיים למטרה זו, וכן הכשרה של כמות מספקת של רופאים וצוות רפואי המתמחים בתחום השיקום, שיתגוררו ויעבדו באזורי הפריפריה – **מוטלת על המדינה ולא על קופות החולים**.

18.1 המדינה היא הגוף המופקד על קביעת **סדרי עדיפות תקציביים-לאומיים**. החלטה על שינוי יסודי במערך שירותי השיקום בארץ בכלל, ובפריפריה בפרט, היא החלטה המערבת סדרי עדיפות תקציביים-לאומיים, שהרי ברור כי החלטה על הקצאת משאבים רחבי היקף לטובת מטרה זו באה **בהכרח** על חשבון הקצאת התקציבים לטובת מטרות אחרות אשר נמצאות גם כן בסדרי העדיפויות הלאומיים.

ידגש: החלטה על הגדלת היצע **שירותי השיקום זווקא** הניתנים בפריפריה צריכה להתקבל בשים לב למצבם של **כל יתר שירותי הבריאות** הניתנים באזורים אלו. למעשה, על המדינה לבחון במסגרת זו, האם אין צורך רפואי חיוני **אחר**, אשר נמצא במחסור בפריפריה, ואשר בו **דחוף אף יותר** לטפל. על מנת לסבר את האוזן יצוין, כי הצורך בשיפור מערכי הרפואה בתחומים שונים הניתנים בפריפריה נדון לא אחת בוועדות שונות של הכנסת. כך, למשל, בדיון של ועדת הכספים של הכנסת מיום 18.2.2014 נידונה סוגיית המחסור בכוח-אדם רפואי בפריפריה [ה]. אכן, השאלה אם **מוצדק** להפנות משאבים רחבי היקף לתחום שירותי השיקום, ולא לתחומים אחרים, היא שאלה שעל **המדינה** להכריע בה, תוך קביעת סדרי העדיפויות הלאומיים.

18.2 בהתאם לסעיף 3(ב) לחוק הבריאות, "**המדינה** אחראית למימון סל שירותי הבריאות" ועל **המדינה** לקבוע אילו שירותים יכללו בסל הלאומי (ראו, למשל, סעיף 8(א) לחוק הבריאות). על **קופות החולים** הטיל חוק הבריאות את החובה – (א) לספק למבוטחיהן את הטיפולים הכלולים בסל הלאומי, במסגרת מקורות המימון שמעמידה לרשותן המדינה (ראו, למשל, סעיפים 3(ג) ו-3(ד) לחוק הבריאות); ו-**(ב)** לשמור על איזון תקציבי ולהימנע מלחרוג מהתקציב שמעמידה לרשותן המדינה (סעיף 32(ב) לחוק הבריאות).

מההסדר הקבוע בחוק הבריאות עולה, כי לא ניתן לחייב את קופות החולים להעניק שירותים, שהן אינן מתוקצבות בגינם על-ידי המדינה. לפיכך, אין לחייב את קופות החולים בהקמת **תשתיות רחבות היקף** למתן שירותים רפואיים, שאין באפשרותן להקים במסגרת מקורות המימון הקיימים. נזכור, כי חוק הבריאות בא לעולם בתקופה שבה קופת חולים כללית עמדה בפני קריסה כלכלית. אחת ממטרותיו העיקריות של החוק הייתה להבטיח שקופות החולים לא יחרגו מן התקציב העומד לרשותן, ולא יגיעו למצב דומה לזה שאליו הגיעה קופת חולים כללית (ראו, למשל, את הוראת סעיף 32(ב) לחוק). אין ספק, שחוק הבריאות ביקש ליצור **איזון תקציבי** בכל הנוגע לאספקת שירותי בריאות לציבור, על-ידי כך שהוא הבטיח **שקופות החולים יזכו לכיסוי תקציבי מלא** בגין **מלוא** שירותי הבריאות שהן מחויבות לספק למבוטחיהן.

החובה המוטלת על קופות החולים לפי סעיף 3(ד) לחוק הבריאות – לספק שירותי בריאות הכלולים בסל הבריאות "במרחק סביר ממקום מגורי המבוטח" – כפופה ל"**מסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים**". כידוע, קופות החולים מצויות זה שנים בגירעון תקציבי עמוק, הולך וגדל, וזאת – כקביעתו של בית משפט נכבד זה (בג"ץ 10778/03 **מכבי שירותי בריאות נ' שד האוצר**, סעיף 37 (פורסם בנבו, 21.6.2012)):

"נוכח השחיקה השיטתית בתקציבי קופות החולים, עליה נדמה שאין חולק".

ראו לעניין זה דו"חות מסכמים על פעילות קופות החולים לשנים 2014 ו-2015 שנערכו על-ידי משרד הבריאות [1], בהם צוין כי בשנת 2012 גירעון מכבי עמד על כ-380 מיליון ש"ח, בשנת 2013 על כ-290 מיליון ש"ח, בשנת 2014 על כ-264 מיליון ש"ח ובשנת 2015 על כ-457 מיליון ש"ח. בכל הנוגע למחצית הראשונה של שנת 2016: גירעון מכבי עומד על כ-226 מיליון ש"ח [2]. לנוכח גירעונות אלו נאלצה מכבי לקבל מהמדינה תמיכות מיוחדות בסכומי עתק: לשנים 2011-2013 מכבי קיבלה תמיכה בסכום כולל של כ-719 מיליון ש"ח, ולשנים 2014-2016 סכום התמיכה שמכבי צפויה לקבל (בכפוף לעמידה ביעדים) צפוי לעמוד על כ-678 מיליון ש"ח. ברור שמסגרת המימון העומדת לרשות קופות החולים אינה מאפשרת את ביצוע השינוי היסודי המבוקש במערכת השיקום הרפואי בפריפריה. אכן, מכבי נאבקת מדי יום בתנאי תקצוב **בלתי אפשריים** על מנת לקיים את פעילותה. הטלת הנטל של הגדלת היצע שירותי השיקום על כתפי קופות החולים תהיה בבחינת גזירה שלא ניתן יהיה לעמוד בה.

18.3 המדינה היא שמחזיקה **בידע ובמומחיות** המקצועית הנדרשת לשם קבלת החלטות מעין אלו, המערבות שיקולים רוחביים הנוגעים לכלל תושבי המדינה (מבוסחי **ארבע** קופות החולים). כך, למשל, על המדינה לבחון כמה מיטות אשפוז יש להוסיף בכל אזור על מנת לאפשר היצע שירותים סביר לתושבי הפריפריה, היכן יש למקם מוסדות שיקומיים נוספים על מנת להשיא את נגישות התושבים למוסדות אלה, תוך התחשבות בפוטנציאל התפוסה בהם. ברי, כי המדינה, ולא קופות החולים, היא שמחזיקה בנתונים הנדרשים לקבלת החלטות מסוג זה.

19. עיון בתגובה המקדמית שהוגשה מטעם שר הבריאות (להלן – **"תגובת המדינה"**), במסגרתה פורטו האפיקים בהם פועלת המדינה כבר היום לקידום שירותי השיקום, מלמד על סוג הצעדים הנדרשים בענייננו ומחזק את המסקנה כי האחריות לחיזוק מערך השיקום בפריפריה מוטלת על המדינה. כך, למשל, הוסבר, כי בכוונת משרד הבריאות להקצות כ-150 מיטות נוספות לשיקום באשפוז במהלך חמש השנים הקרובות (סעיף 6 לתגובת המדינה). יש להניח כי מדובר בחלק מתוך 2,100 המיטות שבכוונת משרד הבריאות להוסיף למערכת הבריאות, במסגרת התכנית הרב-שנתית לשנים 2017-2022, כעולה מהצעת תקציב משרד הבריאות לשנים 2017-2018 (עמ' 51 [ח]). בנוסף עדכנה המדינה על הכוונה לבנות בית חולים שיקומי לצד בית החולים פוריה בצפון (סעיף 6 לתגובת המדינה); ועל הקצאת 40 מיליון ש"ח לתמיכה במתן שירותי שיקום ביתיים (סעיף 7 לתגובת המדינה). עוד הוסבר, כי המדינה פועלת לעידוד רופאים לעסוק בתחום השיקום, בפרט בפריפריה, תוך מתן תמריצים בדמות מענקים משמעותיים לרופאים המתמחים בתחום (סעיפים 8-10 לתגובת המדינה). ברי, כי לקופות החולים אין את התקציבים או את המומחיות הנדרשים לביצוע שינויים רחבים מסוגים אלה. הדבר מערב שיקולים של מדיניות תקציבית וסדרי עדיפויות חברתיים לאומיים רחבים, אשר המדינה מופקדת עליהם.

20. גם טענות העותרים בעתירה ממחישות את העובדה שהאחריות להחלת שינוי מהותי במערך תשתיות השיקום הרפואי מוטלת על המדינה. כך, למשל, בסעיף 45 לעתירה טוענים העותרים, כי "במחלקות השיקום באשפוז בבתי החולים בצפון ובדרום אין חלוקה לפי תתי התמחות בסוגי תחלואה ספציפיים. זאת, לעומת מרכזי השיקום שנמצאים במרכז". ברי כי מכבי אינה יכולה לחייב את בתי החולים בצפון ובדרום (אשר אינם בבעלותה) לקיים את החלוקה המבוקשת. על כן, ככל ששר הבריאות יקבע אמות מידה, לפיהן מתן שירותי שיקום ב"איכות סבירה" מחייב קיומן של תתי-

התמחויות בבתי החולים, למכבי לא תהיה כל דרך אופרטיבית להבטיח עמידה בהן. הנחיה שכזו יכולה להיות מופנית למעשה רק לבתי החולים עצמם.

21. בסעיף 138 לעתירה טוענים העותרים כי, "ניתן לקבוע כי קופות שלא יעמדו באמות המידה בתוך תקופת התארגנות סבירה, יידרשו להשיב למבוטח את עלות רכישת השירותים באופן פרטי". גם סעד זה לא יועיל להגשמת מטרת העותרים. הבעיה נעוצה, לטענת העותרים, בחוסר בתשתיות בריאות באזורי הפריפריה, ולא בקיומן של תשתיות בריאות באזורי הפריפריה שעומדות ריקות, מכיוון שאף קופת חולים אינה מתקשרת עם המוסדות המפעילים אותן. רק אם הבעיה הקיימת הייתה מהסוג השני, היה טעם לדון בהצעתם של העותרים.

22. הנה כי כן, קביעת אמות מידה ל"זמן, מרחק ואיכות סבירים" במתן שירותי שיקום אינה יכולה להביא להגדלת היצע שירותי השיקום, ועל כן אין בה כדי להועיל לעותרים ולהביא לצמצום הפערים בין תושבי המרכז לתושבי צפון ודרום הארץ. ככל שנדרשות אמות מידה לחלוקה צודקת של משאבים, הרי שמדובר באמות מידה שינחו את משרדי הממשלה באשר לחלוקת תקציבים נוספים אשר ישמשו להגדלת היצע שירותי השיקום. לפיכך, מכבי מתנגדת למתן הסעד המבוקש.

ב(3). לטענה כי בהעדר אמות מידה אין יכולת לאכוף את החוק ולבקר את הרשות

23. לאור האמור, אין ממש גם בטענה השלישית של העותרים, לפיה העדר אמות מידה באשר לזמן, מרחק ואיכות סבירים ביחס לשירותי שיקום רפואי מביא ל"העדר יכולת לאכוף את החוק ולבקר את הרשות" (כותרת סעיפים 136-138 לעתירה). כאמור, מכבי עושה כל שאלל ידה על מנת לספק את שירותי הבריאות שבאחריותה מכוח חוק הבריאות, בצורה הטובה ביותר במסגרת מקורות המימון העומדים לרשותה – ובכך מקיימת את חוק הבריאות ככתבו וכלשונו. העותרים אינם טוענים, למשל, שמכבי החליטה להתקשר עם יותר מדי בתי חולים שיקומיים המצויים במרכז ועם מעט מדי בתי חולים שיקומיים בפריפריה. העותרים אינם טוענים כי ישנה בעיה של "אכיפה" ביחס לקופות החולים או שנדרשת "ביקורת" ביחס לפעילותן במסגרת היצע השירותים הקיים. לפיכך, קביעת אמות המידה המבוקשות אינה יכולה להביא לשינוי לו מייחלים העותרים.

ב(4). לטענה כי הימנעות שר הבריאות מלקבוע אמות מידה היא בלתי סבירה באופן קיצוני

24. טענת הרביעית של העותרים היא כי החלטת שר הבריאות "להימנע מלקבוע אמות מידה היא ... בלתי סבירה באופן קיצוני", וכי בכך שלא קבע אמות מידה, שר הבריאות "לא נתן משקל מספק לשיקולים כבדי משקל, ובהם הפגיעה בזכויות התושבים בפריפריה, ההפליה החמורה ואי השוויון שנוצרו כתוצאה מהעדר אמות מידה ... וחוסר הקצאה צודקת במשאבי הבריאות" (סעיפים 139 ו-142 לעתירה). יש לדחות טענה זו:

24.1 ראשית, כפי שהוסבר בפרק ב(2)(2) לעיל, קביעת אמות מידה באשר לזמן, מרחק ואיכות סבירים ביחס לשירותי שיקום רפואי אינה יכולה להביא להגשמת המטרות אליהן מייחלים העותרים, ולכן ממילא אין באי-קביעת אמות מידה אלה משום חוסר סבירות קיצוני.

24.2 שנית, כפי שצוין בסעיף 18.1 לעיל, הצורך בשיפור מערכי הרפואה בפריפריה נידון בהקשרים שונים, ולא רק בהקשר לשירותי השיקום הרפואי. בשים לב לכך שקביעת אמות מידה למתן שירותים בתחום רפואי מסוים כרוכה בהקצאת משאבים, ובהינתן קיומם של משאבים מוגבלים, ברי כי בטרם קביעת אמות המידה בתחום רפואי מסוים, יש לבדוק תחילה האם אין **הצדקה גדולה יותר** לקביעת אמות מידה (ולקצאת המשאבים הנדרשים) לטובת **תחום רפואי אחר**. העותרים לא הראו מדוע קביעת אמות מידה בעניין מתן שירותי שיקום מוצדקת יותר מקביעת אמות מידה בתחומים רפואיים אחרים שנמצאים במחסור בפריפריה. ברי כי אין לקבוע אמות מידה (ולקצות את המשאבים הנדרשים) רק ביחס לאותם השירותים שלגביהם מוגשות עתירות לבית משפט נכבד זה.

24.3 שלישית, כפי שנראה ב**פרק ג'** להלן, השאלה אם מתקיימת הפליה הינה שאלה מורכבת הכרוכה בשיקולים רבים מתחומים שונים. היא אינה מתבטאת, למשל, רק בבחינה מספרית של כמות מיטות השיקום שנמצאות באזור מסוים בהשוואה לכמות באזור אחר. לאור זאת, גם הטיפול בהפליה, ככל שישנה, הינו מורכב, ואין לבעיית ההפליה רק פתרון סביר אחד – קביעת אמות מידה. מדובר בהחלטה הכרוכה בשיקולי מדיניות מובהקים של הרשות המבצעת.

ג. העובדה שהיצע שירותי השיקום במרכז הארץ גדול מהיצע השירותים בצפון ובדרום

הארץ אינה מעידה בהכרח על קיומה של הפליה

25. העותרים טוענים, כי "הנתונים בעתירה זו מצביעים על הפליה ברורה בין זמינות ואיכות שירותי השיקום, הכוללים בסל הבריאות, של מטופלים מהגליל ומהנגב ביחס למטופלים במרכז הארץ" (סעיף 2 לעתירה). לטענתם, "שירותי השיקום ניתנים באופן לא שוויוני ומפלה בין מבוטחים על פי מקום מגוריהם. מקום המקורים אינו מהווה שוני רלוונטי לקבלת שירותי בריאות שבסל" (סעיפים 108-109 לעתירה). לתמיכה בטענת ההפליה, מצביעים העותרים על נתונים המלמדים על פערים בין היצע שירותי השיקום הניתנים במרכז לעומת אלה הניתנים בצפון ובדרום הארץ. במרכז נתונים אלה עומדים נתוני משרד הבריאות (נספח "5/ע" לעתירה), לפיהם ממוצע פיזור מיטות השיקום באשפוז בצפון ובדרום הארץ עומד על 0.05 מיטות ל-1,000 נפש – כמחצית מהממוצע הארצי (0.11 מיטות ל-1,000 נפש) (סעיפים 37-39 לעתירה).

26. אין מחלוקת כי קיימים פערים בין היצע שירותי השיקום הניתנים במרכז לעומת אלה הניתנים בצפון ובדרום הארץ. גם אין מחלוקת כי שירותי הבריאות הניתנים בפריפריה, כבכל הארץ, צריכים להינתן באיכות סבירה. עם זאת, כפי שנסביר בפרק זה, בניגוד לנטען, קיומו של פער בהיצע שירותי השיקום במרכז לעומת צפון ודרום הארץ אינו מעיד בהכרח על הפליה. זאת במיוחד בכל הנוגע **למבוטחי מכבי**, אשר ביחס אליהם הנתונים המוזכרים בעתירה אינם משקפים נאמנה את מצב הדברים.

27. נבהיר, כי האמור בפרק זה לא נועד לשכנע כי יש לדאוג להוספת היצע של שירותי שיקום רק באזורים צפוני אוכלוסין, אלא אך להדגיש כי בהחלט קיימים שיקולים ענייניים שבגינם מוצדק שהיצע השירותים באזורים צפופים יותר (ובכלל זה במרכז הארץ) יהיה גדול יותר – **במידה מסוימת** – מהיצע השירותים באזורים צפופים פחות. בהתאם, מכבי בהחלט אינה מתנגדת לכך שיותר משאבים יוקצו לפריפריה, ככל הנדרש, באופן שיביא לקיומו של שוויון מהותי.

ג(1). שיקולים ענייניים תומכים בקיום היצע שירותים רפואיים רחב יותר באזורים

המאכלסים בצפיפות

28. הלכה היא, כי מקום בו נעשית הבחנה בין אנשים או קבוצות שונות באוכלוסייה, בלי שקיימים טעמים ענייניים המצדיקים זאת, הרי שמדובר בהפליה אסורה. אולם, מקום בו ההבחנה נעשית על רקע קיומו של **שוני רלוונטי** ומהותי לעניין, הרי שאין מדובר בהפליה אסורה, אלא **בהבחנה מותרת** (ראו, למשל, רע"א 8821/09 פרוז'אנסקי נ' חברת לילה טוב הפקות בע"מ, סעיף 30 לפסק דינו של השופט דנציגר (פורסם בנבו, 16.11.2011)).

29. בענייננו, קיימים **שיקולים ענייניים** שתומכים בקיום היצע שירותים רפואיים רחב יותר באזורים המאכלסים בצפיפות בהשוואה לאזורים צפופים פחות (תחת הנחת קיומם של משאבים מוגבלים). כל שקל שמושקע במתן שירותי בריאות באזור צפוף אוכלוסין נותן **יותר** בריאות מאשר שקל שמושקע לצורך כך באזור דליל אוכלוסין.

29.1 כך, למשל, עלות עמידה בסטנדרט של "מרחק מקסימלי" מסוים לאספקת שירותי שיקום זולה יותר באזורים צפופי אוכלוסין. לדוגמא: נניח שמספר התושבים המתגוררים בעיר באר-שבע לבדה זהה למספר התושבים המתגוררים בשטח שבין באר-שבע לאילת. מובן, כי על מנת לעמוד בסטנדרט של "מרחק מקסימלי" מסוים שיחול לגבי כל תושבי באר-שבע, נדרשת הקמת **כמות קטנה יותר** של מוסדות רפואיים לעומת זו שהייתה נדרשת על מנת לעמוד בסטנדרט זהה עבור התושבים המתגוררים בין באר-שבע לאילת, אף שמדובר **בכמות זהה של תושבים**. כלומר: עלות העמידה בסטנדרט של "מרחק מקסימלי" מסוים לאספקת שירותי שיקום באזור מיושב פחות הינה **גבוהה** מאשר העלות המקבילה באזור צפוף אוכלוסין.

29.2 התשומות הנדרשות לשם הגדלת היצע השירותים הרפואיים במרכז קטנות יותר בהשוואה לתשומות הנדרשות באזורי הפריפריה. כך, באזורי הפריפריה ישנם פחות מועמדים למילוי תפקידי רפואה בתחום השיקום בהשוואה לאזור המרכז, ועל כן נדרש תמריץ גדול יותר למשיכת מועמדים פוטנציאלים שישכימו להעתיק את מקום מגוריהם לאזורי הפריפריה.

30. עולה מהאמור, שההשוואה שעורכים העותרים בין הנתון של 0.05 מיטות ל-1,000 נפש בצפון ובדרום הארץ לעומת הממוצע הארצי של 0.11 מיטות ל-1,000 נפש אינה מוכיחה בהכרח קיומה של הפליה. אדרבה, אילו המדינה הייתה מביאה לכך שהיצע המיטות לנפש ביישוב חצבה שבערבה היה שווה להיצע המיטות לנפש בעיר תל-אביב, כי אז היה מדובר **בהפליה**. מצב דברים שכזה היה מביא לכך שהמדינה הייתה משקיעה בתושב חצבה **פי כמה וכמה יותר** מאשר בתושב תל-אביב. אי אפשר לדבר על היצע המיטות במנותק מההשקעה הנדרשת להקמתן.

31. אכן, העדר שוויון מספרי בהיצע המיטות לנפש בצפון ובדרום הארץ, ביחס לזה שבמרכז, אינו מעיד בהכרח על הפליה, מאחר שקיים **שוני רלוונטי** שעשוי להצדיק פער שכזה. כאשר המדינה מחליטה על פריסה גיאוגרפית של שירות כלשהו, ברור שהיא חייבת לשקלל גם את עלותו, חשיבותו ומידת הביקוש אליו – למעשה, זוהי חובתה (ראו למשל סעיף 29ב(3) לחוק הבריאות, הקובע כי שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, רשאי לקבוע "כללים ותנאים להקמת תשתיות למתן שירותי בריאות לפי חוק זה ... לעניין כללים לפי פסקה זו רשאי השר להתחשב בין היתר, גם בגודל האוכלוסייה

בישוב ובהרכבה, במספר המרפאות הפועלות בו, ובהשפעה העשויה להיות לתוספת התשתיות על היקף ההוצאה הציבורית לבריאות).

32. אשר על כן, מכבי מתנגדת למתן הסעד השני שמבוקש בעתירה ("להשוות את זמינותם ואיכותם של שירותי השיקום הרפואי בצפון ובדרום הארץ, לזמינותם ואיכותם של שירותים אלה במרכז הארץ"), מאחר שהוא מכון, ככל הנראה, לקיומו של שוויון פורמאלי ולא לקיומו של שוויון מהותי.

ג(2). הנתונים שמובאים בעתירה אינם משקפים נאמנה את המצב באשר למבטחי מכבי

33. הנתונים המובאים בעתירה אינם משקפים נאמנה את הפערים בהיצע שירותי השיקום במרכז הארץ לעומת אזורי הפריפריה בכל הנוגע למבטחי מכבי:

34. ראשית, שיעור מבטחי מכבי המתגוררים בצפון הארץ ובדרומה נמוך משמעותית משיעורם של מבטחי מכבי מתוך סך המבטחים במדינה. בהתאם לנתוני ביטוח לאומי לסוף שנת 2015 [ט],³ שיעורם של מבטחי מכבי מתוך סך המבטחים במדינה הינו 25.2%, בעוד ששיעור מבטחי מכבי במחוז מרכז ובמחוז תל אביב גבוה משמעותית: 30.9% ו-46.8% בהתאמה. לעומת זאת, שיעור מבטחי מכבי במחוזות האחרים נמוך מהמוצע הארצי. כך, למשל, בצפון הוא עומד על שיעור של 12.5% בלבד ובדרום על שיעור של 21.8%.⁴

34.1 אכן, מרבית מבטחיה של מכבי מתגוררים במרכז הארץ. בהתאם, הנתון המרכזי שאותו הציגו העותרים כהוכחה להעדר השוויון – ממוצע פיזור מיטות השיקום ל-1,000 איש – אינו רלוונטי ואינו משקף נאמנה את "מצב אי-השוויון" ביחס למבטחי מכבי. בחינת נתוני משרד הבריאות בדבר היצע מיטות האשפוז באזורים השונים,⁵ למול כמות מבטחי מכבי המתגוררים באותם אזורים, מצביעה על נתונים שונים לגמרי:

מחוז	מספר חברי מכבי	מספר מיטות לפי נתוני משרד הבריאות	שיעור מיטות ל-1,000 נפש
ירושלים	108,138	98	0.91
הצפון	172,753	60	0.35
חיפה	225,985	83	0.37
המרכז	620,326	293	0.47
תל אביב	627,332	267	0.43
הדרום	262,986	52	0.20
איו"ש	77,681		
כתובת לא ידועה	1,829		
סה"כ	2,099,544	853	0.41

³ יודגש, כי בנתוני משרד הבריאות שצורפו כנספת "ע/5" לעתירה לא מפורט כיצד חולקו האזורים, ולא ברור אילו ישובים נכללים תחת כל אזור (במכתב משרד הבריאות מיום 31.8.2015 שצורף כנספת "ע/5" לעתירה מצוין באופן כללי "תל אביב", "חיפה", "ירושלים", "צפון" ו"דרום"). לפיכך, יתכן כי חלוקת האזורים של המוסד לביטוח לאומי, עליה ביססה מכבי את תשוביה, אינם תואמים לחלוקת האזורים שעליה מבוססים נתוני משרד הבריאות.

⁴ נתונים אלה אינם כוללים את מבטחי מכבי שבהתאם לנתוני המוסד לביטוח לאומי כתובתם אינה ידועה.

⁵ ראו הי"ש 3 לעיל. הנתונים בטבלה באשר למספר מיטות השיקום לקוחים מתוך נתוני משרד הבריאות שצורפו כנספת "ע/5" לעתירה ולפי חלוקת האזורים של המוסד לביטוח לאומי.

מהטבלה עולה, למשל, כי שיעור מיטות השיקום באשפוז העומדות לרשות מבוטחי מכבי בצפון הארץ עומד על כ-82% משיעור המיטות העומדות לרשות מבוטחי מכבי במחוז תל-אביב. אלו נתונים **שוניים מאוד** מהנתונים הכלל-ארציים המובאים על-ידי העותרים בעתירתם.

34.2 הנת כי כן, הנתונים שהובאו בעתירה אינם משקפים נאמנה את מידת זמינותן של מיטות השיקום עבור **מבוטחי מכבי** המתגוררים בצפון ובדרום הארץ, בשים לב לפיזורם הגאוגרפי של המבוטחים.

35. שנית, מכבי מספקת למבוטחיה שירותים **נוספים** על אלה שמוזכרים בעתירה, תוך שהיא מתקשרת לצורך כך עם ספקים חיצוניים, על מנת לספק שירותי בריאות במסגרת תשתיות הבריאות הקיימות:

35.1 כך, למשל, מכבי התקשרה עם חברת "צבר רפואה" המציעה שירותי אשפוז ביתיים. ל"צבר רפואה" מערך של אנשי צוות ממגוון מקצועות הרפואה, הסיעוד והשירות הסוציאלי. עם קליטת מטופל חדש לאחת ממחלקות האשפוז בבית, מצוות לאותו מטופל צוות מטפלים קבוע אשר מלווה אותו ואת בני משפחתו לאורך כל תהליך הטיפול הביתי, כתחליף לאשפוז באמצעות החברה, מכבי יכולה לספק שירותי שיקום בכל הארץ – בקרית-שמונה, ברמת הגולן, ביישובי יהודה והשומרון, במזרח ירושלים ובאילת. הדבר מהווה תחליף לאשפוז שיקומי לחולים נוירולוגים ואורתופדיים שמצבם הסוציאלי והפיזי מאפשר להם שהות בבית. ואכן, מאז שמכבי הפעילה את השירות, ההמתנה לשירותי שיקום באזור הצפון התקצרה משמעותית. בדומה, מכבי התקשרה עם חברת "שיקום נגיש" המעניקה טיפול רפואי שיקומי המעודד חזרה לתפקוד עצמאי ולשיפור איכות חייו של המטופל לאחר ניתוח, פציעה או מחלה. השיקום ניתן בביתו של המטופל כדי לקצר או להימנע מאשפוז במוסד. באופן זה נשמרים היתרונות שברכיז הצוות הרב-מקצועי תחת קורת גג אחת כפי שקיים באשפוז עם היתרונות השיקומיים שיש למטופל, כאשר תהליך השיקום מתבצע בסביבתו הטבעית, בביתו.

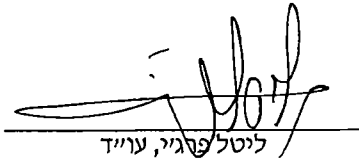
שירותים אלה **לא נלקחו בחשבון** בחישוב היצע מיטות השיקום באזור הצפון והדרום, אף שהם מהווים **חלופות מלאות לאשפוז**.

35.2 דוגמה נוספת נוגעת לטענת העותרים בסעיף 44 לעתירה, לפיה "אין בריכה שיקומית באף אחד מבתי החולים בצפון". בריכות הידרותרפיה דווקא קיימות בבתי החולים בני ציון ורמב"ם בחיפה. אולם מעבר לכך, לאור המחסור בבריכות שיקומיות באזור הצפון, מכבי התקשרה לטובת מבוטחיה עם מספר לא מבוטל של ספקים המציעים למבוטחי מכבי שימוש בבריכות הידרותרפיה שהם מפעילים (למשל: בריכת ליאו-בק בחיפה, חמי טבריה בטבריה, יד ביד בכפר ורדים, בריכת יערה בכרמיאל, מרכז הידרותרפי במועצה אזורית מבואות החרמון, מרכז סב-יום במועצה אזורית עמק יזרעאל, בריכת יערה במושב עמוקה, בריכת בית איל בקיבוץ אשדות יעקב מאוחד ובריכת נגיעות במים בקריית טבעון).

ד. סוף דבר

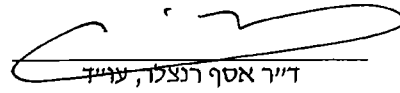
36. לאור האמור בתגובה זו, מתבקש בית המשפט הנכבד לדחות את העתירה.
37. טרם סיום נעיר, כי יש למחוק את תצהירה של עו"ד רעות כהן, באת-כוח העותרים, אשר אינו נכנס בגדר החריגים הקבועים בכלל 36 לכללי לשכת עורכי הדין (אתיקה מקצועית), תשמ"ו-1986 (כן ראו ע"א 8880/13 וינשל נ' מדינת ישראל, סעיף 5 (פורסם בנבו, 21.12.2014)) אין גם ספק, כי מחד – העובדות עליהן מעידה עו"ד כהן בתצהירה אינן מצויות אך ורק בידיעתה המיוחדת; ומנגד – היא איננה עורכת-הדין היחידה שיכולה לייצג את העותרים. בנסיבות אלו מן הראוי לקבוע, כי חלק ניכר מן הטענות העובדתיות הכלולות בעתירה אינן נתמכות בתצהיר כדין.

38. התגובה נתמכת בתצהירו של מר ציון אוליאל, ראש חטיבת תפעול ובתי חולים במכבי.



ליטל פרגי, עו"ד

ש. הורוביץ ושות'
באי-כוח מכבי



ד"ר אסף רנצלו, עו"ד

תל-אביב, היום 29 בחודש ינואר שנת 2017