

רופאים לזכויות אדם - ישראל (ע"ר)  
أطباء لحقوق الإنسان - إسرائيل  
Physicians For Human Rights - Israel



## **צדק, שוויון ועזרה הדדית אתגרים במערכת הבריאות הציבורית בישראל**

יוני 2007

מ ר כ ז  
א ד ו ה  
A D V A  
C E N T E R

INFORMATION ON EQUALITY AND SOCIAL JUSTICE IN ISRAEL  
מידע על שוויון וצדק חברתי בישראל  
מרכז «אדפא» - מידע על השוויון והצדקה החברתית בישראל

# **צדקה, שוויון ועזרה הדדית**

## **אתגרים במערכת הבריאות הציבורית בישראל**

י'ני 2007

**כתיבה ותחקיר:** שלומית אבני

**תחקיר בנושא נגישות למידע:** יעל לוי

**ניתוח סטטיסטי של הפניות:** פאני פיסחוב, אתי קונור-אטיאס ויעל חסון - מרכז אדוה.

**עריכה לשונית:** ערן צימרמן

**צילום:** קובי וולף

**עיצוב:** דוד מוסקוביץ

**דפוס:** דפוס שמש

**תודה מיוחדת לד"ר דני פילק על הייעוץ המקצועי, הליווי והתמיכה בפרויקט. דו"ח זה מסכם ארבע שנים וחצי של עבודה משותפת ופורייה של עמותת רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה. בהזדמנות זו ברצוני להודות לברברה סבירסקי על תרומתה הייחודית בעיצוב עבודה זו ובליוויה.**

עבודת פרויקט "זכויות בריאות" של תושבי ישראל, המופעל במשותף על ידי עמותת רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה, מתאפשרת הודות לתמיכתן של הקרנות הבאות:

**The Delegation of the European Commission to the State of Israel, Keren Matan - Your Way to Give (Israel), Healing Across the Divides (USA), Richard and Rhoda Goldman Fund and The Gimprich Foundation.**

**This document has been produced with the financial assistance of the European Union. The contents of this document are the sole responsibility of Physicians for Human Rights-Israel and Adva Center and can under no circumstances be regarded as reflecting the position of the European Union.**

**תודות:** רותם אבגר, יעל לוי, אוריאל סידור ומעין פדן - שבחרו לעשות שירות אזרחי כרכזי פניות, במהלך שנות פעילותו של הפרויקט; וכן לד"ר זאב וינר על הייעוץ והתמיכה.

**"...מצאנו שחברי הבורגנות (המונח המשמש באירופה לצורך התייחסות לבעלי התאגידים ולמנהליהם) חיים בממוצע שנתיים יותר מאנשי הבורגנות הזעירה (מונח המשמש לצורך התייחסות למעמד הבינוני-עליון), שחיים שנתיים יותר מאנשי המעמד הבינוני, שחיים שנתיים יותר מן הפועלים המקצועיים, שחיים שנתיים יותר מן הפועלים הבלתי-מקצועיים, שחיים שנתיים יותר מן הפועלים הבלתי-מקצועיים השרויים באבטלה ממושכת. ההבדל בין שני הקטבים- השכבה התאגידית ושכבת המובטלים הכרוניים- עומד על עשר שנים. באיחוד האירופי ההבדל עומד על 7 שנים, ואילו בארצות הברית הוא עומד על 14 שנה..."**

(בהתייחס לספרד)

---

מתוך:<sup>1</sup> Inequalities Are Unhealthy/ by Vicente Navarro

---

## ומה בישראל?

### פתיחה

במהלך כתיבת דו"ח זה, התקבלו כמה החלטות הרות גורל עבור מערכת הבריאות הציבורית בישראל: התפרסם כי ה"אגודה לבריאות הציבור" תספק את שירותי הבריאות לתלמיד בבתי הספר, הורחבו הביטוחים המשלימים של קופות החולים כללית ומכבי, משרד הבריאות אישר לקופת חולים כללית להקים בית חולים פרטי ועוד.

צעדים אלו, שזכו לביקורת ציבורית, מהווים חלק מהליך **מתמשך** המשקף נסיגה באחריות של המדינה למערכת הבריאות הציבורית. תשלומי השתתפות עצמית על תרופות וטיפולים, ניסיונות להקים קופות חולים למטרות רווח, הכוונה לתאגד את בתי החולים, צמצום בהגדרת מי הנו "תושב" (וכתוצאה מכך מי זכאי לביטוח בריאות ממלכתי) ועוד – כולם חלק ממגמה המתמשכת מזה שנים רבות, מגמה הפוגעת במאפייני האוניברסאליים והשוויוניים של מערכת הבריאות בישראל.

"כשהיה שר הבריאות בממשלת שמיר, אמר אהוד אולמרט, שאין הבדל בין בריאות לבין תחבורה: יש אנשים שנוסעים בתחבורה ציבורית (מערכת הבריאות הציבורית), יש שנוסעים במכונית משפחתית (הביטוחים המשלימים, נניח) ויש שנוסעים בוולבו (הרפואה הפרטית)".<sup>2</sup>

פערים במצב הבריאות של תושבים שונים היו קיימים עוד קודם שנחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994, כמה שנים לאחר אמירתו זו של אולמרט. חרף הישגיו הרבים של החוק והצלחתו בצמצום חלק מהפערים, פערים בבריאות ממשיכים להתקיים ואף להעמיק. חלק ניכר מפערים אלו נובע מפערים חברתיים רחבים יותר בהכנסה, תעסוקה והשכלה, אך חלק מההבדלים נובעים מחקיקה ותקנות שונות אשר פגעו בנגישות לבריאות של תושבים שונים, באופן ארגון מערכת הבריאות וכדומה. פערים אלו לא רק שאינם מוסריים אלא הם אף מחוסרי הגיון רפואי וכלכלי.

דו"ח זה ינסה לתאר תמונת מצב של הזכות לבריאות בישראל באמצעות עוגנה המרכזי של הזכות בישראל – חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הדו"ח יתאר את הישגיו של החוק וכן מדוע אינו מהווה מסגרת מספקת להגשמתה המלאה של הזכות לבריאות בישראל.

2 מצוטט אצל: פילק, ד. "כסף יש? לבריאות. להפרטת שירותי הבריאות אין הגיון רפואי, כלכלי או מוסרי. תראו מה קורה באמריקה". פורסם ב-YNET דעות ב-22 באפריל 2007.

## תקציר

פרויקט "זכויות בריאות" פועל מאז שנת 2002 לקידום הנגישות והשוויון בשירותי הבריאות בישראל. בין השנים 2002-2006 הופעל הפרויקט במשותף על ידי עמותת רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה. דו"ח זה מציג את תמונת המצב של הזכות לבריאות בישראל, באמצעות ניתוח הישגיו וכישלונותיו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי וכן מתוך ניסיונו של הפרויקט. החזון העומד בבסיס פעילות הפרויקט הוא כי בריאות חיונית לכל אדם, כדי להישמר ממחלה וממוות וכדי להבטיח לאדם הזדמנות למלא את הפוטנציאל הגלום בו בקרב המשפחה, החברה ומעגל העבודה. אנו מאמינים כי לכל אדם הזכות לבריאות, וכי חובתה של המדינה ליישם זכות זו. מכיוון שהזכות לבריאות ניזונה מגורמים נוספים, הפרויקט שואף לקדם תפיסה רחבה של הזכות לבריאות: לטעמנו, חובתה של המדינה אינה מסתכמת בהספקת שירותים רפואיים, אלא חייבת לכלול גם דאגה ל"תנאים הכרחיים" לבריאות, כגון מים נקיים וראויים לשתייה, מזון בסיסי, דיור וכדומה. כן רואה הפרויקט את הצורך בצמצום פערים חברתיים-כלכליים (בהכנסה, השכלה ותעסוקה) כגורם עיקרי ומשפיע על בריאות, שיש לשכלל לתוך החזון הכולל של בריאות בישראל.

**בפרק "על הזכות לבריאות"** מתאר הדו"ח את ההיבטים המרכזיים את הזכות לבריאות והמשפיעים עליה. בהמשך מתאר הדו"ח כיצד הזכות לבריאות מעוגנת במשפט הבינלאומי ובחוק הישראלי.

**בפרק "חוק ביטוח בריאות ממלכתי: מסגרת בלתי-מספקת להגשמת הזכות לבריאות"** מתאר הדו"ח בעיות מובנות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי המשליכות על נגישותם של אוכלוסיות שונות לשירותים רפואיים:

- החוק אינו נותן מענה לקיומם של פערים גדולים במצב הבריאות בין תושבים ולפערים בפרישת השירותים בין יישובים שונים;
- החוק לא פתר את בעיית המימון של מערכת הבריאות. הביטוי העיקרי לכך הוא שחלק גדול מנטל מימון המערכת נופל על כתפיו של הציבור;
- הזכאות לשירותי בריאות במסגרת החוק אינה חלה על אוכלוסיות רחבות החיות בתחומי ישראל;
- פרט לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מספר חוקים נוספים מקנים זכאות לשירותים רפואיים, מה שמוביל לזכאויות שונות ולפערים באיכות ובזמינות של השירותים העומדים בפני תושבים שונים;
- חסר מנגנון עדכון קבוע לסל שירותי הבריאות;
- מספר שירותי בריאות חיוניים אינם כלולים בחוק.

**בפרק "המדינה נסוגה מחובתה למערכת בריאות ציבורית"** מתאר הדו"ח תיקונים שנעשו בחוק ואת השפעותיהם על מימדים נוספים של שוויון ונגישות.

**בפרק על פרויקט "זכויות בריאות"**, מתאר הדו"ח את פעילותו של הפרויקט המשותף לרופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה. כן מובא ניתוח סטטיסטי של הפניות פרטניות בהם טיפלו נציגי הפרויקט.

בהמשך, מתאר הפרק **"דוגמאות להפרות של הזכות לבריאות"** ארבע סוגיות בהן עסק הפרויקט- באמצעות סנגור פרטני ובפעילות ציבורית: סל שירותי השיקום של נכים "כללים" ואפלייתם ביחס לנכים מ"קטגוריות" שונות, תשלומי ההשתתפות הפוגעים בנגישות לשירותים רפואיים של אוכלוסיה הולכת וגדלה, חסרי מעמד אזרחי אשר נמנעים מהם שירותי בריאות חיוניים וזכויות סוציאליות בסיסיות, ובעיות בנגישות למידע ובזמינותה של נציבות קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי למבוטחים.

**בסוף הדו"ח מובא סיכום וכן מובאות המלצות לשינוי מדיניות. ההמלצות לשינוי מדיניות משלבות את ההקשרים הכלכליים-חברתיים המשפיעים על מימוש הזכות לבריאות, שכן לטעמנו, דרושה לחברה בישראל תפיסה רחבה של זכויות אדם, אם ברצונה להביא להגשמתה המלאה והשוויונית של הזכות לבריאות בישראל.**

## תוכן העניינים

8	על הזכות לבריאות
8	הקדמה
9	עיונים בינלאומיים של הזכות לבריאות
11	עיונים מקומיים של הזכות לבריאות
14	חוק ביטוח בריאות ממלכתי: מסגרת בלתי-מספקת להגשמת הזכות לבריאות
14	החוק לא צלח בצמצום אי-השוויון בבריאות
19	החוק לא פתר את בעיית המימון של מערכת הבריאות
21	אוכלוסיות רחבות אינן זכאיות להיות מבוטחות במסגרת החוק
23	חוקים שונים - זכויות שונות
23	חסר מנגנון הקצאה ועדכון קבוע לסל שירותי הבריאות
24	מספר שירותים חיוניים אינם כלולים בסל שירותי הבריאות או שאינם מתוקצבים כראוי
26	המדינה נסוגה מחובתה למערכת בריאות ציבורית
26	התיקונים לחוק והשלכותיהם
30	תהליכי הפרטה של מערכת הבריאות הציבורית
32	פרויקט "זכויות בריאות" - עמותת רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה
33	ניתוח סטטיסטי של פניות פרטניות לפרויקט
41	דוגמאות להפרות של הזכות לבריאות
41	סל שירותי הבריאות אינו מתעדכן כראוי
46	מחסומים בנגישות למידע
49	תשלומי השתתפות מהווים חסם בנגישות לשירותים רפואיים
53	חסרי מעמד אזרחים אינם מבוטחים במסגרת החוק
60	סיכום
62	מצע בריאות: המלצות למערכת הבריאות בישראל
64	על זכויות אדם, צדק חברתי ואתיקה רפואית

## על הזכות לבריאות

### הקדמה

לכל אדם, ללא קשר למינו, לאומו, גילו, מעמדו האזרחי, יש זכות לבריאות. הזכות לבריאות עוגנה באמנות בינלאומיות עליהן חתומה מדינת ישראל וכן באמצעות חוקים מקומיים. על פי אלו, חובתה של המדינה לדאוג לכך שלכל אדם החי בתחומה יהיו נגישות לטיפול רפואי, וכן "תנאים הכרחיים" אחרים המשפיעים על בריאותו: מים נקיים ורפואיים לשתיה, מזון במידה מספקת, רשת בטחון סוציאלית, תשתיות, סביבת עבודה בטוחה, תברואה ועוד.

בישראל מהווה חוק ביטוח בריאות ממלכתי עוגן מרכזי של הזכות לבריאות. יחד עם חוק זכויות החולה, מהווים שני החוקים בסיס טוב להבטחת הזכות לבריאות ולעיגונה של מערכת בריאות ציבורית אוניברסאלית ושוויונית.

אך בסיס זה אינו מספק: החוק אמנם מבטיח סל שירותים רפואיים מקיף לכלל תושבי המדינה (סייג לעניין ראו בפרק "חוק ביטוח בריאות ממלכתי: מסגרת בלתי-מספקת להגשמת הזכות לבריאות"), אך גם שירותים הנכללים בחוק אינם זמינים ונגישים באופן שווה לכלל האוכלוסייה המבוטחת תחתיו. פערים אלה בפרישת שירותים ובנגישות לשירותים וכן פערים במצב הבריאות (תוחלת חיים, תחלואה, תמותת תינוקות וכדומה), שהיו קיימים עוד קודם לחוק בין קבוצות שונות של תושבים, לא הצטמצמו מאז חקיקתו. הפערים אף העמיקו בשנים האחרונות, בעיקר בשל השחיקה במימון הציבורי של שירותי הבריאות.

אחד מהעקרונות המנחים בהבטחת הזכות לבריאות הנו שוויון בזמינות, בנגישות ובאיכות של השירותים הרפואיים ושל "התנאים הכרחיים" שמספקת המדינה לתושביה. אך גם אם תצליח המדינה בצמצום הפערים בנגישות לשירותים רפואיים וכן ל"תנאים הכרחיים", לא ניתן יהיה להבטיח כי יתקיים שוויון במצב הבריאות בין התושבים השונים. שכן, פערים במצב הבריאות קשורים בין השאר, בגורמים חברתיים, סביבתיים ומדיניים רחבים יותר כגון הכנסה, השכלה ותעסוקה, המשפיעים אף הם על בריאות.

הגשמה מלאה של הזכות לבריאות מחייבת, אם כן, התייחסות לשאלות רחבות של צדק חברתי: הספקת שירותי בריאות ללא התייחסות לעוני יחסי, לפערים ברמת הכנסה, ההשכלה והתעסוקה, הקיימים בחברה הישראלית, לא תוביל לצמצום פערי אי-שוויון בבריאות.

על כן, אם המדינה אכן שואפת למימושה המלא של הזכות לבריאות, עליה לא רק לפעול להבטחת נגישות זמינות ואיכות שווה של שירותים רפואיים לכל תושביה ולהבטחת "תנאים הכרחיים" שווים לכל.



עליה גם לפעול לצמצום אי שוויון שמקורו במבנים חברתיים ומדיניים. כן על המדינה לתת את הדעת לשאלות הקשורות במדיניות ההגירה המותירה אוכלוסיות רחבות החיות בתחומה ללא ביטוח בריאות ממלכתי.

### עיגונים בינלאומיים של הזכות לבריאות<sup>3</sup>

ההכרזה לכל באי העולם בדבר זכויות האדם משנת 1948 הציבה את הבריאות כזכות בסיסית העומדת בפני כל בן-אדם. בהכרזה נכתב כי "כל אדם זכאי לרמת חיים נאותה, לבריאותם ולרווחתם שלו ושל בני ביתו. לרבות מזון, לבוש, שיכון, טיפול רפואי, שירותים סוציאליים כדרוש, לזכות לביטחון במקרה של אבטלה, מחלה, אי-כשירות לעבודה, התאלמנות, זקנה או מחסור אחר בניסיונות שאינן תלויות בו".

בשנת 1992 אשררה מדינת ישראל את האמנה הבינלאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות (להלן 'האמנה'). סעיף 12 באמנה קובע כי "מדינות שהנן צד באמנה זו מכירות בזכות הכול ליהנות מרמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה". בשנת 2000 הרחיבה ועדת האו"ם לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות את סעיף 12 לכדי "הערה כללית 14". על פי הערה זו:

#### 1. הזכות לבריאות אינה מוגבלת לטיפול רפואי גרידא אלא כוללת מכלול של גורמים חברתיים

וכלכליים המשפיעים על בריאות - מזון, מים נקיים וראויים לשתיה, סביבה בריאה, דיור, ועוד.

2. הגשמתה של הזכות לבריאות תלויה בארבעה עקרונות הקשורים האחד בשני זמינות, נגישות, קבילות (תאימות) ואיכות. חובת המדינה ליישם תלויה במשאבים העומדים לרשותה:

**זמינות** מתייחסת לקיומם של מתקנים, מוצרים, שירותים ותוכניות, בכמות ובאיכות מספקות. האמנה מציינת כי מספר 'גורמי בסיס' כגון מים נקיים וראויים לשתיה ותנאים תברואתיים מספקים (בתי חולים, מרפאות, צוות רפואי מיומן ומקצועי), יינתנו על ידי המדינה, ללא קשר למצב התפתחותה ומגבלות התקציב שלה.

**נגישות** מתייחסת לקיומם של מתקנים, מוצרים ושירותים בני-השגה לכל. לנגישות ארבעה אלמנטים תואמים:

היעדר אפליה המתבטא במתן שירותים ומוצרים באופן בלתי-מפלה לכל, ובעיקר לקבוצות פגיעות וקבוצות מודרות בחברה;

נגישות פיזית מתייחסת לקיומם של מתקנים, מוצרים ושירותים במרחק סביר ובטוח לכלל האוכלוסייה ובעיקר לקבוצות פגיעות כגון מיעוטים, נשים, ילדים, קשישים, בעלי מוגבלות, חולי אידס ועוד. כמו כן,

3 פרק זה מתבסס על האמנה לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות וכן על פרסומים שונים של רופאים לזכויות אדם.

נגישות פיזית משמעה גם קיומן של דרכי הגעה למתקנים (כבישים, תחבורה) וגישה מתאימה למתקנים לאנשים עם מוגבלויות;

נגישות כלכלית מתייחסת לכך כי כלל השירותים צריכים להיות נגישים מבחינת עלותם לכלל האוכלוסייה. התשלום עבור שירותי בריאות צריך להיות על בסיס שוויוני והמדינה אחראית לכך, בין אם השירות ניתן על ידי גורם ציבורי ובין אם הוא ניתן על ידי גורם פרטי. עקרון השוויון כפי שהוא בא לידי ביטוי תחת נגישות כלכלית, מחייב לא רק דאגה, שעיקרה לקבוצות מעוטות הזדמנות, אלא דאגה לכך שגביית התשלום על שירותים רפואיים לא תכביד, באופן שאינו מאוזן, על משקי הבית העניים בהשוואה לאלו העשירים;

לבסוף נגישות למידע מתייחסת מחד לזכות לחפש, לקבל ולהעניק מידע ורעיונות הנוגעים לבריאות, תוך שמירה מאידך, על הזכות לפרטיות וסודיות רפואית.

**קבילות (תאימות)** משמעה מתן כבוד לעקרונות של אתיקה רפואית, להבדלים תרבותיים, למיעוטים ולקהילות שונות תוך אימוץ רגישות למגדר ולמעגלי החיים השונים.

**באיכות** מדגישה האמנה לא רק את הצורך בכך שהשירותים יהיו מותאמים תרבותית, אלא גם בכך שיינתנו ברמה מדעית ורפואית מספקת (ובכלל זאת באמצעות כוח אדם מקצועי ותוך אספקתו של ציוד רפואי, תרופות, מים, תנאים סניטאריים ועוד).

3. **יישומה של הזכות לבריאות יעשה על ידי המדינה באופן הדרגתי** ("יישום פרוגרסיבי"), שכן האמנה מכירה במגבלות התקציביות של המדינה. יחד עם זאת, מטילה האמנה על המדינה חובות מיידיות ובלתי-תלויות בגורמים אחרים: היעדר אפליה ואיסור על נקיטת צעדים שיגרמו לנסיגה במצב הקיים, אלא אם כן אלו הוצדקו על ידי המדינה אל מול תחלופות אחרות ולאחר שימוש במשאביה המרביים של המדינה. נסיגה במצב הקיים, אסור שתכגע באופן לא מאוזן באוכלוסייה אחת על פני אחרת.

4. **על המדינה להגשים את הזכות לבריאות בשלוש רמות נפרדות:** "לכבד, להגן ולממש": החובה לכבד משמעותה לא לנקוט בפעולות ישירות או עקיפות הפוגעות בזכות; החובה להגן משמעה הענקת הגנה מפני צד שלישי; והחובה לממש מציינת את מחויבות המדינה לנקיטת צעדים פעילים למען הבטחתה של הזכות לבריאות, באמצעות חקיקה, תקצוב, יצירת מערכת שיפוטית ודאגה לכלים אחרים שיעדם מימוש מלא של הזכות לבריאות.

חובות נוספות שעל המדינה לקיים על פי האמנה הן:

לדאוג לנגישות שווה לשירותי בריאות הניתנים על ידי גורם שאינו המדינה;

לדאוג לכך שהפרטה של שירותי הבריאות לא תאיים על הזמינות, הנגישות, הקבילות והאיכות של השירותים;

להימנע מצנזורה או מניעתו של מידע קשור בבריאות מהציבור;  
לשים דגש על השתתפותו של הציבור בהחלטות הקשורות לבריאות;  
כמו כן, מודגשת חובתה של המדינה ליצירת ערכאות ערעור נגישות לקהל שזכותו לשירותי בריאות  
נפגעה, ברמה המקומית, באמצעות ערכאות משפטיות ו/או לא-משפטיות.

### עיונים מקומיים של הזכות לבריאות

בישראל ניתנו שירותי הבריאות, עד לתחילת המאה העשרים, לרוב על ידי מוסדות צדקה וארגוני צדקה. בתחילת המאה העשרים, החלה מעורבות של ארגוני פועלים בהספקת שירותים רפואיים לחבריהם. ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל פיתחה עוד בשנות ה-20 רשת של מרפאות קהילתיות, ובאמצע שנות השלושים הוקמו קופות חולים נוספות. במקביל, הקימה קופת חולים כללית מספר רב של בתי חולים והחל משנות ה-50 וה-60, הקימה הממשלה בתי חולים נוספים.<sup>4</sup> בין השנים 1955 ל-1990 פעלו 14 ועדות חקירה הסתדרותיות וממלכתיות שעניינן מערכת הבריאות בישראל; כולן המליצו על חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.<sup>5</sup> לבסוף, החליטה מדינת ישראל לעגן את הזכות לבריאות בחוק המקומי.

בשנת 1995 נכנס לתוקפו **חוק "ביטוח בריאות ממלכתי"** אשר קבע את זכויותיו של הפרט לשירותי בריאות ואת חובתה של המדינה לממן שירותים אלו. עקרונות החוק הנהגת "צדק, שוויון ועזרה הדדית" בשירותי הבריאות, משתקפים בקווים המנחים של החוק, להלן:

**זכאות אוניברסאלית:** ערך השוויון, המהווה עקרון מרכזי בחוק, בא לידי ביטוי בתפיסה של זכאות אוניברסאלית לשירותי בריאות. על פי החוק, כל תושב זכאי לשירותי בריאות, לרבות מי שאינו אזרח. קודם לחוק, כשמונים אלף אנשים<sup>6</sup>, רובם מקרב אזרחים ערביים ובעלי הכנסה נמוכה, לא היו מבוטחים באחת מקופות החולים (שכן החברות בקופה הייתה וולונטרית וכנגד תשלום דמי חבר).

**חובת הקופה לקבל כל חבר:** החוק מחייב את קופות החולים לקבל כל אדם המבקש להיות חבר בה, ללא קשר למצבו הכלכלי, גילו, מינו, מצבו הבריאותי וכדומה. למבוטח חופש בחירה בין הקופות ויש לו הזכות לעבור מקופה אחת לאחרת ב-4 מועדים בשנה. קודם לחוק, חברות בקופת חולים הייתה קשורה קשר ישיר לתשלום דמי/מס חבר לגוף האזרחי אשר ניהל את הקופה (קופת חולים כללית לדוגמה, קיבלה כחברים חברי ההסתדרות הכללית).

4 כרמל, ש. (2003). בריאות משפט חכיות אדם. הוצאת רמות- אוניברסיטת תל- אביב.  
5 שוורץ, ש. (2005). בין חזון לגרעון- המאבק הפוליטי-היסטורי לחקיקת חוק ביטוח בריאות חובה בישראל 1925-1995.  
6 מצגת מכנס המחקר השנתי של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות: "עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2005". נתון מתוך שיחה עם ברברה סבירסקי, מנהלת מרכז אדוה. מרץ 2007.

**הגדרתו של סל שירותים בסיסי ואחיד:** החוק הגדיר את זכאותו של כל תושב לסל שירותי בריאות אחיד, אשר הזכאות לו אינה תלויה בשייכות לקופה זו או אחרת. האחריות על הספקתו של הסל למבוטחים מוטלת בחלקה על קופות החולים ובחלקה על משרד הבריאות: סל השירותים הכולל תרופות, בדיקות אבחון, אשפוזים, פעולות ניתוחיות, טכנולוגיות שונות ושירותי רפואה שונים, מוטל על קופות החולים; הסל שהנו באחריות משרד הבריאות, כולל שירותים גריאטריים, אביזרי שיקום, שירותי בריאות נפש וחלק משירותי הרפואה המונעת.

**הגדרת מקורות מימון לחוק ואחריות המדינה למימון מערכת הבריאות:** החוק קבע ארבעה מקורות מימון ייעודיים, שנועדו להבטיח את המימון השוטף של שירותי הבריאות לתושבים: דמי ביטוח בריאות (מס בריאות אותו משלמים המבוטחים), מס מקביל (ששילמו המעבידים),<sup>7</sup> הכנסות הקופות מתשלומים ישירים של חולים ותקציבים ממשלתיים, בניהם התחייבות מפורשת של האוצר לכיסוי ההפרש בין העלות בפועל של סל השירותים להכנסות מהמבוטחים, הקופות והמעסיקים. מס הבריאות נקבע כאחוז מההכנסה (עד להכנסה של חמש פעמים השכר הממוצע). האחריות על גביית כספי ביטוח הבריאות הועברה מקופות החולים לידי המדינה, באמצעות המוסד לביטוח לאומי. החוק קבע כי המדינה תהיה אחראית למימון של סל שירותי הבריאות ואילו הקופות תהינה אחראיות להספקתו. באופן כזה, שירותי הבריאות יינתנו במנותק ממצבה הכלכלי של הקופה, הנגזר בין השאר מיכולת הגבייה שלה, ויישמר צביון השוויוני של הקופות.

**זכאות לשירותים שהנה בלתי-תלויה בחובת התשלום:** החוק קבע כי אי-תשלום או פיגור בתשלום דמי ביטוח בריאות לא יפטור את הקופה מחובתה לתת שירותי בריאות (שהנם בסל השירותים) למבוטח. בעניין זה טוען ד"ר אייל גרוס כי המבנה המשולש של מערכת הבריאות (מבוטח-קופות-מדינה) מחזק את אחד מעקרונותיו החשובים יותר של החוק - ההפרדה בין התשלום על השירותים הרפואיים לבין קבלתם,<sup>8</sup> התשלום נעשה למדינה (באמצעות מס הבריאות), אך השירות מתקבל מהקופות.<sup>9</sup>

**הקצאת כספים צודקת ביו הקופות:** לחוק הוגדרה "נוסחת קפיטציה", אשר נועדה לחלק את מקורות המימון של החוק בין הקופות, בהתאם למספר המבוטחים בכל קופה וגילם (94% ממקורות המימון המועברים לקופות) ועל בסיס מספר החברים בכל קופה החולים באחת מחמש מחלות קשות המוגדרות בחוק (6% ממקורות המימון המועברים לקופות).

7 בחוק ההסדרים לשנת 1997 בוטל המס המקביל. המדינה התחייבה כי המימון החסר יילקח מתקציב המדינה. לפרוט אנא פנו לפרק "המדינה נסוגה מחובתה לממש את הזכות לבריאות".  
8 גרוס, א. (2004). "בריאות בישראל: בין זכות למצרך". מתוך: רבין, י., שני, י. (ערי'): זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות בישראל. הוצאת רמות-אוניברסיטת תל-אביב.  
9 סייג לעניין זה- ראו בפרק "המדינה נסוגה מחובתה לממש את הזכות לבריאות".

**הוראות נוספות בחוק** קובעות כי שירותי הבריאות יינתנו לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר, ובמרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח, זאת במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים. כן מדגיש החוק עקרונות של שמירה על כבוד האדם, הגנה על פרטיות ושמירה על סודיות רפואית<sup>10</sup>.

בשנת 1996 נחקק **חוק זכויות החולה**, שעיגן את זכויותיו של החולה כלפי נותן השירות הרפואי הרופא והמוסד הרפואי. בין השאר, מגדיר החוק את זכותו של החולה לקבל טיפול חירום ללא התנייתו בתשלום, חוות דעת שנייה, המשכיות הטיפול, שמירה על כבוד האדם שלו ועל פרטיותו, גישה למידע רפואי, סודיות רפואית ועוד. כמו כן, אחד מסעיפי החוק מדגיש כי לכל אדם זכות לקבל טיפול רפואי ללא אפליה. חשוב לציין כי חוק זה מגן על זכויותיהם של חולים ללא קשר למעמדם בישראל ואינו מוגבל לתושבי ישראל בלבד כפי שמוגבלות הזכויות הנובעות מחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

יחד מהווים שני חוקים אלו בסיס להבטחת הזכות לבריאות ולעיגונה של מערכת בריאות ציבורית אוניברסאלית ושוויונית.

---

10 גרוס, א. (2004). "בריאות בישראל: בין זכות למצרך". מתוך: רבין, י., שני, י. (ערי'): זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות בישראל. הוצאת רמות-אוניברסיטת תל-אביב.

## חוק ביטוח בריאות ממלכתי: מסגרת בלתי - מספקת להגשמת הזכות לבריאות

מספר בעיות מובנות בחוק מונעות ממנו להיות מסגרת ראויה להגשמת הזכות לבריאות. פרק זה יסקור בעיות אלו.

### החוק לא צלח בצמצום אי-השוויון בבריאות

בקשר שבין בריאות ושוויון, חשוב לתת את הדעת לשוויון במצב הבריאות (תוחלת חיים, תמותה, תמותת תינוקות ותחלואה), בנגישות לשירותי בריאות<sup>11</sup>, בזמינותם של השירותים וכן לשוויון בנגישות, זמינות ואיכות ה"תנאים הכרחיים" לבריאות העומדים לרשות כל.

חלק מאי-השוויון במצב הבריאות מוסבר על ידי גורמים הקשורים במגדר, הבדלים גנטיים, הרגלי חיים וכדומה; מכיוון שגורמים אלו לא ניתנים לשינוי, הרי שאי-שוויון מסוים תמיד יתקיים. אך חלק מאי-השוויון במצב הבריאות וכן בנגישות לשירותים, נובע מפערים בהכנסה ובמשאבים נוספים העומדים לרשות משקי הבית וכן באופן הארגון של אספקת השירותים החברתיים במדינה; התערבות סביב גורמים אלו, גורמים הניתנים לשינוי, עשויה להביא לצמצום אי-השוויון בבריאות<sup>12</sup>.

עוד קודם להנהגתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, היו קיימים פערים במצב הבריאות ובזמינותם של שירותים רפואיים: מצב הבריאות והזמינות השירותים שעמדו לרשות ערביי ישראל, תושבי עיירות הפיתוח והאוכלוסייה הקשישה<sup>13</sup> בישראל, נפלו מאלו של הרוב. במידה מסוימת תרם חוק ביטוח בריאות ממלכתי לצמצום אי-השוויון בכך שהגדיר כי כל תושב זכאי לביטוח בריאות ממלכתי, ובכך נתן מענה לכ-80,000 תושבים שלא היו מבוטחים בביטוח בריאות קודם לחוק. כן תרם החוק לקידום השוויון בין כלל התושבים עם הגדרת סל שירותי בריאות אחיד, שלו זכאי כל מבוטח, בכל קופה.

חרף שינויים אלו, החוק לא נתן מענה מעמיק לפערים העמוקים הממשיכים להתקיים במצב הבריאות, ולפערים בזמינותם של השירותים הרפואיים. החוק מהווה כלי בלתי-מספק לצמצום פערים, שכן במקביל להספקת שירותים רפואיים לכל תושב נדרשת התערבותה של הממשלה בצמצום פערים בהכנסה, השכלה ותעסוקה התורמים כאמור לאי-השוויון בבריאות. כן נדרשת התערבותה של הממשלה בקידום השוויון בזמינות ובנגישות לתנאים הכרחיים לבריאות כסביבה בטוחה ונקייה, מים ראויים לשתיה, תשתיות, דיור, בטחון סוציאלי וכדומה.

11 סבירסקי ב. (2006). "בריאות". מתוך: רם, א., ברקוביץ, נ. (ערי') (2006). "אי-שוויון". הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.  
12 Epstein, L. (2005). "Health inequality: A challenge to every society whether rich or poor" Bridges, (1), December 2004 - January 2005, pp 9-13.  
13 צ'רנובסקי, ד., אלקנה, י., אנטון, י., שמש, ע. (2003). "שוויונות ומערכת הבריאות בישראל: עוני יחסי כגורם סיכון לבריאות". המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

נסקור להלן פערים במצב הבריאות ובזמינותם של שירותים רפואיים, בין יהודים לערבים ובין יישובים שונים הנבדלים בממדד החברתי-כלכלי. יש לציין כי גם אם מצבם הכלכלי-חברתי של ערביי ישראל אינו הגורם היחיד המשפיע על תוצאות הבריאות הנמוכות של אוכלוסייה זו ביחס לממוצע הארצי, הוא מהווה גורם משמעותי המסביר את הפערים במצב הבריאות. בנוסף, חשוב לציין כי דווקא בקרב יישובים בהם נמצאות תוצאות בריאות נמוכות ביחס לממוצע הארצי, ישנה זמינות נמוכה יותר של שירותים. אין ספק כי דווקא במקומות אלו דרושה השקעה לכל-הפחות שווה בפיתוח שירותים, אם לא דווקא השקעה גדולה יותר.

לשם הנוחיות, נעשתה הפרדה בתיאור הפערים במצב הבריאות ובזמינות השירותים בין ערבים ויהודים ובין יישובים הנבדלים בממדד החברתי-כלכלי<sup>14</sup>.

בהמשך הפרק נסקור בקצרה פערים בנגישות ובזמינות של "תנאים הכרחיים" לבריאות.

### פערים בין יהודים לערבים<sup>15</sup>

פערים במצב הבריאות:

תוחלת חיים: קיימים פערים בתוחלת החיים בין גברים יהודיים לגברים ערביים (78.8 שנים ו-75 שנים בהתאמה בשנת 2005) ובין נשים יהודיות לנשים ערביות (82.7 שנים ו-78.71 שנים בהתאמה, בשנת 2005)<sup>16</sup>.

שיעור התמותה: בדיקה ב-106 יישובים המונים מעל 10,000 תושבים העלתה כי בשנים 1998-2002, בין עשרת היישובים עם התמותה (המתקוננת) הגבוהה ביותר נמצאו 8 יישובים ערביים (טמרה, אום אל-פחם, בקה אל-גרביה, טייבה, כפר קרע, ג'דידה-מכר, קלנסווה וג'סר אל-זרקא) ושני יישובים יהודיים (שדרות וקריית מלאכי)<sup>17</sup>.

תמותת תינוקות: בשנים 1999-2003, תמותת התינוקות בקרב יהודים עמדה על 4.2 פטירות לכל 1,000 לידות חי ובקרב "בני דתות אחרות" על 8.5<sup>18</sup>. חרף העובדה כי לאורך השנים חל שיפור במדדי התמותה ותמותת התינוקות בקרב שתי קבוצות האוכלוסייה יהודים וערבים הפער בין הקבוצות נשמר לאורך השנים. בשנת 2005, נרשמו 3.3 פטירות לכל 1,000 לידות חי בקרב יהודים ואחרים ו-8 פטירות בקרב הערבים<sup>19</sup>.

14 על פערים בנגישות לשירותים רפואיים ניתן לקרוא בפרק "המדינה נסוגה מחובתה לממש את הזכות לבריאות".  
15 עיקרי פרק זה מצוטטים מ סבירסקי, ב. (2006). "תקציב חסר הופך לנורמה: תקציב מערכת הבריאות הציבורית לשנת 2007". פרויקט זכויות בריאות עמותת רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה. מתוך: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2006). פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 1998-2002.  
16 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון 2006, לוח 3.22.  
17 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2006). פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 1998-2002.  
18 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2006). פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 1998-2002. (למ"ס, שנתון 2006, לוח 3.32).  
19 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון 2006, לוח 3.9.

סיבת המוות העיקרית בקרב תינוקות יהודיים היא פגות, בעוד שבקרב תינוקות ערביים היא מומים מולדים (שנשואי קרובים הנם רק אחד מהגורמים לתופעה); אך בשתי הקטגוריות - פגות ומומים מולדים - שיעור התמותה של תינוקות ערבים גדולה יותר. אף שמומים מולדים הנם הגורם המוביל בשיעור התמותה בקרב תינוקות ערבים, מקור מרבית הפער בשיעור התמותה אינו ידוע בוודאות. כן ידוע כי השכלת האם, וכן נגישות ל"תנאים הכרחיים" מסבירים גם הם חלק מהפערים. לדוגמא הסבר אפשרי אחד לשיעורי תמותת התינוקות הגבוהים לעין שיעור בקרב הערבים הבדואים בכפרים הבלתי-מוכרים בנגב, יכול להיות העדר נגישות למים נקיים וראויים לשתייה<sup>20</sup>.

גורמי המוות העיקריים: קיימים פערים בשיעור התמותה ממחלות לב (מתוקן לפי גיל), לכל 100,000 נפש: בשנים 1998-2000 עבור גברים יהודיים ו"אחרים" ו-262.6 עבור גברים ערביים. המגמה הכללית היא של ירידה בשיעור התמותה ממחלות לב לגברים יהודיים ותנודות עלייה וירידה לגברים ערביים. גם בקרב נשים ישנם פערים - שיעורי תמותה של 142 לכל- 100,000 נפש עבור נשים יהודיות ו-223.6 עבור נשים ערביות. המגמה הכללית בקרב נשים היא של ירידה בקרב נשים יהודיות ותנודות עלייה וירידה בקרב נשים ערביות<sup>21</sup>.

בעוד שהתמותה ממחלות לב גבוהה יותר בקרב ערבים מאשר בקרב יהודים, התמותה מסרטן גבוהה יותר בקרב יהודים: בקרב גברים יהודים ו"אחרים" נרשמו 243.7 פטירות עבור כל 100,000 נפש, לעומת 208 פטירות בקרב גברים ערביים. המגמה הכללית היא של ירידה בקרב גברים יהודיים ועלייה בקרב גברים ערביים. בקרב נשים יהודיות היו 199.1 פטירות מסרטן עבור כל 100,000 נפש, לעומת 120.5 פטירות בקרב נשים ערביות. המגמה הכללית בקרב נשים היא של ירידה בקרב נשים יהודיות ועלייה בקרב נשים ערביות. חשוב לציין כי בקרב נשים ערביות, בניגוד לנשים יהודיות, שיעור התמותה מסרטן השד קרובים מאוד לשיעורי ההיארעות. יתכן שעובדה זו קשורה בעובדה כי שיעור הנשים היהודיות המבצעות בדיקות ממוגרפיה כפול משיעור הנשים הערביות<sup>22</sup>.

20 אלמי, א. (2006). "נשק המים". עמותת רופאים לזכויות אדם.

21 סביסקי, ב. (2006). "תקציב חסר הופך לנורמה: תקציב מערכת הבריאות הציבורית לשנת 2007".

פרויקט זכויות בריאות. עמותת רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה.

22 בליקוף, מ. (2004). "דו"ח סיכוי 2003-2004". עמותת סיכוי - העמותה לקידום שוויון אזרחי. הנתונים לשנת 1999, בקרב נשים מעל לגיל ארבעים.



פערים בזמינות השירותים הקיימים וברמתם:

דו"ח עמותת סיכוי לשנים 2003-2004 הצביע על פערים גדולים במגוון ובזמינות של שירותי הבריאות בקהילה, בין ישובים יהודיים ליישובים ערביים. בין הישובים שנבדקו, נמצא שקיימים פערים גדולים בזמינות ובמגוון של השירותים הקיימים בישובים הערביים, ביחס לישובים יהודיים<sup>23</sup>:

ישובים ערביים	ישובים יהודיים	
8.6	11.8	מספר מרפאות ראשוניות לכל אלף מבוטחים
15.5	29.5	מספר מרפאות מקצועיות לכל אלף מבוטחים

לפי עמותת סיכוי, ביישובים ערביים לא מסופקים כלל, או מסופקים במידה מועטה מאוד, שירותי רפואה מקצועית אותם ניתן למצוא ביותר ממחצית היישובים היהודיים בתחומים קרדיולוגיה, ריאות, סוכרת, פסיכיאטריה, אנדוקרינולוגיה, אלרגולוגיה ואימונולוגיה קלינית, רפואה תעסוקתית, פרוקטולוגיה, ראומטולוגיה, פנימית מייעצת וכירורגיה פלסטית; קיימים פערים בשירותי אבחון והתפתחות הילד; כמו כן, בתחום בריאות האישה בולט בערים הערביות מחסור בתחום גיל המעבר ובתחום כירורגיית השד.

### פערים בין יישובים שונים לפי מדד חברתי-כלכלי

ישראל אינה המדינה היחידה שבה מעמד חברתי-כלכלי נמוך יחסית קשור בתמותת תינוקות גבוהה ובתוחלת חיים נמוכה בהשוואה לקיים בקרב קבוצות איתנות מבחינה חברתית וכלכלית. בישראל נחשבת רמת הבריאות של האוכלוסייה כגבוהה ביחס למדינות מפותחות אחרות. יחד עם זאת, רמת הבריאות בישראל נבדלת בין תושבים שונים וקשורה במצב הכלכלי-חברתי. מכאן החשיבות של עוני יחסי ופערי אי-שוויון בהכנסה, ביחס למצב בריאות בישראל; מקומו היחסי של פרט או של קבוצה בהתפלגות ההכנסות משפיע על רמת הבריאות היחסית שלו<sup>24</sup>. להלן:

23 בליקוף, מ. (2004). "דו"ח סיכוי 2003-2004". עמותת סיכוי – העמותה לקידום שוויון אזרחי. לוח 2.2. ההשוואה נעשתה בין יישובים יהודיים ליישובים ערביים בעלי מספר תושבים דומה.  
24 צ'רנובסקי, ד., אלקנה, י., אנסון, י., שמש, ע. (2003). "שוויוניות ומערכת הבריאות בישראל: עוני יחסי כגורם סיכון לבריאות". המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

פערים במצב הבריאות:

תוחלת חיים (לשני המינים): הגבוהה ביותר היא במחוז ירושלים ובמחוז מרכז (80.1 שנים ו-79.7 בהתאמה). תוחלת החיים הנמוכה ביותר היא במחוז הדרום והצפון (77.3 שנים ו-77.9 בהתאמה). מידה גדולה יחסית של השונות בתוחלת חיים מוסברת על ידי המדד חברתי-כלכלי: ככל שהישוב גבוה יותר במדד חברתי-כלכלי, כך תוחלת החיים בו גבוהה יותר.

תמותה: במחוזות הדרום, הצפון וחיפה, שיעור התמותה גבוה מעט יותר מהשיעור הכלל ארצי (6.5, 6.3 ו-6.3 ל-1000 בהתאמה לעומת ממוצע של 0.6 ל-1000). שיעור התמותה הנמוך ביותר היה בהתנחלויות בשטחים הכבושים (4.8).

בקרב ישובים יהודיים ככל שהישוב גבוה יותר בסולם החברתי-כלכלי, כך התמותה נמוכה יותר. בקרב הישובים הערביים לא נמצא קשר בין מדד חברתי-כלכלי לשיעורי התמותה, יתכן שבשל השונות הקטנה של הרמה החברתית-כלכלית בין היישובים הערביים, הנמצאים רובם נמוך בסולם החברתי-כלכלי.

תמותת תינוקות: שיעור תמותת התינוקות הנמוך ביותר הוא בנפת רחובות (3.0 לכל 1000 לידות) והשיעורים הגבוהים ביותר הם בנפת באר-שבע, נפת חדרה ונפת יזרעאל (9.4, 7.7 ו-7.0 בהתאמה). ככל שהישוב גבוה יותר בסולם החברתי-כלכלי, כך שיעור תמותת התינוקות נמוך יותר.

פערים בזמינות השירותים הקיימים וברמתם:

הבדלים בכוח אדם רפואי, מכשירים רפואיים מיוחדים, מספר מיטות אשפוז ושיקום לנפש ועוד, קיימים בין ישובים שונים. לדוגמה: בשנת 2004 במחוז דרום שיעור מיטות האשפוז היה כ-1.5 מיטות ל-1000 נפש, לעומת 2.7 במחוז חיפה ובמחוז תל-אביב; במחוז דרום שיעור העמדות לרפואה דחופה עמד על 6.4 עמדות ל-100,000 נפש, לעומת 25.6 במחוז ירושלים ו-20.4 במחוז חיפה<sup>25</sup>.

### פערים בזמינות ובנגישות של תנאים הכרחיים לבריאות

כאמור, רשימה ארוכה של "תנאים הכרחיים" משפיעים באופן ישיר על בריאות. לאוכלוסיות שונות (הנבדלות על רקע מעמדי, גיאוגרפי, אתני, גילאי וכדומה), זמינות ונגישות נמוכה מזו של הרוב לתנאים הכרחיים, עובדה המשפיעה לרעה על בריאותם ומהווה גורם נוסף באי השוויון בין תושבים שונים.

דוגמאות לכך ניתן למצוא במיקומם של מחצבות חוקיות ופיראטיות, הגורמות לזיהום סביבתי חמור, ביישובים ערביים בגליל; ביוב לא מטופל כראוי באזור דימונה; תחלואת ילדים עקב זיהום אויר במפרץ חיפה; ותחלואה גבוהה בקרב עובדי תעשייה בכל הארץ<sup>26</sup>.

25 המרכז למדיניות בריאות בנגב. "בריאת בנגב. קובץ נתונים ממאגרי מידע ה"חות שפורסמו על ידי גורמי ציבור ומוסדות ממשלה לשנים 2003-2006".  
26 ועדת המעקב לצדק סביבתי (2005). דו"ח [אין הצדק הסביבתי - 2005].

**אחת הדוגמאות החריפות לחוסר זמינות ונגישות לתנאים הכרחיים בסיסיים ביותר, ניתן למצוא בקרב האוכלוסייה הערבית-בדואית בכפרים הבלתי מוכרים בנגב.** המדינה אינה מכירה ביישוביהם של אזרחים אלו ואי-ההכרה גוררת העדר תשתיות ושירותים בסיסיים כגון חיבור לחשמל ולמים, מערכת ביוב ופינוי אשפה ועוד.

העדרם או זמינותם הנמוכה של תנאים הכרחיים אלו משליכים באופן ישיר על בריאותם של תושבי הכפרים הבלתי מוכרים: העדר חיבור לחשמל לדוגמא, אינו מאפשר אחסון של תרופות הדורשות קירור- בעיקר לחולים כרוניים (סוכרתיים, נשימתיים, בעלי לחץ דם גבוה ועוד); העדר מים ראויים, נקיים וזמינים בכפרים מוביל, בין השאר, לבעיות של התייבשות, מחלות עור ומחלות זיהומיות<sup>27</sup>.

**לסיכום,** על מנת להתחיל ולצמצם הפערים המתוארים, על המדינה לבנות תוכנית ארוכת טווח שתכלול התייחסות לצמצום הפערים בזמינות השירותים בין תושבים ואזורים שונים, וכן דאגה ל"תנאים הכרחיים" לבריאות במקומות בהם אלו אינם זמינים כלל או שאינם זמינים בכמות ואיכות מספקת. כן על המדינה להתייחס לפערים בהכנסות ובמשאבים נוספים כגון השכלה ותעסוקה, כחלק מהגורמים המשפיעים על בריאות אוכלוסייתה.

אחד מהכלים העומדים לרשות המדינה הוא "נוסחת הקפיטציה"<sup>28</sup> המעוגנת בחוק. לנוסחה פוטנציאל לצמצום הדרגתי של הפערים המתוארים לעיל; ניתן לפעול לתיקון הנוסחה כך שתגלם בתוכה משתנים נוספים כגון מצב חברתי-כלכלי, מיקום גיאוגרפי ותמהיל המבטוחים<sup>29</sup>. תיקון הנוסחה, במקביל לקידום מדיניות יזומה של העדפה מתקנת בתשתיות וכן פעולה לצורך צמצום פערים חברתיים-כלכליים, יסייע להתחיל ולסגור הפערים. נכון להיום, לא פעל המחוקק בכיוון זה.

## החוק לא פתר את בעיית המימון של מערכת הבריאות

עוד קודם לחקיקת החוק, פחת לאורך השנים המימון הממשלתי מסך ההוצאה הלאומית לבריאות; חלק לא מבוטל ממימון ההוצאה הלאומית לבריאות הועבר למשקי הבית. כתוצאה, (וגם בשל העובדה כי ביטוחי הבריאות היו וולונטריים), היכולת לשלם היוותה קריטריון משמעותי בנגישות לשירותים רפואיים<sup>30</sup>. במקביל, קופת חולים כללית אשר ביטחה מעל ל-60% מהאוכלוסייה, צברה גרעון הולך וגדל ונוצר פער בהשקעה שלה לנפש, ביחס לקופות האחרות<sup>31</sup>.

בעקבות תהליכים אלו ואחרים התכנסה "ועדת החקירה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות" (ועדת נתניהו), אשר המליצה על חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בין המלצותיה - יצירת מערכת

27 אלמי, א. (2003). בשטח הפקר - בריאות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב. עמותת רופאים לזכויות אדם; אורלי א. (2006).  
נשק המים - מים, המדינה והכפרים הבלתי מוכרים בנגב. עמותת רופאים לזכויות אדם.  
28 על נוסחת הקפיטציה ראו בפרק הקודם.  
29 פרט לחמש ה"מחלות הקשות" שהוצאו מחוץ להקצאה על פי נוסחת הקפיטציה.  
30 פילק, ד. (2007). "מסחורה של מערכת הבריאות, תהליך ראוי או שגוי? משפט ועסקים, 9, עמ' 17-1. יוצא לאור בספטמבר 2007.  
31 פילק, ד. (2007). "מסחורה של מערכת הבריאות, תהליך ראוי או שגוי? משפט ועסקים, 9, עמ' 17-1. יוצא לאור בספטמבר 2007.

מימון מרכזית וייעודית למערכת הבריאות באמצעות גביית מיסים משכר עובדים וממעסיקים ומתקציבים של משרד הבריאות. מערכת מימון ייעודית ומוגדרת בחוק, הייתה אמורה להבטיח יציבות כלכלית לטווח ארוך<sup>32</sup>.

ואכן, עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הוגדרו כאמור מספר מקורות מימון ייעודיים, שנועדו להבטיח את המימון השוטף של שירותי הבריאות לתושבים: דמי ביטוח בריאות, מס מקביל, הכנסות הקופות מתשלומים ישירים של חולים ותקציבים ממשלתיים. אלא שמאז נחקק החוק חלו שינויים במערכת המימון, אשר השפיעו לרעה על יציבותה הכלכלית של מערכת הבריאות, על ודאותה לטווח ארוך וכן על אחד מהעקרונות החשובים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי - ניתוק הקשר בין יכולת המבוטח לשלם לזכאותו לשירותים רפואיים:

**דמי ביטוח בריאות:** אף כי אלו היו אמורים להיות פרוגרסיביים ולהיגבות בהתאם להכנסה, בפועל יש במס אלמנט של פרוגרסיביות אך הוא אינו פרוגרסיבי לגמרי: עד לשכר בגובה חמש פעמים השכר הממוצע במשק ישנן שתי רמות תשלום ומעל לחמש פעמים השכר הממוצע חלה תקרה הפוגעת באלמנט הפרוגרסיביות של המס;

**המס המקביל:** בוטל בשנת 1997; המדינה התחייבה כי המימון החסר יילקח מתקציב המדינה<sup>33</sup>.

**הכנסות הקופות מתשלומים ישירים של חולים:** בשנת 1998 הותר לקופות להעלות את תשלומי השתתפות על תרופות ועל שירותים רפואיים: מאז התיקון חלה עלייה של כ-35% בממוצע במחירן של תרופות המרשם<sup>34</sup> ונוספו אגרות רבות על שירותים רפואיים<sup>35</sup>. בין השנים 1998 ל-2002, חל גידול בהכנסותיהן של קופות החולים מההשתתפות העצמית של המבוטחים, מ-6.2% ל-9.6% מהוצאות קופות החולים<sup>36</sup>. כמו כן, בין השנים 2003 ל-2004 חלה עלייה נוספת של 8.1% בהכנסות הקופות מהשתתפויות של מבוטחים ועלייה של 10.6% בהכנסות מתשלומי מבוטחים על תרופות (כולל תרופות שאינן בסל)<sup>37</sup>.

**תקציבים ממשלתיים:** חלה שחיקה במימון ההוצאה הלאומית על בריאות מתקציב המדינה - 48% בשנת 1998, שנה לאחר ביטולו של המס המקביל, לעומת 39% בשנת 2005. שחיקה זו לוותה בעלייה

32 בן-נון, ג. (2006) מתוך: בן-נון, ג., גור, ע. (ערי'). (2006). "עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2005". בפרק: "החוק, הבריאות ומערכת הבריאות: עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי". המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות; וגם: כרמל, ש. (2003). בריאות משפט וזכויות אדם.  
33 ראו פרק "המדינה נסוגה מחובתה למערכת בריאות ציבורית".  
34 בן-נון, ג. (2006) מתוך "עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי" 1995-2005. בפרק: "החוק, הבריאות ומערכת הבריאות: עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי". המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.  
35 קראו בהמשך, בפרק "המדינה נסוגה מחובתה למערכת בריאות ציבורית".  
36 פילק, ד. (2007). "מסחורה של מערכת הבריאות- תהליך ראוי או שגוי? משפט ועסקים, 9, עמ' 17-1. יוצא לאור בספטמבר 2007.  
37 משרד הבריאות- אגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים. (2006). "דוח ציבורי מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2004".

במימון הפרטי של משקי הבית - 26% בשנת 1998 לעומת 31% בשנת 2005.<sup>38</sup> שיעור זה של מימון פרטי גבוה ביחס לשיעור המימון הפרטי במדינות מפותחות אחרות.<sup>39</sup> על הגידול בהוצאה הפרטית ניתן ללמוד גם מהגידול בהוצאה על בריאות של משקי הבית: בשנת 1997 הייתה ההוצאה על בריאות של משקי הבית 3.8% מסך כל ההוצאה על תצרוכת (מזון, דיור, חינוך, תרבות ובידור, תחבורה ותקשורת) ובשנת 2005 עלתה ההוצאה ל-5.1%. עיקר ההוצאה של משקי הבית על בריאות מורכבת מטיפולי שיניים, ביטוחים משלימים ותרופות. גודל ההוצאה על בריאות משתנה לפי עשירוני הכנסה. ההוצאות של משקי הבית בעשירונים העליונים גבוהות משמעותית מאלו של העשירונים התחתונים.<sup>40</sup> נכון לשנת 2004, ההוצאות לבריאות של החמישון העליון גבוהות פי 3.9 מאלה של החמישון התחתון.<sup>41</sup>

חשוב לציין כי מעבר לפגיעה ביציבות הכלכלית של מערכת הבריאות, השינויים בהרכב המימון משפיעים על שוויוניות המערכת ועל הנגישות לשירותים של תושבים שונים: כאשר שירותי הבריאות ממומנים ממס הבריאות ומתקציב המדינה, לכל משקי הבית נגישות שווה לאותם שירותי בריאות. אולם, מרגע שחלה שחיקה במימון הממשלתי ושירותי בריאות מסוימים ניתנים, כתוצאה מכך, רק למי שרוכש ביטוחים משלימים ופרטיים, אזי נוצר אי-שוויון בין משקי הבית.<sup>42</sup>

### אוכלוסיות רחבות אינן זכאיות להיות מבוטחות במסגרת החוק<sup>43</sup>

לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, "כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה..."; "תושב" לעניין החוק הוא "מי שהוא תושב לעניין חוק הביטוח הלאומי...". עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, נותרו אוכלוסיות רחבות מחוץ לזכאות אותה הגדיר החוק: תושבי השטחים הכבושים (מעל ל-3.5 מיליון איש ואישה), מהגרי עבודה (כ-100,000 בעלי אשרת עבודה ועוד כ-80,000 ללא אשרה), פליטים ומבקשי מקלט (כ-2,000 איש), בני זוג של אזרחים או תושבים הממתנינים לקבלת מעמד בישראל (47,000-25,000 איש ואישה, מתוכם כ-30,000 פלסטינים בהליך איחוד משפחות, שאינם זכאים למעמד עקב התיקונים לחוק האזרחות).<sup>44</sup>

בשנים מאז נחקק החוק, אנו עדים לתהליך של צמצום הזכויות לזכויות מתוקף חוק הביטוח הלאומי, אשר מגדיר כאמור מי זכאי גם לביטוח בריאות ממלכתי:

38 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2006). הדעה לעיתונות. "המשך הירידה בהוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתוצר המקומי הגולמי".

39 בן-נון, ג. (2006). מתוך: בן-נון, ג., גור, ע. (ערי'). (2006). "עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2005".

בפרק: "החוק, הבריאות ומערכת הבריאות. עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי". המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

40 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2006). הדעה לעיתונות. "ממצאים מסקר הוצאות משקי הבית 2005". וכן מתוך: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2001). "סקר הוצאות משק הבית 1997-1998".

41 פילק, ד. (2007). "מסחורה של מערכת הבריאות, תהליך ראוי או שנוי משפט ועסקים, 9, עמ' 17-1. יוצא לאור בספטמבר 2007.

42 ד"ר סבירסקי, ש., קונוור-אטיאס, א. (2006). "תמונת מצב חברתית". מרכז אדוה.

43 עוד בעניין זה ניתן לקרוא בפרק "דוגמאות להפרות של הזכות לבריאות".

44 הנתונים המספריים לקוחים מתוך: דס, ז. (2007). "מערכת הבריאות בישראל: מעגלי הכלה והדרה.

ד"ר לורגל יום הבריאות העולמי. עמותת רופאים לזכויות אדם.

בתחילה הוגבלה זכותם של תושבים ישראלים ששהו מחוץ לישראל וחזרו להתגורר בתחומה, לשירותים סוציאליים, ביניהם ביטוח בריאות ממלכתי;

בחוק ההסדרים לשנת הכספים 2003, תוקן חוק הביטוח הלאומי והוגדרו מחדש גבולות התושבות, עם הגדרת "מי שאינו תושב לעניין החוק"<sup>45</sup>. עד לתיקון, לא קבע המחוקק הגדרה למונח "תושבות" בחוק הביטוח הלאומי, ומי שיצק תוכן למונח זה היו בתי הדין לעבודה. בתי הדין יצרו הבחנה מפורשת בין מי שמוכר כתושב לצורך חוק הכניסה לישראל, לבין התושבות הסוציאלית; הפסיקה קבעה, כי תושב לצורך חוק הביטוח הלאומי הינו מי שמרכז חייו בישראל.

הגדרת "מי שאינו תושב", בתיקון לחוק הביטוח הלאומי, פגעה בבעלי אשרות שהייה בישראל, שמרכז חייהם היה בישראל ושעד כה זכו לזכויות סוציאליות מתוקף חוק הביטוח הלאומי. כן פגע התיקון באנשים שהוכרו כתושבים ארעיים: התיקון דרש מהם להמתין תקופה נוספת של 183 יום, מרגע קבלת מעמד של תושב ארעי ועד לקבלת זכויותיהם הסוציאליות, ביניהן ביטוח בריאות ממלכתי; במקביל, החל ממרץ 2002, הליכי איחוד משפחות של כלל הזוגות, שבהם אחד מבני הזוג הנו תושב הרשות הפלסטינית המבקש מעמד בישראל, הוקפאו. הדבר נעשה תחילה בשל הוראתו של שר הפנים דאז (אלי ישי), לאחר מכן על יסוד החלטת ממשלה ומאז קיץ 2003 על בסיס "חוק האזרחות והכניסה לישראל" - הוראת שעה, המוארכת שוב ושוב<sup>46</sup>. בעקבות ההחלטה נותר בן הזוג המבקש מעמד ללא מעמד בישראל (וללא אפשרות לקבל מעמד) וכתוצאה ללא זכויות סוציאליות. פניות שהתקבלו ברופאים לזכויות אדם, מעידות כי גם ילדיהם של בני הזוג אינם מוכרים כתושבים ועל כן גם מהם נמנעות זכויות בסיסיות.

כזכור, האמנה לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות מטילה על המדינה חובות מיידיות ובלתי תלויות בגורמים אחרים: היעדר אפליה ואיסור על נקיטת צעדים שיגרמו לנסיגה במצב הקיים, אלא אם כן אלו הוצדקו על ידי המדינה אל מול תחלופות אחרות ולאחר שימוש במשאביה המרביים של המדינה. אוכלוסיית חסרי המעמד האזרחי מופלית לרעה, שכן אינה זכאית לשירותים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. התיקונים שחלו מאז חקיקתו של החוק מעידים על מגמת נסיגה מעקרון האוניברסאליות של החוק ועל העמקת האפליה.

45 בשנת 2003 הגישו עמותות רופאים לזכויות אדם, המרכז לסיוע משפטי של המרכז לפלורליזם יהודי, המוקד להגנת הפרט ומרכז אדוה, עתירה כנגד חוקתיותו של התיקון לחוק (ב"צ 494/03). העתירה הופנתה כנגד הליך החקיקה המזורז ובעיקר כנגד תוכנה הן בהגבלת שיקול הדעת של המוסד לביטוח לאומי בקביעת התושבות, תוך שלילת האפשרות מקבוצת השהים הזמניים להוכיח "תושבות סוציאלית", והן בקציבת 183 ימים נוספים טרם הקניית זכויות לפי חוק הביטוח הלאומי למקבלי אשרות-ארעי (S/A). שנטען כי היא מפלה אותם ביחס למי שהיה זכאי לקבלן כבר מרגע קבלת האשרה. בג"ץ דחה את העתירה ופסק כי על אף הבעייתיות הרבה המאפיינת אותו, הליך החקיקה של חוק ההסדרים אינו פוגע פגיעה קשה וניכרת בעקרונות היסוד של המשטר הדמוקרטי, באופן המצדיק התערבות ביה"ש בתקפות החוק.

46 מתוך: הודעה לעיתונות- האגודה לזכויות האזרח: "לבטל את חוק האזרחות שתוקפו הוארך השבוע ב-3 חודשים נוספים." 17/01/2007.

## חוקים שונים - זכויות שונות

על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, "כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מכוח חיקוק אחר..." (ההדגשה אינה במקור). ואכן, חיילים, אסירים, ועצורים מעל לשנה, אינם זכאים לקבל שירותים מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי; שירותי בריאות ניתנים להם על ידי צה"ל, שירות בתי הסוהר והמשטרה (בהתאמה). לנכי תאונות עבודה, תאונות דרכים, נכי משרד הביטחון, ונפגעי פעולות איבה, הזכאים לסל שירותי הבריאות שמתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, זכאות לשירותי בריאות ורווחה נוספים, מתוקף חוקים אחרים.

בהמשך הדו"ח<sup>47</sup> מתוארים פערים הקיימים במגוון, באיכות ובזמן אספקתם של אביזרי השיקום להם זכאים נכים כתוצאה ממחלה או מום מולד, המקבלים שירותים ממשרד הבריאות, לעומת נכי משרד הביטחון ונפגעי פעולות איבה, נפגעי תאונות דרכים ונפגעי תאונות עבודה.

פערים אלו הנובעים משיקולים של נסיבות הפגיעה והשייך למשרד ממשלתי כזה או אחר - שיקול שאינו רפואי גרידא - מהווים אפליה פסולה. לטעמנו, כל עוד חוקים שונים יקבעו זכויות שונות לשירותים רפואיים, לא יתקיים הלכה למעשה ערך השוויון שבבסיס הצהרתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

## חסר מנגנון הקצאה ועדכון קבוע לסל שירותי הבריאות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הגדיר "סל שירותים" אחיד שזכאי לקבלו כל תושב. כן הגדיר החוק כי עלות סל שירותי הבריאות תתעדכן מדי שנה בשיעור מדד יוקר הבריאות. אך עדכון זה אינו מספיק שכן הוא אינו משקף את העלייה האמיתית במחירי תשומות הבריאות, אינו לוקח בחשבון את הזדקנות האוכלוסייה (קשישים צורכים יותר שירותי בריאות), ואת הצורך בהוספת תרופות וטכנולוגיות חדשות<sup>48</sup>. חשוב בעניין זה להדגיש, כי בעוד לסל השירותים המסופק על ידי קופות החולים, יש מנגנון הקצאה, לסל השירותים שבאחריות משרד הבריאות (התוספת השלישית הכוללת שירותים חיוניים - רפואה מונעת, גריאטריה, בריאות הנפש, מכשירי שיקום), לא קיים כלל מנגנון הקצאה, כמו גם מנגנון עדכון<sup>49</sup>.

כיוון שאין מעדכנים את עלות הסל בגין מלוא השינויים הדמוגרפים ובגין העלייה בתשומות הבריאות, עד שנת 2006 נוצר מחסור של כ- 17% במימון הסל, סכום השווה לכ-3.5 מיליארד ש"ח. עוד כ-2.1 מיליארד ש"ח חסרים לצורך הוספת תרופות וטכנולוגיות חדשות<sup>50</sup>.

47 בפרק "דוגמאות להפרות של הזכות לבריאות".

48 טבירסקי, ש. (2004). "תקציב המדינה". בפרק: "תקציב משרד הבריאות ותקציב מערכת הבריאות". הוצאת מפה.

49 פריקט זכויות בריאות. (2006). "המלצות למצע בריאות למפלגות בחירות 2006". עמותת רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה.

50 טבירסקי, ש. (2006). "המלחמה שאין לה תקציב: תקציב 2006 והמלחמה בעוני". מרכז אדוה.

"...בשנת 2005 הוקצו תחילה 120 מיליון ש"ח להרחבת הסל. לאור המצוקה הרבה שנבעה משנתיים בהן כמעט ולא עודכן תקציב סל שירותי הבריאות (כאמור במהלך 2003-2004 ניתנו בסה"כ 60 מיליון ש"ח בלבד) והצטברות של טכנולוגיות רבות שהן מצילות חיים, מאריכות חיים ומשפרות באופן משמעותי את איכות החיים, בוצעה פניה של הוועדה הציבורית לממשלה ולמשרד הבריאות לשקול הגדלת תקציב. בנוסף, נחתם הסכם קואליציוני עם מפלגת העבודה לפיו יתווספו לתקציב הסל סכום נוסף של 90 מיליון ש"ח. בדיוניה הסופיים הגיעה הוועדה להרחבת הסל לנקודה בה לא ניתן היה לדעתה לתעדף קבוצה של טכנולוגיות מתחת לסכום של 285 ש"ח... לאור הנתונים שהוצגו בפניה, החליטה הממשלה להעמיד את התקציב שעמד לצורך הסל על 350 מיליון ש"ח. בהמשך הוקצו 20 מיליון ש"ח נוספים... עקב הסכמים עם מפלגת שינוי. כלומר, סה"כ הוסף לעלות הסל 385 מיליון ש"ח. סכום זה, שהיווה הסכום הגבוה ביותר שניתן עד כה לעדכון הסל, עדיין לא היה בו בכדי לכסות את הפער שנוצר באותן שנים בהן בפועל לא הורחב הסל..."

#### **מתוך דו"ח מס' 6 לשנים 2004-2005 האחרון של נציבת קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי**

אי-עדכון הסל גורם לו לאבד מערכו וכתוצאה ישירה נפגעת נגישותם של מבוטחים לשירותים ולתרופות חיוניות; בנוסף, אי-שכלול מנגנון העדכון לסל שבאחריות הקופות והיעדר מנגנון הקצאה ועדכון קבוע לסל שבאחריות משרד הבריאות, מביאים לכך שהתקציב למימון הסל הכולל תלוי בחסדם של משאים ומתנים קואליציוניים, במקום להיות ודאי ובכך לאפשר יציבות ותכנון לטווח ארוך.

### **מספר שירותים חיוניים אינם כלולים בסל שירותי הבריאות או שאינם מתוקצבים כראוי**

**שירותי בריאות השן** אינם כלולים בסל שירותי הבריאות. אי-הכללתם של טיפולי השיניים בסל השירותים פוגעת בשוויון בנגישות לשירותים, שכן רבים מוותרים על הטיפולים בשל עלותם הגבוהה (בשנת 2003, 45.4% מתושבי המדינה דיווחו כי הם ויתרו על טיפולי שיניים<sup>51</sup>).

**שירותי אשפוז לקשישים חולים כרוניים** ניתנים מתוקף החוק (התוספת השלישית), על ידי משרד הבריאות. אלא שהזכאות לאשפוז סיעודי ממושך תלויה בהשתתפות כספית של החולה ובני משפחתו, כמו גם במכסת המקומות הממומנים לאשפוז ("קודים"); גביית תשלום השתתפות גבוהה מהחולה ובני משפחתו עבור שירות זה, אשר נמצא בסל, הנה בלתי-מידתית. תשלום ההשתתפות כמו גם זמן ההמתנה ל"קוד", הופכים שירות זה ללא נגיש בפועל לקשישים הזקוקים לו.

51 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2004). "רווחת האוכלוסייה בישראל ממציאים ראשונים מתוך הסקר החברתי 2003". לוח 3.



**שירותי בריאות הנפש אינם זוכים לתקצוב והתייחסות הולמת:** כשנחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, נשארו תחומים מסוימים, בניהם בריאות הנפש, תחת אחריותו של משרד הבריאות, בכוונה שתוך תקופה קצובה יעבור השירות תחת כנפן של קופות החולים. בינואר 2007 הוחלט על "הרפורמה בבריאות הנפש", שמשמעותה העברת האחריות על האשפוז הפסיכיאטרי והשירות המרפאתי-קהילתי ממשרד הבריאות, לקופות החולים. צעד זה, במהותו, חיובי שכן הוא נעוץ בתפיסה הרפואית המבקשת לטפל בנפש ובגוף כאחד, בצורך לשלב נפגעי- נפש בקהילה ובידיעה שטיפול נפשי משולב בטיפול גופני, הנעשה בקהילה, הוא חסכוני, אנושי ובעל תוצאות טיפוליות עדיפות. יחד עם זאת, הרפורמה נדחתה בשל לחצם של ארגונים חברתיים שונים להכיל בה שינויים מהותיים שהיו חסרים בה, בניהם - השקעת משאבים לצורך יצירת תשתיות לקליטת המטופלים בקהילה.

---

47 בפרק "דוגמאות להפרות של הזכות לבריאות".  
48 סבירסקי, ש. (2004). "תקציב המדינה". בפרק: "תקציב משרד הבריאות ותקציב מערכת הבריאות". הוצאת מפה.  
49 פרויקט זכויות בריאות. (2006). "המלצות למצע בריאות למפלגות בחירות 2006". עמותת רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה.  
50 סבירסקי, ש. (2006). "המלחמה שאין לה תקציב: תקציב 2006 והמלחמה בעוני". מרכז אדוה.

## המדינה נסוגה מחובתה למערכת בריאות ציבורית

כאמור, על פי האמנה לזכויות כלכליות, תרבותיות וחברתיות על המדינה להגשים את הזכות לבריאות בשלוש רמות נפרדות: "לבד, להגן ולממש". החובה לממש מציינת את מחויבות המדינה לנקיטת צעדים פעילים למען הבטחתה של הזכות לבריאות, באמצעות חקיקה, תקצוב, יצירת מערכת שיפוטית ודאגה לכלים אחרים שיעדם – מימוש מלא של הזכות לבריאות.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי היווה צעד משמעותי למימוש הזכות לבריאות. אלא שמאז שנחקק החוק, פגעו שורה של שינויים שהנהיגו הממשלות השונות, באמצעות חקיקה וצמצום המימון הממשלתי, במערכת הבריאות הציבורית והפכו אותה נגישה ושוויונית פחות.

### התיקונים לחוק והשלכותיהם

במהלך העשור הראשון להפעלת החוק, חלו בו ובתקנותיו שינויים מהותיים. עיקר השינויים חלו במסגרת "חוקי ההסדרים" הנחקקים מדי שנה עם העברת תקציב המדינה בכנסת. תיקונים אלו מועברים בזריזות (בשל הצורך להביא לידי אישור את תקציב המדינה בכנסת) ועל-כן אינם זוכים לתשומת לב ולדיון מתאים. כמו כן, התיקונים עוברים בוועדת הכספים של הכנסת ואינם נידונים בוועדת העבודה הרווחה והבריאות<sup>52</sup>. במהלך השנים הלך והתרחב השימוש בחוק ההסדרים למימוש יעדי התקציב השונים והחל משנת 1997 "מכב" נושא הבריאות בחוק זה<sup>53</sup>:

**בחוק ההסדרים לשנת 1997, בוטל "המס המקביל"**. מס זה היווה את אחד ממקורות המימון הייעודיים של החוק ובעקבות ביטולו, נותרה מדינת ישראל היחידה (מקרב המדינות המפותחות בעלות מערכת בריאות ציבורית) שיש בה מערך ביטוח רפואי ותשלום דמי ביטוח שאינו מתחלק בין העובד למעביד. בהמשך לביטולו של המס המקביל, נקבע כי מימון החסר ייעשה מתקציב המדינה. המשמעות – שיחלוף מקור מימון ייעודי המסומן לבריאות, צמוד לקצב הצמיחה של המשק עם רמת ודאות גבוהה ולטווח ארוך – במקור תקציבי רגיל המתחרה בתחומים אחרים על סדר היום<sup>54</sup>. שיחלוף מקור המימון אף הגדיל את כוח המיקוח של האוצר<sup>55</sup>, והותיר את מערכת הבריאות "תלויה בחסדיו".

52 גרוס, א. (2004). "בריאות בישראל: בין זכות למצרך". מתוך: רבין, י., שני, י. (ערי'): זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות בישראל. הוצאת רמות- אוניברסיטת תל-אביב.

53 הועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה ("ועדת אמוראי"). (2002). דין וחשבון הועדה.

54 בן-נון, ג. (1999). "ההתפתחויות העיקריות בעלות סל השירותים ומקורות מימון במהלך ארבע שנות הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי". בתוך: בטחון סוציאלי, מס' 54, עמ' 35; וגם: צ'רנובוסקי, ד., אלקנה, י., אנטון, י., שמש, ע. (2003). "שוויוניות ומערכת הבריאות בישראל: עיוני יחסי כגורם סיכון לבריאות". המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

55 בן-נון, ג. (2006). מתוך "עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי" 1995-2005. בפרק: "החוק, הבריאות ומערכת הבריאות: עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי". המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

## **בחוק ההסדרים לשנת 1998 הותר לקופות החולים להגדיל את תשלומי ההשתתפות וכן הותר**

### **להן למכור שירותים שאינם בסל באמצעות השב"ן<sup>56</sup> (הביטוחים המשלימים):**

תשלומי השתתפות הנם תשלומים ישירים המשולמים על ידי החולים מכיסם. תשלומים אלו מהווים מקור מימון עקיף ורגרסיבי לחוק, נטל המוטל על ציבור המבוטחים, מעבר למס הבריאות המנוכה מהמשכורת או קצבת הביטוח הלאומי שלהם. תשלומי ההשתתפות חלים על תרופות מרשם וכן על שירותים רפואיים (ביקור אצל רופא מומחה, הפנייה למכונים או מרפאות ועוד ואף על ביקור אצל רופא משפחה בקופ"ח מכבי).

תשלומי השתתפות על תרופות היו נהוגים במערכת עוד קודם לתיקונים בחוק ההסדרים לשנת 1998, אך מאז התיקון חלה עלייה של כ-35% בממוצע במחירן של תרופות מרשם<sup>57</sup>. מספר בודד של תשלומים על שירותים רפואיים נגבו ממבוטחים קודם לתיקון, אך אחריו נוספו אגרות רבות נוספות על שירותים רפואיים.

**תיקונים נוספים נגעו במחויבות המדינה למימון הסל:** תוקן הסעיף אשר הגדיר את אחד ממקורות המימון לחוק: "סכומים נוספים מתקציב המדינה כפי שייקבעו מדי שנה בחוק התקציב השנתי ואשר ישלימו את מימון עלות סל שירותי הבריאות" תוקן ל"מימון עלות הסל לקופות" (הדגש אינו במקור). משמעות התיקון הנה התנערות של המדינה מחובתה להקצות סכום למימון הטיפולים שבאחריות משרד הבריאות (שירותים גריאטריים, שירותי בריאות הנפש, אביזרי שיקום לבעלי נכות והרפואה המונעת).

כמו כן, הוסף בתיקון לחוק סייג לפיו ינוכה מחלקה של הממשלה במימון הסל, סכום המהווה הערכה של תקבולים מתשלומי ההשתתפות של המבוטחים לקופות החולים<sup>58</sup>.

56 ראשי תיבות של שירותי בריאות נוספים, ובשפה השגורה - תוכניות "הביטוח המשלים". במסגרת הביטוחים המשלימים מוכרות קופות החולים, תמורת תשלום נוסף, שירותים שאינם כלולים בסל השירותים הביסיסי, למעט שירותי סיעוד. קופת חולים חייבת על פי חוק לצרף כל חבר המבקש להצטרף לתוכנית, ללא קשר למצבו הבריאותי או הכלכלי; מחיר התוכנית אחיד לכל קבוצת גיל.

57 בן-נון, ג. (2006) מתוך "עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי" 2005-1995. בפרק: ". "החוק, הבריאות ומערכת הבריאות: עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי" המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

58 גרוס, א. (2004). "בריאות בישראל: בין זכות למצרף". מתוך: רבין, י., שני, י. (ערי): זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות בישראל. הוצאת רמות - אוניברסיטת תל-אביב.

## השפעת התיקונים לחוק על הנגישות לשירותים:

### תשלומי השתתפות:

למעשה, תשלומי ההשתתפות במערכת הבריאות בישראל מהווים הפרה של שני עקרונות: עקרון הנגישות הכלכלית ועקרון אי-ההכבדה על משקי הבית העניים. כתוצאה מהטלת תשלומי ההשתתפות, אוכלוסייה הולכת וגדלה של תושבים, בעיקרם קשישים, בעלי הכנסה נמוכה וערבים, מוותרת על שירותים רפואיים חיוניים הכרוכים בתשלום.

חשוב לציין כי מעבר למניעת שירותים רפואיים, חסמים אלו בנגישות לרפואה ראשונית, גורמים בשלבים מאוחרים יותר לצריכת רפואה שלישונית, יקרה ומורכבת יותר (דוגמת אשפוזים), המהווה נטל גדול יותר על מערכת הבריאות.

בנוסף, מערכת ההנחות והפטורים על תשלומי ההשתתפות שהונהגה במקביל להיתר הגבייה של תשלומי ההשתתפות על השירותים ותרופות<sup>59</sup>, הכניסה סרבול ועלייה בהוצאות המנהליות של הקופות וכן הביאה לתיג של הנזקקים לפטור. מערכת הפטורים וההנחות פוגעת אם כן בעקרון האוניברסאליות של החוק.

מחקרים שונים מראים כי תשלומי ההשתתפות מהווים חסם בנגישות לשירותים עבור מספר רב של תושבים<sup>60</sup>:

- 15% מהתושבים דיווחו כי הם ויתרו על **תרופת מרשם** בשנת 2005 (לעומת 11% שדיווחו כך בשנת 2001).

שיעור המדווחים גבוה במיוחד בקרב קבוצות שונות:

- 23% מקרב בעלי הכנסה נמוכה ו-19% מקרב החולים הכרוניים, דיווחו כי הם ויתרו על **תרופת מרשם** בשנת 2005 (לעומת 16% שדיווחו כך בשנת 2001).

- 30% מבעלי ההכנסות הנמוכות ו-20% מהחולים הכרוניים דיווחו כי **ויתרו על טיפול רפואי או תרופת מרשם** בשנת 2005 עקב עלותם.

- 39.2% מתושבי ישראל הערבים דיווחו כי ויתרו על תרופת מרשם בשנת 2003 בשל קשיים כלכליים; 18.7% מקרב בעלי הכנסה מעבודה של עד 4000 לחודש, ויתרו על תרופת מרשם בשל קשיים כלכליים<sup>61</sup>.

את הביטוי לבעיית הנגישות ההולכת וגדלה לשירותי בריאות במערכת הציבורית ניתן גם לזהות באחוז הגבוה של המדווחים, לא רק על ויתור ממשי על טיפול או תרופה בגלל שיקולי עלות, אלא אף על ההכבדה הכלכלית הנובעת מתשלומי ההשתתפות ועל קשיים שונים שמערימה הקופה<sup>62</sup>:

59 חלק מהפטורים וההנחות בוטלו במהלך השנים מאז הנהגתם.  
60 הנתונים לקוחים מתוך: גרוס, ר., ברמלי-גרינברג, ש., מצליח, ר. (2006). "הודעה לעיתונות: סקר חדש בודק את דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות". מכון נוינט-מאירס ברוקדייל.  
61 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2004). "רווחת האוכלוסייה בישראל: ממצאים ראשוניים מתוך הסקר החברתי 2003.  
62 הנתונים לקוחים מתוך: גרוס, ר., ברמלי-גרינברג, ש., מצליח, ר. (2007). "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי". מכון נוינט-מאירס ברוקדייל.

- 27% מהנשאלים דיווחו כי בשנת 2005 חשו כי תשלומי המשפחה לבריאות מכבידים במידה רבה;  
- 20% מהמראיינים ענו כי קיבלו הפניה או התחייבות מהקופה רק לאחר מאמץ או עם קושי בשנת  
2005 לעומת 15% שענו כך ב-2003;  
- כשליש מהחולים הכרוניים וכרבע מקרב אלו שאינם חולים כרוניים דיווחו שנתקלו בבעיה כלשהי  
בקבלת שירות או טיפול רפואי בשנתיים האחרונות מהקופה, בית החולים או מקום אחר (לעומת  
13% שדיווחו כך בשנת 2001). כ-76% מהעונים תארו בעיות הקשורות בנגישות לשירותים (תורים,  
זמינות רופאים, קשיים בירוקרטים);  
- בקרב חולים כרוניים, 13% דיווחו כי הקופה דרשה מהם שיחליפו תרופה בגלל המחיר, לתרופה  
זולה יותר.

נוכח הנתונים שהוצגו מעלה, אין ספק כי תשלומי ההשתתפות מהווים נסיגה במחויבות המדינה לזכות  
לבריאות. השימוש בתשלומים מכיסו של המבוטח, בין אם מתוך כוונה למנוע צריכת יתר של שירותים  
ובין אם מתוך כוונה לעשות בהם שימוש כמקור מימון למערכת, לא נשקלו מול חלופות אחרות ולא  
ישמו במערכת לאחר שהמדינה מיצתה את משאביה המרביים.

### **ביטוחים משלימים:**

כאמור, החל משנת 1998 התאפשר לקופות החולים למכור שירותים שאינם בסל באמצעות הביטוחים  
המשלימים. שיעור בעלי הביטוח המשלים עלה בצורה ניכרת בשנים האחרונות (79% ב-2005 לעומת  
72% ב-2003). אך תושבים רבים אינם מסוגלים לעמוד בעלות הביטוח המשלים (53% מקרב הערבים,  
41% מקרב בעלי הכנסה נמוכה ו-33% מקרב הקשישים)<sup>63</sup> ועל כן אינם נהנים מהשירותים שהוא מציע  
כגון התייעצות אצל יועץ מומחה, הנחה על טיפולי שיניים במסגרת הקופה ועוד. לאחרונה אף החלו  
הקופות מוכרות תרופות מצילות חיים לסרטן, שאינן בסל השירותים הבסיסי, במסגרת הביטוח המשלים.

לעניות דעתנו, האחוזים הגבוהים של בעלי ביטוח משלים מעידים על נכונותו של הציבור לשלם סכום  
נוסף על מנת להבטיח שיכנסו שירותים נוספים לסל הבסיסי. העלאה קלה של מס הבריאות עשויה  
להוות מקור מימון נוסף למערכת הבריאות שישמש לצורך הורדת תשלומי ההשתתפות והכנסת שירותים  
חיוניים נוספים לסל, שכיום מצויים בביטוחים המשלימים. פתרון שכזה מהווה חלופה שתצמצם פערים  
בנגישות לשירותים ותהיה בעלת אופי סולידארי יותר.

63 גרוס, ר., ברמלי-גרינברג, ש., מצליח ר. (2006). "הודעה לעיתונות: סקר חדש בודק את דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות". ג'וינט- מאירס מכון ברוקדייל.

## תהליכי הפרטה של מערכת הבריאות הציבורית<sup>64</sup>

תהליכים של הפרטה במערכת הבריאות התרחשו קודם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק בלם במידה מסוימת את התהליכים האלו אך תיקונים שונים לחוק פגעו בהישגיו ותרמו להפרטה של מערכת הבריאות הציבורית: הפרטה חלקית של מימון שירותי הבריאות, הפרטת הבעלות על חלק משירותי הבריאות וכן אימוץ של תרבות ארגונית עסקית אל חיקו של הסקטור הציבורי כולם ביטויים של השחיקה באופייה הציבורי של מערכת הבריאות.

### הפרטה חלקית של מימון שירותי הבריאות:

בשנות השמונים המוקדמות, קודם לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, היווה המימון הממשלתי 45% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות<sup>65</sup>. לאורך השנים פחת המימון הממשלתי, במקביל לעלייה ב"הוצאה מהכיס" (תשלומים ששילמו חולים מכיסם בעת שנזקקו לטיפול), כך שבשנות ה-90 המוקדמות היווה המימון הממשלתי 21.6% בלבד מסך ההוצאה הלאומית. העובדה כי ה"הוצאה מהכיס", אשר עלתה מ-19% מסך ההוצאה הלאומית בשנת 1980 ל-28% בשנת 1989, מהווה את עיקר הגידול בהוצאה הפרטית, משמעה כי היכולת לשלם הפכה מרכיב משמעותי בנגישות לשירותי בריאות.

תוצאת תהליכים אלו הייתה פגיעה בנגישות לשירותי בריאות של מבוסחי קופות חולים בעלי הכנסה נמוכה. בנוסף, הירידה במימון הממשלתי "תרמה" לגרעון ההולך וגדל של קופת חולים כללית, לקושי בתזרים המזומנים שלה לספקים שונים (ובעיקר לבתי חולים ממשלתיים) וכן לגל עזיבה של מבוסחים מהכללית לטובת קופות אחרות.

כל אלו עודדו את הקמתה של ועדת חקירה ממלכתית ("ועדת נתניהו"), אשר המליצה על שינויים במערכת הבריאות - שבמרכזם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

עם כניסתו לתוקף של החוק, נותק הקשר בין היכולת הכלכלית של המבוטח לבין זכותו לקבלת שירותים רפואיים, שכן תשלום מס הבריאות, נקבע בהתאם להכנסתו של המבוטח בעוד זכותו לקבלת שירות רפואי נקבעה על פי צרכיו הרפואיים.

חרף חקיקת החוק, המשיכה הירידה במימון הממשלתי ובשנים 1997-1998, עם ביטול המס המקביל והגדלת תשלומי השתתפות על שירותים ותרופות, הוחרף תהליך העברת נטל המימון של השירותים הרפואיים מהממשלה לתושבים. כיום כאמור, שיעור המימון הפרטי מסך ההוצאה הלאומית הוא בין הגבוהים ביחס למדינות המערב בהם מערכת בריאות ציבורית.

### הפרטת הבעלות על שירותים רפואיים:

חלקו של הסקטור העסקי מכלל ההוצאה הלאומית<sup>66</sup> על בריאות היה בתהליך עלייה עוד קודם לחוק; 18.9% בשנת 1984 לעומת 23.3% בשנת 1993. דוגמא להתפתחותו של הסקטור העסקי ניתן למצוא

64 פרק לקוח כולו מ: פילק, ד. (2007). "מסחורה של מערכת הבריאות, תהליך ראוי או שגוי? משפט ועסקים, 9, עמ' 17-1. יוצא לאור בספטמבר 2007.

65 ללא המס המקביל.

66 על פי סקטור מבצע.

בתחום הסיעוד: בשנת 1998 היו רק 13 מוסדות לא ציבוריים שסיפקו שירותי אשפוז סיעודי, בעוד ששלוש שנים לאחר חקיקת החוק עמד מספרם על 84. חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא השפיעה על תהליכים אלו של הפרטת הבעלות על שירותי בריאות שקדמו לחוק: בין השנים 1993 לשנת 2000 חל גידול משמעותי במספר המיטות הכלליות הפרטיות ביחס לציבוריות: 35% לעומת 16% בהתאמה; חלקו של הסקטור העסקי מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות עלה מ-22.9% ב-1995 ל-48.2% ב-2005.<sup>67</sup>

בחוק ההסדרים לשנת 2007 הציע האוצר להעביר את ניהול בתי החולים הממשלתיים לחברות עצמאיות. העברת ניהול בתי החולים לחברות ניהול משמעותה הסרת אחריותה הכוללת של המדינה על ניהולם של בתי החולים והעברת אחריות זו לגופים עסקיים שמחויבותם הראשונית תהיה למאזן התקציבי שלהם ולא לבריאות האוכלוסייה; הצעה זו מהווה דוגמה נוספת למגמה הרווחת של העברת בעלות על שירותים רפואיים לידיים פרטיות.

### **אימוץ של תרבות ארגונית עסקית:**

קופ"ח כללית שינתה שמה ל-"שירותי בריאות כללית". קופ"ח מכבי שינתה שמה ל"מכבי שירותי בריאות". קופות החולים אינן מכונות את מבטחיהן "מבוטחים", / פציינטים", או "חברים" אלא "לקוחות"; הסקטור הציבורי מרבה להעסיק עובדים במשרות חלקיות, דרך חברות וכוח אדם וקבלני משנה (בעיקר בתחום הניקיון), זאת בשל היותו וכוח אדם זול יותר;

במסגרת בתי החולים הציבוריים התפתחו לאורך השנים צורות אחדות של רפואה פרטית: השר"פ (שירות רפואי פרטי - הפועל היום רק בחלק מבתי החולים בירושלים) והשר"ן (שירות רפואי נוסף). שירותים אלו, הניתנים גם הם תמורת תשלום, מעניקים למשלם שירותים "משופרים", כמו בחירת רופא (בשר"פ) או תנאי מלונאות משופרים (בשר"ן); וכן שירותים שאינם כלולים בסל שירותי הבריאות, שפיתחו בתי החולים ואשר נמכרים לפרטים כמו גם לקופות, ולחברות ביטוח פרטיות<sup>68</sup>. כן התפתחו במתחמי בתי החולים הציבוריים מוסדות פרטיים ("קלאס קליניק" בבית החולים על שם שיבא, מתקני אשפוז פרטיים ליולדות בבתי החולים איכילוב ושיבא ועוד).

ביטויים אלו של אימוץ תרבות ארגונית עסקית לחיקו של הסקטור הציבורי מובילים לניגוד אינטרסים בין המחויבות המקצועית של עובדי הרפואה למטופליהם לבין מחויבותם המוסדית<sup>69</sup>, לפגיעה בזכויות העובד של חלק מהמועסקים בסקטור הציבורי ולפגיעה בשוויוניות בנגישות לשירותי בריאות שכן זו הופכת להיות פונקציה של יכולת תשלום.

**לסיכום**, אף שחוק ביטוח בריאות ממלכתי צלח בבלימת תהליך הפרטת מערכת הבריאות שחלה עוד קודם לחקיקתו, הרי שמאז שנחקק החוק חלה העמקה של הליך ההפרטה. העמקת ההפרטה עומדת בניגוד מוחלט לערכיו של החוק ששאפו לקדם מערכת בריאות ציבורית נגישה ושוויונית לכל.

67 החל משנת 2003 השלכה המרכזית לסטטיסטיקה החלה לחשב "בתי חולים כללים המוכרים את מרבית שירותיהם במחיר מלא" (אסותא לדוגמה), כשייכים למגזר העסקי. "ואמנם אין מדובר באפקט של קטלוג אלא בשינוי שמשקף את תהליך המסחר של מערכת הבריאות הציבורית" (ציטוט של פילק, ד. מתוך: פילק, ד. (2007). "מסחורה של מערכת הבריאות, תהליך ראוי או שנוי?" משפט ועסקים, 9, עמ' 1-17. יוצא לאור בספטמבר 2007).

68 Filic. D. (2007). The Liberal Grounding of the Right to Health Care: An Egalitarian Critique". Theoria, 112. April.

## פרויקט "זכויות בריאות" – עמותת רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה

בין השנים 2002-2006, הפעילו יחד עמותת רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה את פרויקט "זכויות בריאות".

הפרויקט פעל על מנת לזהות בעיות ביישומן של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולתת להן מענה. לצורך כך, התבצעה פעילות בשני מישורים:

במישור האחד טיפל הפרויקט בפניות פרטניות של תושבים אשר נתקלו בבעיות שונות מול ספקי הבריאות בישראל, דהיינו, קופות החולים, בתי החולים ומשרד הבריאות. במסגרת הפרויקט הופעל קו פניות טלפוני שהעניק שירות ללא תשלום לכל תושבי מדינת ישראל ואפשר לכל מי שנתקל בבעיה במימוש זכותו לשירותי בריאות את האפשרות לפנות, לקבל מידע וסיוע באמצעות סינוגר פרטני. נציגי הפרויקט הסתייעו באנשי רפואה ונשות רפואה, חברים ומתנדבים של עמותת רופאים לזכויות אדם, בעורכי דין, אנשי אקדמיה ועוד.

במישור השני, המידע שנאסף דרך הטיפול בפניות שימש כמצע לפעילות עקרונית בנושאים אשר בהם נרשמה הפרה מהותית של הזכות לבריאות. הפרויקט הפעיל כלים מגוונים לקידום מצעו: הגשת תביעות לבתי הדין לעבודה ולבג"צ; שתדלנות מול נבחרים ציבוריים; הפצת מידע באמצעות כלי המדיה השונים; הפעלת פרויקטים קהילתיים; וכן הפצת מידע לקהל הרחב באמצעות ניירות עמדה והרצאות.

החל משנת 2007 ממשיך הפרויקט לפעול במסגרתה של עמותת רופאים לזכויות אדם.

### ניתוח סטטיסטי של פניות פרטניות לפרויקט<sup>70</sup>

במהלך שנות פעילותו של הפרויקט, טיפלו נציגי הפרויקט במעל ל 2500 פניות פרטניות. חלק מפניות אלו תועדו. כימות הנתונים וניתוחן של 1149 פניות, מובא להלן:

69 עוד על יונידי אינטרסים ו"נאמנות כפולה" ניתן לקרוא ב: אבני, ש, ינר, ז, זין, ה. (2005). "צוותי רפואה במלכוד. נאמנות כפולה- היא קשורה אליך". רופאים לזכויות אדם.

70 ניתוח של מרכז אדוה- מאת פאני פיסחוב, אתי קונור-אטיאס ועל חסון.



### אוכלוסיית המחקר

במחקר השתתפו 1,149 נחקרים, 54.1% מתוכם היו נשים ו-45.9% גברים. הפניות למוקד היו מכל רחבי הארץ, מיישובים בצפון כדוגמת ע'גאר, עמוקה, נצרת וחיפה ועד יישובים באזור הדרום כדוגמת כסייפה, דימונה ובאר שבע. 48.4% מן הנחקרים פנו למוקד הטלפוני באופן עצמאי. 12.9% מן הפניות בוצעו על ידי אחד מילדי המשפחה עבור אחד ההורים; 11.8% מהפניות נערכו באמצעות אחד מבני הזוג; 10.7% מהפניות בוצעו על ידי אחד מההורים עבור ילדיהם; 7.2% מן הפניות היו באמצעות עובדים סוציאליים או עובדי מערכת הבריאות; 4.9% מהפניות בוצעו על ידי אחד מהאחים או החברים והשאר, 4.2%, מן הפניות בוצעו על ידי גורמים אחרים. 85.7% מן הנחקרים הם יהודים 14.3% מן הנחקרים הם ערבים. כשני שלישים לערך מהפונים למוקד הסכימו לציין את גילם (731 נחקרים). מתוכם, 15% לערך היו עד גיל 24, 19% בניוֹת 25-39, 21.9% בניוֹת 40-54, 16.4% בניוֹת 55-64 ו-27.8% היו בניוֹת 65 ומעלה.

### לוח 1. התפלגות הפונים למוקד לפי גיל

באחוזים

שיעור	גיל
14.9	עד 24
19.0	25 - 39
21.9	40 - 54
16.4	55 - 64
27.8	65 ומעלה

הרוב המכריע של הנחקרים משתייך לשירותי בריאות כללית (61.9%). 15.9% נוספים שייכים למכבי שירותי בריאות, 8.2% לקופת חולים מאוחדת ו-7.5% לקופת חולים לאומית<sup>71</sup>. מעל למחצית מהנחקרים הנם חולים כרוניים (57.8%). 474 האחרים אינם חולים במחלות כרוניות (42.2%). בקרב החולים הכרוניים קצת יותר משליש (35.3%) היו חולים במחלות ממאירות, 11% היו חולים במחלות לב, 7.2% היו חולי סוכרת ו-29.3% היו חולים במחלות אחרות כגון: ניוון שרירים, שיתוק ילדים, אפילפסיה, פרקינסון ועוד.

83.8% מן הנחקרים ציינו כי הם חולים כרוניים ולוקחים תרופות באופן קבוע. 2.3% מהם לוקחים תרופות בתקופות מוגבלות, השאר (13.8%) ענו כי השאלה אינה רלוונטית לגביהם - חלק מן הנחקרים בקטגוריה זו אינם לוקחים תרופות עקב חוסר האפשרות לרכוש אותן (3.1%), וחלק נוסף לא ענו על השאלה (10.7%).

## לוח 2. חולים כרוניים לפי סוג מחלה

באחוזים מתוך החולים המוגדרים ככרוניים

שיעור	סוג המחלה
35.3	מחלות ממאירות
11.0	מחלות לב
7.2	סוכרת
3.6	אסתמה
3.3	מחלות נפש
2.8	יתר לחץ דם
2.4	כלי דם במוח
2.2	כולסטרול
1.7	אלצהיימר
0.9	טרשת
0.2	איידס
29.3	מחלות אחרות
<b>100.0</b>	<b>סה"כ</b>

71 בשאלה זו ענו 974 נחקרים מתוך 1,149 (84.8%).

### מהלך המחקר

במהלך המחקר נבדקו נושאים שונים בקרב הקבוצות החברתיות הבאות: גברים ונשים, חולים כרוניים ונחקרים שאינם חולים כרוניים, יהודים וערבים ובני 60 ומעלה. בנוסף נערכו השוואות בין הנחקרים לפי קופת החולים אליה הם משתייכים. הנושא העיקרי שנבדק בקרב הקבוצות שצוינו לעיל הוא מהות התלונה ומהות הטיפול.

### מהות התלונה

מהות התלונה כוללת למעלה מ-15 קטגוריות של תשובה. בנייתו זה בחרנו לקבץ חלק מן התשובות לארבעה נושאים עיקריים<sup>72</sup>:  
תלונות הקשורות לסל שירותי הבריאות - תרופה או טיפול שלא בסל, תרופה או טיפול בסל, אך החולה אינו עומד בהתוויה<sup>73</sup>; תלונות הקשורות להוצאה כספית - עלות תרופה, עלות טיפול, עלות בדיקה, עלות אשפוז, החזר הוצאות; תלונות הקשורות לקשיים עם הביטוח הלאומי (בכלל זה בעיות הנובעות ממעמד בביטוח הלאומי<sup>74</sup>); תלונות שעיקרן בירור זכויות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

### לוח 3. מהות התלונה

באחוזים

שיעור	מהות התלונה
36.9	סל שירותי הבריאות
28.3	בירור זכויות במסגרת החוק
27.2	הוצאה כספית
10.4	איכות השירות בקופת חולים או בבית החולים
9.8	בעיות עם הביטוח הלאומי
7.1	הסדרי בחירה של קופת חולים או בית חולים
4.4	חוסר במסגרת טיפולית הולמת
3.0	ביטוח משלים
2.0	ביטוח סיעודי
1.7	פערים בין המלצות של רופאים שונים
0.2	טיפולים פרה-רפואיים
10.7	אחר

72 לוח 2 כולל את התשובות המקובצות ואת שאר התשובות לשאלה זו. כל שאלה היא קטגוריה בפני עצמה ולכן הנתונים אינם מסתכמים ל-100 אחוז.

73 קריטריונים קליניים שעל החולה לעמוד בהם על מנת לקבל את הטיפול או התרופה במסגרת סל שירותי הבריאות.

74 להרחבה בעניין זה ראו בפרק קודם "חוק ביטוח בריאות ממלכתי: מסגרת בלתי-מספקת להגשמת הזכות לבריאות"

וכן בפרק בהמשך "דוגמאות להפרות של הזכות לבריאות".

מלוח 2 עולה כי 40% לערך מן הנחקרים פנו למוקד הטלפוני בתלונות הקשורות לסל שירותי הבריאות. 28.3% מהנחקרים פנו בכדי לברר מהן זכויותיהם על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. 27.2% מהתלונות היו קשורות להוצאה כספית גבוהה ו-9.8% מהנחקרים התלוננו על קשיים עם הביטוח הלאומי.

#### **א. גברים ונשים**

בנושא מהות התלונה לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין גברים לנשים: 36.6% מהגברים ו-37.2% מהנשים התלוננו על כך שהתרופה לה הם זקוקים אינה נמצאת בסל שירותי הבריאות או שהם אינם עומדים בהתוויה לקבלה. 27.5% מהגברים פנו במטרה לברר את זכויותיהם במסגרת החוק לעומת 28.9% מהנשים. 26.9% מהגברים התלוננו על הוצאות כספיות גבוהות (עלות תרופה, טיפול, אשפוז, או החזר הוצאות) לעומת 27.5% מהנשים. ל-10.2% מהגברים שפנו למוקד התעוררו בעיות עם משרד ממשלתי לעומת 9.4% מהנשים.

#### **ב. חולים כרוניים ואחרים**

מניתוח גיל הנחקרים הפונים למוקד "זכויות בריאות" עולה, כי ככל שעולה הגיל כך עולה שיעור החולים הכרוניים: חולים כרוניים רבים פנו למוקד: 32.7% מהנחקרים עד גיל 24 הנם חולים כרוניים. מקרב בני/ות 25-39 46.0% מהנחקרים הנם חולים כרוניים, מקרב בני/ות 40-54 63.3% ומקרב קבוצת הגיל 55-64, כשני שלישים הם חולים כרוניים. כצפוי, השיעור הגבוה ביותר של חולים כרוניים מצוי בקרב בני/ות 65 ומעלה כ-70%.<sup>75</sup> שיעור הגברים והנשים החולים/ות במחלות כרוניות דומה ועומד על 60% לערך. כ-60% מהנחקרים היהודים ציינו כי הם חולים במחלות כרוניות לעומת כמחצית מהנחקרים הערבים (46.5%) שציינו כי הם חולים במחלות כרוניות.

**לוח 4. מהות התלונה בקרב חולים כרוניים ובקרב אלה שאינם חולים במחלות כרוניות**<sup>76</sup>  
באחוזים

מהות התלונה	חולים כרוניים	אינם חולים במחלות כרוניות
סל שירותי הבריאות	46.3	23.9
הוצאה כספית	29.4	24.9
ברור זכויות במסגרת החוק	25.8	32.3
ביטוח לאומי	8.2	12.0

מלוח 3 לעיל עולה, כי 46.3% מהחולים הכרוניים התלוננו על כך שהתרופה שהם זקוקים לה אינה בסל, או לחליפין היא בסל, אך הם אינם עומדים בהתוויה לקבלה. בקרב הנחקרים אשר אינם חולים כרוניים, השיעור הוא קטן יותר ועומד על 23.9%. בעניין הוצאות כספית גבוהות, כ-30% מהחולים הכרוניים התלוננו על כך לעומת כרבע מהנחקרים אשר אינם חולים כרוניים. כרבע מהנחקרים החולים במחלות כרוניות פנו למוקד הטלפוני בכדי לברר את הזכויות המגיעות להם במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לעומת כשליש מהנחקרים אשר אינם חולים במחלות כרוניות. בעיות עם המוסד לביטוח לאומי קיימות בקרב 8.2% מהנחקרים החולים במחלות כרוניות לעומת 12.0% מהנחקרים אשר אינם חולים במחלות כרוניות.

**ג. יהודים וערבים**

שיעור הפונים הערבים למוקד זכויות הבריאות, במטרה לברר את זכויותיהם במסגרת החוק היה גבוה מזה של הפונים היהודים: 43% לעומת 26%. ל-30% מהפונים הערבים הייתה בעיה עם המוסד לביטוח לאומי לעומת 6% בלבד מהפונים היהודים. בעניין התלונות הקשורות לסל שירותי הבריאות, בקרב היהודים השיעור עמד על 38.8%, לעומת 27.5% בקרב הערבים. לגבי תלונות הקשורות להוצאה כספית (עלות התרופה, טיפול, אשפוז, בדיקה והחזר הוצאות) נרשם שיעור גבוה יותר בקרב יהודים: 28% לעומת 23.6% בקרב הערבים.

76 הערה: לפונים ניתנה אפשרות לענות על יותר מתשובה אחת כאשר נשאלו על מהות התלונה. לכן, השיעור הוא מהאוכלוסייה המתאימה בכל תא ואינו מסתכם ל-100%.

#### ד. קופות החולים

כאמור, רוב הנחקרים (61.9%) שייכים לשירותי בריאות כללית, 15.9% שייכים למכבי שירותי בריאות, 8.2% לקופת חולים מאוחדת ו-7.5% לקופת חולים לאומית. בלוח 4 שלהלן עולה כי קיים הבדל במהות התלונה לפי השייך לקופת החולים. רוב הפונים למוקד זכויות בריאות אינם שבעי רצון מסל שירותי הבריאות. שיעור התלונות בקרב כל ציבור המבוטחים דומה ועומד בממוצע על 44% (מ-41.9% בקרב מבוטחי שירותי בריאות כללית ועד 45.2% בקרב מבוטחי קופת חולים לאומית).

באשר להוצאות הכספיות הקשורות למערכת הבריאות ניתן לראות, כי שיעור התלונות הגבוה ביותר מצוי בקרב הפונים ששייכים לקופת חולים לאומית - 35.6%. מאידך, השיעור הנמוך ביותר שנרשם היה בקרב חברי קופת חולים מאוחדת - 26.3%. בקרב הפונים לברר את זכויותיהם במסגרת החוק נמצא, כי שיעור המבוטחים בשירותי בריאות כללית היה הגבוה ביותר - 29.2%. לעומתם, השיעור הנמוך ביותר נרשם בקופת חולים לאומית - 23.3%.

#### לוח 5. מהות התלונה לפי השייך לקופת החולים<sup>77</sup>

באחוזים

מהות התלונה	כללית	מכבי	מאוחדת	לאומית
סל השירות הבריאות	41.9	43.9	45.0	45.2
הוצאה כספית	26.5	33.5	26.3	35.6
בירור זכויות במסגרת החוק	29.2	27.1	25.0	23.3

77 הערה: לפונים ניתנה אפשרות לענות על יותר מתשובה אחת כאשר נשאלו על מהות התלונה. לכן, השיעור הוא מהאוכלוסייה המתאימה בכל תא ואינו מסתכם ל-100%.

65 ללא המס המקביל.

### ה. בני/בנות 60 ומעלה

מתוך 731 הנחקרים שציינו את גילם במחקר זה, כ-40% הם של בני/ות 60 ומעלה. עיון בפניות מלמד דבר-מה על מצבו העגום של ציבור הגמלאים ביחס למימוש זכותם הבסיסית לשירותים רפואיים: קשישים ובני משפחותיהם סיפרו לנציגי המוקד כי הם מוותרים על תרופות משום שאינן בסל התרופות ועלותן הפרטית גבוהה. בנוסף, רבים מהם פנו על מנת לקבל מידע כללי שלא היה נגיש עבורם. להלן הממצאים העיקריים: כ-70% מבני/ות 60 ומעלה הנם חולים כרוניים; 37% מקרב בני/ות 60 ומעלה מתלוננים על סל שירותי הבריאות: התרופה לה הם זקוקים אינה בסל או שהם אינם עומדים בהתוויה לקבלתה; 27.4% מתלוננים על הוצאות כספיות גדולות; 27.8% מקרב בני/ות 60 ומעלה פנו למוקד זכויות בריאות על מנת לברר את זכויותיהם במסגרת החוק.

### גורמים המעורבים בטיפול, לפני הפנייה למוקד הטלפוני של הפרויקט

נציגי המוקד הטלפוני בדקו מיהם הגורמים שהיו מעורבים בטיפול לפני הפנייה למוקד<sup>78</sup>. קצת יותר ממחצית מהנחקרים (53.3%) נעזרו ברופא (רופא משפחה או רופא פרטי) או רופא מומחה) לפני שבנו אל המוקד. 47.2% פנו לנציג מנהלי של המערכת הרפואית (מנהל סניף של קופת חולים, מנהל רפואי מחוזי, ועדת חריגים, ראש מנהל רפואה ועוד). כ-15% פנו לגורמי רווחה (עובדת סוציאלית). השאר פנו לנציב קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (6.3%) או לגורמים אחרים (6.8%).

### לוח 6. גורמים המעורבים בטיפול לפני הפנייה למוקד "זכויות בריאות"<sup>79</sup>

באחוזים

שיעור	מהות התלונה
53.3	רופא
47.2	נציג מנהלי של המערכת הרפואית
14.9	גורמי רווחה
6.8	גורמים אחרים
6.3	נציב קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי

78 כשני שלישים מן הנחקרים ענו על שאלה זו (733 נחקרים מתוך 1,149).

79 הערה: לפונים ניתנה אפשרות לענות על יותר מתשובה אחת. לכן, השיעור הוא מהאוכלוסייה המתאימה בכל תא ואינו מסתכם ל-100%.

## מהות הטיפול ותוצאותיו

### א. מהות הטיפול בפנייה

הטיפול בפניות כולל אפשרויות רבות: מתן מידע באשר לפרטי החוק, הנחיית המבוטח להמשך תהליך, סיוע בהתכתבות מול הרשויות ובמקרים מסוימים - סיוע רפואי או משפטי. כשלושה רבעים מכלל הפניות (74.9%) התאפיינו בכך שהפונה קיבל מידע באשר לפרטי החוק ו\או קיבל הנחייה להמשך תהליך.

4.4% מן הנחקרים קיבלו סיוע רפואי או שניציגי הפרויקט התייעצו בעניינם עם רופא מתנדב של העמותה. כ-2% מהנחקרים קיבלו סיוע כספי והשאר (4%) זכו לסיוע משפטי או הגשת תביעה\תלונה בשמם על ידי הפרויקט.

ל-10% מכלל הפניות לא היה כל המשך בטיפול בתלונה, מאחר שהפונה לא הסכים לחתום על ויתור סודיות רפואית, או לא העביר מסמכים נדרשים להמשך טיפול בעניינו.

### ב. פנייה לגורמים מקצועיים<sup>80</sup>

בהמשך נבדקה השאלה באילו גורמים מקצועיים נעזר צוות המוקד. עבור 37.2% מהפניות לא היה כל צורך לפנות לגורמי המשך מקצועיים (כאמור, רוב הנחקרים קיבלו מידע מנציגי המוקד באשר להמשך התהליך); ב-8.2% מהפניות בוצעה פנייה של נציגי הפרויקט לנציגי קופת חולים\בית חולים או נציגי משרד הבריאות; ב-2.9% מהפניות בוצעה פנייה לעורך דין, איש תקשורת או גורמים אחרים, וב-1.6% מן הפניות בוצעה פנייה למשרד ממשלתי או לעובד\ת סוציאלית.

### ג. משך זמן הטיפול

מרבית הפניות (61.5%) טופלו באופן מיידי. 16.3% מן הפניות טופלו במהלך ימים בודדים עד שבוע. 13.7% מן הפניות טופלו בין שבוע לחודש ו-8.5% מהפניות טופלו מעל לחודש ימים.

### ד. תוצאות הטיפול

לשני שלישים (64.4%) מהפונים ניתן מידע באשר להמשך התהליך. ב-21.8% מן המקרים הפונה קיבל את מבוקשו או נמצא פתרון חלקי לבקשתו, עבור 7% לערך, לא ניתן כלל פתרון ול-7% מן הפניות נושא הפנייה לא היה רלוונטי לטיפול המוקד.

80 לפונים ניתנה אפשרות לענות על יותר מתשובה אחת כאשר נשאלו על מהות התלונה. לכן, השיעור הוא מהאוכלוסייה המתאימה ואינו מסתכם ל-100%.



## דוגמאות להפרות של הזכות לבריאות

הדוגמאות שנבחרו משתקפות מהפניות לפרויקט "זכויות בריאות" והן טופלו במסגרתו של הפרויקט ברמה הפרטנית והציבורית. הדוגמאות שייסקרו משקפות לטעמנו הפרות של הזכות לבריאות ושל מחויבותה של ישראל לאמנות הבינלאומיות עליהן היא חתומה.

### סל שירותי הבריאות אינו מתעדכן כראוי

הצורך בעדכון סל שירותי הבריאות בטכנולוגיות ותרופות חדשות, משתקף מהפניות הרבות לפרויקט: 36.9% מהפונים לפרויקט התלוננו על כך שנזקקו לתרופות מצילות חיים, תרופות למחלות כרוניות, טיפולים, בדיקות, וכדומה שאינם בסל או שאינם להתוויה<sup>81</sup>.

בשנתיים האחרונות חלה התעוררות ציבורית סביב "סל התרופות" וההשפעה שיש לאי-המצאותן של תרופות מצילות חיים ומארכות חיים במסגרת סל זה. בעיה זו נובעת, כאמור, מכך שאין מנגנון עדכון קבוע בגין טכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות המסופק על ידי קופות החולים.

תשומת הלב הציבורית המופנית לסל התרופות של קופות החולים מסיטה את הדיון מסל שירותי הבריאות המסופק על ידי משרד הבריאות והמוזנח כפליים: לסל זה, הכולל שירותים חיוניים כגון רפואה מונעת, גריאטריה, בריאות הנפש ומכשירי שיקום, לא קיים כלל מנגנון הקצאה, כמו גם מנגנון עדכון. קשישים, בעלי נכות, נכי נפש ועוד סובלים מהמחסור.

בדוגמה שלהלן נתייחס לתחום מכשירי השיקום הנמצא בסל שירותי הבריאות, תחת אחריותו של משרד הבריאות.

### פגיעה באיכות השיקום הניתן לנכים כללים

בתאריך 05.04.06, לאחר התכתבויות חוזרות ונשנות של הפרויקט עם משרד הבריאות, קיבלנו מהאחרון פרוט של סל שירותי השיקום הניתן למבוטחים על פי חוק. עיון באביזרים ובמכשירים המופיעים בסל השירותים, מעלה כי אביזרי שיקום רבים המצויים בשימוש מקובל ברפואה השיקומית אינם חלק מסל השירותים. לטעמנו, בעיה זו נוצרה כתוצאה מכך שמאז חקיקת החוק, לא עודכן סל השירותים שבתוספת השלישית באופן קבוע. כתוצאה מכך, קפא על שמריו סל השירותים שבתוספת השלישית וכיום טכנולוגיות רבות הנחשבות מזה זמן מה, לעיתים אף שנים, "כסטנדרט טיפולי", אינן מצויות בסל השירותים הניתן למבוטחים.

81 התוויה - קריטריונים קליניים שעל החולה לעמוד בהם על מנת לקבל את הטיפול או התרופה במסגרת סל שירותי הבריאות.

אי-עדכון סל השירותים שבתוספת השלישית גורר שתי בעיות חמורות:

\* מבוטחים רבים המקבלים המלצה רפואית מרופא משקם לאביזר שיקום אינם יכולים לממש זכאותם שכן אביזרים רבים אינם נמצאים בסל השירותים. פעמים רבות נאלצים המבוטחים להיגרר לועדות החריגים של המכון הלאומי לשיקום לשם אישור אביזר חיוני לתפקודם ואיכות חייהם. \* מדי שנה, בשלוש השנים האחרונות, מודיע המכון הלאומי לשיקום על הפסקות מוחלטות במתן השירות לימים ואף לשבועות ארוכים, בטענה כי משרד הבריאות אינו מתקציבם, תוך השאתם של עשרות נכים הזקוקים בדחיפות לאביזרי שיקום, דוגמת פרוטזות, ללא כל פתרון, זולת רכישת פרוטזה בשוק הפרטי<sup>82</sup>.

אייל, תושב קריית-שמונה, נשוי ואב לילד בן 8, עבר ניתוח לקטיעת רגלו בעקבות מחלת הסרטן. אייל אינו מסוגל להשתמש בתותבת שניתנה לו יותר משלוש שעות ביום, שכן היא גורמת לו כאבי גב ואגן קשים מנשוא; סיכויי הצלחת הלבשת התותבת תלויים בלחות הגדם - כאשר הגדם לח, לא ניתן לבצע הלבשה כיוון שהשקית קורעת את הבשר. גם כאשר הוא מצליח לבסוף ללבוש את התותבת, הדבר כרוך במאמץ פיזי רב. זאת ועוד, השימוש בתותבת שקיבל אינו בטיחותי, שכן פעמים רבות התותבת אינה ננעלת. עקב כך נוטה אייל ליפול לעתים תכופות והליכתו באמצעות התותבת איטית ומסורבלת.

בנוסף, זקוק אייל גם לפרוטזת רחצה. בהעדרה, הוא נאלץ, תוך פגיעה קשה ומשפילה בעצמאותו, להסתייע בבני משפחתו על מנת להתקלח. זאת, בעודו מועבר לכסא פלסטיק, הנמצא במקלחת. הרחצה כרוכה בסכנה חריפה להחלקה ומעידה. וכמובן, בהעדרה של פרוטזה כזו אין הוא יכול ללכת לרחוץ בבריכה ובים עם אשתו ובנו, ככל האדם. בשל מצוקתו פנה אייל אל המכון הלאומי לשיקום ע"ש לואיס בבקשה לקבל פרוטזה מסוג שאטל-לוק.

התותבת שביקש עשויה הייתה למנוע את כאבי האגן והגב החריפים מהם סובל ולאפשר לו התהלכות עמה לאורך כל שעות היום. כמו כן, מנגנון ההלבשה של התותבת המבוקשת עשוי סיליקון (להבדיל משקית) ועל כן קל ונוח לתפעול. התשובה שהתקבלה ממכון לואיס הייתה כי חלק מן הפריטים המבוקשים אינם כלולים ב"סל הפריטים", וככל שיהיה צורך בהם יופנה אייל ל"ועדת חריגים". לגבי תותבת הרחצה המבוקשת, נאמר שאף "ועדת החריגים" אינה מוסמכת לאשרה; מידע בדבר סל הפריטים ותכולתו לא נמצא נגיש, ולאיל לא הייתה אפשרות לאמת את החלטת המכון.

לאחר פנייה לועדת חריגים ועל אף ההמלצות הרפואיות למתן פרוטזה משוכללת יותר, לא קיבל אייל אישור לנדרש לו.

### אפליה במתן שירותים רפואיים לקטועי גפיים מ"קטגוריות" שונות

כאמור, סל שירותי השיקום של "נכים כלליים" חסר טכנולוגיות רבות הנחשבות "סטנדרט רפואי". לצד זאת, חשוב להתייחס לעובדה כי קיימים "סלי שיקום" אחרים, הניתנים לנכים מ"קטגוריות" אחרות כגון נכי צה"ל, נפגעי פעולות איבה, נכי תאונות דרכים ונכי תאונות עבודה. קיומם של סלים שונים נובע מקיומם של חוקים שונים, שהגדירו זכויות שונות, לנכים שונים. זכויות אלו כוללות הטבות כספיות שונות, שירותים רפואיים - אביזרי שיקום, מכשירים ועוד.

האם אפליה במתן שירותי בריאות בין "קטגוריות" שונות של נכים מהווה הפרה של הזכות לבריאות? לטעמנו, כן:

בפסק הדין בבג"צ 5304/02<sup>83</sup> הבדיל השופט ברק בין אפליה להבחנה מוצדקת וקבע שבעניין הטבות כספיות הניתנות לנכים מ"קטגוריות" שונות, מדובר בהבחנה מוצדקת. לטעמנו, גם על הנחת מוצא זו ניתן לערער באמצעות, בין השאר, כלים בינלאומיים: ה'אמנה' קובעת כי על המדינה חל איסור על אפליה לא רק בהספקת השירותים הרפואיים, אלא אף באמצעים הניתנים למימוש שירותי רפואה; ואכן ניתן לטעון כי הטבות כספיות, במקרה זה גמלאות, משפרות את מרחב ההזדמנויות של המקבל.

בדבר זכותה של המדינה להפלות במתן שירותים וטיפולים רפואיים, הדברים חד-משמעיים בעינינו: איסור אפליה במתן שירותי בריאות מקבל ביטוי באמנה לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות, באמצעות איסור כל צורה של אפליה בנגישות לשירותי בריאות, על כל בסיס שהוא, בין היתר על בסיס מעמד אזרחי, פוליטי או חברתי; כך גם חוק ביטוח בריאות ממלכתי מושתת על עקרון של שוויון בין מבוטחי וחוקי זכויות החולה אוסר על מטפל או מוסד רפואי להפלות בין מטופל למטופל מכל טעם.

מטרתם של שירותי בריאות הנה להבטיח לפרט, בין השאר, רמת תפקוד שתאפשר לו לממש עצמו במעגלים חברתיים נוספים. על המדינה מוטלת החובה לספק שירותי בריאות על בסיס של צורך רפואי ועל כן יש לנהוג בשוויון כלפי אנשים בעלי צורך רפואי שווה. אי לכך, אפליה במתן שירותים רפואיים בין נכים, על בסיס נסיבות פציעתם (ובהתאם למדרג ערכי בהתאם למסגרת ה"תרומה" של הנכה לקולקטיב) ואספקת שירותים ברמה שונה, פוגעת בעקרון השוויון.

לטעמנו, התאמת הפרוטזה, האביזרים והשיקום, בהתאם לצרכיו הרפואיים והתפקודיים של בעל הנכות, יכולים וצריכים להיות השיקול הבלעדי באספקת שירותים לנכה, באשר הוא. סוג השיקום והאבזור שנזקק לו קטוע המרותק למיטה, אינה זהה לזה שנזקק לו קטוע על כיסא גלגלים, או קטוע המהלך על

83 בבג"צ 5304/02 דן נשיא בית המשפט העליון לשעבר, אהרן ברק, בטענת העותרים כי הפחתת קצבאות לנכי עבודה "פוגעת בזכות החוקתית לשוויון של חבריו... שכן היא יוצרת אפליה בין נכי עבודה לנכי צה"ל, נכי רדיפות הנאצים, נפגעי פעולות איבה ונכים אחרים עליהם לא חלה ההפחתה". בפסק הדין קבע השופט ברק כי זכותה של המדינה להיטיב עם קבוצה מסוימת באמצעות תגמול כספי בגלל תחושה של חובה מוסרית כלפי קבוצה אחת על פני אחרת: "ההבחנה בין נכי תאונות עבודה לבין הנכים המשתייכים לקבוצה השנייה נעשית על רקע תחושת החובה המוסרית של החברה הישראלית כלפי לוחמי ומגניה (נכי צה"ל), קורבנות תוקפיה (נכי פעולות האיבה) ונפגעי צוריה (נכי רדיפות הנאצים). המכנה המשותף של נכי הקבוצה השנייה הוא הקשר שבין נסיבות פציעתם לבין השתייכותם הלאומית- קולקטיבית... אכן מדינת ישראל רשאית לפרוע את חובה המוסרית כלפי אוכלוסיות שנטלו חלק בתקומתה והגנתה וכלפי אוכלוסיות שנפגעו אך בשל השתייכותם הלאומית. חובה מוסרית זו היא בבחינת שוני רלבנטי, יש בו להצדיק, בנסיבות המקרה, את ההבחנה בין קצבת נכי עבודה לבין התגמולים המשתלמים במסגרת הקבוצה השנייה...".

פרוטזה. הכנסת שיקולים אלו למערכת הקיימת, תאפשר חלוקת שירותים רפואיים ושיקומיים על פי אמות מידה הוגנות יותר.

#### **תביעה לבית הדין לעבודה: ע"ב 4729/05<sup>84</sup>**

בתאריך 02.05.05 הוגשה עתירה לבית הדין לעבודה בשמם של שלושה קטועי רגליים<sup>85</sup>, עמותת רופאים לזכויות אדם, מרכז אדוה ועמותת קר"ן בדרישה לחייב את משרד הבריאות והמכון הלאומי לשיקום ע"ש לואיס לספק לעותרים את אביזרי השיקום הנדרשים להם; ולקבוע כי בדרך התנהלותם של הנתבעים יש משום הפרה של החובה המוטלת עליהם לספק מכשירי שיקום לפי "שיקול דעת רפואי", ב"איכות סבירה", "במרחק סביר" ממקום מגוריו של הקטוע וב"זמן סביר"<sup>86</sup>. כן טענו כי המדינה מפלה באופן בלתי הוגן בין קבוצות של נכים וכי אף שתקציב המשרדים מגיע ממקור משותף, חלוקתו בין המשרדים מפלה בפועל בין הנכים השונים.

העתירה הוגשה לאחר גיבוש טענות העותרים והמלצותיהם לשינוי מדיניות במסגרת נייר עמדה, שהעמיק לתאר את האפליה הקיימת בין קטועים וכן לאחר התכתבויות ממושכות עם משרד הבריאות והמכון הלאומי לשיקום ע"ש לואיס<sup>87</sup>.

המדינה ביקשה כי בית הדין ידחה את התביעה על הסף בטיעונים פרוצדוראליים שונים. ואולם החלק המהותי בתשובת המדינה היה כי אין מקום לדון באפליה כיוון שזכויות הניתנות במסגרות משפטיות אחרות - מחוץ לביטוח בריאות ממלכתי - אין בהן כדי להרחיב את הזכויות שבתוך ביטוח הבריאות הממלכתי. לגבי העותרים הפרטניים, ניתנו להם חלק מאביזרי השיקום המבוקשים על ידם.

לאחר הדיון המוקדם בבית הדין לעבודה, החלטנו למשוך את העתירה ולהמשיך במיצוי הליכים, לקראת הגשת תביעה לערכאה משפטית אחרת.

#### **בג"צ 9514/05<sup>88</sup>**

בתאריך 02.10.05 הגישו עמותת רופאים לזכויות אדם, מרכז אדוה ועמותת קר"ן, עתירה לבג"צ בדרישה לספק אביזרי שיקום לקטועי גפיים, שהשירות נמנע מהם בעקבות הפסקת הפעילות של המכון הלאומי לשיקום ע"ש לואיס. זה האחרון טען כי משרד הבריאות לא העביר לו תקציב לפעילותו.

בין החודשים יוני ועד אוקטובר 2005, אז הוגשה התביעה, החלו להיווצר עיכובים קשים ובלתי סבירים במתן השירות על ידי הנתבעים - משרד הבריאות והמכון הלאומי לשיקום ע"ש לואיס. מאות קטועי-גפיים,

84 תביעה זו הוגשה באמצעות עו"ד דורי ספיבק מהקליניקה המשפטית לזכויות אדם באוניברסיטת תל-אביב.  
85 חיים ריזלר, אייל יעקב ויעקב כהן.  
86 כמתחייב מחוק ביטוח בריאות ממלכתי.  
87 פרטים נוספים ניתן לקרוא באתר האינטרנט: [www.phc.org.il](http://www.phc.org.il)  
88 עתירה זו הוגשה באמצעות עו"ד דורי ספיבק מהקליניקה המשפטית לזכויות אדם באוניברסיטת תל-אביב.

שהיה בידיהם אישור רפואי בדבר הצורך בתיקון ו/או החלפת תותבת או חלק ממנה, דיווחו לנו כי הם ממתניים לקבלת השירות שבועות ואף חודשים ארוכים.

בעתירה דרשנו מבית המשפט לקבוע כי קטועי-גפיים המבוטחים על פי החוק, שנזקקים לשירות של תיקון או החלפה של תותבת, או אביזר שיקום אחר, ושקיבלו את האישור הרפואי הנדרש מאת אחד הרופאים שאושרו לשם כך על ידי המכון הלאומי לשיקום, יהיו זכאים לקבל את השירות בתוך שבוע ימים לכל היותר ממועד קבלת האישור הרפואי. כמו כן דרשנו כי משרד הבריאות, באמצעות המכון הלאומי לשיקום ע"ש לואיס, יספק באופן מיידי את השירות לכל קטועי-גפיים שעדיין ממתניים לקבלתו, אף שחלף למעלה משבוע ימים מן המועד בו קיבלו את האישור הרפואי הנדרש.

תשובת המדינה הייתה כי יומיים קודם להגשת העתירה נשלח לעותרים מכתב בו נאמר כי התקלות המתוארות בעתירה אינן משקפות את מצב הדברים הרגיל וכי מקורן היה בבעיה נקודתית שטופלה. המכתב הגיע לעותרים לאחר הגשת העתירה. כחודשיים לאחר הגשת העתירה ובזמן ההמתנה לדיון בבית המשפט, שלח ד"ר יצחק ברלוביץ, המשנה למנכ"ל וראש מנהל רפואה במשרד הבריאות דאז, מכתב אל המנהלת האדמיניסטרטיבית של המכון הלאומי לשיקום ע"ש לואיס, ובו נכללה, בין היתר, ההנחיה הבאה: "בכל מקרה משך ההמתנה לקבלת השירות ינוע ככלל בין שבועיים (במקרה הרגיל) לחודש".

חרף הנחיה זו, בעיות בהספקה סדירה של אביזרי שיקום המשיכה להתקיים. הלשכה המשפטית של משרד הבריאות טענה בפנינו כי אכן היה עיכוב במתן חלק מן האביזרים, אך הודיעה שעניין זה נפתר. כן חזר היועץ המשפטי והדגיש כי הנחיית משרד הבריאות למכון הלאומי לשיקום ע"ש לואיס, בעניין זמן הספקת אביזרים, עומדת בעינה.

לאור ההסכמות שהוגשו במהלך ההתכתבות בין הצדדים, הוגשה בקשה מוסכמת למחיקת העתירה.

הפרוייקט ממשיך לפעול בנושא, שכן למרבה הצער, מרבית הבעיות שתוארו לעיל עומדות בעינן.

### **המלצות לשינוי מדיניות בנושא סל השיקום של נכים כלליים**

על המדינה לקיים דיון ציבורי מעמיק בדבר האפליה הקיימת במתן שירותים רפואיים לנכים שונים. לטעמנו, אפליה זו פסולה ויש לאפשר לכל נכה בישראל, ללא קשר למקור פציעתו או מחלתו, נגישות לסל שירותי שיקום זהה. צורך רפואי צריך להיות הקריטריון היחיד המבדיל בשירותים, אביזרים ואופן השיקום אותם מקבלים נכים שונים.

**עדכון סל השירותים של "הנכים הכלליים":** על מנת שחולים ימשיכו ליהנות מסל שירותים מעודכן ועשיר, יש לעגן מנגנון הקצאה ועדכון לסל שבאחריותו הישירה של משרד הבריאות. יישום מנגנון הקצאה ועדכון לסל שבאחריות משרד הבריאות יאפשר הכנסת אביזרי ומכשירי שיקום חדשים ומעודכנים לבעלי נכות.

## מחסומים בנגישות למידע

28.3% מהפניות לפרויקט עניינן בירור זכויות במסגרת החוק. כשלושה רבעים מכלל הפונים אל הפרויקט (74.9%) קיבלו מידע באשר לפרטי החוק ו/או קיבלו הנחייה להמשך תהליך. נתונים אלו מצביעים על בעיה קשה בנגישות מבוטחים למידע בסיסי בדבר זכויותיהם מתוקף החוק, כמו גם בדבר מגבלותיו של החוק. הנתון האחרון מצביע על כך כי גם כאשר פנה לפרויקט אדם שנשוא תלונתו הישיר לא היה בירור זכויות, הרי שניתן לו מידע שאילו היה בידו, יתכן כי בעקבותיו לא היה פונה כלל שכן היה מבין כי אין עילה לפנייתו<sup>89</sup>.

המידע שהתבקש על ידי הפונים לפרויקט בדבר זכויותיהם היה מגוון: הנחות ופטורים מתשלום על תרופות או טיפולים רפואיים, החזרי הוצאות, הסדרי בחירה<sup>90</sup>, תכולתו של הסל, תרופות בעלות התוויה<sup>91</sup>, גופים האמונים על פניות הציבור בקופה ומחוצה לה, ועדות חריגים<sup>92</sup>, תקרת תשלומים לחולים כרוניים<sup>93</sup> ועוד.

בפרק זה נסקור לעומקה את בעיית הנגישות למידע. בהמשך, נייחד התייחסות לנציבות הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי<sup>94</sup>, לטעמנו, לנציבות תפקיד מרכזי בהנגשת מידע למבוטחים.

הרופאה המטפלת בבית החולים המליצה לי על תרופה אך ציינה כי עליי לבדוק אם היא בסל.

**מהו ה"סל" והיכן אני יכולה לבדוק את תכולתו? שמעתי כי בקופת חולים אחרת מקבלים את התרופה – כיצד זה ייתכן? למי עליי לפנות על מנת לקבל את האישור למימון התרופה? פניתי לקופה אך שם נאמר לי שאיני עומדת בהתוויה לקבלת התרופה.**

**מה זו התוויה? היכן אני יכולה לערער על החלטת הקופה? האם יש ערכאות ערעור מחוץ לקופה שניתן לפנות אליהן? אני מקבלת כעת את התרופה ונמצאת במעקב בבית החולים.**

**האם אני זכאית להנחות על תרופות נוכח העובדה כי אני צורכת אותן באופן כרוני? האם אני זכאית להחזרי הוצאות עבור נסיעות לבית החולים?**

89 לדוגמה, פונים רבים פנו למוקד לאחר שהקופה סרבה לתת להם תרופת מרשם. לאחר שערכנו בירור הסתבר פעמים רבות כי התרופה אינה בסל או שיש לה התוויה לסל (ראו בהערות שוליים בהמשך). אילו היו הקופות מסבירות למבוטח על מגבלותיו של סל השירותים וכן מהן התוויות לסל, הייתה נחסכת פעמים רבות פנייתו של המבוטח לגורמים אחרים שכן היה מבין כי על פי חוק אין לו זכאות לקבלת השירות מהקופה.

90 הסדרי בחירה: הסדרים של הקופות עם נותני שירות (בתי חולים, רופאים, מעבדות, בעלי מקצוע רפואי או פרא רפואי), לפיהם "חבר בקופת חולים זכאי לבחור נותן שירותים עבור עצמו ועבור ילדו הרשום בה מבין נותני השירות של הקופה או מטעמה".

91 תרופות בעלות התוויה: תרופות שלהן קריטריונים קליניים שרק עמידתם מבטיחה קבלתם במימון הקופה.  
92 ועדת חריגים: ועדה בקופת החולים המאשרת לפנים משורת הדין, את מימון הקופה לתרופות ואמצעים טכנולוגיים שאינם בסל או שהנם בעלי התוויה שהחולה אינו עומד בה. האישור יותן דרך בחינתו של כל מקרה לגופו, על פי מס' קריטריונים.

93 חולה כרוני הנו אדם הצורך תרופת מרשם במשך חצי שנה רצופה או שהנו חולה במחלה המוגדרת ככרונית או הנוטל תרופה המוגדרת כתרופה למחלה כרונית על פי רשימה של משרד הבריאות.

94 החוק קבע את זכותו של המבוטח לקבלו בפני נציב פניות הציבור (גוף הקיים בכל קופה). יש לציין שרבים מהפונים כלל שאינם יודעים על קיומה של ערכאה נוספת חיצונית לקופות: נציבות קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

### על החסמים בנגישות למידע בדבר זכויות ומגבלות מערכת הבריאות הציבורית<sup>95</sup>

הזכות למידע נחשבת למרכיב בסיסי במכלול התנאים המאפשרים את קיומה של הזכות לבריאות. נגישות למידע זמין ומותאם לקורא היא תנאי מקדים לנגישות ולצריכה מלאה של שירותי בריאות. בהערה כללית מס' 14 באמנה לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות, נגישות למידע מוגדרת כ"זכות לחפש, לקבל ולמסור מידע ורעיונות הנוגעים לענייני בריאות". מרכיב נוסף המופיע באמנה הוא שיתוף הציבור בקבלת החלטות ברמה הקהילתית, הלאומית והבינלאומית.

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, זכות המבוטח למידע באה לידי ביטוי בצורות הבאות: הזכות לעיון בתקנון הקופה, הזכות לפנות לערכאות, הזכות לקבל בפני נציב קבילות הציבור ועוד. בנוסף, מחויבות קופות החולים בפרסום הכולל פירוט מלא של השירותים שבסל השירותים המחייב אותן, ותשלומי ההשתתפות בעדם. על הפרסום להישלח לבתי המבוטחים לא יאוחר מה-1 בספטמבר של כל שנה; על הפרסום לעמוד לעיון החברים בקופה, בסניפי הקופה. אם סבור מנכ"ל משרד הבריאות כי קופה לא עמדה בחובת הפרסום שלה בדבר שינוי שהיא ערכה בתשלומים הנגבים מהמבוטחים, או כי נפל פגם בפרסום, הוא רשאי להורות לקופה לפרסם השינוי במועד ובדרך שיוורה.

ואולם, נראה כי היום, רמת הידע בקרב מבוטחים בדבר זכויות ומגבלות מערכת הבריאות נמוכה, וכך גם הנגישות למידע כתוב או שבעל-פה. מדיווחים המגיעים אלינו, נראה כי המידע באתרי האינטרנט של הקופות ושל משרד הבריאות, כמו גם המידע שנמסר בכתב ובעל פה באמצעות אלו, אינו נגיש (קשה לאתר), אינו מלא ואינו ברור לקורא הממוצע.

ממצאי הפרויקט נתמכים במחקרים שונים: בדצמבר 2002 הופצה חוברת מידע, מטעם משרד הבריאות, המאגדת את זכויות המבוטחים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. חוברת זו הופצה בעיתונות הארצית בשנת 2002. כן הופצה לאחרונה חוברת מעודכנת במתכונת דומה. אך ניסיון זה נכשל; במחקר שנערך במכון ברוקדייל לשנים 2001-2003, נמצא כי רק כשליש מהמראיינים ענו נכון על 5 או 6 שאלות (מתוך 6 שאלות ידע). כמו כן, רמת הידע של הקשישים, בעלי הכנסה בחמישון התחתון ודוברי רוסית נמצאה נמוכה אף יותר. ועוד, מחקר שנערך על ידי מכון גרטנר בנושא זכויות מבוטחים, הראה כי 50% מהמראיינים העריכו כי הם יודעים מעט בנושא החוק וזכויותיהם.

כן ראוי לציין כי נגישות למידע של האוכלוסייה הערבית נמוכה באופן מיוחד: אף אחת מקופות החולים לא תרגמה את אתר האינטרנט שלה לשפה הערבית ומידע חיוני רב באתר של משרד הבריאות אינו זמין אף הוא בערבית. בחלק מהקופות יש מחסור בנציגי שירות דוברי ערבית ובנציבות קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אין אף דובר ערבית. כן יש מחסור בחומר פרסומי כתוב בשפה.

95 תת-פרק זה נכתב בעיקרו על ידי יעל לוי, רכזת פניות של הפרויקט בין השנים 2004-2005.

### **נציבות קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי**

חוק ביטוח בריאות ממלכתי עיגן את תפקידו וסמכויותיו של נציב הקבילות, אליו רשאי כל תושב לפנות בתלונה נגד קופת חולים, נותן שירותים, עובד מעובדיהם או כל מי שפועל מטעמם של אלו, בכל הקשור למילוי תפקידם.

המחוקק בחר לעגן בחוק את מוסד נציבות הקבילות, גוף נפרד מנציבות תלונות הציבור במשרד הבריאות, מכורח ייחודיותו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי והצורך להגן עליו ולשרת את המבוטחים תחתיו נאמנה. ניסיונו של הפרויקט מלמד כי בירור תלונה על ידי הנציבות אורך לפעמים זמן רב, גם במקרים בהם נדרשת תשובה מהירה מכורח מצבו של החולה. כמו כן, גם כאשר קבעה הנציבה כי המבוטח זכאי לטיפול או לתרופה אותה דרש לקבל, הקופות מיאנו לספק את המגיע לו ומבוטחים נאלצו לפנות לבתי הדין לעבודה או לוותר כליל על השירות שקבעה הנציבה כי הוא מגיע<sup>96</sup>.

דו"ח הנציבות לשנים 2004-2005 מחזק את טענת הפרויקט בדבר בעיה מהותית ומקיפה במענה הנציבות לקבילות מבוטחים: 38% מהקבילות שהופנו לנציבות בשנת 2005 קיבלו מענה של הגורם הנילון לנציבות, לאחר 3 חודשים ומעלה. חמורים במיוחד הנתונים על עיכוב אצל הגורם הנילון בקופ"ח כללית (42%), משרד הבריאות (41%) ובתי החולים (41%). יש לציין כי זמן טיפול זה אינו כולל את טיפול הנציבות לאחר קבלת התשובה מהגורם הנילון, ההכרעה בקבילה ומתן תשובה לקובל, הליכים נוספים המאריכים את זמן המענה הכולל למבוטח. נתונים אלו חמורים במיוחד נוכח העובדה כי בממוצע, 21% מקבילות המבוטחים שהסתיים בהן הטיפול בשנת 2005, נמצאו מוצדקות על ידי הנציבות<sup>97</sup>.

המסקנה המתקבלת מהמידע שהגיע לידנו ומבדיקת סמכויותיהם של נציבי קבילות וסמכויותיהם מתוקף דברי חקיקה אחרים, הינה שחסרות הנחיות חשובות, ההכרחיות לביצוע יעיל ולמתן מענה מהיר על קבילות שונות.

### **הגדרת סמכויות אכיפה לנציבות קבילות הציבור לחוק**

באפריל 2005, הופץ נייר עמדה מטעמו של הפרויקט בנושא נציבות קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי; הנייר פירט את הכשלים העיקריים של הנציבות בטיפול בפניות בעקבות הסדרים חוקיים חסרים ופירט המלצות לשינוי.

בתאריך 14.03.05 הונחה על שולחן הכנסת הצעת חוק מטעמו של ח"כ אריה אלדד, התובעת תיקון בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, המתייחס לסמכויותיו של הנציב. הצעת חוק זאת אף כי הייתה מבורכת, לא הקיפה את כלל השינויים אשר לטעמנו, צריך שיחולו בהגדרת סמכויותיו של הנציב.

בעקבות נייר העמדה שלנו, יזם ח"כ חיים אורון הצעת חוק מקבילה המציעה לעגן לנציבות סמכויות אכיפה על מנת שזו תוכל לחייב את הגורם הנילון לפעול על פי החלטה, ולהגדיר זמני מענה למבוטחים

96 על השינוי בסמכויות האכיפה של הנציבה קראו בהמשך פרק זה.  
97 26% כאשר הגורם הנילון היה קופ"ח כללית; 29% - גורם נילון משרד הבריאות; 16% גורם נילון בתי חולים.



על פניותיהם. שתי הצעות החוק אוחדו, ובינואר 2006 נכנס לתוקפו תיקון לחוק המקנה סמכויות לנציבות: החוק מחייב את קופות החולים לפעול תוך 21 יום ליישום המלצותיה של נציבות הקבילות, באם זו קבעה כי קבילה של מבוטח כנגד הקופה הנה מוצדקת<sup>98</sup>.

ד"ר קרני רובין, נציבת הקבילות לחוק דאז, סיכמה ל-"The Marker": "...לאחר קבלת החוק, הקופה היא זו שתצטרך לפנות לבית משפט אם לא תקבל את קביעת הנציבות, ולא המבוטח... זו מהפכה גדולה..."

חלקה של הצעת החוק, המבקשת לתחום את זמני המענה של הנציבות לקובלים אליה, לא נכנסה כחלק מהתיקון לחוק והוגשה על ידי ח"כ אורון כהצעת חוק נפרדת לכנסת ה-16. עם התכנסותה של הכנסת ה-17 הוגשה מחדש, אך לא עברה קריאה טרומית<sup>99</sup>. הפרויקט ממשיך לפעול לקידום הנושא.

### המלצות לשינוי מדיניות בנושא סמכויות האכיפה של נציבות קבילות הציבור

על מנת לצקת תוכן בתפקיד ולייעל את תפקודו של נציב קבילות משרד הבריאות, ולאפשר בכך למבוטח לקבל מידע בזמן סביר, מומלץ לקבוע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי הסדר לתחיתת זמן הטיפול בתלונה (ראו נייר עמדה "נציבות בלי שיניים" באתר של רופאים לזכויות אדם ושל מרכז אדוה). כן יש לקבוע בחוק כי בקשות הנציבה ביחס לזמן התגובה המתחייב מהגורם הנילו, מחייבות את הגורם וכי אי עמידה בזמנים תביא לצעדי ענישה כלפי זה, ולפיצוי כלפי המבוטח.

### תשלומי השתתפות מהווים חסם בנגישות לשירותים רפואיים

כאמור, בחוקי ההסדרים לשנת 1998 הוכנס תיקון בסעיף 8 בחוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר אפשר לקופות החולים לגבות תשלומי השתתפות עצמית עבור פנייה למרפאות חוץ, מכונים וביקורי רופא ראשוני ושינוי. כמו כן, התאפשר לקופות להעלות את תשלומי ההשתתפות על תרופות מרשם.

27.2% מהפונים לפרויקט דיווחו כי אין בידם לשלם על תרופות מרשם, על טיפולים לבדיקות וכדומה; חלקם דיווחו כי בשל עלות הטיפולים ו\או הבדיקות הם נאלצים לוותר על צרכים חיוניים אחרים כגון חימום, מזון וכדומה.

<sup>98</sup> "החליט הנציב כי תלונה של מבוטח שעניינה אי מתן שירותי בריאות היא מוצדקת ולא פעלה קופת החולים על פי החלטת הנציב בתוך 21 ימים מיום מתן החלטה, יהיה המבוטח רשאי לפנות למנהל [מנכ"ל משרד הבריאות] או למי שהוא הסמיך לכך...בבקשה לאכוף את החלטת הנציב...; הוגשה בקשה ורכש המבוטח את שירותי הבריאות, יורה המנהל למוסד [קופת חולים] על ביצוע החזר למבוטח בעד הרכישה, בסכום שקבע, מתוך מקורות המימון המגיעים לקופה..." (מלשון החוק).

<sup>99</sup> הצביעו בעד הצעת החוק - 27 נגד - 38. השר גרעין עזרא: "אנו מבקשים להתנגד להצעת החוק, מאחר שבירור קבילות מותנה בקבלת מידע שלם, לא רק מהקופה אלא גם מהממלון, ולא תמיד יש בחומר שבפני הנציבה כדי לפסוק בתלונה בתוך פרק זמן מוגדרים. בנוסף, יש תלונות שאינן עוסקות בטיפולים מצילי חיים אך מחייבות בירור התלונה בתוך פרק זמן קצר מ-45 יום שמוצע בתיקון או אף מחדש. יש לבחון כל תלונה לגופה ולעשות מאמץ לבררה מהר ככל שניתן, בהתאם לדחיפות המקרה ולתור התלונות הממתינות לבירור, אולם אין מקום לקבוע לוחות זמנים דווקניים בחקיקה ראשית, מה עוד שגם סיווג השירות כמציל חיים וכדחוף אינו חד-משמעי. לא למוותר לציין שגם המשאבים של רשות הנציבות אינם בלתי מוגבלים ולא תמיד ניתן להתחייב בעומס הקבילות הקיים".

מ' קשישה בת 70, חולת לב וסכרת, מקבלת אינסולין פעמיים ביום. בנוסף, עליה לקחת תרופות למחלת הלב ממנה היא סובלת, ללחץ דם ולבריחת סידן. היא מתקיימת מקצבת זקנה בלבד ומספרת כי עליה לבחור לפעמים בין חשבונות החשמל, לבין המים, הארנונה או התרופות. פעם ב-3 חודשים היא מקבלת מלשכת הרווחה המקומית 500 ש"ח לביגוד אך היא קונה בכסף תרופות. כאשר אין בידה לשלם, היא לוקחת מינונים נמוכים יותר של התרופות ללב וללחץ הדם.

### פעילות הפרויקט

במהלך שנות פעילותו, הפיץ הפרויקט לציבור הרחב חמישה ניירות עמדה שונים בנושא תשלומי השתתפות ומעמדם של החולים הכרוניים בישראל<sup>100</sup>. ניירות עמדה אלו זכו להד תקשורתי רחב, ובעקבותם להתעניינות של נבחרי ציבור.

### הצעת חוק ליישום תקרה משפחתית על תרופות לחולים כרוניים

באוגוסט 2004 הגיש חבר הכנסת חיים אורון, בעקבות אחד מניירות העמדה של הפרויקט, הצעת חוק לקביעת תקרה משפחתית לחולים כרוניים. הצעת החוק ממליצה על יישומה של תקרת תשלום משפחתית וכן על הגדרה ברורה של האחריות ליידוע החולה ומשפחתו בדבר הזכאות שלהם, על הרופא המטפל והקופה. ההצעה אומצה כהצעת חוק ממשלתית ועברה קריאה טרומית בנובמבר 2004. בדצמבר 2004 עברה הצעת החוק לוועדת הכספים לצורך הכנה לקריאה ראשונה. בעקבות הבחירות לכנסת ה-17, הוגשה הצעת החוק בשנית, אומצה שוב כהצעת חוק ממשלתית ועברה קריאה טרומית ב-08.11.2006 ברוב מוחלט במליאת הכנסת. למחרת אישור הצעת החוק בקריאה טרומית, הגיש משרד האוצר בראשות השר (לשעבר) הירשנזון בקשה להפיכת התמיכה הממשלתית להתנגדות בשל העלות התקציבית הכרוכה בהצעת החוק. נכון להיום, לאחר שהתקיים דיון ראשון של הצעת החוק בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות, התבקש ח"כ אורון למסור נוסח מתוקן של הצעת החוק.

ב 25.07.07 עברה הצעת החוק בקריאה ראשונה.

### בג"צ 2974/06<sup>101</sup>

ב-04.04.06 הגישו עמותת רופאים לזכויות אדם, מרכז אדוה, ארגון "בקול" והגב' ויקטוריה ישראלי, עתירה לבג"צ בדרישה לבטל את תשלום ההשתתפות בסך 70,000 אשר היווה תנאי לקבלת שתל המונע

100 פרטים נוספים ניתן לפנות לאתר האינטרנט [www.phr.org.il](http://www.phr.org.il)  
101 העתירה הוגשה באמצעות עו"ד דורי ספיבק מהקליניקה המשפטית לזכויות אדם באוניברסיטת תל-אביב.

חירויות, הנמצא בסל שירותי הבריאות ואשר לו נזקקה ויקטוריה. בעתירה טענו כי תשלומי השתתפות מונעים את הטיפול ממי שידו אינה משגת ופוגעים במהותו השוויונית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. העתירה הוגשה נגד הוועדה להרחבת סל הבריאות, משרדי הבריאות והאוצר ושירותי בריאות כללית.

ויקטוריה (ויקי) ישראלי, אם חד-הורית לארבעה מדימונה, נזקקה לניתוח להתקנת שתל להצלת שמיעתה.

ויקי, המתפרנסת מעבודתה כמורה בבית-ספר יסודי, סובלת מלקות-שמיעה מזה שנים רבות. לאחרדה, במהלך השנה האחרונה הסתבר לה כי היא הולכת ומאבדת את שמיעתה. ויקי נדרשה לעבור ניתוח באוזנה להשתלת אביזר הנקרא "שתל שבלול". ללא הניתוח, צפויה הייתה לאבד לא רק את חוש שמיעתה, אלא גם, כתוצאה מכך, את מקום עבודתה ומקור פרנסת משפחתה.

על אף שניתוח השתל עצמו כלול בסל השירותים, הרי שלפי ההוראה הספציפית בעניין זה הקבועה בסל, על כל מבוטח שאינו קטין לשאת בהשתתפות עצמית בגובה 70% מעלות השתל, שהם כ-70,000 ש"ח. ויקי לא הייתה מסוגלת לעמוד בתשלום השתתפות גבוהה זה ועל כן נמנע ממנה לעבור את הניתוח הנדרש.

בעתירה טענו כי בשלוש השנים האחרונות התפרסמו שורה של מחקרים שעסקו בהשלכות תשלומי-השתתפות הנדרשים ממבוטחים בעת הליכה לרופא או ברכישת תרופות וכי כיום, אין מחלוקת של ממש על העובדה שתשלומי ההשתתפות הללו, אפילו אלה שגובהם עשרות שקלים בלבד, מהווים מחסום של ממש לנגישות לשירותי בריאות עבור תושבים רבים. העתירה דנה במקרה קיצון, שבו "תשלום ההשתתפות" הגיע ל-70,000 ש"ח - סכום עתק עבור רבים בחברה הישראלית.

כן טענו כי דרישת תשלום גבוהה שכזו, לגבי שירות חיוני, הינה אסורה כאשר מדובר בשירותים הכלולים בסל הבריאות הבסיסי. קודם לבג"צ, מימנה המדינה 30,000 ש"ח (30%) מעלות שתל הנדרש להצלת השמיעה מתוך כספי סל הבריאות הבסיסי, רק למי שהיה בידו לשלם הסכום המשלים בגובה 70,000 ש"ח. בעתירה נטען כי דרישת תשלום השתתפות שכזו עבור שירות רפואי הכלול בסל הבסיסי, משמעותו האחת והיחידה הינה מתן שירותי בריאות במימון ציבורי, מתוך התקציב המיועד לכלל הציבור, אך ורק לשכבות ה"עשירות יותר" בחברה הישראלית, שיש באפשרותן לגייס סכום גבוה ומשמעותי זה. הסדר כזה הינו בלתי-חוקי, בלתי-סביר באורח קיצוני ובלתי-מידתי לדעתנו, ועל כן דרשנו לבטלו.

ב-11.06.06 נדחתה העתירה בטענה כי "...אכן הזכות לשוויון הוכרה על ידי בית משפט זה... ואולם... המדובר בנידון דידן ביסודו באותו סד שבין הפטיש לסדן, שהמדינה נתונה בו בהקשר הסל ושירותי הבריאות... מקובלת עלינו גם עמדת המדינה, כי...המבט הרחב מצוי במומחיותה של ועדת הסל, שאין יסוד להטיל דופי בעבודתה ובקביעת סדרי העדיפויות על ידיה... אך אולי תהא לה ולעותרים הציבוריים

נחמה פורתא בכך שעוררו את הבעיה ועשו לה קול, שלמצער יישמע ויידון במוסדות העוסקים בנושא..." (השופט רובינשטיין).

ואכן, בסוף אוגוסט 2006, קיבלה ועדת הסל החלטה על ביטול תשלום ההשתתפות לשתל עבור מבוגרים, החלטה רבת משמעות עבור עשרות אנשים שלא היה בידם קודם לשלם על השתל מכיסם ואשר עמדו בפני איבוד שמיעתם.

הדיונים בבג"צ, כמו גם החלטת ועדת הסל, מהווים תחילתו של שיח הדורש דיון ציבורי רחב יותר, בהשלכותיהם של תשלומי ההשתתפות, על נגישות תושבי המדינה לשירותים רפואיים.

הפרויקט ממשיך לפעול בנושא.

### **המלצות הפרויקט לשינוי מדיניות בנושא תשלומי ההשתתפות**

1. ביטול תשלומי ההשתתפות על תרופות.

2. ביטול תשלומי ההשתתפות על שירותים רפואיים.

תשלומי ההשתתפות מהווים כיום מקור מימון לקופות. ניתן להרחיב את מקורות המימון של מערכת הבריאות באמצעים הבאים, כחלופה לגביית תשלומי ההשתתפות:

א - הסרת תקרת התשלום על מס הבריאות: כיום התקרה מחושבת כחמש פעמים השכר הממוצע במשק. בעל הכנסה גבוהה מזו משלם, באופן יחסי, מס בריאות נמוך יותר, כך שחישוב מס הבריאות מיטיב עם האוכלוסיות החזקות.

ב - הגדלת מס הבריאות על מנת שזה יגבה באופן יותר פרוגרסיבי בהתאם להכנסה, באחוז השווה לסכום שיורד מתשלומי ההשתתפות.

ג - החזרת המס המקביל אותו שילמו המעסיקים; מס מיועד ומסומן לבריאות יאפשר לנתק את תלותה של מערכת הבריאות במשרד האוצר ויעשיר אותה.

ד - הרחבת פטורים והנחות על תרופות ושירותים רפואיים כדי להקל על מבוטחים שונים; יש לקבוע תקרת תשלום משפחתית עבור תרופות לחולים כרוניים וכן תקרה יחידנית על אגרות לשירותים רפואיים. לטעמנו, פתרונות בעלי אופי אוניברסאלי וסולידארי עדיפים על פתרונות המיטיבים עם אוכלוסיות חלשות, שכן הראשונים מבטיחים נגישות לכל. על כן, יש לשקול בכובד ראש פתרונות בדמות פטורים והנחות לאוכלוסיות "מסומנות".

## חסרי מעמד אזרחי אינם מבוטחים במסגרת החוק

אוכלוסיית חסרי המעמד האזרחי בישראל הנה אוכלוסייה רחבה ומגוונת. חלק מ"חסרי המעמד" בישראל הם בעלי מעמד במשרד הפנים, אשר אינם מוכרים כתושבים לצורך זכויות סוציאליות במוסד לביטוח לאומי, ביניהן ביטוח בריאות ממלכתי; חלק מ"חסרי המעמד" חסרי כל מעמד בישראל<sup>102</sup>. בין אוכלוסיית "חסרי המעמד" ניתן למצוא מהגרי עבודה ללא אשרת עבודה, בני ובנות זוג זרים של אזרחים ישראלים הנמצאים בהליך איחוד משפחות או שהליך איחוד המשפחות בעניינם הוקפא, או שאינם זכאים כלל לפנות בבקשה לאיחוד משפחות, ילדים שנולדו להורים שאחד מהם הנו אזרח והשני זר, נשים פלסטיניות-ישראליות שנשללה תושבותן בגלל נישואים לתושב שטחים, ילדים שנשללה תושבותם עקב שלילת תושבתו של אחד ההורים, תושבים חוזרים מחו"ל הממתינים עד להכשרת זכויותיהם ועוד<sup>103</sup>. המשותף לאלו, הוא שהם אינם תושבים לצורכי הביטוח הלאומי ועל כן אינם זכאים לביטוח בריאות מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

בקרב אנשים חסרי מעמד, עיקר הפניות לפרויקט הנן של נשים וילדים, פלסטינים-ישראלים, שעקב התיקון לחוק האזרחות אינם יכולים עוד לזכות במעמד וכן של נשים וילדים שנשללה תושבותם בשל נישואי אחד מבני הזוג (לרוב האישה), לתושב השטחים. לא פלא אם כן, שבניתוח הפניות לפרויקט נמצא כי ל-30% מהפונים הערבים הייתה בעיה עם המוסד לביטוח לאומי (לרוב בעיות הקשורות במעמד), לעומת 6% בלבד מהפונים היהודים.

102 תושבות לצורכי הביטוח הלאומי (residency) שונה מתושבות שהיא סוג של מעמד אזרחי (Citizenship). במדינות רבות בעולם אדם יכול שיהיה לו מעמד אזרחי בלי שיהיה תושב בפועל, לדוגמא: אזרחים ישראלים שחיים בארה"ב מחזיקים את תעודת הזהות והדרכון הישראלי שלהם וממשיכים להיות אזרחים ישראליים (או תושבי קבע אם הם במקור ממזרח ירושלים למשל) אבל אינם תושבים לצורכי הביטוח הלאומי אינם זכאים לקבל קצבאות בזמן שהם מתגוררים שם ולא ביטוח רפואי (אלא אם הם ממשיכים לשלם דמי בריאות כל חודש כדי "לשמור זכויות" או אם יש לישראל הטכס עם אותה מדינה). כל אדם שיש לו אזרחות כפולה בדרך כלל אינו תושב באחת מהמדינות שהוא אזרח בהן (מתוך: אלמי, א. (2006). "שלולת תושבות: איך זה עובד באמת?". עמותת רופאים לזכויות אדם).

103 תושבים חוזרים הנם בעלי מעמד במוסד לביטוח לאומי אך בהתאם לתיקונים שחלו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, עליהם להמתין עד לאכשרת זכויותיהם בביטוח הלאומי תקופה הנקבעת בהתאם לזמן שהותם בחו"ל. יש אפשרות לפדות חלק מתקופת ההמתנה.

## ילדים חסרי מעמד אזרחי

מריאנה, בתם של דימיטרי, אזרח ישראלי, ונטלי, תושבת אוקראינה, נולדה בישראל עם מום בלבה. משרד הפנים סירב לרשום את מריאנה כבעלת אזרחות ודרש מאביה הוכחות לאבהותו. עקב כך, נמנעו ממריאנה זכויות סוציאליות, ביניהן ביטוח בריאות ממלכתי. בגיל ארבעה ימים, עברה מריאנה ניתוח קרדיולוגי, לאחר שהגיע לבית החולים במצב של סכנת חיים. בסיכומו של הניתוח, הומלץ להוריה כי תעבור, בעתיד הקרוב, ניתוח בלבה לצורך אבחון הפגם, שלאחריו יוחלט כיצד יש להמשיך את הטיפול בה. בגיל שנתיים חלתה הילדה בשפעת חריפה שהתבטאה, בין היתר, בקשיי נשימה. רופא אשר בדק אותה התריע כי עליה לעבור בדחיפות ניתוח בליבה ושאיין לדעת כמה זמן יוכל ליבה להמשיך ולתפקד ללא ניתוח.

נוכח מצבה הרפואי הרעוע, גייסו הוריה של הילדה כספים והחלו לשלם עבורה ביטוח רפואי פרטי. אלא שלאחר שנה, בעקבות קשיים כלכליים, נאלצו בני הזוג להפסיק את התשלום על הביטוח. בשלב זה, פנו בני הזוג לפריקט, על מנת להסתייע במציאת פתרון. בתאריך 05.12.04 הוגשה בשם מריאנה, הוריה ומשפחה נוספת במצב דומה, עתירה לבג"צ<sup>104</sup>. בעתירה, דרשנו בין השאר רישום מיידי של הילדות בקובץ הבריאות המקנה זכויות לביטוח בריאות ממלכתי.

במהלך חודש יוני, לאחר שנאשו בני הזוג מהמתנה לדין בעתירה, נסעו נטלי ומריאנה לאוקראינה, על מנת להחל במהלך שיאפשר לבני הזוג להינשא, בתקווה כי נישואיהם יאפשרו זירוז רישומה של מריאנה במרשם האוכלוסין. שבועיים לאחר נסיעתן, הודיעה נטלי לדימיטרי, כי מריאנה נפטרה. הילדה חלתה בשפעת, סבלה במהלך הלילה מקשיי נשימה ונפטרה בזרועות אמה עוד טרם הגעתו של האמבולנס. רופא קבע כי ליבה לא עמד בנטל.

זכותם של ילדים לאזרחות עוגנה בסעיפים 7 ו-8 לאמנה בדבר זכויות הילד (1989): "...המדינות החברות יכבדו ויבטיחו את הזכויות המפורטות באמנה זו לכל ילד שבתחום שיפוטן, ללא הפליה משום סוג שהוא, ללא קשר עם גזע, צבע, מין, שפה, דת, השקפה פוליטית או אחרת, מוצא לאומי...לידה או מעמד אחר, בין אם של הילד ובין אם של הוריו או אפוטרופסו החוקי...".

כן נאמר באמנה כי הילד יירשם מיד לאחר לידתו, ותהיה לו מלידתו הזכות להיקרא בשם, הזכות לרכוש אזרחות... וכי "...המדינות מכירות בזכותו של ילד ליהנות מבריאות ברמה הגבוהה ביותר הניתנת להשגה ולאמצעים לטיפול במחלות ושיקום הבריאות. המדינות החברות ישתדלו להבטיח כי משום ילד לא

104 בג"צ-11044/04 ראו בהמשך.

תישלל הגישה לשירותי טיפול ובריאות...".

האמנה הבינלאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות מציינת כי על המדינה לנקוט בצעדים שיבטיחו את מימושה המלא של הזכות לבריאות. ביניהם: "... הפחתת שיעור לידות- מת ותמותת תינוקות, והתפתחותו הבריאה של הילד...".

לפרויקט הגיעו מספר פניות בעניינם של ילדים לאמהות חסרות מעמד אזרחי בישראל ולאבות בעלי מעמד אזרחי, אשר מנהל האוכלוסין שבמשרד הפנים, סירב להכיר באביהם כהורה הילד, באופן שמנע מהילדים להירשם במרשם האוכלוסין ולהנות מזכויותיהם כאזרחי המדינה. במנהל דרשו המצאת ראיות חותכות וחד משמעיות לאבותו של הגבר הישראלי, שמשמעותן למעשה, הוכחת אבהות באמצעות הליכים משפטיים וחיוב בהמצאת פסק דין הצהרתי מבית המשפט לענייני משפחה. הליך משפטי שכזה מחייבת את הילד/ה ואת ההורים לבצע בדיקת סיווג רקמות גנטית שעלותה כ-3,000 ש"ח. לסכום זה יש להוסיף עלויות שכר-טרחת עורך-דין והוצאות משפט. משפחות רבות אינן מסוגלות לשאת בהוצאות הכרוכות בכך וכתוצאה, מסרב מנהל האוכלוסין להכיר במעמדם של הילדים וכך נשללות זכויותיהם כאזרחים ישראלים ו/או תושבים, בנייהם זכותם לקבלת שירותי בריאות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

ההליך המשפטי אורך חודשים רבים ולעיתים אף שנים, והילדים נותרים ללא ביטוח בריאות במהלך ההמתנה הארוכה. כתוצאה ממדיניות זו של משרד הפנים ומינהל האוכלוסין, נותרים ילדים רבים ללא ביטוח בריאות. המצב הזה מביא לכך שילדים חולים נשארים ללא טיפול ונשקף סיכון ממשי לחייהם. כן נמנע מילדים אלו, חולים ובריאים כאחד, מעקב רפואי הולם הדרוש להתפתחותם התקנית.

חرف חובתה של המדינה מכורח אמנות הבינלאומיות ומכוח חובתה המוסרית לדאגה לשלומם ובריאותם של הילד, עבור אלפי משפחות המתגוררות בישראל, טיפול רפואי אינו מובן מאליו והן נאלצות להיאבק למען הכרה במעמד לילדיהן על מנת שיהיו זכאים לזכויות סוציאליות. מדיניות זו, פוגעת בזכות האלמנטארית של הילד לחיים, לזהות אזרחית, להתפתחות ולשירותי בריאות.

## **פעילות הפרויקט**

**בג"צ 11044/04**<sup>105</sup>

בתאריך 05.12.04 הגישו עמותת רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה עתירה לבג"צ נגד שרי הבריאות והפנים, המוסד לביטוח לאומי ומנהל האוכלוסין, בעניין רישומן בקובץ הבריאות של שתי ילדות, חסרות מעמד אזרחי, שנזקקו לטיפול רפואי מיידי:  
מריאנה, אחת הילדות, בת 4.5, נזקקה לניתוח קרדילוגי עקב מום מולד בליבה. במהלך ההמתנה לדין

105 העתירה הוגשה באמצעות עו"ד ארנה לין ועו"ד מיכל שטיין, בהמשך הועבר הייצוג לעו"ד יוהנה לרמן.

בג"צ בעתירה, היא נפטרה לאחר שליבה נדם בעקבות סיבוכי שפעת (ראו בתיבה מעלה); הילדה השנייה, נדאא, בת 4, סבלה מפיגור פסיכו-מוטורי ונזקקה לאבחון נוירולוגי ובדיקות וטיפולים פרא-רפואיים רבים. משתי הילדות נמנע הטיפול ומשרד הפנים דרש מאבותיהן, אזרחים ישראלים, הוכחה לאבהותם. בעתירה דרשנו מן המדינה כי תאפשר לכל ילדה שנולד להורה ישראלי לקבל שירותי בריאות מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי עד לסיום הבירור בדבר מעמדו; זאת באמצעות רישום בקובץ הבריאות הארצי שבאחריות המוסד לביטוח לאומי, בכל מקרה של עיכוב ברישום הילד במרשם האוכלוסין, מכל סיבה שהיא.

במהלך הדיונים בעתירה טענה המדינה כי הזכאות לביטוח בריאות ממלכתי הנה לתושבים בלבד וכי העתירה אינה עוסקת בילדים שהוכרו כתושבים. כן ציינה המדינה את ההסדר הקיים עם קופת חולים מאוחדת לילדי עובדים זרים, כפתרון זמני עבור הילדים, עד לסיום הבירור במעמדם.

בדיון בבג"צ שנערך ב-01.02.06, עלתה האפשרות לאחד את הדיון בעתירה זו עם עתירה אחרת שהגישה האגודה לזכויות האזרח, שנגעה בסוגיה הכללית של רישום ילדים, שמעמדם בבירור, במרשם האוכלוסין של משרד הפנים. בדיון עמדנו על ההבדל בסעד העקרוני המתבקש על ידנו, ביחס לזה שבעתירה של האגודה לזכויות האזרח: דרישתנו העיקרית הייתה לרישום בקובץ הבריאות הארצי שבאחריות המוסד לביטוח לאומי, זאת מתוך הכרה בחשיבות העליונה שישי לזכות לבריאות של הילד ועל מנת להבטיח כי לילדים תהיה נגישות מיידית לשירותי בריאות, מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בדיון שנערך בבג"צ הכיר הרכב השופטים במחויבותה של המדינה לילדים על פי האמנה לזכויות הילד. העתירה עדיין נידונה.

#### **ילדים בעלי אזרחות, לנשים חסרות מעמד אזרחי**

סאלם נשפט בחודש פברואר 2005 לחמש עשרה שנות מאסר. סאלם נשוי מזה מספר שנים למרים, ולבני הזוג ארבעה ילדים קטינים, בעלי אזרחות. עד למועד מאסרו לא הושלם הליך איחוד המשפחות של בני הזוג ולכן מעמדה של מרים בישראל טרם הוסדר.

בשל מאסרו של בעלה, הוקפא הליך איחוד המשפחות. בנסיבות אלו מרים אינה זכאית להבטחת הכנסה, בהיותה חסרת מעמד קבע וככזו אינה תושבת לעניין חוק הביטוח הלאומי. סבתם של הילדים דואגת לכרונסתם של אשת בנה וארבעת נכדיה מקצבת זקנתה והן מקצבת הילדים שהיא מקבלת עבורם.

ברור הוא, שכספים מועטים אלו אינם מאפשרים קיום מינימאלי של בני המשפחה ופוגעים ביכולת אימם וסבתם של הילדים לספק להם את צרכיהם הבסיסיים.



זכותו של כל ילד לביטחון סוציאלי מעוגנת באמנה לזכויות הילד: "...המדינות החברות יכירו בזכותו של כל ילד להפיק תועלת מביטחון סוציאלי לרבות ביטוח סוציאלי, וינקטו באמצעים הדרושים על-מנת להשיג את מימושה המלא של זכות זו בהתאם לדין הלאומי שלהן...". כן מחויבת המדינה על פי האמנה לזכותו של כל ילד לתנאי מחיה אנושיים מינימאליים: "...המדינות החברות מכירות בזכות כל ילד לרמת חיים ההולמת את התפתחותו הגופנית, הנפשית, הרוחנית, המוסרית והחברתית. על ההורים או האחראים על הילד מוטל לספק לו את תנאי המחיה הנדרשים להתפתחותו, לפי האמצעים העומדים לרשותם, כשהמדינות יסייעו להם בכך ויספקו במקרה הצורך עזרה חומרית, אם בתזונה, בביגוד או בדיוור...".

מדינת ישראל הכירה בחשיבות הזכות לקיום מינימאלי של כל תושב, באמצעות חוק הבטחת הכנסה, אשר עיגן בחקיקה ראשית את הזכות המשפטית של כל תושב לרשת מגן אחרונה. החוק מבטא את העמדה, לפיה לא צריך להימצא אדם בפני צורך קיומי, כגון רעב או ללא קורת גג, וכי יש לספק לכל פרט את הצרכים האנושיים הבסיסיים ביותר<sup>106</sup>.

לפרויקט פנו מספר משפחות שבהן נשים פלסטיניות הנשואות לגברים ישראלים-פלסטינים, אשר הליכי איחוד המשפחות שלהם "הוקפאו" עם כניסת הגבר למאסר<sup>107</sup>. לבני הזוג היו ילדים קטינים, אזרחי המדינה והאם - חסרת המעמד, נותרת לגדל אותם בכוחות עצמה. אלא שבשל העובדה שהיא חסרת מעמד ועל כן אינה זכאית לזכויות סוציאליות, אין ביכולתה לפרנס ולכלכל את ילדיה; היא אינה זכאית לעבוד בישראל, אינה זכאית לקצבאות כחד-הורית (שכן אף כי בעלה במאסר היא אינה "מוכרת" למערכת) וכן אינה זכאית להבטחת הכנסה. משפחות אלו מצויות לרוב בעוני קשה ונסמכות על קרובי משפחה, במקרים רבים הסבא והסבתא, המתקיימים אף הם מקצבאות זקנה בלבד.

הותרת משפחות אלו ללא כל הגנה מפני רעב ועוני מחפיר, אינה עומדת בקנה אחד עם עמדתו של החוק הישראלי כמו גם עם הדין הבינלאומי, המגדיר את חובתה של מדינת ישראל, לפעול למיגור הרעב ולמתן הבטחת הכנסה.

ברקע, יש לציין כי הליכי איחוד משפחות של כלל הזוגות, אשר אחד מבני הזוג בהם הנו תושב הרשות הפלסטינית, המבקש מעמד בישראל, הוקפאו בשל "חוק האזרחות והכניסה לישראל" (2003). ההפליה הבוטה שיוצר חוק זה כלפי האוכלוסייה הישראלית-פלסטינית והפגיעה הקשה בזכות לבריאות ולקיום חיי משפחה, ראויה להתייחסות מעמיקה, שקצרה היריעה מלהכילה בדו"ח זה. כן, ראוי להתייחס לעומק לזכותו של הנשים לבריאות, ללא קשר למעמדן<sup>108</sup>.

106 מיכאל אטלן, זכות האדם "לתנאי קיום נאותים" בישראל, 1996, עמ' 55. מצוטט מתוך עתירה לבג"צ 1453/06. עמותת רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה נגד שר העבודה והמוסד לביטוח לאומי. עוד על עתירה זו ניתן לקרוא בהמשך.  
107 אישה זרה הנישאת לאזרח ישראלי, נאלצת לעבור הליך איחוד משפחות על מנת לקבל מעמד של תושבת קבע בישראל. כניסה למאסר של אחד מבני הזוג מקפיאה באופן אוטומטי הליך זה.  
108 לפרטים נוספים ניתן לפנות לאתר האינטרנט [www.phr.org.il](http://www.phr.org.il)

בתאריך 15.02.06 הגישו עמותת רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה עתירה לבג"צ נגד שר הרווחה והשירותים החברתיים והביטוח הלאומי, בדרישה למצוא הסדר למתן קצבאות הבטחת הכנסה לילדים, תושבי המדינה, שהוריהם - האחד אזרח הנתון במאסר והשני חסר מעמד. בעתירה דרשנו כי השר יפעיל סמכותו על פי סעיף 378(ב)(1) לחוק הביטוח הלאומי ויכיר בנשים חסרות מעמד, הנשואות לישראלים הנתונים במאסר, כסוג מיוחד של מבטוחות לפי חוק הביטוח הלאומי.

בקשה זו נשענה על פס"ד בבג"צ 494/03 הדן במנגנון שבבסיס סעיף 378 (ב)(1) לחוק הביטוח הלאומי ובצורך בהכרה במקרים יוצאי דופן של אנשים, אשר להם זיקה חזקה לישראל, המהווה את מרכז חייהם, כתושבים בה. בית המשפט העליון התייחס לכך שיש לשר יכולת להפעיל שיקול דעת בבחינת מנגנון חריגים, אשר יאפשר לתת מענה לקבוצות אשר להן נסיבות מיוחדות ויוצאות דופן. לטענתנו, הכרה בנשים חסרות מעמד הנשואות לאזרחים במאסר והמגדלות ילדים המוכרים כבעלי מעמד אזרחי, כמבטוחות מיוחדות לצורכי הביטוח הלאומי, תאפשר להן לקבל ביטוח בריאות וקצבת הבטחת הכנסה, שתהווה אמצעי לכלכל המשפחה.

המדינה טענה כי על העתירה להידחות על הסף שכן היא עתירה כללית אשר לא הוצגה בשמו של עותר קונקרטי. כן טענה המדינה כי לא ניתן לבסס את הדרישה למתן זכויות סוציאליות לנשים אלו על בסיס פס"ד 494/03. בהתייחס לילדים, אזרחי המדינה, טען המוסד לביטוח לאומי כי הוא שוקד על הסדר שיאפשר לילדים ליהנות מקצבת הבטחת ההכנסה.

דיון ראשון נקבע לתאריך 10.01.07 בעקבות בקשתנו וצרוף דוחות סוציאליים המעידים על מצבן הכלכלי הקשה של המשפחות, הוקדם הדיון לתאריך 31.10.06. בדיון סרבו השופטים להכיר בזכויותיהן של הנשים להבטחת הכנסה בשל היותן חסרות מעמד (השוהות ללא היתר בישראל). ביחס לילדים, דרש הרכב השופטים מהמדינה למצוא פתרון מהיר. המדינה טענה כי היא אכן שוקדת על פתרון עבור ילדים, הדורש שינוי חקיקה ועל כן מתעכבת הסדרת פתרון.

בסיום הדיון התבקשה המדינה לעדכן את ההרכב על מציאת פתרון עבור הילדים תוך שלושה חודשים, אז יתקיים דיון נוסף בעתירה.

העתירה עדיין נידונה.

## המלצות לשינוי מדיניות בנושא חסרי מעמד אזרחי<sup>110</sup>

חובת המדינה לחסרי מעמד אזרחי החיים בישראל נובעת מההכרה בזכות הבסיסית לכבוד ולשמירה על החיים, וכוללת הבטחת נגישות לשירותי בריאות חיוניים, כדי למנוע אובדן חיים ונזק בלתי הפיך. קשירת קשר בין זכויות סוציאליות למעמד אזרחי פסולה ועומדת בניגוד למחויבותה של ישראל על פי אמנות בינלאומיות. פגיעה זו היא נושא לדו"ח רחב הרבה יותר, ועיסוקנו בה היא בבחינת קצה הקרחון לסיפור של חוק שגרס אוניברסליות, אך ביישומו הפך ל"מקל וגזר" של יישום מדיניות מפלה.

חשוב לציין כי אינטרס נוסף בהכרה בזכותם של הכל לבריאות הנו אינטרס של שמירה על בריאות הציבור כולו, העלולה להיזק כתוצאה מקיומה של קבוצה גדולה ללא שירותי בריאות מינימליים<sup>111</sup>.

אנו סבורים שקיומה של אוכלוסייה כה גדולה של "חסרי מעמד" חייב להיות נושא לדיון ציבורי בישראל. אנו סבורים שיש ליצור, לכל הפחות, מערכת המסוגלת לספק שירותי חירום, שירותים לאם לילד, רפואה מונעת וכדומה<sup>112</sup>. דגש מיוחד חייב להינתן לזכותו של הילד לבריאות, ללא קשר למעמדו האזרחי.

110 אוכלוסיות חסרי המעמד בישראל חייבת התייחסות מעמיקה יותר - הן ביחס להגדרת הבעיה והן ביחס להמלצות לשינוי מדיניות. הדו"ח אינו מתיימר להציג את כלל הבעיות העומדות בפני אוכלוסיית "חסרי המעמד", כמו גם את כלל השינויים ברמת המדיניות החייבים להיערך. ההמלצות המובאות להלן הן ראשוניות ביותר. פרטים נוספים על פעילות בנושא "חסרי מעמד" ניתן לקרוא באתר האינטרנט [www.phr.org.il](http://www.phr.org.il).

111 אדוט, ר. (2002). "אדישות אלימה". עמותת רופאים לזכויות אדם.

112 אדוט, ר. (2002). "אדישות אלימה". עמותת רופאים לזכויות אדם.

---

## סיכום

---

דו"ח זהבחן את מערכת הבריאות בישראל דרך עוגנה המרכזי של הזכות לבריאות בישראל: חוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק הבטיח לכל תושב במדינה ביטוח בריאות וכן הגדיר את חובתה של המדינה למימון השירותים שבחוק. אך חרף חשיבותו של החוק בהבטחת נגישות לשירותים רפואיים רחבים, לא צלח לטעמנו החוק בהבטחתו לקיים את שירותי הבריאות בישראל על פי עקרונות שוויוניים ואוניברסאליים.

מלכתחילה היווה חוק ביטוח בריאות ממלכתי מסגרת בלתי מספקת להבטחת הזכות לבריאות בישראל: החוק לא נתן מענה לפערים במצב הבריאות ובזמינותם של שירותים רפואיים שהיו קיימים עוד קודם לחוק, בין תושבים ואזורים גיאוגרפיים שונים; בחוק לא עוגן מנגנון עדכון לסל שירותי הבריאות, שיאפשר הוספה סדירה של טכנולוגיות רפואיות חדשות לסל ובכך ישמר את איכות סל השירותים לאורך השנים; מספר שירותים חיוניים לא נכללו בחוק מלכתחילה (למשל בריאות השן) או שלא תוקצבו בו כראוי (שיקום) אוכלוסיות רחבות נותרו מחוץ לחוק וללא שירותי בריאות (אלא אם בידם לרכוש שירותי בריאות פרטיים); ועוד.

במהלך השנים מאז נחקק החוק חלה שחיקה בהגדרת הזכאים לביטוח בריאות ממלכתי: הוגבלה זכותם לשירותים רפואיים של תושבים ישראלים ששהו בחו"ל וחזרו להתגורר בישראל; תיקונים לחוק הביטוח הלאומי בהגדרת "מי שאינו תושב" פגעו באוכלוסיות שונות שהיו זכאיות בעבר לזכויות סוציאליות ושכעת אינם; חוק האזרחות פגע בזכותם של פלסטינים הנשואים לישראלים לקבל מעמד של תושבות ובכך פגע בזכותם לביטוח בריאות ממלכתי; ועוד.

שחיקה נוספת חלה במחויבות של המדינה לתושבים המוגדרים כזכאים בחוק: חלה שחיקה במימון הציבורי של מערכת הבריאות ועלייה מקבילה של נטל המימון על משקי הבית. כתוצאה מכך, הפערים בין תושבי המדינה בנגישות לשירותים גדלים ויש להניח כי אלו ישפיעו, בטווח הארוך, גם על הגדלת אי-השוויון במצב הבריאות של התושבים השונים. אך חשוב לזכור כי לשחיקה במימון הציבורי השפעה לא רק על השוויון בנגישות לשירותים אלא אף על יעילותה של המערכת: הניסיון העולמי מלמד שכשלי השוק בתחום הבריאות גורמים לכך שמערכות פרטיות הנן הרבה פחות יעילות ממערכות ציבוריות. מבין המדינות העשירות, מערכת הבריאות האמריקאית לדוגמה, הנה היקרה ביותר ובעלת הפערים הגדולים ביותר בנגישות לשירותי בריאות.

בנוסף, סללה המדינה את הדרך להכשרה של תופעות כגון הביטוחים המשלימים, השירות הרפואי הפרטי, הפועל במסגרתה של המערכת הציבורית, וכדומה, היוצרים גם הם אי-שוויון בכמות, במגוון, בזמינות ובאיכות של השירותים הרפואיים מהם נהנים בעלי הממון ביחס לאלו שאינם.

הבעיות המובנות בחוק וכן תהליכי השחיקה השונים שתוארו בדו"ח זה מעידים על כך כי ישראל אינה מקיימת מערכת בריאות **שוויונית ונגישה לכלל השוהים** בתחומה ובכך אינה מבטיחה את מימושה המלא של הזכות לבריאות.

### **מה ניתן לעשות?**

כשלב ראשון, יש לדאוג לשמר את הישגיו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי; החוק מהווה נקודת מפנה חשובה בטיפוס הזכות לבריאות בזכות בסיסית של כל אדם, שהגשמתה נמצאת באחריות המדינה. כדי לשמור על הישגיו של החוק ולקדם את רמת השוויונית והנגישות של תושבים שונים לשירותים הניתנים במסגרתו, יש לנקוט במספר צעדים.

בנוסף, על מדינת ישראל להכיר במחויבותה לאוכלוסיה חסרת ביטוח הבריאות הממלכתי, השווה בתחומה ובשטחים שבשליטתה; לדאוג לה, לכל הפחות, לשירותי בריאות מינימאליים ולקיים בעניינה דיון ציבורי מקיף על מנת להגדיר ולעגן בחקיקה את היקף מחויבותה ביחס לזכות לבריאות של אוכלוסיה זו.

לעניות דעתנו, האתגר הגדול ביותר העומד בפני הזכות לבריאות בישראל כיום הוא זה הקשור בהבנת ההקשרים חברתיים המשפיעים על מימוש הזכות לבריאות. הבטחת נגישות לשירותים רפואיים וכן "תנאים הכרחיים" לכל (מים ראויים לשתייה, דיור, מזון וכדומה), הנה צעד חשוב אך בלתי מספק; שוויוניות והגדלת הצדק חברתי, באמצעות חלוקה צודקת של משאבים ושיפור ניכר בתנאים חברתיים-כלכליים, כהכנסה, תעסוקה והשכלה הן הכרחיות לצורך הבטחת מימושה המלא של הזכות לבריאות.

## מצע בריאות: המלצות למערכת הבריאות בישראל<sup>113</sup>

על המדינה ורשויות השלטון השונות לשקוד על בניית אסטרטגיה ארוכת טווח לשמירה על מערכת בריאות ציבורית איכותית ונגישה לכל. על המדינה להכיר בכך כי הזדמנויות בריאות קשורות באופן מובהק למצב כלכלי-חברתי וכי הדרך הטובה ביותר לשפר את מצב הבריאות של קבוצה נתונה היא לשפר את רמת ההשכלה וההכנסה של חבריה<sup>114</sup>.

### על המדינה לפעול ל:

#### 1. צמצום הפערים בתוצאות הבריאות באמצעות:

א- השקעת משאבים בפיתוח התשתיות הבסיסיות בישובים הערביים (חשמל, מי שתייה, כבישים, ביוב).

ב- דאגה לזמינותן של מרפאות ראשוניות, שניוניות ושירותי בריאות נוספים, באופן שווה פר נפש, בישובים הערביים והיהודיים כאחד וכן בין אזורים גיאוגרפיים שונים במדינה. ג- תיקון נוסחת ההקצאה לקופות החולים (מנגנון הקפיטציה) כך שתגלם בתוכה משתנים נוספים כגון מצב חברתי-כלכלי, מיקום גיאוגרפי ותמהיל המבטוחים; חולים הסובלים ממחלות כרוניות מחייבים הוצאות גדולות יותר (מעבר לחמש ה"מחלות הקשות" שהוצאו מחוץ להקצאה על פי נוסחת הקפיטציה).

#### 2. ביטול תשלומי ההשתתפות על תרופות ועל שירותים רפואיים הניתנים במסגרת הסל.

על מנת לפצות את קופות החולים על אובדן התקציבים ניתן:

א- להסיר את תקרת התשלום על מס הבריאות (התקרה מחושבת כחמש פעמים השכר הממוצע במשק);

ב- להחזיר את המס המקביל אותו שילמו המעסיקים לפני 1997;

ג- להגדיל את מס הבריאות בהתאם להכנסה, על מנת להגביר את הפרוגרסיביות של המס.

#### 3. עיגון של מנגנון עדכון קבוע בחוק לסל השירותים שבאחריות קופות החולים (בגובה

2% מעלות הסל, לשנה) ומנגנון הקצאה ועדכון לסל שבאחריותו הישירה של משרד

### הבריאות.

113 המלצות הפרויקט לשינוי מדיניות מתייחסות לנושאים בהם נגע הדו"ח. ההמלצות אינן מתיימרות להכיל את כלל השינויים הנדרשים במערכת הבריאות הציבורית. העברת טיפות החלב מידי משרד הבריאות לקופות החולים, הרפורמה בבריאות הנפש ונושאים נוספים, ראויים להתייחסות נפרדת.

114 אבגר, א., כנאענה, ח., סבירסקי, ב. (2000). "יעדים למדיניות בריאות למאה ה-21". מרכז אדוה.

4. הכנסת טיפולי השיניים והאשפוז הסיעודי לסל השירותים הניתן במסגרת מערכת הבריאות הציבורית.

5. תחימת זמן הטיפול בתלונה המוגשת על ידי מבוטחים לנציבות הקבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בחוק.

6. בניית תוכנית מסודרת להנגשת מידע בדבר זכויות ומגבלות מערכת הבריאות לכלל הציבור.

7. קיום דיון ציבורי בנושא חסרי מעמד אזרחי בישראל. עד שיתקיים דיון ציבורי משמעותי בנושא, יש לספק רמה מינימאלית של שירותי בריאות לאוכלוסיה זו. דגש מיוחד חייב להינתן לזכותו של הילד, ללא קשר למעמדו האזרחי לבריאות.

## על זכויות אדם, צדק חברתי ואתיקה רפואית

לקהילה הרפואית יש מחויבות לחולה, בהתאם לשבועת היפוקראטס: "אשמור אותם מכל רע ועוולה". עקרונות האתיקה הרפואית, מאפשרים לאנשי רפואה להתמודד עם דילמות מורכבות מבחינה מוסרית או קלינית. עקרונות אלו מנחים לתת כבוד לפרט, כאדם בעל יכולת בחירה רציונאלית, להשיא את טובת המטופלים, להימנע מגרימת נזק למטופל ולהכריע באופן הוגן בין אינטרסים מתחרים בטובת החולה, דוגמת מגבלות תקציביות של המערכת בה עובד הרופא<sup>115</sup>.

אלא שכאשר לתנאים חיצוניים לחדר הטיפולים השפעה על מצב בריאותו ורווחתו הגופנית והנפשית של המטופל, הרי שלרופא קשה יותר לשמור על טובתו: מצבו הכלכלי, אי קיומן של תשתיות במקום מגוריו, חשיפה לתנאי עבודה מסוכנים וכדומה, משפיעים על יכולתו של איש הרפואה המטפל לדאוג להשאת טובת מטופלו.

זכויות אדם מרחיבות את ראייתה של האתיקה הרפואית אל מחוץ לחדר הטיפולים, כך שתכלול את ההקשרים החברתיים המשפיעים על מימוש הזכות לבריאות: מחויבות הרופא לזכויות אדם מעודדת לפעול באופן אקטיבי - כפרט וכחלק מהקהילה הרפואית. למיגור מדיניות ופעולות, הן של המדינה והן של גופים פרטיים, שיש בהן כדי למנוע מעובדי הרפואה להעניק טיפול לכל החולים, בצורה המיטבית. פעולות אלו כוללות אפליה במתן שירותים, מדיניות הפוגעת בנגישותם של החולים לשירותי בריאות ועוד<sup>116</sup>.

בשנים האחרונות חתמו מעל ל-100 איגודי רופאים במדינות שונות על "אמנת המקצוענות הרפואית". האמנה מכירה בשינויים המתחוללים במערכות הבריאות במדינות מתועשות, שינויים המהווים איום על עצם טבעה של המקצוענות הרפואית וערכיה. בין הערכים אותה מנסה האמנה לקדם, מודגשת חובתם של אנשי רפואה לדאוג לשיפור הנגישות לטיפול, כפרטים ותוך פעולה קולקטיבית, וכן מודגשת מחויבותם לדאוג לחלוקה צודקת של משאבים מוגבלים: "...על כל רופא, בכל מערכת שהיא, לפעול להסרת מחסומים המשבשים נגישות לטיפול רפואי בשל גורמים כגון מחסומי חינוך, חוק, מצב כספי, גיאוגרפיה, וגורמים אחרים שמקורם באפליה..."<sup>117</sup>.

חובתם של אנשי רפואה לדאוג למימושה של הזכות לבריאות מתרחבת אם כן, אל מעבר לגבולות האתיקה, ונוגעת בגורמים חברתיים וכלכליים המשפיעים על הזכות. מקצועות הרפואה עשויים להוות רוח גבית חזקה לארגונים לשיוני חברתי במאבקם בשמירה על הזכות לבריאות ועל "התנאים ההכרחיים" לזכות זו.

115 אבני, ש., וינר, ז., זיו, ה. (2005). "צוותי רפואה במלכוד. נאמנות כפולה- היא קשורה אליין". רופאים לזכויות אדם.  
116 אבני, ש., וינר, ז., זיו, ה. (2005). "צוותי רפואה במלכוד. נאמנות כפולה- היא קשורה אליין". רופאים לזכויות אדם.  
117 הסתדרות הרפואית בישראל: "אמנת המקצוענות ברפואה". (2006).