

המבקשת

בעניין: ההסתדרות הרפואית בישראל  
באמצעות עוה"ד צביקה מצקין ו/או  
אלרן שפירא בר-אור ו/או מיכאל פטרמן  
ממשרד שפירא בר-אור מצקין ושות', עורכי דין  
מרחוב תובל 11 רמת-גן 5252226  
טל': 03-5513013 פקס: 03-6776272

ובעניין:

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  
באמצעות עו"ד גיל גן-מור ו/או אחי  
מהאגודה לזכויות האזרח בישראל  
מרחוב נחלת בנימין 75, תל אביב 65154  
טל': 03-5608185; פקס: 03-5608165

העותרים

- נ ג ד -

1. שר הבריאות  
באמצעות פרקליטות המדינה, מחלקת בג"צים  
מרחוב צלאח א-דין 29 ירושלים  
טל': 02-6466701; פקס: 02-6467011
2. שירותי בריאות כללית  
באמצעות משרד ויסגלס אלמגור ושות', עורכי דין  
מרחוב לילנבלום 44, תל אביב 61024  
טל': 03-5604731; פקס: 03-5601140
3. מכבי שירותי בריאות  
באמצעות משרד ש. הורוביץ ושות', עורכי דין  
מרחוב אחד העם 31, תל אביב 6520204  
טל': 03-5670700; פקס: 03-5660974
4. קופת חולים לאומית  
באמצעות משרד נשיץ ברנדס אמיר ושות', עורכי דין  
מרחוב תובל 5, תל אביב 67897  
טל': 03-6235000; פקס: 03-6235005
5. קופת חולים מאוחדת  
באמצעות עוה"ד מומי דהן ו/או עדי גרינברג פרץ  
מרחוב החילוון 5, רמת גן 5252269  
טל': 03-5618618; פקס: 03-5628050

המשיבים

בקשה להצטרף כ'ידיד בית המשפט'

בית המשפט הנכבד מתבקש להתיר למבקשת, ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן: "הר"י" או "המבקשת") להצטרף לעתירה שבכותרת (להלן: "העתירה") כ"ידיד בית המשפט" (*amicus curiae*), ולהציג לפני בית המשפט הנכבד את עמדתה במספר סוגיות עקרוניות הנדונות לפניו בעתירה הנוכחית, וזאת מהטעמים המפורטים להלן.

## **א. מבוא**

1. המבקשת, ההסתדרות הרפואית בישראל, היא ארגון עובדים המייצג את כלל רופאי ישראל. המבקשת, חרתה על דגלה, בין היתר, את קידום נגישות הציבור והשוויון שבמתן שירותים רפואיים.
2. בשים לב למטרות אלה, אין באפשרותה של המבקשת לעצום עין לנגד העוולה המתמשכת שעניינה בחלוקה בלתי שוויונית בעליל של משאבי הרפואה השיקומית בישראל. על כן, המבקשת מעוניינת להצטרף לעתירה כ"ידיד בית משפט" ולתמוך בעמדת העותרים.
3. מתגובות המשיבים דומה שהם אינם חולקים, כי מצב הרפואה השיקומית באזורי הפריפריה הוא בכי רע. אף דומה שאין חולק, כי מתקיימים פערים משמעותיים ביותר בין שירותי הרפואה השיקומית המסופקים לתושבי המרכז לבין אלה להם "זוכים" תושבי הפריפריה, וכי האחרונים סובלים מאפליה מתמשכת וארוכת שנים בכל הנוגע לשירותים חיוניים ויסודיים אלה.
4. ואולם, למרות פניות חוזרות ונשנות שעמדו על ההכרח לקבוע קריטריונים ברורים למרחק סביר בין מקום מגוריו של מטופל למקום הטיפול השיקומי, על מנת למגר את האפליה, המשיב 1 אינו מוכן להתחייב לפעול לשם כך. תחת זאת פועל המשיב 1 להקמת ועדה "לצורך מיפוי השירות הקיים ובחינת המלצות וכיווני עשייה להמשך" (סעיף 16 להודעת העדכון מטעם המשיב 1).
5. וכך, בעוד המשיב 1 מקים ועדה, וזו מתכנסת ובוחנת "כיווני עשייה להמשך", מיטלטלים להם מדי יום ביומו מאות מטופלים, חלקם במצב גופני ירוד ביותר, מקצוות הארץ למרכזה, וזאת על מנת לקבל שירות בסיסי וחיוני. חלקם אף מתייאשים ומוותרים כליל, או באופן חלקי, על קבלת טיפולי שיקום. לכך השפעה ברורה וישירה על בריאותם וחייהם של תושבים אלה, ולזאת לא ניתן להיוותר אדישים.
6. המבקשת סבורה, כי החלטה בדבר קביעתם של קריטריונים ברורים וחד-משמעיים כאמור אינה דורשת הקמת ועדה כלשהי, והיא החלטה מחויבת הדין.
7. במילים אחרות, ייתכן שיהיה מקום לגיבוש צוות מומחים שיקבע את הקריטריונים עצמם, ובכלל זאת את המרחק המקסימאלי המדויק בין מקום מגורים לבין מקום המעניק טיפול שיקומי. ואולם, עצם ההחלטה בדבר הצורך לקבוע את קריטריונים אלה היא החלטה שאין כל צורך בוועדת מומחים לשם גיבושה. מדובר בהחלטה המתחייבת לצורך הגשמת עקרון השוויון ולשם הגשמת זכות היסוד לחיים ולבריאות של העותרים, ושל כלל תושבי ואזרחי הפריפריה.

8. על ועדות מסוג זה שהקימה המדינה לצורכי הליך זה נכתב בסאטירה "על המסים"<sup>1</sup>. במקרה זה, פרי יצירתו של ש"י עגנון, מסופר על כך שהמדינה נקלעה למצב כלכלי קשה ואף לא היה ביכולתה לשלם את שכרם של פקידיה. בעקבות כך, מספר עגנון:

"נכנסו גדולי המדינה עם נבחרים העם לישיבה דחופה לבית שפתותיים, הוא בית המורשים, שכל שאלות המדינה נחתכות שם. ישבו ודנו היאך להציל את המדינה ובאו לידי מסקנה שצריכים לעשות דבר. ולא סתם דבר, אלא דבר של ממש. לא זזו משם עד שהסכימה דעת הרוב להרכיב ועדה של מומחים שיבדקו את המצב. הרכיבו את הוועדה ממיטב הכלכלנים שבמדינה והם צירפו להם ממיטב הסטטיסטיקונים. החרינו בית אחד לשם הוועדה. באה וקבעה את ישיבתה ובדקה את הדברים לכל פרטי פרטיהם. לא היו ימים מרובים עד שהביאה תוצאות חקירותיה, שחייבת היא המדינה לפקידים שכר חודש, והגישה חשבון שכר עבודתה וחשבון כל הוצאות הוועדה."

9. ומה נעשה בעקבות כך בסיפורו של עגנון? מסרה הממשלה את מסקנותיה של ועדה זו לשתי ועדות נוספות, ועדה של עורכי דין וועדה של סותרים. הגיעו גם ועדות אלה למסקנה דומה לזו של קודמתן. לא ידעו גדולי המדינה מה לעשות, שהרי כסף אין, ועל כן מינתה הממשלה ועדה נוספת, וכפי שמתאר עגנון "מאחר שהשכל הפועל פועל אצל כל אדם בשווה, העלתה אותה הוועדה מה שהעלו הוועדות הראשונות". וכך חוזר חלילה.

10. אף בענייננו, אין צורך בוועדה ובעוד ועדה כדי לומר את המובן מאליו – על מנת להגשים את עקרונות השוויון ולהגן על בריאותם וחייהם של תושבי הפריפריה חובה על המדינה לקבוע אמות מידה ברורות וכללים להספקת שירותי שיקום רפואי.

11. אשר על כן, ונוכח כל המפורט להלן, יתבקש בית המשפט הנכבד לשמוע את עמדת המבקשת כ"ידיד בית משפט", ובהתאם ליתן צו כמבוקש בעתירה.

12. ועתה נפנה לפירוט הדברים כסדרם.

## **ב. על המבקשת**

13. הר"י הוקמה בשנת 1912, ומשמשת כארגון העובדים היציג היחיד של רופאי ישראל.

14. למן הקמתה חרתה הר"י על דגלה לדאוג לציבור הרופאים, לרפואת הציבור ולמערכת הבריאות, מתוך התפיסה כי טיפוחם המשולב של גורמים אלה יאפשר רפואה ציבורית, למען כל אזרחי ותושבי ישראל.

15. אחת ממטרותיה העיקריות של הר"י היא הגנה וקידום בריאות הציבור בישראל, ובכלל זאת פועלת הר"י לקידום רפואה איכותית בישראל, חיזוק מערכת הבריאות הציבורית, קידום מעמד הרופאים ושמירה על זכויותיהם ועל זכויות המטופלים.

<sup>1</sup> ש"י עגנון "על המסים" בתוך סמוך ונראה 274-287 (הוצאת שוקן, 1964) (נדפס מחדש 1998).

16. הר"י פועלת לקידום מטרותיה באופן מקצועי, עצמאי ובלתי תלוי. כך, בהתאם לחזונה ולתקנוניה, שוקדת הר"י, באמצעות מוסדותיה השונים, על שמירה וקידום רמת הרפואה, ונטולת חלק בבירור, ליבון והתוויית הדרך בכל הסוגיות הנוגעות לרפואה בישראל. כחלק בלתי נפרד מכך פועלת הר"י גם במישור המשפטי, בין כעותרת ציבורית בשלל נושאים הקשורים בזכויות חולים ומטופלים, מעמד הרופא ובריאות הציבור ובין בהצטרפות כ"ידיד בית משפט" להליכים משפטיים המעלים סוגיות בעלות השלכות רחב על בריאות הציבור בכלל ומערכת הרפואה בישראל בפרט.

17. כמו כן, הר"י עוסקת בפעילות ציבורית ענפה לשיפור מערכת הבריאות, דוגמת המאבקים להגדלת סל התרופות, למלחמה בעישון, לרפואה נגישה ושוויונית, להגנה על בריאות הציבור ומאבקים נוספים למען זכויות החולה ולמניעת פגיעה בבריאותם של תושביה ואזרחיה של המדינה. פועלה זה של הר"י, במשך שנים רבות, הקנה לה מעמד מיוחד כבת-סמכא בכל הנוגע לסוגיות שברפואה והתוויית מדיניות בריאותית ורפואית כאחת.

18. בהתאם, מוסדותיה הממלכתיים של המדינה הכירו באיכותה, מקצועיותה ומחויבותה של הר"י לקידום מערכת הבריאות ובריאות הציבור בישראל, ומתוקף כך הוטלו עליה משימות לאומיות, כגון אחריות מלאה לתהליכי התמחות הרופאים, מעורבות בגיבוש דוחות מבקר המדינה וכדומה. כמו כן, נציגי הר"י מוזמנים תדיר להביע עמדה בכנסת, במשרדי הממשלה, בוועדות חקירה ובדיקה ממלכתיות ובמסגרות ציבוריות אחרות.

19. בנוסף, הר"י פעילה במישור ההסברתי והחינוכי, ובכלל זאת נוקטת מסעות הסברה להגברת מודעות הציבור ומקבלי החלטות לסיכונים בריאותיים, וזאת בין לבדה ובין בשיתוף עם גופים ציבוריים שונים, כגון ארגוני חולים, קופות חולים, הכנסת, מוסדות הממשלה ועוד. כן מפרסמת הר"י ניירות עמדה בנושאים העומדים על סדר היום, שעניינם מקצוע הרפואה, הרופאים ובריאות הציבור.

20. בקשה זו עוסקת באחד מתחומי עיסוקה המרכזיים של הר"י – הגנה על זכויות מטופלים וקידום השוויון והנגישות לשירותים רפואיים. זאת, בהתאם לתקנונה של הר"י לפיו אחת ממטרותיה המוצהרות והמרכזיות היא לפעול "להבטחת זכויות הציבור בכל הקשור לטיפול הרפואי, לקידום החינוך וההסברה הרפואיים ולשמירת זכויות המטופלים" (סעיף 6.12 לתקנון הר"י).<sup>2</sup>

### **ג. צירוף ידיד בית משפט: המסגרת הנורמטיבית**

21. המוסד המשפטי המכונה "ידיד בית המשפט" הוא מודרני יחסית בדין הישראלי וזכה לראשונה להכרה בהחלטתו של בית משפט נכבד זה במ"ח 7929/96 קוזלי נ' מדינת ישראל, פ"ד נג(1) 529 (1999) (להלן: "עניין קוזלי"). בהחלטה זו הכיר הנשיא (כתוארו אז) א' ברק בחשיבות צירופו של "ידיד בית משפט", גורם אשר מתוקף תפקידו או עיסוקו הוא בעל תרומה פוטנציאלית לבירור סוגיות עקרוניות המתעוררות בהליך נדון, החורגות מעניינם הפרטי של הצדדים הישירים להליך.

<sup>2</sup> ניתן לצפות בתקנון הר"י בכתובת: [www.ima.org.il/mainsitenew/viewcategory.aspx?categoryid=3444](http://www.ima.org.il/mainsitenew/viewcategory.aspx?categoryid=3444)

22. וכלשון כבוד הנשיא ברק :

"עיקרו [של מוסד ידיד בית משפט - הח"מ] הוא סיוע לבית המשפט בסוגיה כלשהי, על ידי מי שאינו צד ישיר לסכסוך הנדון ... שהוא מייצג - מתוקף תפקידו או עיסוקו - אינטרס או מומחיות שמן הראוי שישמעו בפני בית המשפט בסכסוך ספציפי. כך, באותם המקרים שבהם קיים גורם שלישי - שאינו מעורב בסכסוך עצמו - ניתן יהיה לצרפו כ"ידיד בית-המשפט", אם יהא בנוכחותו בהליך כדי לתרום לגיבושה של ההלכה בעניין מסוים, זאת על יסוד הצגת מלוא העמדות הרלוונטיות בעניין הנדון ותוך מתן ייצוג ופתחון פה ודעת לגופים מייצגים ומקצועיים" (שם, בעמ' 553).

23. מדברים אלה עולה, כי אחד העקרונות המרכזיים המנחים בבחינת התאמתו של גוף או אדם לשמש "ידיד בית משפט" הוא שמקצועיותו והידע שלו יעניקו ייצוג הולם וביטוי להיבטים העקרוניים הנדונים במסגרת ההליך מושא הבקשה להצטרפות. דברים ברוח זו עולים היטב מהחלטת כבוד הנשיא ברק בעניין קוזלי, שצ"ן :

"אכן, בטרם תינתן לגוף או לאדם הזכות להביע עמדתו בהליך שבו אין הוא צד מקורי, יש לבחון את תרומתה הפוטנציאלית של העמדה המוצעת. יש לבחון את מהות הגוף המבקש להצטרף. יש לבדוק את מומחיותו, את ניסיונו ואת הייצוג שהוא מעניק לאינטרס שבשמו מבקש הוא להצטרף להליך" (שם, בעמ' 555).

24. דברים ברוח דומה הובעו על ידי כבוד השופט ת' אור בבג"ץ 769/02 הוועד הציבורי נגד עינויים בישראל נ' ממשלת ישראל, פ"ד נז(6) 285 (2003), בציינו כי :

"בבוא בית-המשפט לשקול אם לצרף את הגוף הפונה אליו כידיד בית-המשפט יש לבחון כמה שיקולים. עם שיקולים אלה ניתן למנות את שיקול התרומה שיש בצירוף המבקש לתמונה המשפטית והעובדתית הפרוסה בפני בית-המשפט. עוד יש לבחון את מהות הגוף המבקש להצטרף, את מומחיותו ואת תרומתו הפוטנציאלית לדיון."

25. מאז נפסקה הילכת קוזלי והוכר המוסד של "ידיד בית המשפט" בדין הישראלי, שמע בית משפט נכבד זה, בהליכים בעלי חשיבות ציבורית, את עמדתם של מספר איגודים מקצועיים, ארגונים חברתיים וגורמים יציגים אחרים הממלאים תפקידים ציבוריים בזיקה להליך מושא בקשת ההצטרפות (ראו, למשל, ע"פ 4865/09 עו"ד פלדמן נ' בית משפט המחוזי תל אביב (9.7.2009); בג"ץ 1119/01 זריצקייה נ' משרד הפנים (15.4.2001); בג"ץ 2531/05 החלמה ונופש נ' מדינת ישראל (29.9.2005); בג"ץ 2056/04 מועצת הכפר נ' מדינת ישראל (30.6.2004); בג"ץ 8665/14 טשומה נגה דסטה נ' הכנסת (11.8.2015); בג"ץ 8425/13 איתן מדיניות הגירה ישראלית נ' ממשלת ישראל (22.9.2014); ועוד).

26. יוער כי על אף הגישה הליבראלית שמציג בית משפט נכבד זה בדבר אפשרות צירופו של "ידיד בית המשפט", ועל אף התרומה המשמעותית שהעמידו עמדותיהם של ידידי בית משפט שונים לאורך השנים שלמן החלטה התקדימית בעניין קוזלי, עדיין נותר מוסד זה רחוק ממיצוי.

27. בהקשר זה יפות מסקנות מחקרם האמפירי של ד"ר ישראל (איסי) דורון, מנאל תותרי-ג'ובראן, ד"ר גיא אנוש וטל רגב "עשור לידיד בית המשפט": ניתוח אמפירי של החלטות בתי המשפט" עיוני משפט לד 667 (2011), ולפיהן:

"בהתבסס על הנתונים של העשור הראשון [שלמן ההכרה במוסד ידיד בית המשפט - הח"מ], רבים סיכוייו של ידיד בית-משפט פוטנציאלי שדעתו תישמע בבית-המשפט. כן רבים סיכוייו שהצד שהוא יבקש להצטרף אליו יתמוך בבקשתו, ובסופו של יום, אם בית-המשפט יקבל החלטה פורמלית לאשר לו את ההצטרפות, טובים סיכוייו של הידיד שעמדתו תשתקף, במישרין או בעקיפין, בפסק דינו של בית המשפט. ...

לפחות נכון להיום נדמה כי תחום פעילות זה לא רק רחוק עדיין ממיצוי המרבי, אלא שקיימת נכונות מצד בתי-המשפט לפתוח את דלתותיהם - בין באופן פורמלי ובין באופן לא-פורמלי - לידידי בית המשפט למיניהם" (שם, בעמ' 701).

28. הנה כי כן, הגישה הליבראלית שבה נוקט בית משפט נכבד זה באשר להצטרפותם של "ידידי בית המשפט" היא ראויה ומועילה ותורמת לליבון של סוגיות עקרוניות ולהעשרת השיח המשפטי, ויש להוסיף לטפחה ולהרחיבה.

29. ואכן, נוכח הכרתה של הר"י בחשיבות הרבה של השמעת עמדותיה בנושאים אשר בגדרי מומחיותה גם בין כותלי בתי המשפט, ולאור ההכרה מצד בתי המשפט ומתדיינים פרטיים וציבוריים כאחד במומחיותה של הר"י ותרומתה לדיון בעניינים שבתחום הרפואה והבריאות, פעלה הר"י בשנים האחרונות להציג את עמדתה כ"ידיד בית משפט" בשורה של הליכים עקרוניים. כך, למשל, אישר בית משפט נכבד זה את הצטרפותה כ"ידיד בית המשפט" לערעור במסגרתו נדונה הסוגיה העקרונית של עילת התביעה בגין "הולדה בעוולה" (ע"א 1326/07 המר נ' פרוף' עמית (28.5.2012)). כן שמע בית המשפט הנכבד את עמדתה של הר"י בשאלת זכותם של תובעים בנזיקין להקליט מומחה רפואי הבודק אותם (רע"א 2948/10 גליצנשטיין נ' מדינת ישראל (1.2.2012)). כן אושר צירופה של הר"י, ואף נתקבלה עמדתה המהותית, בבית הדין לעבודה במסגרת הפרשה בדבר מינויה של ד"ר מאיה פורמן-רזניק למנהלת היחידה לרפואה משפטית פתולוגית (סע"ש (אזורי ת"א) 34157-07-14 ד"ר פורמן-רזניק נ' ד"ר קוגל ראש המרכז הלאומי לרפואה משפטית (10.9.2014)).

30. די בפירוט דלעיל אודות מקצועיותה ומומחיותה של הר"י כדי לאפשר לה להביא את עמדתה בסוגיה מושא העתירה דנן, המעוררת שאלות עקרוניות ובעלות חשיבות חברתית בעניין שוויון ונגישות בהספקת שירותים רפואיים חיוניים. כמפורט לעיל, סוגיות אלה מצויות בלב מטרותיה, מומחיותה ועיסוקה היומיומי של הר"י. כמו כן, ראוי להביא בכלל חשבון את עיתוי בקשת ההצטרפות בשלביה המוקדמים של העתירה, באופן שאינו צפוי להכביד על מי מהצדדים ואף עשוי לסייע בידי בית המשפט לייעל את ההליך.

31. אשר על כן, מתבקש בית המשפט הנכבד להורות על צירופה של הר"י כ"ידיד בית המשפט" ולשמוע את עמדתה המפורטת להלן.

32. נפנה, אפוא, לפירוט העובדות הצריכות לבקשה ולאחר מכן לפירוט עמדתה של הר"י במספר סוגיות עקרוניות המתעוררות בעתירה.

#### ד. העובדות הצריכות לבקשה

33. עניינה של העתירה הוא בחוסר שוויון אובייקטיבי בנגישות לשירותי שיקום רפואי בין תושבי הפריפריה הגיאוגרפית לבין תושבי המרכז במדינת ישראל. לטענת העותרים, בנסיבות חוסר שוויון זה חלה על המשיבים חובה לקבוע אמות מידה ברורות, ובפרט אמות מידה ביחס לזמן, מרחק ואיכות במתן שירותי שיקום, שיהיה בהן כדי למגר את האפליה במתן שירותים אלה.

34. המשיבים, כל אחד בדרכו, אינם מתכחשים למצב העובדתי העגום המתואר בעתירה. כך, בהודעת העדכון שהוגשה מטעם המשיב 1, שר הבריאות, מפורטות שורה של החלטות ותוכניות (שברובן המוחלט טרם הוצאו אל הפועל) שעניינן קידום השוויון במתן שירותי שיקום בין הפריפריה למרכז. שר הבריאות אינו מכחיש את המחסור בשירותים השיקום ומציין, בהקשר זה, כי "שירותי שיקום רפואי הם משאב יקר המצוי במחסור ביחס למקום אליו יש לשאוף, זאת הן בפריפריה והן במרכז הארץ" (בסעיף 2 להודעת העדכון).

35. בסעיף 15 להודעת העדכון הנ"ל אף מונה המשיב 1 את מיטות השיקום בחלוקה לפי אזורים, אך אינו מסכם את הנתונים. סיכום הנתונים שמוצגים על ידי המשיב 1 עצמו מלמד עד כמה חמור המצב. כך, בצפון הארץ ובחיפה יחדיו קיימות כיום 143 מיטות שיקום ו- 360 מיטות שיקום גריאטרי; בדרום הארץ ישנן כיום 52 מיטות שיקום ו- 119 מיטות שיקום גריאטרי. לעומת זאת, באזור המרכז ותל אביב 554 מיטות שיקום ו- 732 מיטות שיקום גריאטרי. זאת למרות שיחס האוכלוסייה הינו הופכי.

36. המשיבות 2-5, קופות החולים, אף הן אינן מתכחשות לתמונת המציאות העגומה שנפרשה בעתירה, אלא מבקשות להסיר מכתפיהן אחריות למחדל המתמשך בתקצוב שירותי השיקום בפריפריה, בין בדרך של הטלת האחריות על המדינה לפערים בזמינות שירותי השיקום ובין באמצעות איתור צידוקים, כאלה ואחרים, לקיומם של אותם פערים.

37. כך, למשל, מציינת המשיבה 3, מכבי שירותי בריאות, כי "אין מחלוקת כי קיימים פערים בין היצע שירותי השיקום הניתנים במרכז לעומת אלה הניתנים בצפון הארץ ובדרום הארץ" (סעיף 26 לתגובתה המקדמית). המשיבה 3 אף מביאה את הנתונים הנוגעים למבוטחיה (סעיף 34.1 לתגובתה המקדמית), ומתן ניתן להתרשם בנקל כי קיים פער משמעותי ביותר בזמינות מיטות שיקום למבוטחיה באזור הדרום (0.2 מיטות ל-1,000 נפש) העומדת, באופן יחסי, על מחצית ופחות מהמיטות הזמינות למבוטחיה באזורים תל אביב (0.43 מיטות ל-1,000 נפש), המרכז (0.47 מיטות ל-1,000 נפש) וירושלים (0.91 מיטות ל-1,000 נפש).

38. כך גם המשיבה 4, לאומית שירותי בריאות, אינה חולקת על הפערים המשמעותיים בנגישות לשיקום על יסוד מאפיינים גיאוגרפיים ואף מדגישה כי "לא בכדי טענה המדינה בתגובתה המקדמית ... כי היא מקבלת את האחריות המלאה לשיפור מצב רפואת השיקום בפריפריה" (סעיף 23 לתגובתה המקדמית של המשיבה 4). אך לצד זאת מבהירה, כי את הדרישה המוצדקת לשיפור המצב אין להפנות אליה וליתר קופות החולים "אלא לריבון, קרי משרד הבריאות" (סעיף 24 לתגובתה המקדמית).

39. משיבה 5, קופת חולים מאוחדת, מחזקת את טענות העותרים לגבי המחסור הקשה בתחום הרפואה השיקומית. משיבה 5 מדברת על "המסחור העצום ברופאי שיקום, בכל הארץ על אחת כמה וכמה באזורי הפריפריה" (סעיף 7 לתגובה המקדמית מטעמה) ומדגישה כי רק רופא אחד הוסמך השנה כרופא שיקומי (סעיף 10 לתגובה המקדמית מטעמה). היא מזכירה גם את המחסור הקשה של אחים ואחיות ואנשי מקצוע נוספים בתחום השיקום (סעיף 11 לתגובה המקדמית) וכן את "אוי קיומם של מספיק בתי חולים בפריפריה" (סעיף 20 לתגובה המקדמית מטעמה).

40. משיבות 2-5 מפנות, כאמור, את הטענות למחדלים בתחום השיקום אל המדינה. כך, למשל, המשיבה 2, כללית שירותי בריאות, מציינת בתגובתה המקדמית, כי "מדינת ישראל, היא אשר נושאת בחובה החוקית להקמת מוסדות שיקום והיא הנושא באחריות להקצאת התשתיות והמשאבים הנדרשים להקמתם" (סעיף 8 לתגובתה המקדמית); המשיבה 3: "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 אלו" (סעיף 18.3 לתגובתה המקדמית); המשיבה 4: "הדרישה לקיומם של שירותי שיקום סבירים בפריפריה הינה דרישה שיש להפנות בעיקר למדינה ולא לקופות החולים" (סעיף 3 לתגובתה המקדמית); המשיבה 5: "נושא האשפוז הוא בתחום מדיניותו הבלעדית של משרד הבריאות שהוא האמון על פתיחת בתי חולים, והרחבת שירותי השיקום במסגרת זו אינה מטלה המוטלת על קופות החולים" (סעיף 6 לתגובתה המקדמית).

41. המשיב 1 אינו חולק על אחריותו בעניין זה וטוען כי "בכוונת משרד הבריאות להידרש לשאלה זו, על מנת לגבש את הדרכים בהן בכוונתו לפעול על מנת להוסיף ולשפר את זמינותם של שירותי שיקום רפואי בפריפריה" (סעיף 2 לתגובה המקדמית מיום 11.12.2016).

42. ביום 21.12.2016, בסמוך לאחר שהוגשה תגובתה המקדמית של המדינה, פנה ד"ר יולי טרגר, יו"ר איגוד לרפואה פיזיקלית ושיקום בהר"י, למנכ"ל משרד הבריאות והתריע על כך שמערכת השיקום הרפואי בישראל היא מהגרועות בעולם המערבי, וזאת בפרט בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית. בהקשר זה ציין ד"ר טרגר כי עליבותה של מערכת השיקום בפריפריה פוגעת בנגישותם של תושבי הפריפריה לשירותי שיקום ועלולה להסב לבריאותם נזקים קשים, וכלשונו:

**"במצב הקיים מטופלים רבים פשוט לא מקבלים שיקום, בעיקר כשמדובר באוכלוסייה חלשה שאיננה יכולה להגיע למרכזי שיקום קיימים במרכז. המטופלים שנזקקים לשיקום שקופים בפני המערכת. קשה להעריך את הנזק הנגרם לאותם מטופלים שלא מקבלים שירותי שיקום" [ההדגשה במקור].**

**"נספח 1" – מכתבו של ד"ר טרגר מיום 21.12.2016 מצורף כנספח "1".**



43. ביום 24.1.2017 השיבה ראש מנהל הרפואה במשרד הבריאות לפנייה ולא הכחישה את הטענות שעלו במכתבו של ד"ר טרגר. החשוב לענייננו הוא שצוין כי מתנהלים תהליכים ל"פריסה נכונה ומתאימה לצרכי האוכלוסייה של 150 מיטות שיקום (באשפוז ושיקום יום) שיופעלו במהלך 5 השנים הקרובות, וקביעת סטנדרט המרחק המרבי ממקום המגורים למקום הטיפול וזאת באמצעות צוות מקצועי שהוקם בהוראת מנכ"ל בהובלתה של ראש מנהל רפואה וכולל גם רופא שיקומי כיועץ".

"נספח 2" – מכתבה של ד"ר ורד עזרא, ראש מנהל הרפואה, מיום 24.1.2017 מצורף כנספח "2".

44. בהודעת העדכון מטעם המדינה בתיק זה, מיום 30.3.2017, שבה וחזרה המדינה על הכרתה בפערים המשמעותיים בנגישות לשירותי שיקום רפואי ואף נטלה על עצמה אחריות ל"עשיית מאמצים נוספים". ואולם, המדינה לא פירטה מה יכללו אותם "מאמצים נוספים" והאם, כפי שנאמר במכתב ראש מנהל הרפואה, הוחלט על קביעת סטנדרט המרחק המרבי ממקום המגורים של המטופל למקום הטיפול השיקומי. תחת זאת צויין, כי מנכ"ל משרד הבריאות הורה על הקמת צוות פנים משרדי, דהיינו – ועדה, וזאת "לצורך מיפוי השירות הקיים, ובחינת המלצות וכיווני עשייה להמשך" (סעיף 16 להודעת העדכון).

45. המבקשת סבורה, כאמור, כי החלטה לפיה נדרשים קריטריונים ברורים ותד-משמעיים באשר למרחק משירותי שיקום אינה מצריכה הקמת ועדה כלשהי, והיא החלטה מחויבת הדין. זאת, מהטעם שבשים לב לפערים הבלתי מוכחשים בנגישות לשירותי שיקום בין תושבי המרכז לבין תושבי הפריפריה, נדרשת קביעת הקריטריונים המבוקשת בעתירה לשם הגשמת עקרון השוויון וזכויות היסוד לחיים ולבריאות של העותרים, ושל כלל תושבי ואזרחי המדינה.

46. מכאן הבקשה להצטרפות, ועתה נפנה לפירוט עמדת המבקשת.

#### ה. עמדת המבקשת

47. במישור התוצאה מצטרפת המבקשת לעמדתם של העותרים וסבורה כי יש לקדם את תחום רפואה השיקומית בישראל, זאת בפרט באמצעות הסעדים שנתבקשו בעתירה זו.

48. המבקשת סבורה שיש לקבל את העתירה נוכח מצבו הקשה של תחום הרפואה השיקומית בישראל, בדגש על ההזנחה הניכרת של תחום זה בפריפריה. כל זאת במיוחד לאור מעמדה החוקתי המיוחד של הזכות לבריאות ולאור הזכות לשוויון ולעקרון מניעת ההפליה – אשר מחייבים השוואת תנאי המטופלים באזורי דרום וצפון הארץ לתנאים הניתנים למטופלים במרכזה.

49. ואולם, המבקשת לא תחזור בעמדתה על כלל טיעוני העותרים, אלא תתמקד במספר מישורים, בהם, מצד אחד, מתעוררת שאלה עקרונית המצויה בליבת המומחיות של המבקשת ואשר תורגת מעניינם של הצדדים הישירים לעתירה, ומצד שני, סבורה המבקשת כי יש בעמדתה כדי להוסיף ולחדש על טיעוני הצדדים. כמו כן, המבקשת לא תחזור על העובדות, המפורטות היטב במסגרת העתירה, אלא ככל שהדבר נדרש לשם הבהרת עמדתה או לשם המחשתה.

50. לגופו של עניין נדגיש, כי מטופלים הנדרשים לטיפול שיקום זקוקים לרצף טיפולי-שיקומי, לעיתים קרובות על בסיס יומיומי. בהעדר מרפאות ומכונים בקרבת מקום מגוריהם, נאלצים המטופלים לכלות את זמנם וכוחם בשעות ארוכות של נסיעה למחלקות השיקום במרכז הארץ. אלא שנסיעות אלו פוגעות באופן חמור באפקטיביות הטיפולים. עם הגעתם של המטופלים למרפאות במרכז, המטופלים אינם נגישים לטיפול ויעילות הטיפול פוחתת משמעותית.
51. המבקשת סבורה כי אחת הבעיות המרכזיות בתחום השיקום בפריפריה היא העדר רופאי שיקום באזורים אלה. המחסור ברופאים גורר את כל מערכת השיקום בפריפריה לתחתית. מדובר באחד ההיבטים החשובים ביותר בתחום זה. ונפרט.
52. עד שנת 2015 כלל לא היתה קיימת מחלקת שיקום באזור הדרום. לא ניתן היה להקים מחלקה בשל העדר רופאים מומחים לשיקום, שכן לא ניתן להקים ולנהל מחלקת שיקום ללא רופא מומחה בשיקום. בהעדר מחלקת שיקום, לא ניתן לשכור צוות למחלקה (אחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, עובדים סוציאליים ועוד) שיעניק טיפול שיקומי ראוי והולם לתושבי אותם אזורים.
53. רק בשנת 2015 נפתחה מחלקת שיקום בבית החולים סורוקה בבאר שבע, בניהולו של ד"ר יולי טרגר. מדובר במחלקה קטנה מאוד, המונה ארבעה רופאים בלבד, כאשר שניים מהם עדיין מצויים בשלבי התמחותם. זוהי מחלקת השיקום הראשונה בדרום ובהעדר תקציבים הולמים קיים קושי רב לגייס רופאים נוספים למחלקה ולהביא לכך שרופאים צעירים יבחרו להתמחות בשיקום בכלל, ובפריפריה בפרט.
54. כפי שציין המשיב 1 בתגובה המקדמית, משרד הבריאות מעניק מענקים לרופאים שמוכנים להתמחות בפריפריה. ואולם, מדובר במענק נמוך יחסית שאין בכוחו לשכנע רופאים להעתיק את מרכז חייהם ומשפחתם לפריפריה.
55. המבקשת סבורה, כי יש בכוחו של משרד הבריאות לבצע מהלכים שיגדילו את כוח האדם הרפואי בתחום השיקום בפריפריה. כך, למשל, כיום ישנו מחסור בתקנים לרופאי שיקום, ובפרט באותה מחלקה בסורוקה. באפשרות המשיב 1 להגדיר את רפואת השיקום כ"תחום במחסור", באופן שיאפשר הוספת תקנים. אפשרות נוספת היא הבטחה של המשיב 1 כלפי מתמחים בתחום השיקום, שאם הם יסיימו את התמחותם בפריפריה יהיו די תקנים על מנת שניתן יהיה לקלוט אותם לעבודה באותם מוסדות.
56. מדובר בפתרונות שיכולים לחזק את התחום גם לשנים הבאות. כאשר רופאים מקבלים הכשרה ועוברים התמחות בבית חולים מסוים, ישנו סיכוי גבוה יחסית שהם יהיו מעוניינים להישאר באותו בית חולים (באותה מחלקה) גם לאחר השלמת ההתמחות, שכן הם כבר מתגוררים באזור והם בנו לעצמם חיים שם. לכן, הגדלת כמות המתמחים בשיקום בפריפריה צפויה להגדיל בשנים שלאחר מכן את כמות רופאי השיקום בפריפריה, מה שבתורו יאפשר חיזוק מחלקות השיקום הקיימות ואף פתיחת מחלקות שיקום חדשות.

57. כל האמור נכון באותה מידה גם לגבי מסגרות השיקום האחרות, כגון שירותי השיקום הניתנים במסגרת מרפאות יום. המחסור ברופאים ובהשקעה בפריפריה בתחום השיקום גורר מחסור בשירותי שיקום גם מחוץ למחלקות השיקומיות, כפי שגם פורט בעתירה.

58. החשוב ביותר לענייננו הוא, כי את כל האפשרויות שנסקרו לעיל, ועוד אפשרויות רבות אחרות לקידום רפואת השיקום בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית בישראל, לא ניתן יהיה להוציא אל הפועל באמצעות הקמת ועדה על גבי ועדה על גבי ועדה. **קביעת סטנדרטים וקריטריונים מנחים, ובראשם סטנדרט של מרחק מקסימאלי לצורך נסיעות לטיפולים, הכרחית לשם מיגור האפליה בין תושבי הפריפריה לבין תושבי המרכז בכל הנוגע לנגישותם לרפואת שיקום.**

59. המבקשת מוכנה לסייע במישור זה ומוכנה לקחת חלק בקביעת הסטנדרטים הנדרשים, באמצעות המועצה המדעית במבקשת ובשיתוף איגוד השיקום. **מכל מקום, אין ולא יכול להיות חולק, כי קביעת כללים ברורים בדבר המרחק המקסימאלי לטיפולי שיקום הינו צעד הכרחי ומתחייב נוכח תמונת אי-השוויון שנפרשה בעתירה ובתגובות המקדמיות לה.**

60. להלן תעמוד המבקשת על החובה הנורמטיבית לקבוע קריטריונים בנסיבות ענייננו.

#### ה.1. הזכות לחיים ולבריאות

61. נקודת המוצא לדיוננו היא המעמד העליון לו זוכה עקרון "קדושת החיים" במשפט הישראלי, אשר מכוחו הוכרה הזכות לחיים, לבריאות ולשלמות הגוף - ע"א 461/62 צים נ' מזיאר, פ"ד יז(2) 1319, 1337 (1963); ע"א 285/73 לגיל טרמפולין נ' נחמיאס, פ"ד כט(1) 63, 72 (1974). עקרון "קדושת החיים" היווה בסיס לפולמוס משפטי בדבר קיומה של עילה בנזיקין בגין "הולדה בעוולה" - ע"א 518/82 ד"ר זייצוב נ' כץ, פ"ד מ(2) 85 (1986); ובדין הפלילי היווה עקרון זה עקרון מנחה בענישה בגין הרשעה בעבירות המתה - ע"פ 597/88 אנג'ל נ' מדינת ישראל, פ"ד מו(5) 221, 255 (1992); ובמשפט הציבורי ניתן לעקרונות הנ"ל ביטוי משמעותי בע"א 506/88 שפר נ' מדינת ישראל, פ"ד מח(1) 87 (1993), שם נתבקש בית המשפט להורות על הימנעות ממתן טיפול מציל חיים לקטינה חולה סופנית.

62. עם תקיקתם של חוקי היסוד בשנת 1992, זכו זכויות היסוד לחיים, לשלמות הגוף ולכבוד האדם למעמד חוקתי-על-חוקי. כך, במסגרת סעיף 2 לחוק יסוד כבוד האדם וחירותו הובהר כי "אין פוגעים בחייו, בגופו, או בכבודו של אדם באשר הוא אדם" ובמסגרת סעיף 4 לחוק זה הגדילה הרשות המכוננת וקבעה כי "כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו".

63. ההכרה בזכות לבריאות כנגזרת של זכויות אלה היתה בגדר התפתחות טבעית מתבקשת. כך, בבג"ץ 494/03 עמותת רופאים לזכויות אדם נ' שר האוצר, פ"ד נט(3) 322, 334 (2004), נקבע:

"ניתן להסכים שהיבטים מסוימים של מוסד ביטוח הבריאות הממלכתי מוגנים בגדר הזכות לכבוד. כן ניתן לעגן זכות סוציאלית לאספקת שירותי בריאות בסיסיים בגדר הזכות לשלמות הגוף, הקבועה בסעיף 4 לחוק היסוד. כך מוסכם למשל כי חובתה של המדינה להבטיח, באמצעות שירותי הרפואה שלה, כי יינתן טיפול נאות לאדם הנתון במצוקה גופנית מיידית. כיום מצהיר על כך החוק

(סעיף 3(ב) לחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996); אף קודם לכן היה זה הדין, אשר ביטא את עמדתה המוסרית של החברה הישראלית."

64. המעמד החוקתי של אספקטים מסוימים של הזכות לבריאות הוכר אף בבג"ץ 11044/04 סולומטין נ' שר הבריאות, פ"ד סד(3) 778 (2011), שבו ציינה השופטת פרוקצ'יה כי:

"הזכות לבריאות, ככלל, אינה מוזכרת באופן מפורש בחקיקת-היסוד במשפט הישראלי. עם זאת, יש להכיר במעמד החוקתי של היבטים מסוימים בה, על דרך גזירתם מהזכויות המנויות במפורש בחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו, ובהן ההגנה על הגוף, החיים והכבוד" (שם, בפס' 13).

ראו גם: רע"א 4905/98 גמזו נ' ישיעהו, פ"ד נה(3) 360, 376 (2001): "אדם שאין לו גישה לטיפול רפואי אלמנטרי, הוא אדם שכבודו כאדם נפגע"; בבג"ץ 366/03 עמותת מחויבות לשלום וצדק חברתי נ' שר האוצר, פ"ד ס(3) 464, 483-484 (2005): "מחובת המדינה על פי חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו נגזרת החובה לקיים מערכת שתבטיח 'רשת מגן' למעוטי האמצעים בחברה כדי שמצבם התומרי לא יביאם לכלל מחסור קיומי... במסגרת זו עליה להבטיח... תנאי תברואה נסבלים ושירותי בריאות שיבטיחו לו גישה ליכולות הרפואה המודרנית."; בבג"ץ 4253/02 קריתי נ' היועמ"ש, פ"ד סג(2) 86 (2009) (להלן: "עניין קריתי"); "הפעלת מערכת שירותי בריאות בסיסיים בסבסודה של המדינה קשורה קשר הדוק לזכות לכבוד"; בבג"ץ 1105/06 קו לעובד נ' שר הרווחה, פס' 3 לפסק דינה של כבוד השופטת ד' ברק-ארז (22.6.2014) (להלן: "עניין קו לעובד"); "הזכות לבריאות, לפחות בליבתה, כרוכה בזכות לכבוד והיא אף נגזרת של הזכות לחיים ושל ההגנה על גופו של האדם"; כן ראו Aeyal Gross, *The Right to Health in an Era of Privatization and Globalization*, in *EXPLORING SOCIAL RIGHTS* 289 (Aeyal Gross & Daphne Barak-Erez eds., 2007).

65. בחינת הפסיקה והספרות שעסקו בהגדרת הזכות לבריאות והיקפה תלמד, כי מקובל לראות בזכות זו כאגד של זכויות, כאשר היקף ההגנה בין האספקטים השונים שלה משתנה לאור מהותם וטיב הפגיעה בהם. בהקשר זה יפים דברי השופטת ביניש בבג"ץ 3071/05 לוזון נ' ממשלת ישראל, פ"ד סג(1) 1 (2008), ולפיהם:

"ככלל, ניתן לומר כי הזכות לבריאות מהווה שם כולל לאגד של זכויות הקשורות לבריאות האדם, אשר חלקן נהנות ממעמד חוקתי בשיטתנו המשפטית... כן כוללת הזכות לבריאות את הזכות להעדר הפלייה בגישה לטיפול רפואי" (שם, בפס' 9).

66. ההכרה בזכות לבריאות לא נותרה במישור הרטורי בלבד ובבית משפט נכבד זה כבר עמדו לביקורת פעולות שביצעו רשויות מנהליות שונות שהיה בהן כדי לפגוע בזכותם של אינדיבידואלים ובזכויות הציבור לבריאות.

67. כך למשל בבג"ץ 2887/04 אבו מדיגם נ' מינהל מקרקעי ישראל, פ"ד סב(2) 57 (2007), באשר לעוצמתה ומעמדה של הזכות לבריאות יפים במיוחד דברים שפסקה כבוד השופטת ארבל:

"זכויות היסוד המוטלות על כף המאזניים בעתירה הנוכחית - הזכות לבריאות, הזכות לשלמות הגוף והזכות לכבוד - נמצאות כולן בליבת ההגנה על זכויות אדם במדינת ישראל. האינטרס הקנייני של המדינה במקרקעיה, כמו גם האינטרס הציבורי בשמירה על שלטון החוק במדינה, עומדים כמובן גם הם במוקד שיטתנו המשפטית. ברם, בנסיבות העניין שלפנינו אני סבורה כי דינם של אינטרסים אלו להידחות מפני הצורך למנוע פגיעה בזכויות האמורות" (שם, בפס' 44).

68. מעמד הבכורה שניתן לזכות לבריאות במשפט הישראלי, נלמד אף מהסטנדרט הנוקשה אותו ראתה כבוד השופטת ארבל להחיל בפרשת אבו מדיגם, ולפיו די בכך שקיים סיכון - ולו מזערי - לפגיעה בבריאות הציבור כדי להסיג את האינטרס הכלכלי של המדינה בשמירה על משאביה (באותו עניין, מקרקעי המדינה). וכלשונה של השופטת ארבל:

"נטילת סיכון של פגיעה, ולו מזערית, בתושבים הבדואים - בבריאותם, בכבודם, בשלומם וברוחותם, אינה עומדת לטעמי ביחס הולם לתכלית של הגנה על מקרקעי המדינה, חשובה ככל שהיא, ועל כן לא אוכל לאשרה" (שם, בפס' 46).

69. עולה, אפוא, כי הזכות לבריאות זכתה למעמד בכורה במשפט הישראלי.

70. מחויבותה של מדינת ישראל לשמירה על חייהם ובריאותם של בני האדם אף באה לידי ביטוי בהצטרפותה בשנת 1991 לאמנה בינלאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות, 1966, המורה בסעיף 12, כדלקמן:

"א. מדינות שהן צד באמנה זו מכירות בזכותו של כל אדם ליהנות מרמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה.

ב. הצעדים שיינקטו בידי מדינות בעלות אמנה זו למען השג את מימושה המלא של הזכות האמורה יכללו אותם צעדים הנחוצים כדי להבטיח: ... יצירת תנאים נאותים אשר יבטיחו לכל שירותי בריאות וטיפול רפואי במקרה של מחלה."

71. באותה שנה (1991) הצטרפה ישראל אף לאמנה בדבר זכויות הילד, 1989, הקובעת כדלקמן:

#### 71.1 סעיף 23 –

"א. המדינות החברות מכירות בזכותו של ילד שכושרו הנפשי או הגופני לקוי ליהנות מחיים מלאים והוגנים בתנאים המבטיחים כבוד, מקדמים עצמאות ומקילים על השתתפותו הפעילה של הילד בחיי הקהילה.

ב. המדינות החברות מכירות בזכותו של ילד הלוקה בכושר לטיפול מיוחד וידאגו, במסגרת המשאבים הזמינים, להעניק לילד ולאחראים לטיפול, את

הסיוע המבוקש המתאים למצב הילד ולתנאי קיומם של ההורים או של אנשים אחרים המטפלים בילד.

ג. מתוך הכרה בדרישות מיוחדות של ילד הלוקה בכושרו יינתן הסיוע המוענק בהתאם לס"ק ב' חינם כל אימת שאפשר, תוך התחשבות במשאביהם הפיננסיים של ההורים או של אחרים המטפלים בילד, סיוע כאמור שתוכנן באופן שיבטיח לילד הלוקה בכושרו קבלת חינוך, וגישה אפקטיבית לשירותי בריאות, שיקום, הכשרה לתעסוקה והזדמנויות בילוי, בדרך העשויה להוביל להשתלבות הילד בחברה ולהתפתחותו האישית המלאה, לרבות תרבותית ורוחנית, במידה המרבית."

71.2. סעיף 24 –

"א. המדינות החברות מכירות בזכותו של ילד ליהנות מבריאות ברמה הגבוהה ביותר הניתנת להשגה ולאמצעים לטיפול במחלות ושיקום הבריאות. המדינות החברות ישתדלו להבטיח כי משום ילד לא תישלל הגישה לשירותי טיפול ובריאות.

ב. המדינות החברות יפעלו למימושה המלא של זכות כאמור, ובמיוחד ינקטו אמצעים על-מנת: ... להבטיח אספקת סיוע רפואי חיוני וטיפול בריאותי לכל ילד תוך דגש על פיתוח טיפול רפואי ראשוני;..."

71.3. סעיף 25 –

"המדינות החברות מכירות בזכות הילד המושם על ידי רשויות מוסמכות לצרוך סיעוד או טיפול בבריאותו הגופנית או הנפשית, לביקורת תקופתית של הטיפול הניתן לו ושל שאר הנסיבות הנוגעות להשמתו כאמור."

71.4. סעיף 39 –

"מדינות חברות ינקטו בכל האמצעים הנאותים כדי להבטיח שיקום גופני ופסיכולוגי ושילוב מחדש בחברה לילד שרוי במצוקה, בשל כל צורה של הזנחה, ניצול, או התעללות, עינויים או צורות אחרות של יחס או ענישה אכזריים, בלתי - אנושיים, או משפילים, או מאבקים מזוינים. שיקום ושילוב מחדש כאמור יעשו בסביבה המטפחת או בריאות הילד וכבודו העצמי."

72. לסיכום נקודה זו: בחינת הפסיקה והספרות הנוגעת לזכות לבריאות מחייבת את המסקנה כי זכות זו זוכה כיום במשפט הישראלי למעמד של זכות יסוד חוקתית.

## ה.2. שוויון וצדק חלוקתי בחלוקת תקציבי בריאות בתחום השיקום

73. עתירה זו עוסקת בהיבט מסוים של הזכות לבריאות – הזכות החיובית, קרי זכותו של הפרט שהמדינה תפעל לשם הגנה על זכויותיו ולא רק תימנע מפגיעה בהן. ואולם, בנסיבות אי-השוויון הקיימות כיום, מיטשטשים גבולות אלה בין "זכות חיובית" לבין "זכות שלילית". למעשה, בנסיבות האפליה שפורטו בעתירה ובתגובות לה, פוגעת המדינה בזכויותיהם של תושבי הפריפריה ליהנות משירותים שווים לאלה שלהם זוכים תושבי המרכז. בכך גלומה, אפוא, פגיעה בזכות השלילית שלא להיות נתונים לאפליה. כאשר האפליה נוגעת לזכויות יסוד, בענייננו הזכות לחיים ולבריאות, חמורים הדברים במיוחד. על כך יפורט להלן.

74. ערך השוויון נקבע כעקרון יסוד של המשפט הישראלי והוא בעל מעמד חוקתי (ראו, למשל, בג"ץ 98/69 ברגמן נ' שר האוצר, פ"ד כג(1) 693 (1969); בג"ץ 953/87 פורז נ' ראש עיריית תל-אביב-יפו, פ"ד מב(2) 309 (1988); בג"ץ 6427/02 התנועה לאיכות השלטון נ' הכנסת, פ"ד סא(1) 619 (2006); בג"ץ 7052/03 עדאלה – המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי בישראל נ' שר הפנים, פ"ד סא(2) 202 (2006)).

75. ערך השוויון זכה למקום מיוחד בתחום הבריאות, לאור מעמדה של הזכות לבריאות כזכות יסוד, והוא הוזכר במפורש בסעיף 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994:

"ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית".

76. בית משפט נכבד זה התייחס לזכות לשוויון בנוגע לשירותי בריאות בעניין קריתי, בעמוד 133, כך:

"ומה לנו עקרון יסוד חשוב יותר מאשר עיקרון השוויון, שעל כן את הדיון בפרק זה - נפתח בו. ככלל, זכאי כל חולה המגיע לבית חולים ממשלתי שהוא רכוש מדינת ישראל, לקבל את הטיפול הטוב ביותר שבית החולים יכול להציע לו, כאשר טיפול זה אינו מוכתב על ידי שיקולים שאינם רפואיים. לכל החולים דין אחד, והם זכאים ליחס שוויוני. את המשאב הלאומי הגלום הן במתקני בתי החולים והן בכוח האדם המאייש אותם - יש לחלק כך, שכולם יהנו ממנו באופן שווה".

77. בעניין קו לעובד קבע בית משפט נכבד זה, כי הזכות לבריאות כוללת בחובה את הזכות לשוויון בקבלת טיפול רפואי ואת הזכות שלא להיות מופלה בשירותים אלה. וכך צויין שם, בפס' 59 לפסק דינה של כבוד השופטת ע' ארבל:

"הזכות לבריאות היא מושג רחב החובק בתוכו מגוון של זכויות בעלות אופי שונה, תוכן שונה, והגנה משפטית שונה. כך עשוי מונח זה לכלול את הזכות לקבל טיפול רפואי במצב חירום; הזכות לקבל שירותי בריאות בסיסיים; הזכות לשוויון בקבלת טיפול רפואי; זכותו של מטופל לפרטיות ולאוטונומיה; הזכות שלא להיות מופלה בגישה לטיפול רפואי; ועוד... לא אסתיר כי נטיית ליבי היא להרחבת היקפה של הזכות לבריאות החוסה תחת ערך כבוד האדם ותחת המטריה החוקתית של חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו".

78. בענייננו, כפי שפורט בעתירה בהרחבה, קיים חוסר שוויון מהותי בין המטופלים בפריפריה למטופלי המרכז בתחום השיקום, כאשר המטופלים בפריפריה בתחום השיקום מופלים במספר המיטות לנפש באזוריהם, המרחק הרב של מחלקות ומרכזי השיקום ממקום מגוריהם, המתקנים והמרפאות החסרים בצידוד הכרחי, כוח האדם המיומן, ועוד.<sup>3</sup>

79. כפי שפורט בעתירה ובבקשה הנוכחית, במצב הנוכחי לא מתקיימות, ביחס לשירותי שיקום, הוראות סעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, הקובע:

”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.”

80. המבקשת סבורה כי שירותי השיקום למטופלים בפריפריה יכולים להינתן באופן שיטיב עם מטופלים אלו, במרחק קרוב יותר למקום מגוריהם (כיום המטופלים נאלצים לנסוע למרחק שהוא מעבר למרחק סביר הנדרש בחוק), והכל במסגרת תקציב הבריאות המיועד ממילא לתחום השיקום. ואולם, לשם השגת יעד השוויון יש תחילה לקבוע קריטריונים ברורים. כאלה שלאורם ניתן יהיה לחלק מעתה את התקציבים המופנים לרפואת השיקום.

81. במאמרו של אמיר פז-פוקס ”נגישות יתר ונגישות חסר לזכויות חברתיות וכלכליות: בהשראת Daphne Barak-Erez and Aeyal Gross Exploring Social Rights (Hart, 2007) ”דין ודברים 307, 314 (2010) (להלן: ”פז-פוקס”) מוזכרת הזכות לבריאות בשלושה הקשרים: (1) מניעת הפליה; (2) מציאת מענה למחויבויות גרעיניות וחיוניות; ו-(3) חיוב המדינה לנקוט צעדים, בהתאם ליכולתה, כדי לקדם נגישות לבריאות ולשירותי בריאות לכל חלקי האוכלוסייה.<sup>4</sup> שלושת ההקשרים רלוונטיים לענייננו.

<sup>3</sup> ההבדלים בהיקף ובאיכות הטיפולים בתחום השיקום בין המרכז לפריפריה הם קיצוניים (כאמור בעתירה) אך הם תואמים את המגמה הכללית בישראל לפיה יש שוני ניכר בין שירותי הרפואה הניתנים במרכז לבין שירותי הרפואה בפריפריה. כך, למשל, במחקר שפורסם במאמר Judith T. Shuval, *Health in Israel: Patterns of quality and inequality*, 31 SOC. SCI. MED. 291, 292 (1990), צוינו הדברים הבאים:

“Given the small area of Israel ... there are striking differences in the geographical distribution of health personnel of various types ... the day-to-day needs of primary care routine hospital services are affected by unequal geographical distribution on quantity and quality of health personnel.”

אולם, כפי שצויין בעתירה, הבדלים אלה הופכים לקיצוניים ממש בתחום רפואת השיקום, ונראה שהמשיבים אינם חולקים על קיומה של בעיה אקוטית ומיוחדת בתחום זה.

<sup>4</sup> ראו גם: Susan Marks & Andrew Clapham, *Health*, in INTERNATIONAL HUMAN RIGHTS LEXICON 197; Aeyal Gross, *The Right to Health in an Era of Privatization and Globalization*, EXPLORING SOCIAL RIGHTS 208 (2005); Daphne Barak-Erez and Aeyal Gross eds., 289 SOCIAL RIGHTS (2007).



82. הזכות לבריאות של המטופלים בפריפריה נפגעת הן משום האפליה הקיימת בינם לבין תושבי המרכז והן מכך שזכויותיהם הגרעיניות לטיפול רפואי בשיקום נפגעות כתוצאה מאותה אפליה פסולה. על כן, יש לחייב את המדינה לנקוט בצעדים כדי לקדם את הנגישות של אותם מטופלים לשירותי שיקום באיכות ובזמינות דומים לאלו שקיימים במרכז הארץ.

83. בהקשר זה יפים, למשל, דברי בית משפט נכבד זה בבג"ץ 1438/98 התנועה המסורתית נ' השר לענייני דתות, פ"ד נג(5) 337, 368 (1999), לפיהם:

**"השירות הניתן לציבור על-ידי רשויות מינהליות כרוך תמיד בקושי מינהלי. אין בכך בלבד כדי להצדיק צמצום השירות באופן שיפגע בחלק מן הציבור בניגוד לשוויון. הרשות צריכה להיערך כך שתוכל לתת את השירות, במסגרת המשאבים שלה, באופן שוויוני. אין הדעת סובלת, לדוגמה, שעירייה המתקשה לפנות את האשפה מבתי התושבים תחליט, בגלל קושי זה, לבטל את שירות הפינוי בשכונה מסוימת. כאשר רשות מינהלית מתארגנת לביצוע תפקידה, עליה להביא בחשבון לא רק את מסגרת המשאבים שהוקצו לה, אלא גם את החובה לבצע את התפקיד באופן שוויוני.**

לא זו בלבד. לעתים מוטלת על הרשות המינהלית חובה לנקוט צעדים מיוחדים, אף אם הם כרוכים במאמץ נוסף ובמשאבים נוספים, כדי להנהיג שוויון במקום שלא היה בו שוויון. זהו אחד התפקידים המוטלים על כל רשות מינהלית, כתפקיד נלווה לתפקיד העיקרי, לקיים את ערכי היסוד של החברה, ובהם גם השוויון, כדי לעשות אותה חברה טובה יותר. אכן יש לכך מחיר. אך כשם שיש לשלם מחיר בעבור אינטרסים ציבוריים אחרים, כגון שירותים ציבוריים, כך גם יש לשלם מחיר בעבור ערכי היסוד."

להרחבה נוספת ראו דפנה ברק-ארז משפט מנהלי כרך ב' 694 (2010) (להלן: "ברק-ארז").

84. ניתן להקיש לענייננו אף מפסיקת בית המשפט בבג"ץ 205/94 נוף נ' מדינת ישראל, פ"ד נ(5) 449, 464 (1997) (להלן: "עניין נוף"), שבו נאמר:

"אילו נמנעה המדינה מלחלק מסכות מיוחדות לכול חינוך, וטעמיה לכך היו טובים, סבירים וענייניים, ספק אם הייתי מוצאת מקום להתערב בכך. אולם משמצאה היא לחלק מסכות מיוחדות חינוך לבעלי זקן מטעמים אחרים, די לי בהפליה שבכך, המגולמת בתקנה 4ב העומדת לדיון, כדי לקבוע כי אין לה בסיס ערכי או משפטי וכי דינה להתבטל."

85. מכאן, שאילו המשיב 1 היה קובע, שיש לתת שירותי שיקום רפואי ברמה מסוימת, אזי ניתן היה לומר כי נדרשת הצדקה מיוחדת על מנת לכפות את הגשמתה של אותה רמה מסוימת של השירותים במסגרת של ה"זכות החיובית" לבריאות ולחיים (ולדידנו אף קיימת הצדקה לכך). ואולם, מרגע שהמדיניות היא כזו שבה ניתנים שירותים אלה, אין לעשות איפה ואיפה בין המטופלים. בכך עובר הדיון באופן ברור למישור ההגנה על הזכות השלילית (הזכות שלא להיות מופלה לרעה) ואין ליתן משקל כלשהו לטענת המשיבים בדבר "התערבות" בהקצאת משאבים.

86. במילים אחרות, משמצאו המשיבים לספק את שירותי השיקום בהיקף ובטיב שבחרו ביחס לתושבי המרכז, אין הם יכולים להישמע בטענה כי השוואת היקף וטיב השירותים לתושבי הפריפריה תדרוש הקצאת משאבים ואין להתערב בכך.

87. בהקשר זה יפים גם דברים שנפסקו בבג"ץ 2376/01 **מרכז השלטון המקומי בישראל נ' שר המדע, התרבות והספורט**, פ"ד נו(6) 803, 811 (2002), לפיהם:

"כבר נפסק כי הסדר חקיקתי המחייב השתתפות המדינה במימון יעד ציבורי מסוים יתפרש על רקע מגבלות ואילוצים תקציביים כוללים, ובית-המשפט ייטה על-פי רוב שלא להתערב באופן הקצאת המשאבים, אלא אם הופרו כללי המשפט המינהלי, ובתוכם עקרון הסבירות והשוויון".

88. כן יפים לענייננו הדברים שנפסקו בבג"ץ 3472/92 **ברנד נ' שר התקשורת**, פ"ד מז(3) 143, 153 (1993):

"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... עליה לקבוע לעצמה סדרי עדיפויות וקדימויות וכללים וקריטריונים מנחים ליישומם, אשר יעמדו במבחן הסבירות אותם עליה להפעיל תוך שוויון... בית המשפט יכול רק לבקר את פעולותיה של הרשות בחלוקת משאביה, אם עומדים הם בכללי המשפט המנהלי, וביניהם במבחן השוויון והסבירות".

89. בענייננו, ברי כי עקרונות השוויון והסבירות מחייבים הגדלת התקציבים המוקצים לתחום השיקום הבריאותי בפריפריה, בין ממקורות תקציב חדשים ובין מתוך התקציב הקיים. נדגיש, אין כל כוונה לפגוע בשירותי השיקום הקיימים כיום במרכז (שאף הם אינם במיטבם). ואולם, בשל המצוקה הקשה בפריפריה בתחום זה, יש לכוון אליה משאבים לשיפור השירותים הקיימים, חיזוק המחלקות השיקומיות והקמת מרפאות ומחלקות חדשות.

90. בהקשר זה יצוין, כי חלק מהמשיבים אינם מתנגדים להגדלת הקצאת המשאבים לפריפריה: "מכבי בהחלט אינה מתנגדת לכך שיותר משאבים יוקצו לפריפריה, ככל הנדרש, באופן שיביא לקיומו של שוויון מהותי" (סעיף 27 לתגובה המקדמית מטעם המשיבה 3).

91. המשיב 1 מדבר כיום על פיתוח שירותי השיקום ובפרט על הגדלת מספר מיטות האשפוז השיקומי, אלא שנראה שכונתו לפתח את השירותים גם באזור המרכז (סעיף 3 להודעת העדכון ומכתב משרד הבריאות המצורף כנספח 2 כאמור לעיל), כאשר העותרים (והמבקשת) וסבורים שיש לשים את הדגש על חיזוק ופיתוח שירותי השיקום הרפואי בפריפריה. **זאת, לכל הפחות, עד לצמצום משמעותי של הפערים ואי-השוויון הקיימים בין המרכז לפריפריה בהקשר הנוכחי.**

92. בנוסף, חרף הדגש שניתן בעתירה למחסור בשירותי שיקום לילדים בפריפריה, המשיב 1 לא טען לנושא זה כלל ונדמה כי משרד הבריאות אינו צפוי להשקיע בתחום זה. העותרים הדגישו כי כל מיטות האשפוז המתאימות לילדים בישראל נמצאות במרכז או בירושלים ואין שירותי אשפוז לילדים בפריפריה כלל (סעיף 40 לעתירה). בתגובה המקדמית ובהודעת העדכון לא נתנה המדינה כל מענה לכך, ונראה כי זנתה לחלוטין את הילדים בפריפריה בתחום האשפוז. מדובר בנקודה רגישה במיוחד, שהרי ילדים חייבים בליווי צמוד של בני משפחתם לטיפולים ויש צורך מיוחד לנוכחות של קרוביהם במהלך תקופת אשפוזם. על כן, מן הראוי להשקיע בראש ובראשונה במיטות אשפוז, במתקנים ובשירותים לטובת ילדי הפריפריה.

93. בית משפט נכבד זה קבע כי במקרים בהם מוסד מסוים הממומן מכספי ציבור מסוגל לספק שירותים טובים יותר ממוסדות מקבילים (הסובלים מחוסר מימון), יהיה זה מוצדק להגדיל את התקציב המוסדות המקבילים, וזאת אף אם הגדלת התקציב תהא על חשבון אותו מוסד. כך למשל, בבג"ץ 434/87 **בתיה וישראל סן הרשקו נ' שר העבודה והרווחה**, פ"ד מד(4) 154, 168 (1990) נדונה שאלה של חלוקת תקציב ממשרד העבודה בין מוסדות חינוך לעיוורים, כאשר אחד ממוסדות אלו היה במצב כלכלי טוב יותר מהמוסדות האחרים. נקבע שם, כי:

"המשאבים המוקצים על-ידי המדינה בעניין שלפנינו מיועדים לתמוך בהחזקתם של החניכים העיוורים. גם שיעור ההקצאה נקבע לפי מספר החניכים בכל מוסד ומוסד. כיוון שכך, ומאחר שמידת נצרכותם של החניכים העיוורים שווה אצל כולם, יהא המוסד המחזיק בהם אשר יהא, ראוי לנהוג במידה שווה בהקצאת המשאבים בין כל החניכים העיוורים. על-כן, **סטייה מן המידה השווה הזאת פוגעת, לכאורה, בעקרון השוויון. פגיעה זאת מחייבת, לכאורה, את התערבותו של בית-משפט זה.** אולם, בסופו של דבר, המשאבים ניתנים למוסדות המחזיקים כ'השתתפות' (המדינה) בהחזקת ילדים במוסדות, במסגרת שיקום וטיפול בעוורי' (מתקנות התקציב לשנת הכספים 1987 משרד העבודה והרווחה). נתינה זאת מיועדת להשלים את תקציביהם של המוסדות בהחזקת החניכים. מכאן, שבחינת השוויוניות בענייננו אינה במשאבים המוקצים לחניכים הנצרכים, אלא במידת ההשלמה הנדרשת לתקציביהם האמורים של המוסדות המחזיקים.

כאשר בוחנים את הקצאת המשאבים מנקודת מוצא זאת, כאשר מודעים לכך שמקורות ההקצאה מוגבלים, כאשר מודעים לכך שמצבו הפינאנסי של העותר 5 עדיף במידה ניכרת על מצבם הפינאנסי של המוסדות האחרים, וכאשר מניחם שתכלית ההקצאה היא לסייע באחזקתם של החניכים העיוורים ואינה להמריץ את המוסדות לייעל את משקם הפינאנסי, **המסקנה המתבקשת היא, ש'אכן... הדרך להבטחת שוויון בסיכוי היא דווקא בהקצאה בלתי זהה של מקורות'...** **מצבם הפינאנסי הבלתי אחיד של המוסדות השונים, המחזיקים את החניכים העיוורים, מחייב דיפרנציאציה בהקצאת המשאבים.**"

ראו גם בבג"ץ 7142/97 מועצת תנועות הנוער בישראל נ' שר החינוך, התרבות והספורט, פ"ד נב(3) 448, 433 (1998).

94. כך בדיוק בענייננו, יש לבחון את הנושא מנקודת מבטם של המטופלים הזקוקים לשיקום. מנקודת מבט זו, המטופלים המתגוררים בפריפריה סובלים מבעיה אקוטית של מחסור בשירותי שיקום רפואי באזור מגוריהם. על כן, מן הראוי לרכז את המשאבים הקיימים בשיפור השירות לטובת אותם מטופלים. ריכוז המשאבים לגבי אוכלוסייה זו מהווה, למעשה, כעין העדפה מתקנת כלפי הקבוצה הנמצא בנחיתות. העדפה מתקנת זו הכרחית לשם הגשמת עקרון השוויון המהותי ולשם קידום צדק חלוקתי.

95. עמדה על כך פרופ' ברק-ארז, כרך ב', בעמ' 702, כך:

"תיקון אקטיבי של נחיתות קיימת והעדפה מתקנת – אימוץ אמת המידה של שוויון בתוצאות, תוך התחשבות בנחיתות קיימת (חברתית או כלכלית) של נמנעי הפעולה המנהלית, קרוב מאוד לעיקרון של העדפה מתקנת. העדפה מתקנת היא מדיניות המבוססת על העדפה (מסוימת) של מי שסבל מנחיתות או מהפליה היסטורית, בלי שנדרשת הוכחה פוזיטיבית באשר לקיומה של הפליה בעניין שבו הרשות נדרשת להחליט. העדפה זו מוטמעת אל תוך הקריטריונים לקבלת החלטה (לצדם של הקריטריונים הפורמליים האחרים)."

ובהמשך דבריה, שם, בעמ' 708:

"צדק חלוקתי: שוויון בחלוקת המשאבים החברתיים – הדיון המשפטי המסורתי בשוויון התמקד בהשוואה בין יחידים. בניגוד לכך, כיום, שאלת השוויון נבחנת גם בפרספקטיבה קבוצתית. כאמור התפתחות זו באה לידי ביטוי בקבלת העיקרון של העדפה מתקנת, המאפשר לבחון את הפרט בהתייחס לקבוצת ההשתייכות שלו וההפליה שמהן סבלה ... משמעות הדברים היא, שכאשר רשות מנהלית מקבלת החלטה בעלת נפקות חלוקתית עליה להביא בחשבון את השפעותיה על קבוצות שונות בחברה. בית המשפט יוכל לפסול את החלטתה של הרשות אם נמנעה מלעשות כן או אם החלטתה מובילה להקצאה מעוותת במיוחד של טובות הנאה לקבוצות המסוימות."

96. המשיבה 3 (מכבי) טוענת כי מבחינה תקציבית יהיה זה פשוט יותר לעמוד בסטנדרטים מסוימים בתחום השיקום באזור המרכז מאשר בפריפריה – כך למשל לעניין המרחק ממקום שירותי השיקום וכך לגבי גיוס עובדים בתחום (סעיפים 29-30 לתגובה המקדמית מטעם המשיבה 3). אולם, לדידה של המבקשת, אין בטיעונים אלה כדי לשלול את הגדלת התקציב לאזורי הפריפריה, שהרי הגדלת תקציבי השיקום במרכז היא הדרך היקלה והיגיון זה של המשיבה 3 יביא בהכרח לכך שלעולם לא יוגדלו תקציבי הפריפריה, שכן לעולם יהיה "נוח יותר" להשקיע במרכז.

97. יתר על כן, יש לקחת בחשבון את העובדה כי באזור הפריפריה הגיאוגרפית לרוב מתגוררים אנשים מהפריפריה הסוציו-אקונומית. יש קורלציה בין הדברים שמצדיקה דווקא את הגדלת התקציבים לטובת האנשים הסובלים ממחסור – הם (ככלל) אלו המתגוררים בפריפריה.

98. קושי זה תואר היטב במאמרו של פז-פוקס, בעמ' 319, שבו נאמרו, בהקשר לזכות לבריאות, הדברים הבאים:

"ההשלכות של מערכת מרובדת על נגישות לשירותי בריאות מתחדדת לאור ממצאים המלמדים שבני המעמדות הנמוכים חולים ונזקקים לטיפול רפואי בשכיחות גבוהה יותר... העשירים יודעים לגשת לרופא במהירות רבה יותר כשהם חושדים שמהו אינו כשורה, מבטאים את עצמם באופן בהיר וברור, יודעים לדרוש טיפול ויכולים לפנות זמן ממקום העבודה ביתר קלות ולהגיע גם לבתי חולים מרוחקים, אם הדבר נדרש."

99. דברים ברוח זו, ובפרט בקשר לשירותי שיקום, נזכרים אף בספרות המקצועית הזרה, בין היתר, אצל Davina Allen, Lesley Griffiths & Patricia Lynel, *Accommodating Health and Social Care Needs: Routine Resource Allocation in Stroke Rehabilitation*, 26 SOCIOLOGY OF HEALTH & ILLNESS 411, 421 (2004), שבו עמדו המחברים על הקשר הישיר בין איכות שירותי שיקום רפואי לבין מעמד סוציו-אקונומי, וצינו את הדברים הבאים:

"Those in more need live in areas where, because demand is high due to the links between poverty and ill-health, **the services are often stretched to the limit**. Moreover, areas of high deprivation are less attractive to health and social care professionals."

ובהמשך הדברים, שם, בעמ' 430:

"As long as services are based on a capitation basis, and disadvantaged members of society continue to be clustered in areas of high deprivation, attempts to deliver services on an equitable basis are destined to fail. The ability to work constructively and collaboratively across disciplinary boundaries to accommodate needs is clearly hampered when staffs are pressured by lack of resources."

100. משיבה 2 (כללית) טוענת, כי קיים היגיון בכך שבאזורים שבהם ריכוז האוכלוסייה גבוה יותר יופעלו מוסדות שיקום בשיעור גבוה יותר ביחס לאזורים בהם האוכלוסייה דלילה (סעיף 38 לתגובה המקדמית מטעמה). בכל הכבוד, טענה זו אינה נכונה ואינה מתמודדת עם הנתונים שהוצגו בעתירה, לפיהם יש מחסור בפריפריה במיטות שיקום לנפש. כלומר, הנתונים מוכיחים כי בפריפריה ישנו מחסור חמור במיטות שיקום ביחס לכלל התושבים באותם אזורים ולכן דלילות וצפיפות האוכלוסייה דווקא נלקחה בחשבון על ידי העותרים, והוכח כי אף בהתחשב בנתונים אלה תושבי הדרום והצפון מופלים לרעה לעומת תושבי המרכז.

101. ההיגיון תומך דווקא בטיעון ההפוך מטיעון המשיבה 2, שכן דווקא הגיוני יותר שיופעלו יותר מוסדות שיקום בפריפריה (המתפרסת בשטח גדול מאוד). זאת כיוון שאף אילו כמות מיטות השיקום לנפש במרכז היה דומה לכמות בפריפריה (ולא זה המצב), הרי שהגיוני יותר לפזר את המיטות בין מוסדות שיקום שונים, כך שיהיה מוסד שיקום קרוב (יחסית) לריכוזי אוכלוסייה שונים בפריפריה. הצפיפות במרכז הארץ והקרבה היחסית של התושבים באזור זה מאפשרת לקיים מרכזי שיקום בודדים שיכולים לשרת את האוכלוסייה (בשל השטח הגאוגרפי הקטן יחסית במרכז), מה שאינו מתאפשר בדרום הארץ למשל (ששם נדמה שקיימת עדיפות לפיזור של מיטות השיקום בשטח גדול). קביעת אמות מידה כנדרש בעתירה יכולה לסייע בנושא זה.

102. משיבה 4 (לאומית) טוענת כי בית המשפט אינו בא בנעליהן של הרשות המבצעת והמחוקקת לעניין קביעת סדרי העדיפות הלאומיים במסגרת התקציב הקיים (סעיף 27 לתגובה המקדמית מטעמה). יש לדחות טענה זו.

103. בית משפט נכבד זה קבע בבג"ץ 244/00 עמותת שיח חדש, למען השיח הדמוקרטי בישראל נ' שר התשתיות הלאומיות, פ"ד נו(6) 25, 65 (2002) כך :

"הערך של צדק חלוקתי הינו ערך כבד משקל, אשר כל רשות מינהלית חייבת לתת לו משקל ראוי בכל החלטה שלה בדבר חלוקת משאבים ציבוריים... דווקא בשל העובדה שהחקיקה בתחום זה אינה מגדירה אמות-מידה מהותיות לחלוקת משאבים בחברה נדרש, עם כל הקושי שבדבר, פיקוח שיפוטי הדוק יותר על-מנת להבטיח כי חלוקת המשאבים תהא צודקת והוגנת."

104. כך גם בענייננו, מן הראוי להפעיל פיקוח שיפוטי על התקציב הנוגע לתחום השיקום, וזאת במיוחד לאור ההזנחה ההיסטורית של הפריפריה בתחום זה. למרות האילוצים התקציביים הקיימים, יש באפשרותו של בית המשפט להתערב בעניין במספר דרכים, וזאת בין באמצעות מתן סעדים מדורגים ובין באמצעות מתן צו המורה על קביעת קריטריונים ברורים למתן שירותי שיקום, אשר מהם גם ניתן יהיה לגזור את החלוקה התקציבית.

105. על האפשרויות העומדות לבית המשפט הנכבד, בהקשר זה, עמדה פרופ' ברק-ארז, כרך ב', בעמ' 716 :

"בית המשפט [התחשב] באילוצים התקציביים של הרשות על-ידי מתן סעד מדורג, היינו באמצעות הוראות אופרטיביות לגבי צמצום ההפליה בהדרגה במשך כמה שנות תקציב. בדומה לכך, לעיתים, הסעד שניתן חל רק משנת התקציב הבאה ואילך. באופן פרגמטי אף יותר, בחלק מהמקרים, עשה בית המשפט שימוש יצירתי בדרך ניהול ההליך והשאיר את העתירה תלויה ועומדת על מנת לפקח על תיקון ההפליה במהלך תקופה זו. טכניקה אחרת שבית המשפט עשה בה שימוש היא מתן הנחיה כללית לתיקון הדרגתי של ההפליה. פסיקה במתכונת זו היא אפקטיבי פחות משום שאינה מסיימת את ההליך בסעד אופרטיבית, וזאת, בתחום שבו נסיון העבר הוכיח מועדות להפליה."

106. כל אלו, הן שיטות המאפשרות לבית המשפט לפקח ולהתערב בחלוקת התקציב על מנת למגר את האפליה, ומוכן כי אין מדובר ברשימה סגורה.

107. המבקשת סבורה, כי בענייננו, מלבד מתן סעד "הצהרתי" וחיוב המשיבים לפעול לשם השוואת רפואת השיקום בפריפריה לזו שבמרכז, ישנה דרך מעשית למגר את אי-השוויון האמור, וזאת באמצעות קביעת קריטריונים לנגישות לשירותי שיקום, כפי שמבוקש בעתירה. לכך נפנה עתה.

### ה.3. קביעת קריטריונים כאמצעי הכרחי למימוש השוויון והצדק החלוקתי

#### ה.3.א. הצורך לקבוע אמות מידה לגבי שירותי שיקום רפואי

108. העותרים מבקשים שיקבעו אמות מידה שיגדירו זמן, מרחק ואיכות סבירים של שירותי שיקום. העותרים סבורים כי ישנה חובה לקבוע קריטריונים אלו על בסיס תכלית החוק, כיוון שמדובר במשאב במחסור והיות שאמות מידה אלה יסייעו לאכוף את החוק, לבקר את הרשויות ולקדם את השוויון ביחס לשירותים חיוניים ובסיסיים אלה (הכל כמפורט בסעיפים 133-138 לעתירה).

109. המשיבה מצטרפת לעמדת העותרים וסבורה, כי קביעת אמות המידה הנדרשות תסייע באופן מהותי למטופלים שבפריפריה. יתירה מכך, המבקשת סבורה, כי בנסיבות אי-השוויון, שעליהן אין חולק, קביעת קריטריונים ברורים תסייע למיגור האפליה ועל כן היא בגדר חובה המוטלת על המשיב 1.

110. בדומה לענייננו, גם בעניין קו לעובד, התבקש בית משפט נכבד זה לחייב את שר הבריאות (המשיב 1) להתקין תקנות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. שם דובר על התקנת תקנות למען עובדים זרים שלהם זיקה חזקה לישראל. בית משפט נכבד זה קיבל את העתירה והורה למדינה לגבש הסדר לגבי העובדים נשוא ההליך. כך יש לפעול גם בענייננו, יש להתקין את תקנות ולפרסם הנחיות לעניין הטיפול השיקומי, על מנת להסדיר את הנושא ולמגר את האפליה ממנה סובלים מטופלים באזורי הפריפריה.

111. באשר לחובה לקבוע אמות מידה וקריטריונים, בייחוד לשם מיגור אפליה ושמירה על עקרון השוויון, יפים דברי בית משפט נכבד זה בעניין נוף, בעמ' 462, לפיהם:

"מקום בו מבקשת הרשות לספק צורך ציבורי מסוים, והמשאבים העומדים לרשותה פחותים מן המשאבים שהיו נחוצים לסיפוקו של אותו צורך במלואו, מוטל על הרשות לקבוע אמות מידה להקצאת משאביה. אך אמות מידה אלה חייבות להיות שוויוניות; ובשום מקרה אין בקיומם של אילוצים תקציביים כדי להצדיק קביעת אמות מידה המפרות את שורת השוויון. זאת ועוד: השוויון בדיננו הוא נורמה חברתית תוצאתית."

112. כן מתאימים לענייננו דברים שנפסקו בבג"ץ 3792/95 **תאטרון ארצי לנוער נ' שרת המדע והאמנויות**, נא(4) 259, 273 (1997), אשר עסק בחלוקת תקציבים של תיאטראות, ובו נקבע:

"ראשית, **צריך שיהיו מבחנים** שיסדירו את החלוקה של כל הסכום שנקבע בתקציב לצורך תמיכה בתאטרונים. דרישה זאת מתייחסת לעצם הקיום וכן גם להיקף של המבחנים.

שנית, צריך שהמבחנים יהיו מבחנים של ממש, שיסדירו את החלוקה של הסכום לפי **אמות-מידה ברורות וידועות**, במידה ראויה של אובייקטיביות, ולא מבחנים מדומים, שיאפשרו את חלוקת הסכום לפי שיקול-דעת סובייקטיבי, שאינו מוגבל על-ידי אמות-מידה כאלה. דרישה זאת מתייחסת למהות המבחנים.

שלישית, המבחנים לחלוקת הסכום צריכים להיות **שוויוניים**. דרישה זאת מתייחסת לתכלית המבחנים: התכלית היא לקיים את עקרון השוויון בחלוקת הסכום בין התאטרונים.

בעצם, גם הדרישה הראשונה, המתייחסת לקיום ולהיקף של המבחנים, וגם הדרישה השנייה, המתייחסת למהות של המבחנים, לא נועדו אלא לשרת את תכלית המבחנים, כלומר את עקרון השוויון."

בהמשך הדברים, שם, בעמ' 286, הבהיר בית המשפט הנכבד כי אי-הנוחות הכרוכה בקביעת קריטריונים שוויוניים ובביצוע חלוקה על בסיסם אינה פוטרת מביצוע מהלך הכרחי זה:

"מסתבר כי במצב הקיים יש מידה רבה של נוחות בעבור משרד החינוך, שהוא יכול לחלק את התמיכה מתוך בסיס התקציב לקבוצה סגורה של תאטרונים ותיקים, לפי דפוסים קיימים. אך ברור כי **נוחות כזאת אינה יכולה לפטור את המשרד מן החובה לחלק את התמיכה בין התאטרונים באופן שוויוני, על יסוד בדיקה תקופתית של כל השיקולים הענייניים. זו חובת המשרד, וזו גם זכות העותר.**"

אף בענייננו – חובתם של המשיבים היא לא להפלות בין תושבי הדרום והצפון לבין תושבי המרכז. לשם הגשמת חובה זו על המשיבים לקבוע קריטריונים למימוש זכותם של המטופלים, ולאורם גם לחלק את התקציבים המופנים לתחום השיקום.

113. דברים ברורות זו נפסקו אף בבג"ץ 59/88 **צבן נ' שר האוצר**, פ"ד מב(4) 705, 706 (1989):

"התמיכה צריכה להיעשות על-פי עקרונות של סבירות ו**שוויון**... התמיכה הכספית צריכה להיעשות על פי קריטריונים ברורים, ענייניים ושווים. מבחינת הצורה, **חייבים להיקבע קריטריונים ברורים וגלויים, שעל פיהם תיעשה ההחלטה באשר לתמיכה הכספית**, תוך קביעת מנגנוני בקרה, כי הכספים משמשים את תעודתם."



114. כן יפים לענייננו דברי פרופ' ברוך-ארז, כרך ב', בעמ' 695:

”שימוש בקריטריונים באמצעי למניעת הפליה – טכניקה מקובלת להגשמתו של שוויון במערכות מינהליות היא הנהגת קריטריונים שינחו את הרשות בקבלת החלטותיה. כיום, קביעת קריטריונים היא לא פרקטיקה שכיחה, אלא אף מהווה חובה בהקשרים שבהם הרשות מופקדת על חלוקתם של משאבים ציבוריים. ההכרה בחובה זו נבעה מן ההנחה שפעולה על-פי קריטריונים צפויה לצמצם את מרחב השרירות ולהרבות בשוויון.”

115. לעניין החובה להנהיג הנחיות פנימיות בכל הנוגע להפעלתן של סמכויות ראו גם: בג"ץ 637/89 חוקה למדינת ישראל נ' שר האוצר, פ"ד מו(1) 191, 200 (1991); בג"ץ 6396/96 זקין נ' ראש-עיריית באר-שבע, פ"ד נג(3) 289, 304 (1999); בג"ץ 1163/98 שדות נ' שירות בתי הסוהר, פ"ד נה(4) 817, 849 (2001); רע"פ 3676/08 זנו נ' מדינת ישראל (27.7.2009).

116. עוד יצויין, כי הספרות המקצועית בתחום השיקום מכירה בצורך לקבוע קריטריונים ברורים להספקת שירותי שיקום רפואי. בהקשר זה נביא, למשל, מהדברים שנאמרו אצל Matire Harwood, *Rehabilitation and indigenous peoples: the Māori experience*, 32 *DSABILITY & REHABILITATION* 972, 973 (2010).

**“Common sense would suggest that appropriate health and rehabilitation outcomes should be identified prior to designing or providing services;** the desired destination determines the direction or path to take. All too often however, a health or rehabilitation service exists or is re-structured because ‘this is the way its always been done’ or ‘there must be a better, more efficient, more convenient way’. This result a focus on outputs rather than outcomes. Or the consideration of outcomes at the end of the process, creating very limited or narrow targets.”

117. הנה, ההיגיון מחייב כי ייקבעו אמות מידה לעניין הליכי השיקום הניתנים לכל מטופל. כך, לאחר קביעת ההנחיות, ניתן יהיה להחליט ביעילות ובדיוק כיצד להקצות את המשאבים הקיימים במערכת. פרסם הנחיות או נהלים בנושא **הכרחי** ליצירת שוויון ולחיזוק אמון הציבור במערכת הבריאות. בהעדר אמות מידה מתאימות אין לצפות, כי יתחולל שינוי מהותי.

### ה.3.ב. סמכות שר הבריאות להתקין תקנות

118. המשיבה 4 (לאומית) טוענת כי אין בהוראות חוק הבריאות להסמיך את השר להתקין תקנות כמבוקש בעתירה (פרק ב, סעיפים 9-21 בתגובתה המקדמית). המשיבה 5 (מאוחדת) טוענת כי יש לבצע את השינוי שמבקשים העותרים באמצעות חקיקה ראשית (סעיף 3 לתגובתה המקדמית). לדידה של המבקשת, יש לדחות טענות אלה.

119. סעיף 60(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כך:

”שר הבריאות ממונה על ביצוע חוק זה והוא רשאי להתקין תקנות בכל ענין הנוגע לביצועו.”

120. על כן, ברור כי שר הבריאות מוסמך להתקין תקנות לגבי ביצוע החוק ולא יכולה להיות מחלוקת על כך. הרי החוק עוסק במתן שירותי בריאות (ראו למשל סעיף 6 לחוק) ומכאן שהשר מוסמך להתקין תקנות לגבי מתן השירותים.

121. השר גם רשאי לקבוע הוראות לפי סעיף 29(ב) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, הקובע:

”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 ביישוב 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.”

122. המשיבה 3 (בסעיף 11 לתגובתה המקדמית), המשיבה 4 (בסעיף 13 לתגובתה המקדמית) והמשיבה 5 (בסעיף 23 לתגובתה המקדמית), טוענות כי סעיף 29 כאמור עוסק בחלוקת משאבים להקמת תשתית ולא לקביעת אמות המידה הנדרשות בעתירה. אלא שאמות המידה הנדרשות כמובן תשפעה באופן ישיר על חלוקת המשאבים להקמת התשתיות, שהרי אם יקבע למשל כי חייבת להיות מרפאת שיקום יום במרחק מסוים מכל ישוב בישראל, הרי שיהיה בהכרח צורך להקצות משאבים להקמת תשתיות ביישובים מרוחקים, שכיום אין בקרבם מרפאות יום.

123. המשיבה 4 (לאומית) טוענת (בסעיף 16 לתגובתה המקדמית) – על יסוד תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (שירות רפואי למבוטחי קופת חולים ביישובים קטנים), תשס"ח-2007 (להלן: "תקנות ישובים קטנים") – כי סעיף 29(ב) לחוק מתייחס למרפאות קטנות. מדובר בטענה מוזרה, שאין לה אחיזה בחוק או בתקנות.

124. תקנות ישובים קטנים הותקנו מכוח סעיף 29ב(ג)(2) לחוק והן מתייחסות רק לסעיף **29ב(ג)** לחוק – העוסק בישובים קטנים – ואין בהן כל אזכור לסעיף **29ב(ב)** העוסק, כאמור, בנושא אחר לחלוטין. על כן, אין לתקנות ישובים קטנים כל קשר לענייננו.

125. יתר על כן, במכתב מטעם משרד הבריאות (נספח 2 לבקשה זו) נאמר מפורשות שבמהלך 5 השנים הקרובות יתווספו 150 מיטות שיקום. מיטות השיקום הן בוודאי תשתית הכרחית למטופלים הנזקקים לשיקום. השאלה היכן למקם מיטות אלו היא בוודאי שאלה של כללים להקמת תשתיות.

126. המשיבה 3 (מכבי) טוענת כי אכן המקורות בספרות ובפסיקה מחייבים קביעת אמות מידה להקצאת משאבים (בין אם המשאבים מוקצים על ידי הרשות ובין אם על ידי גוף אחר), אלא שלטענתה העותרים מבקשים לקבוע אמות מידה שאינן עוסקות בחלוקת משאבים אלא באיכות, זמן ומרחק סבירים לשירותי השיקום (סעיפים 9-10 לתגובתה המקדמית). יש לדחות גם טענה זו.

127. ברי כי אמות המידע הנדרשות לצורך חלוקת המשאבים ייקבעו בהתאם לצורך וההבנה היכן המשאבים הללו נדרשים ומה הפרמטרים לפיהם יש לחלק את המשאבים. קביעת אמות המידה לחלוקת המשאבים חייבת לקחת בחשבון את הפרמטרים שהוזכרו בעתירה – איכות וזמינות השירות. הרי לא ניתן לקבוע כיצד לחלק את המשאבים מבלי לקבוע מה הרף הנדרש, אליו שואפים להגיע, מבחינת איכות וזמינות הטיפולים. כך שלמעשה איכות וזמינות שירותי השיקום הרפואי יכריעו את חלוקת המשאבים בנושא. על כן, למעשה קביעת אמות מידה לשירות וקביעת אמות מידה לחלוקת משאבים הינם בבחינת היינו הך – הם למעשה נגזרת האחד של האחר.

128. המשיבה 4 (לאומית) טוענת כי שר הבריאות אינו **חייב** להתקין תקנות וכי החוק משתמש במונח **"רשאי"**. אף טענה זו דינה להידחות. גם בעניין **קו לעובד** הסתמכה העותרת על סעיף בחוק הבריאות המשתמש בלשון **"רשאי"**. נקבע שם, בפס' 38 לפסק דינה של כבוד השופטת ע' ארבל, כי:

"הסעיף משתמש בלשון 'רשאי', דהיינו מעניק לשר הבריאות סמכות שברשות להתקין תקנות. עם זאת, נפסק כי 'סמכות הרשות הופכת לסמכות שבחובה כאשר הנסיבות העובדתיות הן כאלה שערכי היסוד של השיטה התוקנית והמשפטית שלנו הופכים את אי-הפעלתה של הסמכות לבלתי סבירה, באופן היורד לשורשו של ענייני.<sup>5</sup>"

129. כך גם בענייננו, חוסר השוויון המהותי והאפליה בה נתקלים המטופלים מהפריפריה הופכים את אי-הפעלתה של סמכות שר הבריאות לבלתי סבירה באופן היורד לשורשו של העניין, ומחייבים קביעת אמות מידה כמבוקש בעתירה.

<sup>5</sup> בהקשר זה ראו גם: בג"ץ 3094/03 התנועה למען איכות השלטון בישראל נ' ממשלת ישראל, פ"ד מז(5) 404, 421 (1993); בג"ץ 1067/08 עמותת "נוער כהלכה" נ' משרד החינוך, פס' 25 לפסק דינו של כבוד השופט א' לוי (6.8.2009); בג"ץ 2344/98 מכבי שירותי בריאות נ' שר האוצר, פ"ד נד(5) 729, 759 (2000); בג"ץ 3872/93 מיטראל בע"מ נ' ראש הממשלה ושר הדתות, פ"ד מז(5) 485, 496 (1993).

130. שר הבריאות עצמו, המשיב 1, אינו מכחיש את האפשרות לקביעת אמות המידה הנדרשות בעתירה וקובע במפורש, כי מדובר בערוץ פעולה אפשרי לקידום הנושא ויש לבחון ערוץ זה (סעיף 2 להודעת העדכון מטעם המשיב 1).

131. במצב זה, כאשר משרד הבריאות צפוי ככל הנראה להשקיע משאבים בעתיד בתחום השיקום, יהיה זה נכון לקבוע אמות מידה לשירותי השיקום, אשר יאפשרו לקבל החלטות מושכלות יותר כיצד והיכן יש להשקיע בתחום זה.

132. ואולם, בסופו של דבר הוכרע להקים ועדה שתבחן "אפשרות" קביעת קריטריונים, שעה שתושבי הפריפריה נאלצים להיטלטל מבתיהם בדרומה ובצפונה של הארץ או לוותר על שירותי שיקום, תוך פגיעה קשה ומוחשית בחייהם ובבריאותם.

133. לאותם תושבים אין את הזמן להמתין עד שהוועדה החדשה תתכבד ותתכנס ותעשה את המובן מאליו – קרי, תקבע קריטריונים. על כן ישנה חשיבות מרבית להתערבותו של בית משפט נכבד זה, ולכל הפחות, בהבהרה של חובת המשיב 1 לקבוע את הקריטריונים ובחובתם של יתר המשיבים לציית לקריטריונים אלה ולפעול להגשמתם. כל זאת, לשם הגשמת עקרון השוויון והגנה על חייהם ובריאותם של תושבי הפריפריה בישראל.

#### ו. סיכום

134. העתירה דנא מעוררת שאלות עקרוניות באשר לאופייה והיקפה של הזכות לבריאות בכלל ובתחום השיקום בפרט, כמו גם באשר לחובות שמוטלות על משרד הבריאות ולשקול שיקולים שעניינם בבריאות הציבור וחלוקת תקציבים לצורך שמירת השוויון.

135. המבקשת מצטרפת לעמדת העותרים בסוגיות שעל הפרק, הן מהטעמים שפורטו במסגרת העתירה והן מטעמים הנוספים שפורטו לעיל.

136. אשר על כן, מתבקש בית המשפט הנכבד לאשר את צירופה של הר"י להליך כ"ידיד בית המשפט", ולאפשר לשטוח את טיעוניה בפני בית משפט נכבד זה.

  
מיכאל פטרמן, עו"ד

  
אלון שפירא בר-אור, עו"ד  
באי כוח המבקשת

  
צביקה מצקין, עו"ד

היום, 20 בנובמבר 2017.

## טבלת נספחים

מספר	תואר הנספח
נספח	
1	מכתבו של ד"ר טרנר מיום 21.12.2016
2	מכתבה של ד"ר ורד עזרא, ראש מנהל הרפואה, מיום 24.1.2017

# נספח 1

מכתבו של ד"ר טרגר מיום 21.12.2016

# האיגוד הישראלי לרפואה פיזיקלית ושיקום

ההסתדרות הרפואית בישראל



## The Israel Association of Physical Medicine & Rehabilitation

21 דצמבר 2016  
כ"א בכסלו תשע"ז

לכבוד  
מר משה בר סימן טוב  
מנכ"ל משרד הבריאות  
ירושלים

שלום רב,

### הנדון: מצב רפואת השיקום בישראל

אני פונה אליך בדאגה באשר למצב רפואת השיקום בישראל.

לפני מספר שנים הכריז ארגון הבריאות העולמי (WHO) על המאה הנוכחית כמאה שבה האסטרטגיה הרפואית המובילה היא אסטרטגיית השיקום. לצערנו, בישראל הדבר רחוק מלהיות כך.

הרפואה השיקומית בישראל מבחינת ידע וניסיון רפואיים היא בין הטובות והמפותחות בעולם. לעומת זאת, המערכת השיקומית בארץ היא בין הגרועות בעולם המערבי. פריסת מיטות האשפוז היא בתת-תקינה חריגה, אין הגדרות ברורות של שירותי השיקום המגיעים לכל מטופל, המטופלים מועברים לקבלת "טיפול שיקומי" למקומות שלא יודעים לתת טיפול שיקומי, ללא רופא שיקום וללא פיקוח יעיל של משרד הבריאות. במקום לפתח את התחום חיפשו "חלופות" לא מקצועיות, בין היתר משום שאין תקנים לרופאי שיקום – מתמחים ומומחים כאחד.

גם במקומות בהם יש שיקום מדובר בדרך כלל בשיקום כללי, וזאת למרות שהתחום הוא רחב הרבה. כך למשל, כלל אין בארץ שיקום אונקולוגי ומטופלים אונקולוגים נשלחים לשיקום כללי, אם בכלל. כמו כן, אין מספיק רופאי שיקום בקהילה ואין מספיק יחידות שיקום בקופות החולים.

נדגיש כי הבעיה אקוטית הרבה יותר בפריפריה. כיום ישנן 20 מיטות שיקום בדרום, ולכן מתקבלים לטיפול רק המקרים הקשים ביותר. גם בצפון אין מספיק מיטות שיקום ומטופלים נאלצים להיגרר למרכז. ישנו פער קיצוני בין המרכז לפריפריה, אך גם במרכז המצב בכי רע בהשוואה למערכות בריאות אחרות בעולם המערבי.

חשוב להבהיר שאין המדובר רק בבעיית תקנים. אנו עדים לחוסר הבנה והיכרות עם החשיבות של רפואה שיקומית. החינוך הרפואי של רופאי שיקום שונה מהרפואה הכללית, וכך גם ההסתכלות על צרכיו של המטופל. נקודת המוצא של הרפואה השיקומית היא שאין די בטיפול בבעיה הרפואית העיקרית, אלא נדרש לתת למטופל מענה רפואי הוליסטי כדי לאפשר חזרה לחיים פעילים ועצמאים באיכות אופטימלית. תוכנית שיקומית חייבת להיות חלק בלתי נפרד בטיפול רפואי כוללני.

כתובת: בי"ח לוינשטיין, ת.ד. 3 רעננה 43100. טל. 09-7709937, פקס. 09-7709183  
Address: Loewenstein Hospital, POB 3, Ra'anana 43100.  
Tel.: 972-9-7709937. Fax.: 972-9-7709183. E-mail: hannya@clalit.org.il

# האיגוד הישראלי לרפואה פיזיקלית ושיקום

ההסתדרות הרפואית בישראל



## The Israel Association of Physical Medicine & Rehabilitation

**במצב הקיים מטופלים רבים פשוט לא מקבלים שיקום, בעיקר כשמדובר באוכלוסייה חלשה שאיננה יכולה להגיע למרכזי שיקום קיימים במרכז. המטופלים שנזקקים לשיקום שקופים בפני המערכת. קשה להעריך את הנזק הנגרם לאותם מטופלים שלא מקבלים שירותי שיקום.**

לצד כל אלה ולמרות חומרת המצב, תפקיד ראש אגף שיקום במשרד הבריאות איננו מאויש כיום. לפני מספר שנים, בעקבות לחץ מתמשך של אנשי מקצוע בתחום, הוקם אגף זה. המכרז שפורסם למשרת ראש האגף לא הגיע לידיעת כלל רופאי השיקום בזמן. לבסוף, הרופא שאייש את המשרה וכן סגנו לא היו רופאים מומחים בשיקום ולאחרונה הם עזבו את תפקידם משום שחשו היעדר יכולת לקדם את התחום ללא תקציב ומשאבים. כיום שורר חוסר בהירות באשר לעתיד האגף במשרד, דבר אשר מסיג אותנו לאחור באופן משמעותי.

אנו סבורים כי על משרד הבריאות לעשות שינוי דרסטי ביחסו לרפואת השיקום ולמערכת השיקומית בישראל. בטווח הקצר, יש לפרסם שוב מכרז לאיוש תפקיד ראש האגף ותפקיד סגן ראש האגף כך שיאוישו על-ידי רופאים המומחים בשיקום. רק רופא מומחה בשיקום יוכל להתוות מדיניות רפואית נכונה ולהוציא לפועל תוכניות בתחום.

**בטווח הארוך, יש לגבש תוכנית לאומית לפיתוח שירותי שיקום איכותיים ונגישים למטופלים בכלל המדינה. תוכנית זו חייבת להיבנות תוך זמן קצר בשיתוף אנשי מקצוע ועליה להיות מגובה בתקציב הולם כדי להגיע לכל מטופל הזקוק לנו.**

אבקש להיפגש עימך בהקדם כדי להציג לך בפירוט את צרכי המערכת ולקיים שיח מקצועי אודות התוכנית הנדרשת.

ד"ר יולי טרגר, יו"ר

האיגוד לרפואה פיזיקלית ושיקום  
ההסתדרות הרפואית בישראל

### העתק

פרופ' ליאוניד אידלמן, יו"ר הר"י  
עו"ד לאה ופנר, מזכ"ל הר"י  
חברי ועד האיגוד

כתובת: בי"ח לוינשטיין, ת.ד. 3 רעננה 43100. טל. 09-7709937, פקס. 09-7709183  
Address: Loewenstein Hospital, POB 3, Ra'anana 43100.  
Tel.: 972-9-7709937. Fax.: 972-9-7709183. E-mail: hannya@clalit.org.il



# נספח 2

מכתבה של ד"ר ורד עזרא, ראש מנהל הרפואה,  
מיום 24.1.2017



כ"ו בטבת, התשע"ז  
24 ינואר 2017  
אסמכתא: 12209589617  
(במענה נא ציינו אסמכתא)

לכבוד:  
ד"ר יולי טרגר  
יו"ר האיגוד לרפואה פיזיקלית ושיקום  
ההסתדרות הרפואית בישראל

שלום רב,

**הנדון: פעילות השיקום המובלת ע"י משרד הבריאות**

תודה על מכתבך מתאריך 21 דצמבר 2016, כ"א בכסלו תשע"ז בנושא מצב רפואת השיקום במדינת ישראל.  
משרד הבריאות, בהובלת אגף השיקום מבצע כיום מהלכים לפיתוח מערכות השיקום בארץ וזאת תוך שילוב כוח אדם מקצועי מתחומי ומקצועות השיקום השונים. המהלכים כוללים בחינת וכתביבת סטנדרטים למתן טיפול שיקומי, ולהפעלת שירותי השיקום השונים באשפוז ובקהילה.  
אגף השיקום במשרד הבריאות, קם לפני פחות משנתיים ועובר כיום שינויים מבניים ומנהלתיים שבסופם ינהל את האגף רופא שיקום. האגף יוביל לבניית תכנית כוללנית לפיתוח שירותי שיקום איכותיים ונגישים בשיתוף אנשי המקצוע גם מהאיגוד לרפואה פיזיקלית ושיקום בהר"י והמועצה הלאומית לשיקום.  
בנוסף, מתקיימים במשרד תהליכי חשיבה של פריסה נכונה ומתאימה לצרכי האוכלוסייה של 150 מיטות שיקום (באשפוז ושיקום יום) שיופעלו במהלך 5 השנים

Director of Medical Affairs  
Ministry of Health  
39 Jeremiah street  
P.O.B 1176 Jerusalem 9101002  
[mminhal@moh.health.gov.il](mailto:mminhal@moh.health.gov.il)  
Tel: 02-5080731 Fax: 02-5655955

מינהל הרפואה  
משרד הבריאות  
רחוב ירמיהו 39  
ת.ד. 1176 ירושלים 9101002  
[mminhal@moh.health.gov](mailto:mminhal@moh.health.gov)  
טל: 02-5080731 פקס: 02-5655955



מינהל הרפואה  
Medical Administration

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

הקרובות, וקביעת סטנדרט המרחק המרבי ממקום המגורים למקום הטיפול וזאת באמצעות צוות מקצועי שהוקם בהוראת מנכ"ל בהובלתה של ראש מנהל רפואה וכולל גם רופא שיקומי כיועץ.  
נשמח, אם תצטרף בבוא הזמן לצוות שיוביל את השינוי.

בברכה,  
ד"ר נרד אגרא  
ראש מינהל הרפואה

Director of Medical Affairs  
Ministry of Health  
39 Jeremiah street  
P.O.B 1176 Jerusalem 9101002  
[mminhal@moh.health.gov.il](mailto:mminhal@moh.health.gov.il)  
Tel: 02-5080731 Fax: 02-5655955

מינהל הרפואה  
משרד הבריאות  
רחוב ירמיהו 39  
ת.ד. 1176 ירושלים 9101002  
[mminhal@moh.health.gov](mailto:mminhal@moh.health.gov)  
טל: 02-5080731 פקס: 02-5655955