



שתייל
Shatil



פורום בריאות דרום
منتدى الصحة في الجنوب

האגודה לזכויות האזרח בישראל
جمعية حقوق المواطن في إسرائيل
The Association for Civil Rights in Israel



מועצת הנגב
مجلس النقب Negev Council

PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS
أطباء لحقوق الإنسان
LZKBIOT ADAM LACHQOQ AL-INSAN
ISRAEL

בזכות!
בזכות, המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות, עמותה מיסודה של האגודה לזכויות האזרח בישראל

21 בדצמבר 2015

לכבוד

כבוד השופט (דימ.) יוסף שפירא
מבקר המדינה
ר'ח' מבקר המדינה 2
ירושלים
פקס : 02-6529322
mevaker@mevaker.gov.il

הנדון : ליקויים בהפניית מטופלים לשיקום בידי קופות החולים

כבוד השופט שפירא הנכבד שלום רב,

אנשים רבים בישראל נזקקים לטיפול שיקומי אמבולטורי. רבים מהם משוחררים מבית חולים לאחר פציעה בתאונה או לאחר אירוע של מחלה וזקוקים לטיפול כזה. רובם הפכו בשלב זה או קודם לכן לבעלי מוגבלות, כגון בגין חבלות ראש, שיתוק, פגיעות בחוט השדרה, שברים מורכבים או תחלואה נוירולוגית.

למרות זאת, נדמה שמאז ומעולם תחום זה הוא שטח הפקר שאינו מעוגן בסטנדרטים ואינו מטופל כראוי. ככזה הוא נתון לשליטה של מקבלי ההחלטות בקופות החולים, ללא פיקוח וללא הסדרה.

אנו מתכבדים לפנות אליך בעקבות מפגש עם מומחים ואנשי מקצוע בתחום השיקום החפצים בעילום שמש ובהסתרת פנייתם. זאת, על מנת למסור את עמדתם ביחס לדרכי הטיפול של קופות החולים באנשים הזקוקים לטיפול שיקומי אמבולטורי.

מומחים אלה סבורים כי לעיתים מזומנות המטופלים אינם מקבלים את הטיפול המתחייב לפי הצורך הרפואי, שאינם זוכים לו בהיקף המתאים, ונתקלים בקשיים רבים במימוש זכויותיהם. התוצאה היא פגיעה בבריאות המטופלים וביכולתם לממש את מלוא פוטנציאל השיקום שלהם ויכולתם לקיים חיים מלאים ועצמאיים, ככל האפשר, במסגרת מיגבלותיהם.

ולהלן נפרט :

שיקום אמבולטורי - רקע מקצועי

- לשיקום זקוק כל מי שנפצע או נפגע במחלה שגרמה לו לירידה תפקודית ולמוגבלות. לדוגמא, אנשים שעברו חבלת ראש בתאונה או בנפילה, פגיעה בחוט השדרה, אירוע מוחי, פציעה אורתופדית מורכבת, קטיעת איברים, מחלה נוירולוגית וכדומה.
- לשיקום אמבולטורי מופנה בד"כ מטופל שסיים לקבל טיפולים שיקומיים במסגרת באשפוז מלא והוא מלווה ברוב המקרים את המעבר מבית החולים לקהילה.

- מטופלים שמקבלים טיפולים שיקומיים במסגרת אשפוז מלא במסגרות מתמחות (כגון בית לוינסטיין או בביה"ח השיקומי בתל השומר שממוקמים שניהם במרכז הארץ) זקוקים, לאחר השחרור, להמשך טיפול בקהילה. זהו, ברוב המקרים, שלב קריטי להמשך תהליך השיקום ומטרתו למנוע נסיגה תפקודית ואובדן יכולות שהושגו במהלך האשפוז. בנוסף חיוני לדאוג לתהליך המורכב של שילוב בקהילה ולחזרה לחיים חברתיים ותעסוקתיים פעילים ויצרניים ככל הניתן.
- לא כל המטופלים מגיעים לשיקום האמבולטורי לאחר אשפוז בבי"ח שיקומי. חלק מהזקוקים לטיפול כזה מגיעים מאשפוז בבית חולים כללי. אלו משתחררים בדרך כלל מביה"ח הכללי במצב תפקודי שמאפשר עצמאות ברמה מספקת במסגרת הבית ויחד עם זאת הם זקוקים לטיפולים שיקומיים שיביאו אותם לרמה תפקודית אופטימלית.
- **בתום האשפוז בבית החולים הכללי** אמור המאושפז, על פי חוזר מנכ"ל משרד הבריאות (חוזר מס' 4/2009 "אמות מידה למתן טיפול שיקומי לקשישים") לעבור הערכה, רצוי ע"י איש מקצוע מתחום השיקום או, למצער, ע"י גורם מקצועי שמכיר את תחום השיקום, במטרה להעריך את צרכיו הרפואיים-שיקומיים, ולהפנותו בהתאם.
- **בתום האשפוז השיקומי** הוא עובר הערכה מעודכנת כוללת ע"י הצוות הרב מקצועי השיקומי שטיפל בו, לצורך מתן המלצות להמשך טיפול, קביעת המטרות של הטיפול בקהילה, הגדרת סוגי הטיפול הנדרשים (פיזיותרפיה/ריפוי בעיסוק/תקשורת וכו') וציון הפעולות הדרושות במהלך השיקום בקהילה, למשל: מתן שעות ילד חולה לילדים שהפסידו לימודים במהלך האשפוז הממושך בביה"ח השיקומי או העברת אבחון נוירופסיכולוגי למי שעבר חבלת ראש וכד, מציאת מסגרת חברתית מתאימה, שיקום תעסוקתי ועוד.
- מטופלים אחרים אינם מגיעים מאשפוז כי אם מופנים ע"י שירותי הרפואה בקהילה. כך, חולים כרוניים המופנים בידי שירותי הרפואה בקהילה, כגון רופא משפחה, לשיקום אמבולטורי על מנת לשפר את תפקודם, מתוך הערכה שבנסיבות חדשות כלשהן נוצר פוטנציאל שיקומי שלא היה קיים קודם לכן או שלא היו מודעים אליו. תיתכן גם התדרדרות במטופלים עם מוגבלות תפקודית, כזו (התדרדרות) שאינה מצריכה אשפוז שיקומי אלא קבלת טיפולים שיקומיים אמבולטוריים. למשל, כאבי גב מגבילים שמתפתחים ומחמירים בחולים עם ליקויים בעמוד השדרה, מחלות של החוליות או של הדיסקים הבין-חולייתיים או קיצורי שרירים שנוצרים במטופלים עם הפרעות בטונוס השרירים על רקע אירוע מוחי או חבלת חוט שדרה. גם מטופלים שסובלים ממחלה נוירולוגית עם מהלך מתדרדר, יזדקקו בנוסף לטיפולים כרוניים משמרים גם לתקופות שיקום רב מקצועי, רצוי אמבולטורי, לצורך הבאתם ליכולת תפקודית מיטבית במסגרת מגבלותיהם בשלבים שבהם חלה החמרה במחלתם.

מאפייני השיקום הרצוי:

- טיפולים שיקומיים, הן במסגרת אשפוז מלא והן אמבולטוריים, מאופיינים בכך שהם אינטנסיביים (קרי: ניתנים בתכיפות של לפחות פעמיים בשבוע) וכן בכך שהם ניתנים ע"י צוות רב מקצועי ואינטרדיסציפלינרי מיומן שהוכשר לעבודה בתחום השיקום. בצוות מתקיים דיון על כל מטופל במסגרת ישיבת צוות, ומתקיימות אינטראקציות טיפוליות כגון טיפול משותף או טיפול קבוצתי.
- הטיפול אמור להתאפיין על-פי-רוב בגישה רב מערכתית, אשר מתייחסת לכל היבטי הפגיעה: המוטוריים, הקוגניטיביים, התקשורתיים והרגשיים. בנוסף לטיפול בליקוי (impairment) הטיפול אמור להיות מכוון לצורך שיפור התפקוד הבסיסי (activity) והחברתי- תעסוקתי (participation)

- בארץ מקובל, אם כי לא בכל מקום הדבר מתאפשר, שהצוות המטפל מנוהל על-ידי רופא/ת שיקום. כאשר אין אפשרות שרופא/ת שיקום ינהל את צוות השיקום רצוי מאד שהטיפול המערכתי ינוהל ע"י מנהל/ת טיפול שמשמש/ת באחד ממקצועות הבריאות השונים.

אמות המידה/ההנחיות הקיימות:

- בתוספת השניה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, פריט 23 שכותרתו "גריאטריה ושיקום" נמנים התחומים החוסים תחת החוק, ושם כתוב:

אשפוז חולה שיקומי - ניתן עד 3 חדשים (ועדה מקצועית של קופת החולים תוכל לאשר הארכת התקופה).

אין בחוק התייחסות רחבה יותר לשיקום וממילא לא לשיקום אמבולטורי. בסעיף 22 מפורטים שירותי המקצועות הפארה-רפואיים (כיום נקראים "מקצועות הבריאות") ובתוכם ניתן למצוא סעיפים שמתארים מרכיבים בעבודת השיקום, למשל: פיזיותרפיה חריפה בקהילה / ריפוי בעיסוק: הערכה וטיפול במקרים חריפים, מבוגרים וילדים במחלות, כגון ... אחרי אירוע מוחי.

או

הפרעות בתקשורת (ריפוי בדיבור) סעיפים 4 ו 5 : אבחון וטיפול בשפה ודיבור. אין בחוק התייחסות לשיקום הנוירולוגי/אורתופדי הכולל, האינטגרטיבי הרב מקצועי והאינטר-דיסציפלינרי. התייחסות כזאת ניתן למצוא רק בסעיפים שנמצאים תחת הכותרת "התפתחות הילד" (סעיף 20) בסעיף 3: טיפול צוות רב מקצועי בילדים עם נכויות סומטיות עד גיל 18. אבל לא בשיקום מדובר אלא בהתפתחות הילד.

- בחוזר מנכ"ל של משרד הבריאות בנושא: חובת מתן המלצות לשיקום במכתב שחרור רפואי (27/2013) נכתב בסעיף 4 – הנחיות:

...הצוות במח' האשפוז יידע את המטופל ומשפחתו, טרם שחרורו מביה"ח, על תכנית השיקום המומלצת עבורו.

ההמלצה למתן שיקום תתועד במכתב השחרור ותכלול: ...

2. פירוט תחומי התפקוד הדורשים שיקום: תפקוד יומיומי (BADL), קוגניציה, דיבור, בליעה ותזונה.

3. הפניה למקצועות הבריאות המתאימים בהתאם לצרכי המטופל: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת, דיאטה, עבודה סוציאלית.

4. מכתב השחרור יכלול התייחסות למסגרת השיקום:

א. שיקום באשפוז במחלקה לשיקום כללי או גריאטריה שיקומית.

ב. הפניה למכון יום שיקומי רב-מקצועי.

ג. הפניה למכונים פרטניים (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכד').

ד. שיקום בבית ע"י יחידה להמשך טיפול.

עם זאת, אין במסמך התייחסות לחובה של קופת החולים לקיים את ההמלצות של הגורם המפנה.

התוכנית הלאומית לשיקום:

התוכנית הלאומית לשיקום התייחסה הן לשיקום גריאטרי והן לשיקום אורתופדי, נוירולוגי ועוד. התוכנית מצאה (נובמבר 2013) מחסור ניכר ודחוף בכ- 250 מיטות שיקום, בעיקר בפריפריה, וציינה את הצורך בהקמת מערך מרכזי שיקום יום ואשפוז יום, אף הם בעיקר בפריפריה. התוכנית אף ציינה צורך באספקת שירותים באופן מתואם, בקידום טכנולוגיות שיקומיות, בקביעת אמות מידה לקבלת שירותי שיקום, וכן בעיצוב מערך תקינה לפרישת שירותי מרכזי יום, מכוני שיקום ומרפאות אמבולטוריות ועוד. כן עסקה התוכנית בהגדלת מספר הטיפולים, בהגדלת היצע כוח האדם המקצועי, בהרחבת הסל השיקומי לאביזרי עזר, בהטמעת טכנולוגיות מתקדמות, בהפצת מידע ועוד. הומלץ גם על הקמת ועדה בין-משרדית לשיקום ועל שיפור הממשקים בין מערכי הטיפול השונים.

לצערנו, רק חלק מצומצם מהבעיות שצוינו טופלו, ובפרט לא צומצם באופן משמעותי המחסור החמור בשירותים בפריפריה.

ממצאים קודמים של הביקורת:

בדו"ח מבקר המדינה מס' 62 משנת 2011 נכלל פרק העוסק בשיקום רפואי לקשישים. הסעיף השני "מרכזים לשיקום יום של קופות החולים – תמונת מצב", עוסק ב: "אי - קביעת אמות מידה למרכזים לשיקום יום".

"כדי להבטיח את יעילות המרכזים לשיקום יום ולשאוף לאיכות טיפול מיטבית בהם, עולה הצורך בקביעת אמות מידה בנושאים דוגמת תקינת כוח אדם, דרישות ציוד ונוהלי עבודה מקצועיים, כפי שקבע המשרד בשנת 2003 למחלקות השיקום ובשנת 2002 למחלקות לגריאטריה שיקומית".

"ואולם נמצא כי המשרד (משרד הבריאות) לא קבע אמות מידה למרכזים לשיקום יום והשאיר תחום זה להחלטת קופות החולים והגופים האחרים שמפעילים מרכזים לשיקום יום. עוד נמצא כי המשרד לא קבע תקנים לרישוי המרכזים לשיקום יום; יתרה מכך, במסגרת הבקורות שעושה המשרד במחוזות השונים של הקופות, אין אפשרות לפקח על הפעלתם של המרכזים לשיקום יום משום שכאמור, אין אבני בוחן לבדיקתם. לא זו אף זו, קופות החולים עצמן לא קבעו אמות מידה למרכזים לשיקום יום, ובשל כך ניתן למצוא הבדלים במגוון הטיפולים שניתן לקבל במרכזים השונים של אותה קופה".

חרף המלצת המבקר, עד היום לא נקבעו אמות מידה כאלו ולא הוקמו מנגנוני פיקוח על קופות החולים.

בדו"ח נמתחה ביקורת גם על אי מסירת מידע על שיקום ע"י קופות החולים, על חוסר שיתוף פעולה בין גורמי השיקום בקהילה (רווחה, תעסוקה, מסגרות חברתיות ועוד) לטובת קידום שירותי השיקום בקהילה ועל היבטים נוספים של הזנחת נושא השיקום באופן כללי ושיקום בקהילה בפרט.

אף שהפרק ממוקד ב"שיקום רפואי לקשישים", ממצאיו נכונים להזנחה הנוגעת לשיקום בקהילה בכל גיל.

המציאות: מתן טיפול חלקי

הטיפול הניתן בידי הקופות הוא חלקי ומהמטופל נמנעת הזכות לטיפול מלא.

המנגנונים המביאים לטיפול שיקומי חלקי:

- אי יישום חלק מההפניות – למשל גריעת טיפול הרגשי/קוגניטיבי/ שפתי עליהם הומלץ במכתב השחרור, התעלמות מהמלצות רופאי השיקום בביה"ח השיקומי והפניה לטיפול מקצועי אחד או אפילו שניים ולא לטיפול שיקומי כולל ע"י צוות רב מערכתי שיקומי.
- הפניה למסגרת קהילתית שאינה מתאימה או אינה מספקת את הטיפול הראוי: הפניה למכון פרא-רפואי בלבד (מכון פיזיותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק בלבד) במקום למרכז יום שיקומי, מתן טיפולי בית פרטניים במקום טיפולים ע"י צוות רב מקצועי שיקומי מיומן ועוד.
- הגבלת משך תקופת השיקום וקיצורה כך שתהליך השיקום נקטע טרם מוצה הפוטנציאל השיקומי או טרם השתלבות המטופל/ת בחיי קהילה עצמאיים ויצרניים ככל האפשר.
- חוסר בשירותים רלוונטיים בפריפריה. למשל – בכל הגליל אין מרכז שיקום יום!!! המרכזים הקרובים ביותר הם בקרית ביאליק, בנשר, בחיפה ובקיבוץ מזרע.
- חוסר באמות מידה לשיקום אמבולטורי שגורר קיום פערים בין מרכז לשיקום יום (אלו המעטים הקיימים) אחד לאחר – בעוד חלק מאפשרים קבלת טיפולים רב מקצועיים בתדירות של 3-5 פעמים בשבוע אחרים אינם מאפשרים יותר מפעמיים בגלל עומס. בעוד בחלק קיימים כל המקצועות הפרא-רפואיים בחלק אין פסיכולוג/ קלינאי תקשורת נמצא רק אחת לשבוע וכד'.

(חשוב לציין כי 3 הסעיפים הראשונים נובעים ממנגנוני ניתוב והפניה לקויים של קופות החולים ואילו הסעיף הרביעי עניינו תשתיות חסרות בקהילה, למרות שנראה כאילו קל יותר לתקן את מנגנוני ההפניה הרי שכבר ראינו לפחות דוגמא אחת שבה ניסיון להרחיב את תשתיות השיקום בקהילה, קרי הקמת מרכז יום שיקומי אמבולטורי, נתקל במכשולים לא פשוטים ובעיקר תת הפניה אליו של חולים, ע"י קופות החולים)

המשמעויות של הטיפול החלקי הינן לא אחת חמורות ביותר:

חלון הזמן של השיקום, כלומר המשך המוגבל של הזמן בו חיוני ללוות את ההחלמה הניירולוגית הספונטנית בטיפולים שיקומיים אינטנסיביים בשביל למנף ולמקסם אותה, אינו מנוצל. כתוצאה מכך אין מיצוי של הפוטנציאל השיקומי של המטופל/ת ויכולות תפקודיות שהיה יכול לרכוש אינן נרכשות. חסך זה ברוב המקרים אינו בר תיקון, לא רק משום שההחלמה הספונטנית זמנה קצוב, אלא מסיבות נוספות. למשל, גפיים שהתקצרו בהן השרירים כתוצאה של מתח שרירים גבוה (טונוס מוגבר = ספסטיות) שלא טופל לאורך זמן, יאבדו תפקוד קריטי ושרירים שלא הופעלו לאורך זמן לא ניתן יהיה לחזקם ולהשיבם לפעולה. גם להזנחת הטיפול הרגשי בתקופה הראשונה של ההחלמה עלולות להיות השלכות ארוכות טווח. באופן כללי יותר, תפקוד שהוזנח לאורך זמן לא יהיה יותר בר שיקום.

התוצאה היא פעמים רבות קיבוע המטופל במצבים של בדידות וניתוק, תלות בסיוע, דיכאון ופגיעה בדימוי העצמי, הימנעות מיציאה מהבית ומקשירת קשרים, פגיעה בקשרי המשפחה ובמסגרת התעסוקה - מצבים המחזקים זה את זה ויוצרים "מעגל שוטה" הבולם את השיקום לטווח רחוק:

- עיכוב השיבה של המטופל לעבודתו ולתפקוד תקין שאינו נתמך.
- הארכת התלות בקצבאות הביטוח הלאומי ובמערכות הרווחה.
- פגיעה באמון במערכת המטפלת, במקצועיותה וביעילותה.
- אילוץ המטופל לפנות לטיפול פרטי, המטיל עליו עול כלכלי כבד ופגיעה בזכות לשוויון.
- פגיעה בזכותו של המטופל לטיפול מלא לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ובזכותו לבריאות.

הערמת מכשולים על הדרך להמשך טיפול:

לתופעה של מתן טיפול חלקי נלווית תופעה נוספת, חמורה לא פחות, של הערמת מכשולים על הדרך להמשך טיפול:

- **הקצאת מנת טיפול מזערית:**
למטופל מוקצית עם כניסתו לטיפול שיקומי מנת טיפול מצומצמת, בדרך כלל 12 או 24 ימי טיפול בלבד. הקצאה ראשונית זו כשלעצמה היא טכנית ואינה משקפת כלל בדיקה מקצועית של היקף הצרכים של המטופל ואופיים.

- **תביעה להגשת "בקשות הארכה":**
בסיום ניצול המכסה הראשונית, נדרשים הרופאים להגיש בקשה מפורטת ומנומקת למנהל המחוז בקופה להארכת הטיפול ב 12 ימי טיפול או שעות טיפול. הרופאים עמוסים והגשת הבקשות מתעכבת, דבר שגורם לביטול טיפולים ולקטיעת רצף הטיפול.

• הפניות לשיקום ובקשות הארכה שאינן מאושרות:

ההפניות לשיקום המגיעות מרופאי המשפחה, לא פעם ע"פ המלצת רופאי השיקום בבתי החולים השיקומיים, ולעיתים גם בקשות לאישור תקופות שיקום נוספות (באותו מנגנון – בקשה של רופא/ת המשפחה בסניף ע"פ המלצת רופא/ת שיקום) נתקלות בסירוב, וזאת בלא שהסירוב מנומק דיו ומבלי שהבקשה נבחנה ע"י גורם מקצועי שיקומי.

• מסלול בירוקרטי מתארך:

לאחרונה נקבע כי המסלול הבירוקרטי יתארך: הרופא בבית החולים אינו שולח את המלצתו ישירות לגורם הרלוונטי בקופה, כי אם מוסר אותה לידי המטופל, האמור להפנותה לרופא/ת המשפחה במקום מגוריו, האמור להעביר אותה לסניף אליו הוא משתייך והסניף אמור להעבירה לאישור מנהלת המחוז בקופה. באופן דומה, כל בקשה לתקופת שיקום נוספת צריכה לעבור מרופא/ת השיקום הממליץ/ה אל רופא/ת המשפחה ומשם למנהלת המחוז בקופה. הליך מסורבל זה מיותר לחלוטין ואין לו הצדקה עניינית או מקצועית כלשהי. הוא גם רווי תקלות, כי המטופלים אינם יודעים למסור את ההפניה לגורם הנכון בסניף והמקבל אינו יודע תמיד לאן עליו להפנותה. עקב הסחבת אובד זמן טיפולי יקר. לא מיותר לציין שזהו ניצול לא נכון של זמנם של רופאי המשפחה שהזמן המוקצב להם עבור מטופל עומד על 7-10 דקות בלבד.

• שיקול דעת בלתי מקצועי:

בהנהלת המחוז, בחלק מהמקרים, רופאים ששיקום אינו תחום התמחותם ופקידות שאינה מקצועית ואינה בעלת ידע רפואי רלוונטי. גורמים אלו מנהלים התמקחות עם הגורם המפנה: לעיתים מקצים מנת טיפולים מוגבלת בלבד, לעיתים מוכנים לתת רק "סוג טיפול" מסוים. בשיח זה כל תוספת טיפול נחשבת כזכות ייתר חריגה, יוצאת דופן, המוענקת למטופל לפני משורת הדין. לעיתים מזומנות הסירוב ניתן בלא כל התייעצות עם גורם רפואי בקופה ולעיתים, כאמור, הגורם הרפואי עמו מתייעצים אינו מומחה בשיקום. ודאי שהמומחה אינו בודק את המטופל ואינו מכיר את צרכיו או את יכולותיו.

• מחלוקות ועימותים:

- רופאים מסוימים נמנעים מעימות על זכויות החולים להמשך טיפולי שיקום, כדי לשמור על יחסי עבודה תקינים, על כן המטופלים שעליהם הם מופקדים אינם זוכים לטיפול מלא ומספק.
- רופאים אחרים נאבקים עד חורמה, נאלצים לסבול מצב בו הם מותשים במאבקים לא ענייניים ושקועים במלחמות הבירוקרטיה במקום במלאכה הרפואית.
- חלק מהרופאים נכפים לעסוק במניפולציות באשר להגדרת מצב החולה, אנוסים להתמודד עם חולים מאוכזבים ולהדריכם באשר לזכויותיהם תוך עימות עם

המסגרת, עם מנהלים ועמיתים ומסומנים כ"עושי צרות". רופאים אלה נשחקים ונפגעים וחלקם נסוגים מעימותים אלה או נדחקים להיאבק רק במקרים קריטיים".

- דחיקת המטופל מהשיח על הטיפול:

המטופל אינו שותף במחלוקת על היקף הטיפול הנדרש. על-פי-רוב הוא אינו מדווח עליה, לעיתים נקבע לגביו לקונית כי הוא "אינו זכאי" או "אינו זקוק" לטיפול נוסף, או שהוא מקבל עדכון יבש לפיו "טיפולים אלה לא אושרו בקופה". הוא אינו מקבל הסבר או נימוק מקצועי לסירוב, אינו מופנה לגורם המחליט ואינו יודע אם זכותו לערער או בפני מי עליו לקבל. לעיתים הוא מתווכח ומתעמת - ולעיתים מזומנות נסוג אל הייאוש.

- מניעת הזכות לערר מקצועי ודחיקת המטופל לויתור על הזכות לטיפול:

רק מטופלים מעטים ערים להירארכיה ויודעים כי הם זכאים לערער בהנהלת המחוז, רק מתי מעט יודעים על הזכות לקבול אצל נציבות קבילות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי או לפנות לגורמים אחרים. חלקם מפנים זעמם שלא בצדק אל הרופא השיקומי, אל הצוות הרב מקצועי או אל רופא המשפחה. חלקם פונים להתייעצות או, לצורך הפעלת לחץ, אל הרופא המומחה במרפאת הקהילה (למשל: אורתופד או נוירולוג) ונאלצים להמתין לו בתור במשך חודשים. רבים מוותרים על זכותם, בפרט כך אלו שאין להם כסף רב, השכלה וקשרים ובפרט בני קבוצות מיעוט מודרות.

- התמודדות עם תביעות:

מטופלים מעטים ערים לזכותם לפנות לבית המשפט בכדי להבטיח את זכותם לטיפול ומעטים עוד יותר מנצלים ערוץ זה. בדרך כלל, אלו אזרחים מבוססים. פניות משפטיות מפעילות לחץ כבד על הקופה ולעיתים מזומנות היא נמנעת מעימות וממהרת להעניק את הטיפול המיוחל לנזקקים לו. כך, מטופלים מבוססים זוכים לפריבילגיות.

- ניצול "קשרים" והשחתת המערכת:

לבסוף, מטופלים לא מעטים, בדרך כלל מבוססים ו"מקושרים", מוצאים "קשרים" אל הנהלת קופת החולים או הנהלת המחוז ונעזרים בהם כדי להשיג את הטיפול המיוחל.

השלכות היעדר מנות טיפול מתאימות:

להתחמקות מהקצאת מנות טיפול מתאימות השלכות חמורות על המטופלים, על הצוות הרב

מקצועי ועל המערכת:

השלכות על הפרט:

- מניעת טיפול מלא, תוך פגיעה בחידוש היכולות של המטופל ודחיית השיבה לתפקוד מלא ככל הניתן.
- קטיעת הטיפול תוך פגיעה ברצף השיקום, גרימת נסיגה בהחלמה ופגיעה בסיכויי שיבה לתפקוד.
- החדרת שיקול זר לא רפואי לתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות, המופעל ללא קריטריונים מנחים.
- פגיעה בזכות המטופלים לשירות רפואי הולם לפי דין, בזכותם לבריאות ובזכותם לשוויון.
- פגיעה בזכות המטופל למידע מלא ולשותפות בעיצוב הטיפול.
- אפליה לטובה של מטופלים מבוססים ומקושרים על חשבון אחרים.
- דחיקת המטופלים להיזקק למערכות פרטיות יקרות, תוך פגיעה בכלכלת המשפחה.
- דחיקת המטופלים לעימות מיותר עם המערכת הרפואית.

השלכות על הרופאים, על הצוות הרב מקצועי, ועל המערכת:

- העמדת הרופאים בעמדת עימות מיותרת פוגעת ושוחקת מול המטופלים.
- דחיקת הרופאים לעיסוק במאבקים בירוקרטיים במקום במתן שירות רפואי.
- השחתת המערכת הרפואית, אגב פגיעה בתדמיתה ובאמינותה.
- פגיעה באמון ברופאים, במטפלים ובמערכת המטפלת.

פגיעה בפיתוח השירותים:

כפי שכבר הזכרנו בהקשר לתוכנית הלאומית לשיקום, השיקום בקהילה נמצא בהתפתחות מתמדת והוא עדיין חסר. באזורים מסוימים, בעיקר בפריפריה, חסרו שירותי השיקום האמבולטורי משך עשרות שנים, ובאזורים מסוימים עד היום הם חסרים. הכוונה היא כמובן לשירותי שיקום ראויים שמנוהלים כראוי. חוסר שיתוף פעולה של קופות החולים באופן המתואר, עם מסגרות טיפוליות מעטות המנסות להעניק שירותי שיקום ראויים, מחבל בפיתוח שירותי שיקום חיוניים אלה.

היבטים משפטיים:

- מחויבותה של המדינה למתן טיפול רפואי נאות מבחינת רמתו המקצועית והאיכות הרפואית וכן באופן שוויוני נקבעה בחוק זכויות החולה התשנ"ו 1996 - כמו גם בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- בעת הפעלת שיקול הדעת בקשר לסוג הטיפול מחויבת הקופה לנהוג בסבירות, בהגינות, בשוויוניות ובענייניות, תוך הקפדה על כבוד האדם של מבוטחיה (עי"ע 1091/00 אלעד שטרית – קופת חולים מאוחדת, פד"ע לה 5 (2000)) ולפעול על מנת לספק את שירותי הבריאות

הטובים ביותר במסגרת המשאבים המוקצים (ע"ע 415/08 ר.א. נ' מכבי שירותי בריאות (12.1.11)

- מניעת טיפול רפואי הולם ושוויוני פוגעת בעקרון השוויון שהוא עקרון יסוד במשפטנו ובזכות לבריאות, ומהווה פגיעה אנושה אף בכבוד האדם שזכה למעמד של עקרון חוקתי במסגרת חוק יסוד : כבוד האדם וחירותו.
- מחויבות המדינה לעקרונות של טיפול הולם באנשים עם מוגבלות ולהשתלבותם המיטבית בחברה נגזרת גם מחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות ומהאמנה הבין-לאומית לזכויות אנשים עם מוגבלויות שמדינת ישראל אשררה.

באשר לשיתוף החולים וברור הטיפול הדרוש, הרי בית הדין הארצי לעבודה העיר, כי קיימת גם אפשרות לקבוע מנגנון מסודר של יישוב חילוקי דעות רפואיים, ככל שקיימים כאלה, בין רופא הקופה שאמור לקבל את ההחלטה לבין הגורם המטפל, בפרט כאשר הגורם המטפל הינו בית חולים ציבורי אליו הופנה המבוטח על ידי הקופה עצמה והמליץ על הקמת מנגנון כזה על ידי הקופה (ע"א 531/09 ב.ה. נ' קופת חולים מאוחדת (14.11.11). עלינו להוסיף כי יש להגדיר מנגנון זה למקרים חריגים בלבד וככלל על הקופה לקבל את ההמלצה המקצועית שניתנו למטופל.

צעדים מומלצים:

- **אנו ממליצים על הצעדים המתקנים הבאים:**
- הקצאת משאבים נדרשים לשיקום בקהילה, כולל תיעדוף אזורי פריפריה בהם אין כיום שירותים כאלה כלל.
- הקצאת השירותים הטיפוליים לפי שיקול דעת רפואי מקצועי ובהתאם לזכויות המטופל בחוק.
- חתירה לטיפול משקם מקיף ואפקטיבי, למיזוי יכולת ההחלמה והשיקום של כל מטופל.
- מימוש אקטיבי של המלצות לטיפול מערכת.
- ביטול מסלול המכשולים להארכת תקופת הטיפול והשלטת שיקול הדעת המקצועי בהחלטות הקופות.
- **קבלת ההמלצות המקצועיות של הגורמים השיקומיים המקצועיים (בבתי החולים השיקומיים ובקהילה) לטיפול השיקומי בקהילה, למעט אם הומצאה חוות דעת נגדית בידי מומחה בכיר.**
- **יידוע החולים על החלטות מונעות טיפול והנמקתן תוך פרק זמן סביר שיוגדר בנהלים. בפרט חשוב לקבוע פרק זמן מרבי קצר לטיפול בבקשות דחופות.**

- הסדרת זכות ערר על קביעה המונעת טיפול חיוני בפני גורם מקצועי מוסמך ונטול פניות.
- קביעת חובה ליידוע המטופלים על זכותם לערער על שלילת טיפול בבית המשפט.

סיכום:

השירות השיקומי, ובתוכו השיקום האמבולטורי, הינו שירות חיוני והפגיעה בו היא פגיעה קריטית באוכלוסיות רחבות של מטופלים.

מתן שירות לא ראוי בתחום זה משמעותו עבור המטופלים היא רב מימדית ונוגעת לכל תחומי חייהם, כולל זה התעסוקתי, הכלכלי, המשפחתי והחברתי. הפגיעה היא פיסית ורגשית, אישית, משפחתית וחברתית. זוהי פגיעה לא רק במטופלים עצמם, אלא גם בבני משפחתם ובמעגליהם הקרובים והשלכותיה מגיעות גם לרמה הכלכלית והחברתית הכללית. בסופו של דבר הפגיעה היא בכלנו.

אנו, החתומים מטה, מבקשים מכבודו לערוך בדיקה של הסוגיה על כל פרטיה ומעוניינים לסייע בבדיקה זו באופן פעיל.

בברכה ובכבוד רב,

ענת ליטוין

מנהלת מחלקת תושבי ישראל

רופאים לזכויות אדם

רח' דרור 9, תל אביב-יפו, 68135

פקס: 03-6873029

anat@phr.org.il

בשם:

- **פרופ' אבי עורי**, מנהל האגף לרפואה שיקומית במרכז הרפואי רעות ומרצה לרפואה שיקומית באוניברסיטת תל אביב.
- **גב' בלה גל**, תושבת קיבוץ מגן שבאזור יישובי בעוטף עזה, סובלת מבעיות ניידות, נזקקת לקביים. גב' גל הייתה מאושפזת במחלקת שיקום בתל השומר מפני שלא הייתה מחלקה מתאימה בדרום. המרחק הקשה על משפחתה לבקרה ולהיות לצידה בתקופת האשפוז.
- **גב' אלישבע גבע**, תושבת עצמון שבמועצה איזורית משגב, בעלה עבר אירוע מוחי והתאשפז למשך 8 חודשים בבית לוינשטיין משום שלא קיים מוסד שיקומי מתאים בצפון. גב' גבע בילתה שעות רבות בדרכים כדי להיות לצד בעלה בתקופת האשפוז. כיום בעלה חזר לבית, אך אין בסביבתם הקרובה מרכז שיקום יום.

- **מר רוני משאל**, תושב באר שבע, נכה עקב מחלת פוליו בילדותו, מרותק לכיסא גלגלים. מר משאל זקוק לשיקום אמבולטורי, אולם בשל אי-קיומם של נהלים לאיכות והגדרת שיקום יום, נבצר ממנו לקבל טיפול מתאים.
- **"מועצת הנגב"** - ארגון אזרחי, המורכב מראשי רשויות, נציגי ציבור, נציגי מוסדות עוגן ומגזר עסקי בדרום. המועצה שואפת להשמיע את קולם של תושבי המקום ולבטא את צרכיהם במגוון רחב של סוגיות ובין היתר, בריאות אל מול משרדי הממשלה וקובעי מדיניות.
- **פורום בריאות דרום** - הפורום פועל למען קידום שוויון בבריאות וסגירת הפערים בבריאות בין הנגב למרכז הארץ. הפורום מתמקד בנושאים שונים, בין היתר במחסור בכח האדם הסיעודי בדרום ובנושא חלוקת משאבים צודקת בין הדרום למרכז במערכת הבריאות.
- **המועצה האזורית לכפרים הבלתי מוכרים בנגב** - הנהגה נבחרת של הוועדים המקומיים בכפרים הבדווים הלא-מוכרים. המועצה פועלת למען הכרה ופיתוח של כל כפרי הבדווים, לייצוג הקהילה מול מקבלי החלטות השונים ולהעצמה קהילתית בכפרים.
- **האגודה לזכויות האזרח בישראל** - עמותה הפועלת למען קידום והגנה על זכויות האדם, ובפרט עוסקת בהגנה על הזכות לבריאות ובהבטחת מימושה באופן שוויוני וצודק בין כלל תושבי מדינת ישראל.
- **רופאים לזכויות אדם** - עמותה לשינוי חברתי הנאבקת לקיום זכויות אדם ובתוכן מימוש מלא ושוויוני של הזכות לבריאות לכל בני האדם החיים תחת שלטת מדינת ישראל, זאת כחלק מתפיסת עולם השואפת לשוויון אישי וקולקטיבי ולצדק חלוקתי.
- **שתיל** – ארגון המספק שירותי תמיכה וייעוץ לקידום שינוי חברתי בישראל. שתיל פועל בזירת השינוי החברתי על מנת להעצים קולות מושתקים ומוחלשים ולקדם ערכי שוויון, דמוקרטיה, זכויות אדם וחברה משותפת.
- **בזכות - המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות** - הארגון פועל לקידום השוויון של אנשים עם מוגבלות פיזית, שכלית, חושית ונפשית, ולשילובם ולשיתופם בחברה בכל תחומי החיים.
- **עמותת קר"ן** - קטועי רגליים נלחמים - הינה עמותה המאגדת קטועי גפיים כתוצאה ממחלה ונלחמת עבור זכויותיהם מול מקבלי החלטות ורשויות המדינה.