

# מחיר ההדרה

עלות הפקרת בריאותם של מבקשי המקלט החיים  
בישראל והצעה לגיבוש מדיניות בריאות שיוויונית



דו"כאים אטלים  
לדוכיות אדם לחقوق الإنسان

ISRAELI HUMAN RIGHTS

# מחיר ההדרה

עלות הפקרת בריאותם של מבקשי המקלט החיים  
בישראל והצעה לגיבוש מדיניות בריאות שיוויונית

"...אדם שאין לו גישה  
לטיפול רפואי אלמנטרי,  
הוא אדם שכבודו כאדם נפגע..."<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> דברי כב' הנשיא כחוארו אז ברק ברע"א 4905/98 גמזו נ' ישעיהו ואח', פסקאות 19-20

ספטמבר 2017

מחקר, כתיבה, ועריכה: אביתר שמיר וזואי גוטצייט, מח' מהגרים וחסרי מעמד רל"א  
עיצוב: דוד מוסקוביץ | דוד ויוסף  
תמונות: אקטיבסטילס  
תודות:  
צוות רל"א: הדס זיו, אסף קינצר-ברדוגו, וליטל גרוסמן  
עו"ד ענת בן-דור, עו"ד עדי לוסטיגמן ועו"ד תמיר בלנק, ריבקה אריאן.  
תודה מיוחדת ל Secours Catholique - Caritas France על תמיכתם.

## תוכן עניינים

תקציר	5
מבוא: מבקשי המקלט חיים בישראל ללא נגישות סדירה לשירותי הבריאות הציבוריים	8
חלק ראשון: חובתה של ישראל להנגיש שירותי בריאות לחיים בשטחה	12
חלק שני: המענים הקיימים ומוגבלותם	15
חלק שלישי: מצדקה לצדק – לקראת גיבוש מדיניות בריאות עבור מבקשי המקלט בישראל	22
חלק רביעי: מהנעשה בעולם – מגמות בהנגשת שירותי הבריאות לפליטים ולמהגרים	29
חלק חמישי: מדיניות בריאות בעידן של רב תרבותיות	32
סיכום	35
נספח	37



## תקציר

עשור חלף מאז כניסתם של ראשוני מבקשי המקלט מאפריקה לישראל, ומשרד הבריאות עדיין נמנע מלגבש מדיניות בריאות כוללת ומקיפה שתסדיר את נגישותם לשירותי הבריאות. הדוח שלפניכם פורט את המחיר - הבריאותי, המוסרי, והכלכלי - שכרוך בהיעדר מדיניות-בריאות כלפי מבקשי המקלט. בהמשך לכך הוא מבקש להתוות אלטרנטיבה בדמותו של פתרון מערכתי בעבורם, ובכלל זה הסדר ביטוחי מטעם המדינה.

בישראל חיים היום כמעט 40,000 מבקשי מקלט מאפריקה, רובם מאריתריאה ומסודן. מדינת ישראל מכירה בסכנה הנשקפת לחייהם אם יחזרו לארצות מוצאם ועל כן מעניקה להם הגנה מפני הרחקה, כלומר אינה מגרשת אותם חזרה ישירות לארצות מוצאם. מעבר להגנה זו, משוללים אנשים אלו מעמד אזרחי, ועל כן הם נותרים גם ללא נגישות סדירה לשירותי בריאות ורווחה, למעט במצבי חירום.

במהלך השנים האחרונות אנו עדים לשינוי הדרגתי ביחסו של משרד הבריאות, אשר החל להציע מענים חלקיים ונקודתיים למבקשי המקלט. אולם כפי שמתואר בדו"ח זה, מענים אלו אינם מספקים, והם מותירים רבים מהם ללא טיפול רפואי נאות. הביטוחים הפרטיים מציעים סל שירותים מצומצם ובנוסף גם מחריגים כיסוי עבור "מצבים רפואיים קודמים" של המבוטחים באופן שמוביל לכך שפעמים רבות, גם מי שיש לו ביטוח פרטי אינו נהנה מטיפול במסגרתו. מרפאת גשר לבריאות הנפש ביפו, שהינה המרפאה היחידה בישראל

שמציעה שירותי ברה"נ לחסרי המעמד בחסות משרד הבריאות, כורעת תחת עומס הפניות אליה. עם תקן וחצי בלבד, ועם 9 שעות עבודה בשבוע, היא אינה מסוגלת להציע טיפול נפשי לכל הזקוקים לכך מקרב אוכלוסיית חסרי המעמד, שנאלצים להמתין חודשים ארוכים לקבלת טיפול. לבסוף, השירותים הספורים שמציעה המדינה במסגרת **מרפאת טרם לפליטים** בתחנה המרכזית בת"א הם מוגבלים, ואינם מספקים מענה של ממש לחולים כרוניים, למי שזקוקים להמשך טיפול ושיקום, למי שזקוקים לניתוחים, ולמטופלים אונקולוגים ומורכבים אחרים. כל שנותר למבקשי המקלט הוא לחכות עד שיגיעו למצבים מסכני חיים, כאשר אז יהיו זכאים לטיפול חירום דרך חדרי המיון.

מצב זה, בו מופקרת בריאותם של מבקשי המקלט באופן שיטתי, ובו אין להם נגישות לשירותי בריאות למעט במקרי חירום, חושף אותם לסכנות מיותרות וגובה מחיר גבוה מבריאותם. אולם המצב הנוכחי פוגע לא רק במבקשי המקלט עצמם: הוא גם גובה מחיר גבוה, **אתית וכלכלית, ממערכת הבריאות כולה, ובפרט מבתי החולים שנאלצים לשאת בנטל טיפולי החירום במבקשי המקלט ולחפות על היעדר פתרון מערכתי לאוכלוסייה זו**. כפי שעולה מהדוח, על אף ההשקעה במענים הנקודתיים, שהגיעה בשנת 2016 לבדה לסך כולל של כ-40 מיליון ש"ח, ממשיכים בתי החולים לספוג את העלויות הגבוהות שכרוכות בטיפול החירום, בדמותם של חובות אבודים. הדוח חושף לראשונה כי בין 2013-2016 היקף החובות האבודים של בתי החולים בעבור טיפולי חירום לחסרי המעמד הגיע ללמעלה מ-157 מיליון ש"ח; בשנת 2016 לבדה הגיע סך החובות האבודים של בתי החולים בגין טיפולי חירום בחסרי המעמד לכדי 36 מיליון ש"ח, כשאיכילוב לבדו ספג כמעט 23 מיליון ש"ח.

תמונת המצב העגומה הנפרשת בדוח, יחד עם הנתונים הכלכליים שמוצגים בו, מעידים על הצורך לעבור לפתרון מערכתי וכוללני עבור מבקשי המקלט בישראל. פתרון מערכתי זה כרוך במעבר מהדרתם של מבקשי המקלט ממערכת הבריאות הציבורית אל הכללתם במסגרתה; מהצבת פתרונות אד-הוק, חלקיים ונקודתיים כמענה הומניטרי לצרכים מיידיים, אל עבר מענה צודק, שוויוני ובר-קיימא, המכיר בזכותם הבסיסית לבריאות ולחיים בכבוד. השינוי המוצע במדיניות הבריאות כלפי מבקשי המקלט מחייב פעילות במספר רמות:

**ברמה הראשונה**, השינוי המוצע דורש מעבר מהפתרונות הנקודתיים בדמותן של מרפאות-ייעודיות וביטוחים פרטיים, אל עבר הסדר ביטוחי מקיף ושוויוני מטעם המדינה עבור מבקשי המקלט. מחקרים שנערכו בעולם מורים כי הסדרים ביטוחיים למהגרים וחסרי מעמד מובילים לחיסכון ניכר בעלות שירותי הבריאות לאוכלוסייה זו. המודל שמוצג בדוח מבקש להעתיק את המודל הקיים לאספקת שירותי בריאות לקטינים חסרי מעמד (שנעשה כיום באמצעות קופ"ח מאוחדת) ולהחילו על אוכלוסיית מבקשי המקלט הבגירים, בהתאמות הנדרשות. בהתאם למודל זה יתבקשו מרבית מבקשי המקלט לשלם דמי ביטוח חודשיים של כ-150 ש"ח, כשמשרד הבריאות ישלם את התקצוב עבור כל מבוטח, ובתמורה יונגש להם סל השירותים הבסיסי כפי שהוא מונגש למבוטחים הישראלים תחת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ודרך קופות החולים. כפי שמעלה החישוב שמוצג בדוח, ההשקעה הנדרשת מצד משרד הבריאות להצלחת מהלך זה כרוכה בתוספת זניחה של כ-20 מיליון ש"ח מעבר להשקעה הנוכחית שמשקיעה מערכת הבריאות בטיפול בחסרי מעמד - דהיינו תוספת של כ-0.052% מתקציב הבריאות השנתי. מדובר בהשקעה נבונה, ובפרט כשנלקחים בחשבון סיכונים ושיקולים של הטווח הארוך.

**ברמה השנייה**, השינוי המוצע מחייב הערכות של ארגוני ומוסדות הבריאות - הצוותים הרפואיים, הפארא רפואיים והאדמיניסטרטיביים בקופות החולים ובתי החולים - להנגשת



טיפול לאוכלוסייה הנדונה, ובפרט גישור לשוני ותרבותי עבורם. כפי שמתאר הדוח, גם כאן תיתכן השקעה נבונה יותר מבחינה כלכלית – שימוש במתורגמנים ובמגשרים תרבותיים, ולא דווקא בציוד או כוח אדם יקרים, יכול להביא לצמצום העלויות הסמויות למערכת הבריאות.

**ברמה השלישית** השינוי המוצע מחייב גם עבודה מול קהילת מבקשי המקלט עצמה, לשם העלאת המודעות וההיכרות עם מערכת הבריאות הישראלית. פעילות בשלוש הרמות הללו דורשת אפוא שיתוף פעולה בין משרד הבריאות, הקהילה הרפואית וארגוני הבריאות, כמו גם ארגוני החברה האזרחית ובפרט ארגוני הסיוע למבקשי המקלט. במובנים רבים הדברים שלהלן מהווים קריאה לשיתוף פעולה שכזה.

משרד הבריאות כבר מודע למצוקותיהם של מבקשי המקלט המנועים מלקבל שירותים רפואיים בקהילה, ולאחרונה אף מודה באזלת ידם של הפתרונות שמוצעים עבורם כיום. אלא שעד כה נמנע מלגבש מדיניות של ממש. לטענת בכירים במשרד הבריאות ידיהם קשורות, שהרי היום יותר מתמיד, בשעה שמשרד הפנים פועל להרחיק את מבקשי המקלט ולהניע אחרים מלהיכנס לישראל, מנוע משרד הבריאות מלהטיב את מצבם של השהים פה. אולם דווקא עכשיו, מן הראוי שמשרד הבריאות יפעיל את מערך השיקולים העצמאיים, הרלוונטיים לתחום עיסוקו – ובראשם שיקולים רפואיים ואתיים, הנוגעים לבריאות הפרט ולבריאות הציבור, כמו גם שיקולים כלכליים ארוכי טווח – ויגבש מדיניות בת קיימא עבור קהילת מבקשי המקלט החיים בינינו. דווקא עכשיו, מן הראוי שמשרד הבריאות ינקוט עמדה וינגיש באורח שוויוני ומלא את שירותי הבריאות גם לקהילת מבקשי המקלט באופן שיקל על מצוקתם, ושלא על מנת למרר את חייהם עוד יותר.



## מבוא: מבקשי המקלט חיים בישראל ללא נגישות סדירה לשירותי הבריאות הציבוריים

על פי נתוני רשות האוכלוסין וההגירה, נכון לאפריל 2017 שוהים כיום בישראל 38,540 מבקשי מקלט מאפריקה, אשר למעלה מ-90% מהם הגיעו לכאן מאריתריאה או מסודן.<sup>2</sup> בהיותם מבקשי מקלט, ולאור ההכרה של ישראל בסכנה הנשקפת לחייהם אם יחזרו לארצות מוצאם, הריהם מוגנים מפני הרחקה והם אינם מגורשים בחזרה למדינותיהם. מעבר להגנה זו, משוללים אנשים אלו מעמד אזרחי ועל כן הם נותרים ללא נגישות סדירה לשירותי בריאות ורווחה, למעט במצבי חירום.<sup>3</sup>

עשור חלף מאז כניסתם של ראשוני מבקשי המקלט מאפריקה לישראל, ומשרד הבריאות עדיין נמנע מלגבש מדיניות ברואות כוללת ומקיפה שתסדיר את נגישותם של מבקשי המקלט לשירותי הבריאות הציבורית. בשנת 2014 פרסם מבקר המדינה דוח חריף ומקיף בו ביקר את המדיניות הנוכחית של הממשלה כלפי מבקשי המקלט.<sup>4</sup> בין היתר, עמד הדו"ח על ההשלכות הקשות של העדר שירותי בריאות ורווחה לאוכלוסיות הפגיעות ביותר בקרב מבקשי מקלט, ובכללם אנשים עם מוגבלות פיזית ואנשים המתמודדים עם בעיות נפשיות.

<sup>2</sup> רשות האוכלוסין וההגירה - האגף לחינוך מדיניות, נתוני זרים בישראל, מהדורה מס' 2/2017, סיכום רבעון שני 2017: [https://www.gov.il/BlobFolder/generalpage/foreign\\_workers\\_stats/he/foreign\\_workers\\_stats\\_q2-2017\\_1.pdf](https://www.gov.il/BlobFolder/generalpage/foreign_workers_stats/he/foreign_workers_stats_q2-2017_1.pdf)

<sup>3</sup> על פי חוק זכויות החולה תשנ"ו 1996, פרק ג', סעיף 3(ב): "במצב חירום רפואי זכאי אדם לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התניה"

<sup>4</sup> דו"ח שאינם בני הרחקה, דוח שנתי 64 (התשע"ד-2014), עמ' 59:

[http://www.mevaker.gov.il/he/Reports/Report\\_248/af07752c-7845-4f1d-ae97-23c45c702624/102-ver-5.pdf](http://www.mevaker.gov.il/he/Reports/Report_248/af07752c-7845-4f1d-ae97-23c45c702624/102-ver-5.pdf)



כשלוש שנים חלפו ממועד פרסום הדוח, והמצב שמתואר בו כמעט ולא השתנה. על אף שרובם המכריע (כ-80%) של מבקשי המקלט הינם גברים צעירים בשנות העשרים עד הארבעים לחייהם<sup>5</sup> ועל אף שרובם הינם בריאים,<sup>6</sup> הרי שהיעדר נגישות סדירה לשירותי בריאות ורווחה בישראל לאורך זמן מונע מהם טיפול רפואי נאות ומסכן אותם. הדבר מוביל לכך שרבים ממבקשי המקלט מגיעים לקבל טיפול רפואי רק במקרי חירום, או בשלב שבו חלים סיבוכים והחמרה במצבם.

כפי שציין המבקר:

..בהיעדר טיפול רפואי מספק בקהילה, מוזנחים הצרכים הרפואיים של חלק מהזרים שאינם בני הרחקה עד שמצבם מידרדר לכדי מצב חירום. [...] עולה חשש ממשי כי מתן גישה מצומצמת לשירותי בריאות לזרים שאינם בני הרחקה הטובלים ממחלות נפש או ממחלות כרוניות מסוימות, ולעתים אף לזרים הזקוקים לשיקום וסיעוד כמפורט בממצאי הביקורת אינו עולה בקנה אחד עם הוראות חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, כפי שפורש בפסיקה בית המשפט העליון ועם תנאי האמנה בדבר זכויות חברתיות. יש אפוא מקום כי ינקטו פעולות כדי לוודא שמוענק השירות הרפואי הנדרש לקבוצות אלה על פי הדין. (עמ' 64-63, ההדגשה שלנו).

ואכן, אל המרפאה הפתוחה של רופאים לזכויות אדם (להלן, רל"א) מגיעים מדי חודש עשרות מטופלים הזקוקים לבריורים, להמשך טיפול, מעקב, שיקום, ואף לניתוחים חיוניים, אותם הם מנועים מלקבל בשל היעדר אפשרות לממנם. פעמים רבות אנשים אלה קיבלו טיפול ראשוני בבית החולים דרך חדר המיון, אך מששחררו מאשפוז, נותרו עם המלצות להמשך טיפול שאין להם דרך לממשן:

עוות<sup>7</sup> מבקש מקלט מאריתריאה בן 25 סבל מכאבי בטן חזקים שמנעו ממנו לעבוד מזה מספר חודשים. בעקבות החמרה במצבו הוא הובהל אל חדר המיון. מחדר המיון הוא הובהל אל שולחן הניתוחים עקב חשד לדלקת התוספתן. בעת הניתוח נתגלה גידול בבטנו, ובווצעה ביופסיה. לאחר שחרורו מאשפוז הוזמן עוות לביקורת ולקבל את תוצאות הביופסיה. אלא שכשהגיע למרפאת החוץ נאמר לו שעקב החוב שנרשם על שמו באשפוז, הוא מנוע מלקבל טיפולי המשך, לרבות קבלת תוצאות הביופסיה. רק לאחר התערבות של רופאי המרפאה הפתוחה של רל"א נתקבלו תוצאות הבדיקה, ועימן הבשורה המרה – עוות אובחן עם גידול ממאיר ואגרסיבי במיוחד במעי הגס. כעת הוא ניצב מול קושי נוסף – השגת טיפולים אונקולוגיים בהיעדר ביטוח רפואי ובהיעדר יכולת לממנם מכיסו.

★

לפני כ-5 שנים החל דניאל, מבקש מקלט בן 40, לסבול מהפרעת ראייה כתוצאה מגידול בראשו, ובשנה האחרונה חלה התדרדרות דרסטית בראייתו. כשנבדק לאחרונה במרפאת רל"א, קבעה הרופאה כי הוא זקוק בדחיפות לבדיקת MRI כדי להעריך את מצבו של הגידול ולהכריע על סוג ההתערבות הנדרשת להצלת מאור עיניו. אולם מאחר ואינו

<sup>5</sup> כך לדוגמה, לפי דוח של מרכז המחקר והמידע של הכנסת: גלעד נחן, לא ישראלים בישראל זרים, עובדים זרים, פליטים, מסתננים ומבקשי מקלט – תמונה מצב 2011-2010, עמ' 14: מחקר 13,686 מבקשי מקלט שנכנסו לישראל עד ל-25 בנובמבר 2011, 11,567 הינם גברים, 1,626 הן נשים, וכ-453 הם קטינים.

<sup>6</sup> ל"אפקט המהגר הבריאי", Institute for the Study of Labor, Discussion Paper No. 7840, (2013) <http://ftp.iza.org/dp7840.pdf>

Alexander Domnich, Donatella Panatto, Roberto Gasparini, Daniela Amicizia, The "healthy immigrant" effect: does it exist in Europe today? Italian Journal of Public Health, Vol. 9 No. 3, (2012) <http://ijphjournal.it/article/view/7532>

<sup>7</sup> לשם הגנה על פרטיותם ועל סודיות המידע הרפואי של מטופלינו, שם זה, כמו כל השמות שמופיעים במסמך, הוא בדוי.

עובד הוא אינו מסוגל לממן את עלות הבדיקה, ועל כן גם מנוע מהמשך בירור וטיפול במחלתו.

\*

באביקר הוא מבקש מקלט מסודן בן 36 הסובל מזה כ-4 שנים מכאבים באזור החזה. לאחר החמרה בכאבים הוא אושפז באיכילוב, שם אובחן עם מחלת לב ראומטית קשה בגינה הוא זקוק להחלפת מסתם אאורטלי בדחיפות. אלא שמאחר ואינו מסוגל לעבוד עקב מחלתו, באביקר גם אינו מבוטח בביטוח עובדים זרים, ועל כן הוא נותר ללא טיפול. למרות חוות דעת מומחים שהדגישו את הסכנה הנשקפת לחייו, משה"ב לא נעתר לבקשתנו לסייע במימון הניתוח. למעשה תשובת משה"ב היתה כי לכשיגיע למצב חירום, יוכל לזכות בטיפול הנדרש "ללא התניה" דרך המיון מכוח חוק זכויות החולה. נותר רק לקוות כי זה לא יקרה מאוחר מדי.

\*

מולו, מבקש מקלט מאריתריאה, עבר עינויים קשים כשנחטף למחנה עינויים בסיני, במנוסתו מארצו. לאחרונה החל לסבול מסיוטי-לילה ומחרדות, שהקשו עליו את השינה ואת התפקוד היומיומי, והוא הגיע למיון עם התקף חרדה. במיון אובחן כסובל מתסמיני פוסט-טראומה, והומלץ לו על טיפול תרופתי ועל שיחות עם פסיכולוג. ואולם בהיעדר ביטוח רפואי, אין באפשרותו לקבל טיפול שכזה. למעשה כבר במיון הובהרה נקודה זו ורופאי המיון עצמם, בהבינם את מצבו, הנחו אותו בלידת ברירה לשוב אליהם למיון לקבל המשך טיפול כל אימת שיקלע למשבר.

\*

זביב, מבקשת מקלט מאריתריאה, אובחנה כסובלת מסרטן השד. עד לאחרונה היא עבדה וזכתה לטיפולים אונקולוגיים דרך הביטוח הפרטי שהיה ברשותה. אלא שעקב מחלתה נאלצתה להפסיק לעבוד ועל כן גם הופסק לה הביטוח. במשך חודשים ארוכים נותרה זביב ללא טיפול וללא מעקב, עד שמצבה הוחמר והיא הובהלה לחדר המיון, שם נקבע כי המחלה שלחה גרורות לכל גופה והיא אושפזה במצב קשה.

עוות, דניאל, באביקר, מולו, וזביב, נותרים, כמו מבקשי מקלט רבים אחרים, ללא מענה ממשי לסבלם ולכאבם, ונאלצים לחכות להחמרה במצבם על מנת לזכות בטיפול הנחוץ דרך חדרי המיון. מצב זה, בו אין למבקשי המקלט נגישות לשירותי בריאות, גובה מחיר גבוה מבריאותם ורווחתם של מבקשי המקלט. בריאותם מוזנחת והם מסתכנים בהגעה למצבים בלתי-הפיכים, שפוגעים גם ביכולת התפקוד והעבודה שלהם. בכך מקופחת זכותם של מבקשי המקלט לבריאות ולחיים בכבוד.

**אולם המצב הנוכחי פוגע לא רק במבקשי המקלט עצמם, אלא גובה גם מחיר גבוה, אתית וכלכלית, ממערכת הבריאות כולה:**

- הוא מציב את הרופאים בסיטואציות אתיות בעייתיות, בהן הם נאלצים לשחרר מטופלים בידיעה כי לא יזכו להמשך טיפול<sup>8</sup>;
- הוא משית כבר כיום עול כלכלי כבד על בתי החולים, שנאלצים לשאת בעלויות הטיפולים היקרים והממושכים הנגזרים ממצבי החירום;

<sup>8</sup> נייר עמדה ועדת האתיקה של רופאים לזכויות אדם -

<http://www.phr.org.il/%D7%94%D7%99%D7%A2%D7%93%D7%A8-%D7%92%D7%99%D7%A9%D7%94-%D7%9C%D7%A9%D7%99%D7%A8%D7%95%D7%AA%D7%99-%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA-%D7%9C%D7%9E%D7%91%D7%A7%D7%A9%D7%99-%D7%9E%D7%A7%D7%9C%D7%98/?pr=109>

- יש לו השפעות נרחבות על בריאות הציבור;<sup>9</sup>
- גם בראייה ארוכת טווח, היעדר טיפול והיעדר רפואה מונעת לאוכלוסייה החיה בישראל שנים רבות עלולים להוביל בעתיד לעול כלכלי נוסף על מערכת הבריאות והחברה הישראלית בכללה.

בעמודים הבאים נבקש להצביע על הצורך בשינוי המצב הנוכחי ונתווה את הדרך לתיקונו. נטען כי השיקולים הרלוונטים של מוסר וכבוד האדם, של בריאות הציבור, של אתיקה רפואית וכן שיקולים כלכליים – כולם מובילים לצורך לגבש מדיניות בריאות כוללת להסדרת הטיפול הרפואי ולהבטחת שלומם של מבקשי המקלט. נפרט כיצד המענים הספורים שמוצעים היום לאוכלוסיית מבקשי המקלט הינם מוגבלים וחלקיים, באופן שמחדד את הצורך בפתרון מערכתי, שיטתי ומקיף, בדמותו של ביטוח בריאות מטעם המדינה, שיספק מענה ראוי לאתגרים שמציבים מבקשי המקלט למערכת הבריאות.

פתרון מערכתי זה כרוך במעבר מהדרתם של מבקשי המקלט ממערכת הבריאות הציבורית אל הכללתם במסגרתה; מהצבת פתרונות אד-הוק, חלקיים ונקודתיים כמענה הומניטרי לצרכים מיידים, אל עבר מענה צודק, שוויוני ובר-קיימא, המכיר בזכותם הבסיסית לחיים בכבוד. השינוי המוצע במדיניות הבריאות כלפי מבקשי המקלט מחייב פעילות במספר רמות: **ברמה הראשונה**, הוא דורש מעבר מהפתרונות הנקודתיים בדמותן של מרפאות-יעודיות וביטוחים פרטיים, אל עבר הסדר ביטוחי מקיף ושוויוני מטעם המדינה עבור מבקשי המקלט; ברמה השנייה, הוא מחייב היערכות של ארגוני ומוסדות הבריאות – הצוותים הרפואיים, הפארא רפואיים והאדמיניסטרטיביים בקופות החולים ובתי החולים – להנגשת טיפול לאוכלוסייה הנדונה, ובפרט גישור לשוני ותרבותי עבורם; **ברמה השלישית** הוא מחייב גם עבודה מול קהילת מבקשי המקלט עצמה, לשם העלאת המודעות וההיכרות עם מערכת הבריאות הישראלית. פעילות בשלוש הרמות הללו דורשת איפוא שיתוף פעולה בין משרד הבריאות, הקהילה הרפואית וארגוני הבריאות, כמו גם ארגוני החברה האזרחית ובפרט ארגוני הסיוע למבקשי המקלט. במונחים רבים הדברים שלהלן מהווים קריאה לשיתוף פעולה שכזה.

**בחלק הראשון** של דו"ח זה תונח "המסגרת הנורמטיבית" של דיוננו, ותואר מחויבותה של ישראל להעניק שירותי בריאות נאותים לכל המתגוררים בשטחה, כפי שזו עולה מאמנות בינלאומיות שעליהן חתמה ישראל, כמו גם מחוקי המדינה. **בחלק השני** יפורטו המענים הקיימים כיום עבור מבקשי המקלט, תוך עמידה על מוגבלותם ועל האופן שבו הם עודם מקפחים את זכותם של מבקשי המקלט לבריאות; מתוך כך, **בחלק השלישי** נבקש להתוות את הפתרון הראוי לאתגרים שמציבה תופעת הפליטות למערכת הבריאות בישראל בדמות גיבוש הסדר ביטוחי כוללני, שוויוני ומקיף מטעם המדינה. נחיצותו של הסדר שכזה עולה בבירור לנוכח בחינת האלטרנטיבות הקיימות כיום. בחלק זה נתייחס גם להיבט הכלכלי הכרוך בהיעדר מדיניות-בריאות כללית ביחס למבקשי המקלט, ונטען כי פתרון זה הינו לא רק נכון יותר מבחינה אתית ורפואית, כי אם גם הגיוני יותר מבחינה כלכלית. **בחלק הרביעי** של המסמך נסקור בקצרה את האופנים שבו מתמודדות מדינות מפותחות אחרות עם האתגרים שמציבה תופעת ההגירה המואצת והפליטות בפני מערכת הבריאות. לבסוף **בחלק החמישי** והאחרון נדגיש כי הסדר ביטוחי מטעם המדינה עשוי להוביל לעשיית צדק ולהשוואת נגישותה לבריאות של קהילת מבקשי המקלט, רק במסגרת שינוי עמדות כוללני – הן של מוסדות הבריאות והקהילה הרפואית המספקים את השירותים, והן של הקהילה שצורכת אותם.

<sup>9</sup> Fleischman Y, Willen SS, Davidovitch N, Mor Z., Migration as a social determinant of health for irregular migrants Israel as case study, Social, Science & Medicine (December 2015)  
Willen SS, Knipper M, Abadia-Barrero CE, Davidovitch N., Syndemic vulnerability and the right to health, Lancet (March 2017)



## חלק ראשון: חובתה של ישראל להנגיש שירותי בריאות לחיים בשטחה

הזכות לבריאות, בהיותה זכות אדם בסיסית, אינה נסוגה בשל היותו של אדם זר במדינה, ומחובתה של מדינת ישראל להבטיח שירותי בריאות נאותים לכל אדם באשר הוא אדם. חובה זו, ויתר על כן, חובת המדינה להגן על זכותן לבריאות של אוכלוסיות פגיעות במיוחד בקרב האוכלוסיות השוהות תחת שליטתה, מעוגנת בשורה של אמנות בינלאומיות, כמו גם בחוק הישראלי.

כך, על פי ההכרזה לכל באי העולם בדבר זכויות אדם מ-1948 – "כל אדם זכאי לרמת חיים נאותה לבריאותם ולרווחתם שלו ושל בני ביתו, לרבות מזון, לבוש, שיכון, טיפול רפואי..."<sup>10</sup>, וזכות זו אף מוגנת באופן ספציפי במקרים של ילדים<sup>11</sup> ונשים.<sup>12</sup> בהמשך לכך, האמנה בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות משנת 1966 שאושרה על ידי ישראל בשנת 1991 קובעת את החובה להגן על הזכות לבריאות ול"יצירת תנאים נאותים אשר יבטיחו לכל שירותי בריאות וטיפול רפואי במקרה של מחלה" (סעיף 12 (d)). כמו כן היא אוסרת על אפליה בנגישות לשירותי בריאות בין היתר על בסיס אזרחות או מעמד אחר (ר' סעיף 2(2) לאמנה).<sup>13</sup> ועדת המומחים של האו"ם המפקחת על יישומה של האמנה קבעה שיש למדינות חובה מיוחדת להבטיח נגישות לשירותים רפואיים לאוכלוסיות חלשות ובהן מבקשי מקלט ומהגרים לא מתועדים.<sup>14</sup>

<sup>10</sup> סעיף 25

<sup>11</sup> סעיף 24 לאמנה בדבר זכויות הילד (1989)

<sup>12</sup> סעיף 12 לאמנה הבינלאומית בדבר ביעור כל צורת האפליה כלפי נשים (1979)

<sup>13</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, Article 18 (11.8.00)

<sup>14</sup> General Comment no. 14 (2000): The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, para. 34)

בקשר למהגרים באופן נקודתי, קובע הדווח מטעם האו"ם בדוח מיום 16.4.10, כי:<sup>15</sup>

The enjoyment of these rights (health and adequate housing) by all individuals in society regardless of their citizenship, nationality and immigration status is not only an end in itself as a matter of entitlement...

את ועוד, הועדה הפועלת ליישום האמנה בדבר ביעור כל הצורות של אפליה גזעית<sup>16</sup> העירה בשנת 2004, על הצורך:

Ensure that States parties respect the right of non-citizens to an adequate standard of physical and mental health by, inter alia, refraining from denying or limiting their access to preventive, curative, and palliative health services.

נכונים הדברים שבעתיים כשמדובר באוכלוסיות פגיעות במיוחד מקרב חסרי המעמד, ובכלל זה אנשים עם מוגבלות פיזית או נפשית, לרבות כתוצאה מטראומות שנגרמו בארצות המוצא או טרם הכניסה לישראל, ובכלל זה העינויים שחוו חלק ממבקשי המקלט עת נחטפו, נשבו ועונו במחנות העינויים בסיני. על פי האמנה הבינלאומית לזכויות אנשים עם מוגבלות (2006), המדינות החתומות עליה, ובכלל זה מדינת ישראל, מחויבות להכיר בזכותם לשוויון של מבקשי המקלט המתמודדים עם מוגבלות, ובכלל זה לטיפול רפואי, הכשרה ושיקום (סעיפים 25 ו-26), עבודה ותעסוקה (סעיף 27), ולרמת חיים והגנה סוציאלית נאותות (סעיף 28); האמנה בדבר זכויות הילד (1989) ובפרט סעיפים 24-22 מתייחסת להגנה לה זכאים ילדים, לרבות מי שנחשבים פליטים, ואשר מתמודדים עם לקויות גופניות או נפשיות; גם אמנת האו"ם בדבר מעמדם של פליטים (1951) דנה בהבטחת הביטחון הסוציאלי של הפליט (סעיף 23), לרבות במקרים של נכות (סעיף 24).

מדינת ישראל גם הכירה בחובתה להגן על ניצולי עינויים, עת אישרה בשנת 1991 את אמנת האו"ם נגד עינויים.<sup>17</sup> בתוך כך, מחויבת מדינת ישראל גם לסעיף 14 לאמנה הנ"ל, בה מצוינת מפורשות חובת המדינות החתומות עליה לאפשר סיוע ושיקום לקרבנות העינויים שבשטחן. בהערה כללית מס. 3 לסעיף 14 באמנה זו, מפורטות חובות המדינה כלפי מי ששרדו עינויים.<sup>18</sup> הללו כוללות, בין השאר, את חובתן של המדינות החתומות לספק גישה לתכניות שיקום מוקדם ככל האפשר לאחר הערכה של איש רפואה מומחה, וכן את החובה של המדינות לאמץ גישה ארוכת טווח ואינטגרטיבית, אשר תבטיח טיפולים יעודיים, הולמים, ונגישים בהקדם לקרבנות. לאחרונה, במסגרת ההערות המסכמות להערכה התקופתית החמישית של ישראל, חזרה והדגישה ועדת האו"ם נגד עינויים כי על ישראל להבטיח לכל ניצולי העינויים שבשטחה נגישות לשרותי שיקום וטיפול כוללני, לרבות סיוע רפואי ופסיכולוגי.<sup>19</sup>

<sup>15</sup> <http://www.refworld.org/docid/4eef18a42.html>

<sup>16</sup> אושרה בשנת 1979

<sup>17</sup> <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>

<sup>18</sup> [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/GC/3](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/GC/3)

<sup>19</sup> Committee Against Torture: Concluding Observations on the Fifth Periodic Report on Israel, articles 46-49, pp. 10-11: "49] The State party should take the measures necessary to ensure that all victims of torture and ill-treatment who are subject to its jurisdiction obtain redress and have an enforceable right to fair and adequate compensation, including the means for as full rehabilitation as possible, as required by article 14 of the Convention and elaborated in the Committee's general comment No. 3 on the implementation of article 14 by States parties. It should also ensure that specialized, holistic rehabilitation services, including medical and psychological assistance, are available and promptly accessible to all victims of torture and ill-treatment."

הזכות לבריאות ולשלמות הגוף מעוגנת גם בחוק הישראלי ונעוצה ב"ליבת הזכות לקיום בכבוד".<sup>20</sup> החובה להבטיח נגישות לשירותים רפואיים לכל אדם באשר הוא אדם מתחייבת מן הציווי של חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו, הקובע את זכותו של כל אדם להגנה על חייו, גופו וכבודו (סעיף 4). בתי-המשפט פירשו הוראה זו כהבטחה של תנאי מחייה בסיסיים לכל אדם<sup>21</sup> וקבעו שאין מדובר בהצהרות ערטילאיות אלא בחובה שמוטלת על המדינה להבטיח 'רשת מגן' למעוטי האמצעים בחברה ובכלל זה "שירותי בריאות שיבטיחו לו נגישות ליכולות הרפואה המודרנית".<sup>22</sup>

הזכויות הבסיסיות, המעוגנות בחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו, חלות על כל אדם באשר הוא אדם בישראל,<sup>23</sup> אפילו כאלה שנכנסו לישראל שלא כדין<sup>24</sup> וודאי על כאלה השוהים בה כדין, כמו במקרה של מבקשי המקלט המוגדרים כ"זרים שאינם בני הרחקה". גם הזכות לתנאי קיום מינימליים ולבריאות, כחלק מכבוד האדם, הוכרה כזכות אדם חוקתית:

הזכות של כל אדם... לקיום מינימלי, היא חלק אינטגרלי מההגנה החוקתית המוענקת על ידי חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו... אדם שאין לו גישה לטיפול רפואי אלמנטרי, הוא אדם שכבודו כאדם נפגע, אדם הנאלץ לחיות בתנאים חומריים משפילים הוא אדם שכבודו כאדם נפגע.<sup>25</sup>

ולבסוף, גם חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד (1994) קובע כי "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק שוויון ועזרה הדדית". בסעיף 56(א)(1)(ד) לחוק נקבע כי לשר הבריאות הסמכות לקבוע הסדרים מיוחדים בדבר רישום לקופת חולים ומתן שירותי בריאות למי שנמצא בישראל ואינו מבוטח לפי חוק ביטוח הבריאות.

ועל אף כל זאת, נכון לכתיבת שורות אלו ולמעט חריגים ספורים, לא הבטיחה מדינת ישראל מענה רפואי נגיש ומקיף לצרכים הרפואיים של חסרי המעמד. להלן נסקור את המענים העיקריים שקיימים כיום, ואת חלקיהם.<sup>26</sup>

<sup>20</sup> בג"ץ 1105/06, קו לעובד נגד שר הרווחה (פיסקה 62)

<sup>21</sup> בג"ץ 5578/02, מנור נגד שר האוצר, פ"ד נט (1), 729, 736

<sup>22</sup> בג"ץ 366/03, עמותת מחויבות לשלום וצדק חברתי נגד שר האוצר, פ"ד ס (3) 464 בעמ' 484, וכן - רע"א 4905/98 גמזו נגד ישעיהו, פ"ד נה (3),

פיסקה 20 (2001)

<sup>23</sup> אהרון ברק, פרשנות במשפט: כרך ג' - פרשנות חוקתית (1994), עמ' 436-435

<sup>24</sup> בג"ץ 11437/05, קו לעובד נ"י שר הפנים (13.4.11)

<sup>25</sup> דברי נשיא בג"ץ לשעבר אהרון ברק ברע"א 4905/98, גמזו נ"י ישעיהו ואח', פסקאות 19-20

<sup>26</sup> חריגים אלו כוללים טיפולי חירום מצילי חיים, הקמת מרפאת טרם ומרפאה גשר - כל הללו ידונו בהרחבה להלן; בנוסף ישנם שירותים ייעודיים נוספים, כגון הסדר לאספקת שירותי בריאות לקטינים ("ביטוח מאוחדת"), הטיפול בקרבנות סחר ועבדות, התכנית הלאומית לטיפול בחסרי מעמד נשא HIV, והטיפול בחולי שחפת.





## חלק שני: המענים הקיימים ומוגבלותם

על אף שעשור חלף מאז כניסתם של ראשוני מבקשי המקלט לישראל, משרד הבריאות טרם נערך כראוי להתוות מדיניות-בריאות מקיפה שתאפשר להתמודד עם האתגרים שמציבה תופעת הפליטות. במקום זאת, בחרה המדינה, ובכלל זה משרד הבריאות, להציע בהדרגה מספר מענים ייעודיים ונקודתיים, שהינם או מוגבלים מטבעם, או מתוקצבים בתקצוב-חסר, ועל כן הם מובילים לקיפוח זכותם לבריאות של מבקשי המקלט ואינם מהווים תחליף למדיניות בריאות מקיפה ומסודרת עבור אוכלוסייה זו. להלן נסקור מענים אלו:

### 1. ביטוחים פרטיים: הפרטה מסוכנת של בריאותם של מבקשי המקלט

לטענת משרד הבריאות, מבקשי המקלט רשאים לרכוש ביטוח בריאות פרטי בעת שהותם בישראל ולקבל שירותי בריאות באמצעותו, בדומה לנעשה במקרה של מהגרי העבודה. לפי חוק עובדים זרים תשנ"א (1991) ובהמשך לכך על פי צו עובדים זרים תשס"א (2001), על המעסיק להסדיר לעובד הזר ביטוח על חשבונו.<sup>27</sup> ביטוח זה נעשה על ידי חברות ביטוח פרטיות אשר מתקשרות עם קופות החולים בבחינת ספקי השירות. הסדר זה נקבע בעבור אוכלוסיית מהגרי העבודה הנושאים אשרת עבודה ייעודית (מסוג ב/1) לזמן מוגבל, על פי רוב 5 שנים. טרם כניסתם לישראל, ועל מנת לזכות באשרת העבודה, נדרשים מהגרי העבודה להציג אישורים רפואיים שמעידים על בריאותם וכשירותם לעבודה בישראל.

<sup>27</sup> המעסיק רשאי לנכות משכרו החודשי של העובד עד שליש מעלות הביטוח ובכל מקרה לא יותר מ 125 ש"ח עבורו.

על אף שהסדר זה עוצב כאמור על מנת להסדיר את נגישותם לבריאות של מהגרי העבודה, הרי שעם כניסתם לישראל של מבקשי המקלט מאריתריאה ומסודן, ובהיעדר מדיניות כוללנית וברורה להתמודדות עם האתגרים שאוכלוסייה זו מציבה למדינת ישראל, נקבע כי על אף איסור העבודה שלהם, הרי שעדיין לא תינקט מדיניות אכיפה על מעסיקהם (בג"ץ 6312/10). בנוסף נקבע מי מהם שיועסק יהא כפוף גם לתקנות המסדירות את ביטוחי עובדים זרים.<sup>28</sup> מערך ביטוחי הבריאות הפרטיים, ובפרט ביטוחי עובד זר, אינו נתון לרגולציה של משרד הבריאות והאחריות עליו היא בידי משרד האוצר, ובפרט בידי הממונה על הביטוח ושוק ההון. עובדת קיומו של מערך הביטוחים הפרטיים אפשרה אפוא למשרד הבריאות להסיר אחריות מאוכלוסייה זו, והיותה נימוק להימנע מלגבש מדיניות בריאות כוללנית. לאור כל זאת חשוב לפרט מדוע מערך הביטוחים הפרטיים הוא בבחינת משענת קנה רצוף עבור מבקשי המקלט, ואינו יכול להוות הסדר מקיף וראוי בעבורם.

ראשית, עצם העובדה שלמבקשי המקלט בישראל אין כל דרך להתבטח בביטוח בריאות ולזכות בנגישות סדירה לשירותי הבריאות הציבוריים בישראל, זולת באמצעות ביטוחי עובד זר הינה בעייתית. שהרי **עצם ההתניה שנוצרה כאן, בין אפשרות הנגישות לשירותי בריאות מזה, לבין יכולתו של מבקש המקלט לעבוד באורח סדיר, יש בה טעם לפגם**, במיוחד כאשר מדובר באנשים שנסו על נפשם ועברו תלאות בדרכם, תלאות שהותירו את רישומם בנפשם ובגופם, ואשר לעיתים מקשות על תפקודם הסדיר, לרבות בעבודה. הפרטה זו חושפת את מבקשי המקלט לקיפוח תדיר של זכותם לבריאות ומציבה חסמים ממשיים על נגישותם לשירותי הבריאות הציבורית.

שנית, הביטוח הפרטי שמוצע למבקשי המקלט בישראל אינו מותאם לנסיבות חייהם, דפוסי עבודתם ומצבם הבריאותי. זאת ועוד התקנות שמסדירות ביטוח זה מאפשרות לחברות הביטוח למנוע כיסוי על טיפולים רפואיים נחוצים, ואף לקטוע טיפול באמצע, בחסות החוק. להלן נמנה רק מקצת מהבעיות המיוחדות שפוגעות במבקשי המקלט המבוטחים בביטוחי עובדים זרים:

#### **א. החרגת בריאות הנפש**

ביטוחי עובד זר אינם מכסים שירותי בריאות הנפש למעט במקרי חירום. החרגה זו הינה תמוהה הן לאור ההבנה שאין עליה כיום עוררין, כי אין בריאות ללא בריאות נפשית, והן לאור הידע הקיים בנוגע להגירה כפויה כגורם סיכון למחלות והפרעות נפשיות. לעניין זה ראוי להזכיר את סוגיית מחנות העינויים בסיני שאליהם נחטפו רבים ממבקשי המקלט מאריתריאה ומסודן ושם עינויים פסיים ונפשיים קשים. לפי הערכות חיים כיום בישראל כ-4000 ניצולי מחנות העינויים בסיני, ללא כל תמיכה ושירותי שיקום. גם מי מביניהם שעובד והינו מבוטח בביטוח עובד זר – מנוע מלקבל שירותי בריאות נפש להם הוא/היא כה זקוקים:

ברהנה, מבקש מקלט מאריתריאה שמתגורר ועובד בירושלים, הגיע למיון פסיכיאטרי בבית"ח הדסה עין כרם בעקבות הדרדרות במצבו הנפשי, ככל הנראה על רקע הטראומות הקשות שעבר בדרכו לישראל במדבר סיני. לאחר שנבדק במיון הפסיכיאטרי נשלח ברהנה להמשך טיפול ומקב במסגרת קופ"ח, אלא שכשהגיע אל רופא המשפחה וזה

<sup>28</sup> בהערה אגב נוסף כי קביעות אלו יצרו מצב של עמימות מתמשכת בשאלת העסקתם של מבקשי המקלט ובמור כך כפיפותם לחוקי העבודה ולחוק עובדים זרים. עמימות זו מובילה לכך שזכויותיהם הבסיסיות כעובדים מקופחות תדיר. בחור כך עמימות זו מנוצלת על ידי חלק מהמעסיקים גם על מנת להימנע מלגבש את מבקשי המקלט המועסקים על ידיהם, מה שמוחיר עובדים אלו ללא כל נגישות סדירה לשירותי הבריאות בישראל, למעט במצבי חירום. רבים מהם מגיעים למרפאה הפתוחה של רל"א בתקווה למצוא מזור לחוליים. על כך יעידו גם הפניות הרבות שמועברות בשמם של מטופלי המרפאה הפתוחה אל מנהל הרפואה במשרד הבריאות. והנה, גם כאשר המעסיקים מצייחים לתקנות ורוכשים עבור עובדיהם פוליסות ביטוח מסוג עובד זר, לא תמו הקשיים של מבקשי המקלט.

ביקש להפנותו לפסיכיאטר, נתרבר כי פוליסת הביטוח אינה מכסה שירותי בריאות הנפש. ברהנה נותר ללא טיפול.

## ב. החרגת טיפולי ליווי-היריון וייעוץ גנטי לנשים הרות

לפי פוליסת עובד זר, עובדת אינה זכאית לשירותי ליווי-היריון במשך תשעת חודשי העבודה הראשונים שלה בישראל. עצם הגבלת שירותי ליווי-ההיריון הינה בעייתית ביותר כשמדובר במבקשות מקלט שתקופת שהותן בישראל ארוכה, שמקימות משפחות בישראל, ושעל כן זקוקות וראויות לליווי היריון מקיף וסדיר. זאת ועוד, בפועל משמש סעיף זה את חברות הביטוח כדי להתנער כליל משירותי ליווי היריון למבוטחות רבות, אשר עליהן מוטלת חובת ההוכחה כי כבר עבדו במצטבר למעלה מתשעה חודשים. בנוסף, גם כאשר זכות המבוטחות במקרב היריון, הרי שזה מחריג ייעוץ ובדיקות גנטיות, שאת עלותן נאלצות לספוג מבקשות המקלט, אלא שבמקרים רבים אין ידן משגת לבצע את הבדיקות.

## ג. קשיים בהבטחת הרצף הביטוחי

עם המעבר בין מעסיקים, בין אם עקב פיטורין/הפסקת עבודה יזומה, בין אם בשל תאונה שמובילה להפסקת העבודה, נפסק הרצף הביטוחי והמבוטח מאבד את זכויותיו בביטוח. על אף שלכאורה חברות הביטוח מאפשרות למבוטח להמשיך את הפוליסה הקיימת גם בתקופת מעבר בין המעסיקים, הרי שבפועל, מרבית המבוטחים אינם יכולים ליהנות מאפשרות זו: ראשית, בהיעדר הנגשה לשונית נאותה של תנאי הפוליסה, ובכלל זה תנאי חידוש והמשך הרצף הביטוחי, רבים מהעובדים אינם מודעים לזכויותיהם ומתקשים לממשן; שנית, מאחר ופוליסת עובד זר הינה ברשותו ועל שמו של המעסיק, הרי שבמקרים רבים של הפסקת עבודה, אין למבוטח נגישות לפרטי הפוליסה שלו-עצמו, וברוב המקרים אף אין לו כל מידע לגבי זהותה של חברת הביטוח או הסוכן המבטח שלו. בעיה זו חמורה שבעתיים כשלוקחים בחשבון את דפוסי ההעסקה של מבקשי המקלט, אשר עקב הנסיבות נאלצים להחליף מעסיקים ומקומות עבודה באופן תדיר, אפילו מספר פעמים בשנה. עובדה זו מונעת מהם לשמור על הרצף הביטוחי, מה שמוביל במקרים רבים למניעת טיפול במחלותיהם.

## ד. החרגת כיסוי לטיפול ב"מצב רפואי קודם"

בניגוד לנאמר בצו עובדים זרים, פוליסות הביטוח לעובדים זרים נוטות להתייחס אל "מצב רפואי קודם" כאל כל מצב רפואי שקדם להצטרפות המבוטח אל פוליסת הביטוח הנוכחית, ונוטות להחריג מצב רפואי קודם שכזה לתקופה בלתי מוגבלת.<sup>29</sup> העניין הופך לבעייתית שבעתיים כשמדובר במבקשי מקלט שלא תכננו להיכנס לישראל ולא עברו בדיקות רפואיות בדומה למהגרי העבודה. חלק ממבקשי המקלט נכנסו לישראל עם בעיות רפואיות קודמות, חלקם נפגעו עת עונו במחנות העינויים בסיני, ולנוכח הסעיף האמור הם מנועים מקבל טיפול עבור מחלותיהם.

אדם, מבקש מקלט מסודן, עבר לפני מספר שנים שבץ מוחי. כיום הוא מצליח לעבוד ומבוטח בביטוח עובד זר, אלא שזה מחריג את כל הקשור לטיפולים הניורוכירורגים שלהם נדרש אדם, ועל כן על אף היותו מבוטח, הוא אינו זוכה למעקב ולטיפול במחלתו.

<sup>29</sup> צו עובדים זרים מגדיר "מצב רפואי קודם" באופן מצומצם הכולל רק מצב רפואי שקדם להצטרפות המבוטח לפוליסה ראשונה בישראל. בנוסף, הצו מגביל באופן מפורש החרגת מצב רפואי קודם לתקופה של 3 שנים מהמועד הראשון בו הסדיר מענידי לעובד ביטוח רפואי בישראל. בניגוד להוראות מפורשות אלו, פוליסות הביטוח לעובדים זרים מפרשות בחופשיות ובהרחבה את הצו.

זאת ועוד, אל רל"א הגיעו לאחרונה מספר פניות של מועסקים שסובלים מבעיות כרוניות, שחברות הביטוח סירבו לבטחם כליל. נוצר מצב לפיו אין באפשרות המעסיק להסדיר עבורם ביטוח כלל, ומכאן שגם אפשרות העסקתם בהתאם לחוק עובדים זרים מקופחת. על כן, אנשים אלו מנועים מלהתפרנס למרות שמרכז חייהם בישראל והם זקוקים לעבודה בכדי להתקיים בכבוד.

#### ה. התנערות מאחריות לטיפול רפואי על ידי קביעת "אובדן כושר עבודה"

סעיף 4 (א)(3) בצו עובדים זרים קובע, כי במידה והעובד חלה ונמצא על ידי רופא תעסוקתי בלתי כשיר לבצע את העבודה שלשמה נתקבל לעבוד אצל מעסיקו לתקופה של תשעים ימים ומעלה, "לא יהיה העובד זכאי אלא לשירותים רפואיים שהוא נזקק להם במצב חירום רפואי לשם ייצוב מצבו הרפואי, עד למצב המאפשר המשך הטיפול בו מחוץ לישראל". ההגיון העומד מאחורי סעיף זה מטריד במיוחד – על פיו, זכותו של עובד לקבל טיפול נשמרת לו רק בזמן שהוא בריא וכשיר לעבודה. מרגע שאיבד את כושר עבודתו, נשללת זכותו לטיפול רפואי. כשמדובר במבקשי מקלט – התקנה הזו הופכת חמורה שבעתיים: שהרי מבקשי המקלט אינם בני הרחקה מישראל, ועל כן ברגע שנקבע להם "אובדן כושר עבודה", מפסיקה חברת הביטוח לבטחם מבלי שישנה אפשרות להטיסם להמשך טיפול בארץ המוצא. אנשים אלו נותרים בישראל ללא כל המשך טיפול, שלו הם כה זקוקים בשעה זו.

טוולדה, מבקש מקלט מאריתריאה בן 39, נשוי ואב לשלושה ילדים, עבד בניקיון והיה מבוטח בביטוח עובדים זרים דרך מעסיקו. בעקבות הרעה במצבו הבריאותי, הוא אושפז בבית"ח וולפסון, שם אובחן כחולה הפטיטיס B ושחמת הכבד. בעקבות האשפוז הממושך שלחה אותו חברת הביטוח אל רופא תעסוקתי וזה קבע שעקב מחלתו הקשה הוא אינו כשיר לעבוד למשך של למעלה משלושה חודשים. לאור זאת חברת הביטוח סירבה להמשיך לבטח אותו והוא נותר ללא כל אפשרות לממן את הטיפול התרופתי היקר שלו הוא נזקק.

הליקויים שנמנו לעיל מובילים לכך שבפועל, מרבית ממבקשי המקלט, גם אלו שמעסיקהם הסדירו עבורם ביטוח כחוק, אינם יכולים ליהנות מיתרונותיו של הביטוח בעת צרה ונותרים בסבלם ובכאבם ללא טיפול ממשי ומקיף. ליקויים אלו גם מובילים למסקנה כי הפניה לביטוחים הפרטיים כמענה עבור צרכיהם הבריאותיים של אוכלוסיית מבקשי המקלט אינה יכולה להוות פתרון מקיף וממשי לצרכיהם.

## 2. מרפאת טרם לפליטים: היעדר שירותי רפואה מספקים, ומוגבלות גיאוגרפית

המענה המרכזי שמציע כיום משרד הבריאות לחסרי המעמד נעדרי הביטוח הינה מרפאת טרם לפליטים אשר בתחנה המרכזית בת"א. משרד הבריאות מקציב למרפאה זו 4,108,500 מיליון ש"ח בשנה וטופלו בה בשנת 2016 כ-36,500 מקרים רפואיים.<sup>30</sup> הגם שבעצם התמיכה של משרד הבריאות במרפאה זו יש משום צעד מבורך, המכיר באחריותה של המדינה לספק טיפול רפואי לחסרי המעמד האזרחי החיים בשטחה, הרי שמענה זה הינו מוגבל מכמה היבטים ומותר מטופלים רבים ללא מענה ממשי לצרכיהם הרפואיים הבסיסיים.

ראשית, חשוב להזכיר כי מרפאת טרם מספקת אך ורק שירותי "מיון קדמי" במימון משרד הבריאות. ואולם גם שירותים אלו מוגבלים בהיקפם. כך למשל, אפילו פרוצדורה כגון הורדת גבס אינה ניתנת במסגרת שירותי המיון קדמי, והפונים בעניין זה נאלצים לנסוע לחדרי

<sup>30</sup> ע"פ חכונת מייל של רל"א עם גבי' שיר אברמיצקי, כלכלנית משרד הבריאות, 14.11.16, וגם ע"פ מכתב של ד"ר ורד עזרא, ראש מינהל רפואה במשרד הבריאות, אל ח"כ קארין אלהרר, יו"ר הוועדה לביקורת המדינה, 25.1.17. למיטב הבנתנו מספר זה כולל גם את הטיפול בקטינים חסרי מעמד שניתן במרפאת טרם לפליטים עבור קטינים שאינם מבוטחים באמצעות הסדר מאוחדת.

המיון בבתי החולים ולשלם מכספם עבור פעולה זו. בנוסף על שירותי המיון הקדמי, מציעה טרם גם שירותי רפואת מומחים הניתנים על ידי רופאים מתנדבים. מטבע הדברים, שירותים אלו משתנים בהתאם לזמינותם ופניותם של אלה האחרונים ואינם מובטחים באופן עקבי ורציף.<sup>31</sup> גם ככל שמדובר במצבים רפואיים מורכבים, כגון מעקב אונקולוגי לחולי סרטן, בוחר משרד הבריאות להישען על טוב ליבם ונכונותם של מתנדבים במקום לספק מענה מערכתי קבוע ומוסדר לו ראוייה אוכלוסיה זו.<sup>32</sup>

ראיה נוספת לאזלת ידה של מרפאת טרם היא העובדה כי מזה זמן פונה מרפאת טרם אל המרפאה הפתוחה של רל"א, שהינה מרפאת מתנדבים המבוססת תרומות, לקבלת סיוע במגוון בדיקות ופרוצדורות רפואיות למטופליה. עצם העובדה כי מרפאת טרם לפליטים, אשר מוצעת על ידי משרד הבריאות כמענה הרשמי והעיקרי לצרכיהם הרפואיים של חסרי המעמד, פונה בבקשות סיוע אל המרפאה הפתוחה של רל"א – אומרת דרשני, ומדגישה עד כמה שירותי מרפאה זו אינם יכולים להוות מענה רפואי מקיף, סדיר ורצוף עבור אוכלוסיית הזרים שאינם בני הרחקה המתגוררים בסביבתה. על כל זאת יש להוסיף כי אין בטרם שירותי אשפוז ושיקום ועל כן מרפאה זו אינה יכולה להוות תחליף למוסדות הרפואה הציבורית שקיימים בישראל.

למעשה אין להתפלא כי אין בכוחה של מרפאה בודדת, יהיו רופאיה נחוישים ככל שיהיו, למלא את החסרים הקיימים בשירותי הבריאות לקהילת חסרי המעמד. ואולם, אפילו היתה מרחיבה מרפאת טרם את פעילותה ואת שירותיה, הרי שראוי לתת את הדעת על הבעייתיות שכרוכה בעצם הצבת המענה הרפואי העיקרי לחסרי המעמד במרכז ת"א, תוך התעלמות מאוכלוסיית חסרי המעמד החיים בפריפריה.

על אף שעדיין, מרבית מבקשי המקלט עודם מתגוררים באיזור ת"א שכן איזור זה מציע להם את מירב אפשרויות הפרנסה, התמיכה, והסיוע, הרי שנתונים על ביזור מבקשי המקלט ברחבי הארץ מעידים כי באיזור הדרום (בעיקר אשדוד, באר-שבע, ואילת) חיים כמה אלפי מבקשי מקלט, וגם בפתח תקווה, נתניה ובירושלים חיות קהילות של למעלה מאלף מבקשי מקלט לערך.<sup>33</sup> בהקשר זה נזכיר עוד, כי משהוגבל משך הכליאה של מבקשי המקלט במתקן "חולות" אשר נבגב לכ-12 חודשים, נקבע גם כי המשוחררים מחולות ישוחררו עם מגבלה, האוסרת עליהם להתגורר ו/או לעבוד בת"א או באילת. יש להניח אפוא שמספר מבקשי המקלט שגרים מחוץ לת"א עשוי לגדול בתקופה הקרובה, עם כל מחזור של כלואים שמשחרר מ"חולות". הגבלה כזו על מקום המגורים מזה, לצד היעדרם של שירותי רפואה נגישים בקרבת מקום מזה, מקפחת באורח ממשי את זכותם של אנשים אלו לבריאות ולתנאי חיים נאותים.

לשם המחשת החוסרים במענים ובשירותי רפואה ברחבי הארץ, נציין כי בין השנים 2013-2016 טיפלה מרפאת רל"א ב-123 מטופלים מאזור הדרום – לרבות 49 מטופלים מאזור

<sup>31</sup> כך לדוגמה, ב-20 יולי 2016 נמסר לנו כי עד להודעה חדשה, למרפאת טרם אין רופא משפחה, ועל כן הפונים נשלחו אל המרפאה הפתוחה של רל"א.

<sup>32</sup> בהקשר זה מן הראוי להוסיף כי על אף שמרפאת טרם לפליטים אמורה להציע גם שירותי מעקב היריון, הרי שהיא נעדרת את האפשרות להציע מעקב היריון בסיכון גבוה.

<sup>33</sup> לפי נתונים עדכניים של רשות האוכלוסין וההגירה שהתפרסמו לראשונה בעיתון הארץ ב-21.6.17, במל אביב מתגוררים 14,920 מבקשי מקלט – כ-79% מהם אריתראים, כ-15% סודנים ועוד כ-6% ממדינות אחרות. הנתונים אינם כוללים כמה אלפי ילדים. לעומת זאת, בחשבה לפנייה של מרכז המידע והמחקר של הנכנסת, העריכה ב-2016 עריית חל אביב כי בחחוחי העיר כ-26 אלף מבקשי מקלט, ואילו המשטרה מסרה אז כי מספרם במל אביב מסתכם בכ-30 אלף. לפי נתוני רשות האוכלוסין, חלה ירידה הדרגתית ומתמשכת במספר מבקשי המקלט במל אביב. בסוף 2014 גרו בעיר כ-18,300 מבקשי מקלט. באילת, שבה התגוררו לפני כחמש שנים כ-6,000 מבקשי מקלט, ירד מספרם לכ-1,800. לפי הנתונים העדכניים, הריכוז הגבוה ביותר של מבקשי מקלט אחרי חל אביב הוא בפתח תקווה, שם מתגוררים כ-2,300 אריתראים וסודאנים. אחר כך, לפי הסדר: אילת, נתניה, אשדוד, בני ברק וירושלים, שבכל אחת מהן יותר מ-1,000 מבקשי מקלט. יש לציין כי לרשות אין מידע לגבי מקום מגוריהם של כ-5,000 מבקשי מקלט <http://www.haaretz.co.il/news/local/premium-1.4192638>

אשדוד, 25 מטופלים מאשקלון, ו-28 מטופלים מאילת (!). חשוב להדגיש כי ברוב המכריע של המקרים נאלצו מטופלים אלו להגיע למרפאה הפתוחה שביפו לשם בדיקות מעבדה פשוטות, או לשם קבלת מעקב סוכרת ויתר לחץ דם, בדיקות עיניים, בדיקות אורתופד ופיזיותרפיה.

בכל המקרים הללו ובעשרות מקרים אחרים, של מטופלים המגיעים מצפון הארץ ומדרומה, אין מדובר בהזדקקות לשירותים מורכבים, תשתיות ייחודיות או מומחיות-רפואית ייחודית שהיתה מצדיקה נסיעות ארוכות ברחבי הארץ. נהפוך הוא, השירותים הבסיסיים שבעבורם נאלצים מטופלים אלו לבלות שעות ארוכות בנסיעות באוטובוסים, מצויים כולם בסניפי קופות החולים שבמקומות-מגוריהם. היעדרם המוחלט של שירותי בריאות לחסרי המעמד ניכר לא רק בפריפריה, כי אם גם בערים מרכזיות אחרות, דוגמת ירושלים וחיפה, שם אין מענה לצרכיהם השוטפים של חסרי המעמד. היעדר זה מחייב אותם, במקרה הטוב, לפנות למרפאת ר"א או למרפאת טרם, ובמקרה הרע מוביל להזנחה שסופה בהחמרה והזדרזות, עד לכדי אשפוז.

### 3. מרפאת גשר לבריאות הנפש: המרפאה כורעת תחת עומס הפניות והמשך תקצובה לוט בערפל

מרפאת גשר לבריאות הנפש הוקמה על מנת לתת מענה למתמודדים עם בעיות נפשיות מקרב מבקשי המקלט החיים בישראל, בכלל זה למי מהם הסובלים ממחלות נפש והפרעות פוסט-טראומטיות, לרבות על רקע עינויים שעברו בארץ המוצא ובדרכם לארץ. היא מספקת שירות חשוב וחינוכי שאין עוד כמותו בישראל, והניסיון שנצבר במהלך עבודתה המתמשכת עם נפגעי הנפש מקרב מבקשי המקלט עשוי למצב אותה כמודל טיפולי ייחודי כמו גם כמרכז להפצת מידע והכשרה בנושא.

ואולם מאז הקמתה בפברואר 2014, משאביה הדלים של מרפאה זו לא איפשרו לה לעמוד בעומס הפניות והמטופלים המתדפקים על שעריה, ולהגיש להם את הסיוע שכה נחוץ להם. בהיעדר תקנים, ובמסגרת מצומצמת של 9 שעות-עבודה שבועיות בלבד, אין תימה כי זמני ההמתנה לקבלה למרפאה עמדו, נכון ליולי 2016, על כעשרה חודשים, ורשימת ההמתנה מונה למעלה ממאתיים איש המחכים לקבלת טיפול. במצב שכזה נותר הצוות המסור של מרפאת גשר באפיסת כוחות ובתסכול תמידי, עקב אי יכולתו להגיש עזרה לכל הפונים. השחיקה והנשירה בקרב הצוות גדולים (נכון לקיץ 2016 נשרו כ-7 איש מתוך 24 אנשי צוות) ולנוכח דלות המשאבים, אין כמעט באפשרותם לבצע reaching out למטופלים שנשרו ממעקב, ושעשויים להיות במצבים פסיכויים, מסוכנים לעצמם או לסביבתם. על כך יש להוסיף כי במבנה הנוכחי אין למרפאת גשר תקן לפסיכיאטר ילדים, נושא שמוזנח כיום והשלכותיו העתידיות הרת גורל.

ביולי 2016 סגרה מרפאת גשר את שעריה למטופלים חדשים, עקב מצוקתה הרבה. במהלך עשרת החודשים שבה פעלה במתכונת מצומצמת הגיעו אל מרפאת ר"א למעלה מ-70 פניות של מטופלים המצויים במצוקה נפשית קשה וזקוקים לשירותי בריאות הנפש:

דוויט הינו מבקש מקלט מאריתריאה כבן 29. הוא חי בישראל מזה כארבע שנים. בדרכו לישראל, כשהיה במדבר סיני נחטף ועבר עינויים קשים. עינויים אלו הותירו את אותותיהם בנפשו, עד שבסוף חודש נובמבר 2016 אושפז בבי"ח פסיכיאטרי במרכז הארץ, אחרי שחבריו הבהילו אותו למיון בגלל התנהגות מוזרה שאימה עליהם. בבי"ח



אובחן עם הפרעה פסיכוטית ועם הפרעה פוסט טראומטית וקיבל טיפול תרופתי. הוא שוחרר עם המלצה על המשך מעקב וטיפול תרופתי, לרבות זריקות. דוויט הגיע אל המרפאה הפתוחה של רל"א ובבדיקת הרופא נקבע כי קיימים עדיין תסמינים שאריים של ההפרעה הפסיכוטית – הוא עדיין טוען ששומע קולות, ואף הביע חשש מפגיעה-עצמית עתידית. כמו כן נרשמו תסמיני PTSD לרבות ביעותי לילה. אלא שמאחר ומרפאת גשר לא יכולה לקלוט מטופלים חדשים, דוויט מנוע מזה מספר חודשים מלזכות במעקב פסיכיאטרי סדיר.

רק ביוני 2017 ולאחר מאבק עיקש, אושרה הגדלת התקציב השנתי למרפאת גשר בעוד 100 אלף ש"ח,<sup>34</sup> והיא פתחה את שעריה מחדש. אלא שגם כיום העומס עליה רב, והמשך תקצובה ותפקודה הסדיר לוט בערפל. ראוי לזכור כי עבור מבקשי המקלט הסובלים מבעיות נפשיות, מהווה מרפאת גשר את המענה היחיד היכול לספק הקלה ומזור, ולו מסוים, לסבלם. הכורח להמתין לפגישת אבחון ראשונית, לבדיקת רופא או שיחה עם פסיכולוג במשך חודשים ארוכים מותירה את המתמודדים לבדם בסבלם, וחושפת אותם לסכנת הדרדרות במצבם, הדרדרות שיש לה השלכות גם על סביבתם.

לנוכח מוגבלותם של המענים שנסקרו לעיל, הפך חוק זכויות החולה התשנ"ו (1996) ובפרט פרק ג' סעיף 3(ב) המורה כי "במצב חירום רפואי זכאי אדם לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התניה" למשענת העיקרית שבאמצעותה זוכים מבקשי המקלט לטיפול רפואי במוסדות הרפואה הציבורית בישראל. אלא כפי שתואר לעיל, מדובר במשענת קנה רצוף. ראשית, הישענות זו מובילה למצב שבו מבקשי המקלט נאלצים לחכות עד להדרדרות מסוכנת במצבם על מנת לזכות בטיפול. שנית, טיפולי החירום שמוגשים למי שמגיעים לחדר המיון נקטעים באחת עם שחרורם, ובהיעדר טיפול רפואי בקהילה אין אפשרות להמשיך הרצף הטיפולי, לרבות טיפול תרופתי, שיקום, וטיפול מניעתי. לבסוף, בהיעדר כיסוי ביטוחי נצבר חוב שיכול להגיע לעשרות ואף מאות אלפי שקלים על שמם של המטופלים שמונע את קבלתם להמשך טיפול ומעקב, אפילו אם ביכולתם לממן עלות ביקור חד פעמית שכזו; במקביל, בהיעדר יכולת של המטופלים מבקשי המקלט לכסות את חובם, הופך חוב זה ל"חוב אבוד" אותו נאלץ ביה"ח לספוג.

<sup>34</sup> המידע הועבר ביום 20.7.17 משה"ב בחשובה לבקשה מכוח חוק חופש המידע שהגישה רל"א.



## חלק שלישי: מצדקה לצדק – לקראת גיבוש מדיניות בריאות עבור מבקשי המקלט בישראל

עד כה הצבענו על חובתה של מדינת ישראל להבטיח קיום מינימלי בכבוד לחסרי המעמד, ובכלל זה הבטחת הזכות לבריאות והנגשת שירותי הבריאות. בהמשך לכך תיארונו את המענים ואת שירותי הבריאות העיקריים שנגישים כיום למבקשי המקלט, ועמדנו על מוגבלותם וחלקיותם.

מתוך כל זאת עולה, כי על מנת לתקן את העוול המתמשך ולקדם את זכותם לבריאות של מבקשי המקלט, נדרשת ישראל לעבור מפתרונות נקודתיים אל עבר פתרון מערכתי, מקיף וכוללני, כזה שיאפשר הנגשה שיוונית וצודקת של שירותי הבריאות הציבורית בישראל עבור מבקשי המקלט, באופן שייתן את הדעת גם לצרכים המיוחדים של אוכלוסייה זו ויהלום את רוח המוסר והחוק. פתרון מערכתי שכזה מחייב פעולה משולבת במספר רמות:

**ברמה האחת**, גיבוש מדיניות-בריאות ביחס למבקשי המקלט, ובפרט גיבוש הסדר ביטוחי בחסות המדינה בעבורם;

**ברמה השנייה**, נדרשת היענות של מוסדות וארגוני הרפואה, קופות החולים ובתי החולים, צוותים רפואיים כמו גם צוותים אדמיניסטרטיביים להטמעה של מידע כמו גם של כלים להנגשה תרבותית ולשונית לשם טיפול נאות לקהילת מבקשי המקלט;

ברמה השלישית, נדרשת הכשרה וחינוך של קהילת מבקשי המקלט לשם העמקת היכרותם עם מערכת הבריאות בישראל. בחלק הנוכחי נדון רק ברמה הראשונה של השינוי הנדרש, דהיינו החלת הסדר ביטוחי שווייץ ומקיף עבור מבקשי המקלט.

## 1. פתרון מערכתי חדש

### א. החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

הפתרון המערכתי המקיף והמוצלח ביותר להנגשת שירותי הבריאות הציבורית לחסרי המעמד הינו שילובם במערכת הבריאות הציבורית, על ידי החלת "חוק ביטוח בריאות ממלכתי" על מי שאינם בני הרחקה מישראל.<sup>35</sup> עמדה זו נתמכת על ידי ניירות עמדה של ארגונים בינלאומיים שונים, לרבות ארגון הבריאות העולמי,<sup>36</sup> וכן על ידי ההסתדרות הרפואית,<sup>37</sup> והיא נסמכת על שיקולים שונים: של הוגנות, בריאות הציבור, כמו גם יעילות כלכלית, שהרי הכללה של אוכלוסייה צעירה ובריאה ברובה במערך הביטוח תכניס לקופה הציבורית כסף נוסף שיאפשר לספוג את צריכת השירותים של אוכלוסיית זו.

צעד זה, של הכללת חסרי המעמד בחוק ביטוח בריאות ממלכתי אף אינו דורש שינויים בחקיקה. כאמור לעיל, הוא יכול להתאפשר באמצעות הפעלתו של סעיף בחוק ביטוח בריאות ממלכתי עצמו, סעיף 56 (א)(1)(ד), שקובע כי שר הבריאות רשאי לקבוע הסדרים מיוחדים בדבר אספקת שירותי בריאות למי שנמצא בישראל ואינו כלול בחוק זה.

### ב. מודל הביניים – הסדר מינהלי עם קופ"ח לאספקת שירותי בריאות

פתרון חלופי להחלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הינו הרחבה של המודל הקיים כיום לביטוח קטינים חסרי מעמד, שנעשה בשיתוף של משרד הבריאות וקופ"ח מאוחדת. ההסדר הקיים כיום לקטינים שעון על דמי ביטוח של הורי הילד המבוטח ועל תקציב תואם (matching) של משרד הבריאות, והוא אמור להבטיח שסל השירותים שיקבלו ילדים שאינם תושבים יהא זהה לזה שמקבלים ילדים המבוטחים תחת ביטוח בריאות ממלכתי (למעט טיפולים רפואיים הניתנים בחו"ל). על פי ההסדר, הורי הילדים חסרי המעמד יכולים לבטח את ילדם בביטוח בריאות בעלות של 120 ש"ח לחודש לילד כאשר משרד הבריאות מסבסד את יתרת העלות (בגובה 160 ש"ח לילד, וסבסוד מלא עבור הילד השלישי ואילך).

הסדר זה נותן ביטוי לעובדה שמדינת ישראל מכירה בזכותם של ילדים לבריאות ללא תלות במוצאם או מעמדם האזרחי. אנו מאמינים שראוי לאמץ השקפה דומה גם ביחס למבקשי המקלט הבגירים, ולהציע הסדר מקביל גם עבורם. עם זאת חשוב להדגיש כי המודל הקיים כיום לקטינים הוא מודל וולונטארי, דהיינו כזה שתלוי בבחירה של ההורה לרשום את ילדיו להסדר ולהתמיד בתשלומי דמי הביטוח החודשיים. עם הפסקת התשלום נפסקים גם השירותים. אנו סבורים שיש טעם לפגם בהיבט זה של ההסדר, שכן הוא מותיר את הרישום לביטוח וההתמדה בתשלום לשיקול דעתו ולרצונו של ההורה, בשעה שפעמים רבות שיקול דעתו מוכרע עקב נסיבות סוציו-אקונומיות בעייתיות. לפיכך אנו סבורים כי במידה ויוחלט להרחיב את מודל הביניים הביטוחי הזה ולהחילו על כלל אוכלוסיית מבקשי המקלט, מן הראוי לשקול מחדש את אופיו הוולונטארי ולהפוך את ההסדר למנדטורי, דהיינו לביטוח

<sup>35</sup> לעניין זה ראו את פסיקתה של נשיאת הבג"ץ לשעבר, עדנה ארבל, בעמירה שהגיש ארגון "קו לעובד" (בג"ץ 1105/06) בה קבעה כי "יש לקרב את הסדרי הבריאות החלים על עובדים זרים בעלי זיקה חזקה לישראל לאלו החלים על תושבי ישראל" (פסקה מס' 89). בהמשך לכך המליצה ארבל מפורשות לעשות כן על ידי החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי עליהם.

<sup>36</sup> [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/127526/e94497.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf)  
<sup>37</sup> <http://www.ima.org.il/MainSite/EditClinicalInstruction.aspx?ClinicalInstructionId=86>

חובה, בדומה לאופי המנדטורי של ביטוח בריאות ממלכתי, תוך הכנסת התאמות שהולמות את נסיבות חייהם ומצבם הסוציו-אקונומי של המבוטחים, כפי שיפורט בהמשך.

## 2. מחיר ההדרה: ההיגיון הכלכלי בהחלת הסדר ביטוחי מקיף על אוכלוסיית מבקשי המקלט בישראל

המצב הנוכחי, שבו אין למבקשי המקלט ביטוח רפואי נאות, משית עול כלכלי כבד על מערכת הבריאות ובפרט על בתי החולים. במובן זה, הסדר ביטוחי מקיף הנותן גישה לטיפולים רפואיים למבקשי מקלט במסגרת ביטוח בריאות מוסדר, יתרום לא רק להגברת השוויון ולמימוש הזכות והשאיפה לבריאות גופנית ונפשית של מבקשי המקלט החיים בישראל, אלא יהיה גם הגיוני יותר מבחינה כלכלית. בהינתן הסדר ביטוחי, יזכו מבקשי המקלט בטיפול ראוי וכן יוסר הנטל הכלכלי הכבד מבתי החולים, לרווחת כולם – מבקשי המקלט ואזרחי המדינה גם יחד. להלן נציג את היקף החובות האבודים ונראה כיצד הכללת מבקשי המקלט בהסדר ביטוחי תוביל לצמצומם.

### א. איפה הכסף?

בהתאם לחוק זכויות החולה (1996) פרק ג' סעיף 3 (ב): "במצב חירום רפואי זכאי אדם לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התניה". "מצב חירום רפואי" מוגדר בחוק כ"נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה מיידית לחייו או קיימת סכנה מיידית כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי דחוף" (סעיף 2 לחוק). והנה, מכורח הנסיבות סעיף זה הפך ברבות השנים ל"מענה" המרכזי – הגם אם באופן בעייתי ביותר – לרבות ממצוקותיהם של חסרי המעמד.

פתרון מסוג זה, לא רק שהוא מעמיד בסכנה את המטופלים ומקטין את סיכויי ההחלמה שלהם, אלא שיש בו גם אי-הגיון כלכלי, שכן הוא אחראי למה שמכונה "החובות האבודים". לפי דוח של מרכז המחקר של הכנסת מ-2013, עלויות הטיפול במבקשי מקלט ובחסרי מעמד אחרים שנעדרים כל מסגרת ביטוחית, מוערכות בעשרות מיליוני שקלים בשנה, והן נספגות ברובן על ידי בתי החולים בשל היעדר מנגנון שיפוי מוסדר מצד משרד הבריאות.<sup>38</sup> בשנים קודמות היו חילוקי דעות בין משרדי האוצר והבריאות ובין בתי החולים לגבי היקף החובות האבודים – בעוד שלהערכת משרד הבריאות, עלויות הטיפול בפליטים של בי"ח איכילוב (אליו מגיע שיעור ניכר מאוכלוסיית מבקשי המקלט לטיפולי חירום), הסתכמו בכ-12.5 מיליון שקל בשנה, הרי שבאיכילוב טענו כי ההוצאה שלהם גבוהה בהרבה. להערכת קופ"ח כללית, שמפעילה את בי"ח יוספטל באילת ובי"ח סורוקה בב"ש, עלות הטיפול בפליטים, מהגרים, ומבקשי מקלט בשנים 2010-2012 הוערכה ב-33.7 מיליון ש"ח. על פי הערכת המרכז הרפואי ברזילי באשקלון, סך החיובים הכספיים בגין טיפול באוכלוסיית חסרי המעמד לשנים 2011-2012 עמד על 1.1 מיליון ש"ח לשתי השנים. חיובים אלו כוללים את חובות המטופלים גרידא, ללא הערכה של עלויות טיפול נלוות. אין תימה איפה מדוע, כבר ביוני 2012, הצהיר סגן שר הבריאות דאז, הרב יעקב ליצמן, כי "מערכת הבריאות סופגת מעל 50 מיליון שקל בשנה למימון צורכי הבריאות של הפליטים מסודן ומארתריאה... זו מעמסה תקציבית המביאה לגירעון בבתי החולים".<sup>39</sup>

והנה בחלוף השנים ובהיעדר שינוי מדיניות, גם לאחר שהוקמה מרפאת טרם לפליטים בתחנה המרכזית בתי"א, ניכר כי המצב לא השתפר באופן ממש. ממידע שהתקבל בר"א מבתי החולים

<sup>38</sup> ע"פ דוח של מרכז המחקר והמידע של הכנסת – נטע משה, שירותי בריאות לעובדים זרים ולחסי מעמד אזרחי (יוני 2013) – <https://knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m03198.pdf>

<sup>39</sup> הנתונים מתייחסים לשנה 2012 – <http://www.themarker.com/consumer/health/1.1722804>

עולה כי בשנת 2016 איכילוב לבדו ספג 22,859,355 ש"ח בעבור טיפולי חירום בחסרי המעמד, ובית החולים וולפסון נאלץ לספוג 2,314,112 ש"ח בגין טיפולים אלה. גם ב"ח שיבא דיווח כי עלות הטיפולים לחסרי המעמד נעדרי הביטוח במסגרתו עמד על 4,298,769 ש"ח; ובי"ח סורוקה נדרש להוציא כ-3,000,000 ש"ח.<sup>40</sup> למעשה בשנת 2016 הגיע סך החובות האבודים של בתי החולים בגין טיפולי חירום בחסרי המעמד לכדי 36 מיליון ש"ח.<sup>41</sup>

## טבלה 1 | חובות אבודים שנצברו בבתי החולים בגין טיפולי חירום במבקשי מקלט<sup>42</sup>

שנים 2013-2016	איכילוב	אסף הרופא	בילינסון	ברזילי	וולפסון	יוספטל	קפלן	רמב"ם	שיבא	סה"כ שנה לכל בתי החולים
2013	27,234,101	1,330,128	1,014,143	1,350,592	5,506,072	2,909,782	1,060,780	-	4,697,832	45,103,430
2014	26,793,160	1,492,691	1,008,139	1,352,839	4,170,979	781,112	783,688	-	2,981,100	39,363,708
2015	23,917,157	1,017,829	544,287	545,797	5,414,580	1,203,873	913,807	1,685,184	3,327,135	38,569,649
2016	22,859,355	1,138,132	44,520	677,383	2,314,112	1,231,209	779,220	927,038	4,298,769	37,269,738
סה"כ	100,803,773	4,978,780	2,611,089	3,926,611	17,405,743	6,125,976	3,537,495	2,612,222	15,304,836	157,306,525

בנוסף על החובות האבודים, שגרה זו של פניה בעת חירום לחדרי המיון מטילה גם "עלויות סמויות" על בתי החולים. מאחר ואין למבקשי המקלט הפונים לחדרי המיון תיעוד אישי פורמלי המתאים למערכות המחשוב הרפואיות, הרי שהם נקלטים כל פעם תחת שם אחר. מכאן שאין להם תיעוד רפואי ארוך טווח בבית החולים ובנוסף לא ניתן לפנות לגורמים מטפלים קודמים להשלמתו. כתוצאה מכך נדרשים הצוותים הרפואיים להקדיש פעמים רבות זמן רב ומיותר לשחזור ההיסטוריה הרפואית ולעיתים אף לביצוע בדיקות חוזרות ומיותרות. כל אלו מביאים לפגיעה באיכות הטיפול וכמובן להשתת עלויות נוספות על בתי החולים ולניצול משאבים לא יעיל.

במהלך חמש השנים האחרונות אנו עדים למגמה גוברת של לקיחת אחריות מצד משרד הבריאות על בריאותם של מבקשי המקלט, אלא שזו עדיין מקבלת ביטוי בניסיון לספק את צרכי הבריאות שלהם באורח נקודתי ומוגבל. גם מגמה זו כרוכה בהקצאת תקציבים ייעודיים: כך למשל עלות מרפאת טרם לפליטים בתחנה המרכזית מגיעה לכ-4,108,500 ש"ח בשנה; מרפאת גשר לבריאות הנפש שכאמור אינה עומדת בעומס הפניות אליה, מתוקצבת בסכום שנתי של 840,000 ש"ח לשנה;<sup>43</sup> בנוסף מתוקצבים שירותים רפואיים נוספים, כגון הטיפול בחולי שחפת ו-HIV והטיפול הרפואי הניתן במתקן חולות. הללו, ושירותים נוספים, מגיעים לפחות לכדי 40 מיליון ש"ח נוספים. מכאן יוצא שכבר כיום משקיע משה"ב סך של כמעט 76 מיליון ש"ח בשנה, אך באופן שאינו מצליח לספק את הצרכים הבריאותיים של האוכלוסייה האמורה.<sup>44</sup>

<sup>40</sup> ראה נספח א תגובת בי"ח איכילוב לבקשת רל"א מכוח חוק חופש המידע: תגובת בי"ח שיבא לבקשת רל"א מכוח חוק חופש המידע.

<sup>41</sup> סך החובות האבודים של בתי החולים לשנת 2016 מצוין במכתב של ד"ר רוד עזרא, ראש מינהל רפואה במשרד הבריאות, אל ח"כ קארין אלהרר, יו"ר הוועדה לביקורת המדינה, 25.1.17. ע"פ הבדיקות שלנו, מדובר אף בסכומים גבוהים יותר, כפי שנראה בטבלה 1.

<sup>42</sup> ע"פ נתונים שהתקבלו מבתי החולים ומשרד הבריאות במסגרת בקשות חופש מידע. הנתונים המסכמים הם חלקיים שכן לא נחקלו כל הנתונים מכל בתי החולים. ראו נספח.

<sup>43</sup> כאמור לאחרונה נמסר משה"ב כי תקציב זה הוגדל בעוד 100 אלף ש"ח לשנה.

<sup>44</sup> ע"פ אומדן של משרד הבריאות. נתקבל במייל מיום 15.11.16 מכלכלניה משרד הבריאות, גב' שיר אברמיצקי. כמו כן, נא ראו נתונים מתוך: הכללת אוכלוסיית הזרים שאינם ברי הרחקה בטל הבריאות - אומדן עלות, נטע משה (19.3.17), עמ' 3: <https://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m03926.pdf>

יש לציין וולסינג, שנתונים אלו כוללים את השירותים הניתנים לכלל האוכלוסייה הנעדרת ביטוח רפואי בישראל, לא רק לאוכלוסיית מבקשי המקלט. שירותים רפואיים חשובים אלו, כמו טיפול במחלות מין במרפאת לוינסקי בח"א: התכנית לטיפול ב-HIV/AIDS; אבחון וטיפול בשחפת; טיפול רפואי לשהיה במקלטים לקרבנות סחר בבני אדם; מעקב היריון וחיסונים בטיפות החלב - כל אלו מתוקצבים ע"י משרד הבריאות, אבל אינם ייעודיים רק למבקשי מקלט. מענים אלו הם חלקיים מבחינת היקף השירותים שהם מספקים ואינם פותרים את הבעיות הקיימות. למעשה הם רק מנכיחים את הצורך בהשקעת המשאבים בפתרון מערכתי כוללי ומקיף במקום בפתרונות אד-הוק נקודתיים.

## טבלה 2 | הוצאות המענים הרפואיים לזרים בישראל (במימון משרד הבריאות):

מענה רפואי	עלות לשנת 2016
מרפאת טרם	4,108,500
מרפאת גשר	840,000
שחפת ואיידס	6,500,000
אשפוז חולי שחפת	5,500,000
מתקן חולות	6,000,000
טורוקה	3,000,000
מאוחזת - ביטוח קטינים	11,450,000
טיפול חלב	1,362,000
מקלט קורבנות סחר	473,000
טיפול סיעודי	468,000
סה"כ	39,701,500

מחיר דוח מרכז המחקר והמידע של הכנסת, נטע משה, הכללת אוכלוסיית הזרים שאינם ברי הרחקה בסל הבריאות - אומדן עלות, (19.3.2017)

אנו סבורים שהמדינה יכולה להשקיע כסף ציבורי זה בצורה טובה ויעילה יותר, אם במקום להקצות כספים רבים למסגרות אשר ביכולתן לספק מענים נקודתיים וחלקיים בלבד, ורק למיעוט של מטופלים - יונהג הסדר ביטוחי כוללני, בדומה לזה המונהג עבור האוכלוסייה הישראלית, שיאפשר הנגשת שירותים רבים יותר, לכלל אוכלוסיית מבקשי המקלט.<sup>45</sup> הסדר שכזה יהיה כרוך בתשלום דמי ביטוח של המבוטחים לצד מימון ורגולציה של המדינה, כשאספקת השירותים נעשית על ידי קופות החולים.

אנו רואים בהסדר ביטוחי מקיף וכולל השקעה לטווח ארוך מכמה סיבות: ראשית, משום שהנגשת טיפול בקהילה תמנע הדרדרות והגעה אל מצבי חירום רפואיים, ועל כן גם תפחית את העומס מחדרי המיון ותמנע אשפוזים ארוכים יקרים ומיותרים; שנית, משום שבמקרה הצורך בתי החולים יקבלו שיפוי מקופות החולים על האשפוזים הבדיקות והטיפולים, בדומה למה שנעשה במקרה של תושבי המדינה; שלישית, כשלווקחים בחשבון את הטווח הארוך, הרי אין עוררין לגבי ערכה הכלכלי של רפואה מונעת. גם במקרה הנוכחי הנגשת שירותי בריאות בקהילה לאורך זמן תתרום לבריאותה ולחוסנה של קהילת מבקשי המקלט באורח שיתרום גם לחוסנה הכלכלי של מערכת הבריאות בכלל. בסעיף הבא נראה כיצד ביטוח זה אמור להיראות בפועל.

### ב. הסדר ביטוחי - קווים לדמותו

על מנת לסבר את האוזן, ננסה להעריך את העלות הכספית של הנגשת שירותי הרפואה הציבורית לאוכלוסיית מבקשי המקלט. על מנת לעשות זאת, נבחן את האפשרות של הרחבת והחלת "מודל מאוחזת" שמוצע כיום לקטינים חסרי מעמד, גם על בגירים חסרי מעמד. לשם כך ניעזר באומדן החדשי לעלות של שירותי הבריאות לנפש שקבעה המדינה. ע"פ חישוב זה, דמי הביטוח הרפואי לנפש עומדים על 378 ש"ח בחודש לתושב ישראלי.<sup>46</sup>

סכום זה יחולק כך שהפרמיה אשר ישלם מבקש מקלט לקופת החולים תהיה 150 ש"ח בחודש, וחלקה של המדינה יהיה 228 ש"ח בחודש.<sup>47</sup> נצרך לכך את הנתון לפיו חיים כיום בישראל 38,540 מבקשי מקלט.

<sup>45</sup> כמובן שהצורך בחלק מהשירותים הייעודיים לא יתבטל כליל עם המעבר למענה מערכתי מקיף. הדבר נכון בפרט לגבי שירותי בריאות הנפש לאוכלוסיית מבקשי המקלט, שם קיימת חשיבות רבה להכשרות ייחודיות של הצוות המטפל ולגישור לשוני ותרבותי כחלק אינטגרלי מהטיפול המוצע.

<sup>46</sup> הכללת אוכלוסיית הזרים שאינם ברי הרחקה בסל הבריאות - אומדן עלות, עמ' 10.

<sup>47</sup> כמובן שניכוי של 150 ש"ח בחודש אינו עניין של מה בכך, ויידרש ניסוח מערך פטורים והנחות למבוטחים שידם אינה משגת. התייחסות לכך חובא בהמשך בסעיף ג' בחלק זה. יש להזכיר כי כבר כיום מנוכה משכרם של חלק מהמועסקים סכום של כ-125 ש"ח בחודש עבור ביטוח בריאות פרטי, שבמקרים רבים אינו מכסה את צרכיהם הרפואיים.



יחד עם זאת, חישובינו הבא יערך מתוך הנחה שקהל היעד של הסדר ביטוחי עתידי יהיה כ-35,000 איש<sup>48</sup>.

חשולם של מבקשי המקלט	150 ש"ח x 12 חודשים x 35,000 מבקשי מקלט	63,000,000 ש"ח בשנה
חשולם של המדינה	228 ש"ח x 12 חודשים x 35,000 מבקשי מקלט	95,760,000 ש"ח בשנה
סה"כ		158,760,000 ש"ח בשנה

כפי שניתן לראות, השקעת משרד הבריאות ע"פ אומדן זה תהיה 95,760,000 ש"ח בשנה. כפי שהראינו קודם, ההוצאה הכספית כבר כיום של משרד הבריאות, ללא הסדר ביטוחי כולל, היא 75,973,000 ש"ח. אנו מבקשים ליצור מצב בו מבקשי המקלט גם יזכו לכיסוי רפואי רחב ככל הניתן, בדומה לתושבי המדינה, וגם ייקחו על עצמם חלק משמעותי בנטל מימון הביטוח הרפואי. ואכן ע"פ הצעתנו - מימון הביטוח יחולק כך שכ-60% מעלותו ימומן ע"י משרד הבריאות, וכ-40% ימומן ע"י המבוטחים עצמם.

הסדר זה כרוך בהגדלה זניחה של תקציב משרד הבריאות (סה"כ מדובר בתוספת של 20 מיליון ש"ח לשנה מתוך תקציב שנתי של 38 מיליארד ש"ח, כ-0.052% מהתקציב השנתי לבריאות), אבל השקעה זו תביא למצב בו יזכו כל מבקשי מקלט החיים בישראל לסל השירותים המלא, בדומה למבוטחים הישראליים. כך גם יותר אנשים יזכו ליהנות מטיפול רפואי מיטבי ומתמשך, וכך גם יצומצם היקף החובות האבודים של בתי החולים. לטווח הארוך זו השקעה נכונה יותר. ואכן, מחקרים שנערכו באירופה מורים כי הנגשת שירותים רפואיים מוסדרים וקבועים למהגרים שמעמדם לא הוסדר<sup>49</sup>, מביא לחיסכון ניכר בעלות שירותי הבריאות לאוכלוסייה זו. כך לדוגמה, בגרמניה, עלות הטיפול בכ-1000 מהגרים הסובלים מיל"ד, אשר זכו לאבחנה רפואית, מקב וטיפול במשך 5 שנים - היתה 2.98 מיליון אירו, לעומת 3.43 מיליון אירו ל-1000 חולים במצב רפואי דומה שלא קיבלו טיפול, אלא במקרי חירום. פערים אלו בעלויות הטיפול הרפואי חוזרים גם ביוון ובשוודיה. המחקר מראה כי קיים יחס ישר בין הענקת גישה לשירותי בריאות ובין חיסכון בעלויות שירותים אלה: ככל ששירותי הבריאות נגישים לאורך זמן ו/או ליותר אנשים - כך קטנה ההוצאה הכספית לאורך זמן.<sup>50</sup>

## ג. מענה להתנגדויות:

### 1. "לא כל מבקשי המקלט יוכלו לעמוד בתשלום דמי הביטוח החודשיים"

אכן, חלק מאוכלוסיית מבקשי המקלט שרויה במצוקה כלכלית קשה שתמנע ממנה לעמוד אפילו בתשלום דמי הביטוח המוצעים. על כן מן הראוי כי כל הסדר ביטוחי לאוכלוסיית מבקשי המקלט יהיה חייב לגלות רגישות למצוקות הללו, ולהנהיג מנגנון של וועדת חריגים שיאפשר מתן פטורים והנחות למעוטי השתכרות, לפי הקריטריונים הבאים:

<sup>48</sup> זאת בהתאם להפחתת כ-3600 מבקשי מקלט הכלואים כל שנה במחוק חולות ואינם מועסקים, ולא יוכלו לשלם עבור הביטוח הרפואי (ומבקלים טיפול רפואי דרך משרד הבריאות בתקופת שהותם במחוק).

<sup>49</sup> Trummer, U. et al., 2016. Cost savings through timely treatment for irregular migrants and EU citizens without insurance, Infographic and explanatory note. Available: <http://equi-health.eea.iom.int/IMAGES/TSSUMMARYPOLICYBRIEF.PDF>

<sup>50</sup> Bozorgmehr, K, and Razum, O., 2015. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994-2013 <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483>

Trummer, U., et al., 2014. Migrants and healthcare. Social and economic approaches. ASEF Public Health Network, Available: <http://c-hm.com/wp-content/uploads/2015/08/asef-joint-research-migrants-and-healthcare.pdf>

<sup>50</sup> מודלים כלכליים מורכבים תומכים בטענתנו כי גישה קבועה לשירותי בריאות היא בעלת הגיון כלכלי. ראו למשל דוח של הסוכנות לזכויות יסוד של האיחוד האירופי (FRA): Cost of migrants in an irregular situation, September 2015. <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation> מחקר זה נמחש ומשווה עלויות של הנגשת שירותי בריאות באופן קבוע לעומת העלויות של שירותי בריאות הניתנים במצבי חירום בלבד בעקבות היעדר נגישות קבועה. זאת ע"י ניתוח שחיים מהבעיות הרפואיות הנפוצות ביותר במדינות האיחוד האירופי - יתר לחץ דם, וכן בעיות הקשורות בהיעדר מעקב היריון. במסגרת המחקר נבדקו שלוש מדינות - גרמניה, יוון ושוודיה, כאשר ביחס אליהן מצליח להוכיח כי שירותים רפואיים הניתנים בזמן ובאופן קבוע עבור מהגרים שמעמדם לא הוסדר - יש ביכולתם לא רק לתרום להגשמת זכותו של כל אדם להשיג שירותי בריאות גופנית ונפשית, אלא יש בו גם פן נוסף של חיסכון כלכלי.

- אנשים שחולים במחלות כרוניות שאינן מאפשרות להם לעבוד
- אנשים עם מוגבלות פיזית/נפשית
- אנשים שעברו תאונת עבודה וטובלים מאובדן כושר עבודה/נכות
- משפחות חד הוריות/נשים מוכות: על פי רוב מדובר בנשים חד הוריות, המתפרנסות בדוחק רב
- קרבנות סחר מוכרים
- קרבנות עינויים

יש לציין שכיום, דווקא מי שצורך הכי פחות שירותי בריאות מקרב מבקשי המקלט משלם הכי הרבה (לחברות הביטוח הפרטיות), ומנגד, ומי שזקוק לרוב השירותים משלם הכי פחות ועולה הכי הרבה למדינה. הסדר ביטוחי מהסוג שאנו מציעים יאפשר להחיל את העיקרון של ביטוח בריאות קולקטיבי, הדדי, באופן שמאפשר סבסוד צולב בין הבריאים יותר לבריאים פחות: גביית דמי הביטוח תיעשה מרוב מבקשי המקלט, כשצריכת השירותים של המטופלים הנזקקים יותר תכוסה גם על ידי התשלומים של האוכלוסייה היותר בריאה, כפי שנעשה למעשה גם במודל הנהוג על תושבי המדינה.

## 2. "לא ניתן לגבות דמי ביטוח ממי שאינם תושבי המדינה"

לאור העובדה כי המדינה מצליחה לגבות תשלומים למס הכנסה ולביטוח לאומי ממבקשי המקלט המועסקים, ולאור העובדה כי המדינה מנהלת רישום מדוקדק של מבקשי המקלט ומאריכה את אשרת השהייה שלהם באופן סדיר, אנו סבורים כי יכולות להיות מספר דרכים לבצע גבייה מסודרת של דמי הביטוח החודשיים – בין אם ישירות בסניפי קופות החולים, כפי שנעשה במקרה של ההסדר עבור קטינים חסרי מעמד, בין אם דרך ניכוי מס בריאות חודשי למי שעובד ומונפק עבורו תלוש משכורת מסודר.

## 3. "ברגע שיוסדר מענה ביטוחי למבקשי המקלט יגיעו לארץ רבים נוספים"

אנו סבורים כי הזכות לבריאות, בהיותה זכות אדם בסיסית, אסור לה שתשמש כלי מקח בהתוויית מדיניות ההגירה של ישראל. יתר על כן, בהתוויית מדיניות בריאות, על משרד הבריאות לפעול מתוך שיקולים הרלוונטיים לתחום אחריותו, דהיינו שיקולים הקשורים לאתיקה רפואית, בריאות הפרט ובריאות הציבור, וכן שיקולים כלכליים של מערכת הבריאות. בנוסף, לאור העובדה שמשנת 2013 הגדר מהווה חסם פיסי לכניסתם של מבקשי מקלט נוספים, חשש זה אינו מהווה סייג ממשי. להדגמה, בשנת 2016 נכנסו לישראל 18 מבקשי מקלט בלבד, לעומת 17,268 מבקשי מקלט שהגיעו לישראל בשנת 2011.<sup>51</sup>

לסיכום, במקום לממן טיפולי חירום יקרים ולהנציח את הסטאטוס-קוו המעוול הקיים, ראוי כי המדינה תבצע "הצרכה תקציבית" ותשתתף בסבסוד שירותים רפואיים, במקביל לתשלום הקבוע של המבוטחים. באופן הזה יונגשו שירותים רפואיים בקהילה, לרבות מעקבים לחולים כרוניים ורפואה מונעת, ובדרך זו יצטמצמו מקרי החירום המחייבים אשפוזים ארוכים ויקרים בבתי החולים. כך, בנוסף להיותה מבטחת את מבקשי המקלט, המדינה למעשה מבטחת גם את עצמה מפני בורות תקציביים וחובות אבודים פוטנציאליים. זהו פתרון בר קיימא, המתיישב הן עם ציווי המוסר והאתיקה, הן עם הצרכים הרפואיים של אוכלוסייה החיה בקרבנו מזה כעשור, והן עם הצרכים התקציביים של מדינת ישראל.

<sup>51</sup> רשות האוכלוסין וההגירה – האגף לתכנון מדיניות, נחוני ז'ים בישראל, מהדורה 4/2016 סכום שנת 2016: [https://www.gov.il/BlobFolder/generalpage/foreign\\_workers\\_stats/he/foreigners\\_in\\_Israel\\_data\\_2016\\_0.pdf](https://www.gov.il/BlobFolder/generalpage/foreign_workers_stats/he/foreigners_in_Israel_data_2016_0.pdf)



## חלק רביעי: ההגירה המואצת בעולם – מגמות בהנגשת שירותי הבריאות לפליטים ולמהגרים

כניסתם של מבקשי המקלט מאפריקה לישראל אינה אירוע יחידאי או תופעה מבודדת. תופעת ההגירה המואצת שמתחוללת בעולם כולו הגיעה לשיא בשנים האחרונות עם כ-244 מיליון מהגרים בשנת 2015, ובפרט בעקבות מה שמכונה "משבר הפליטים באירופה". משבר זה הוביל עד כה לכניסתם של כשני מיליון איש בשלוש השנים האחרונות אל יבשת אירופה בלבד: גברים, נשים, וילדים שנמלטו מארצות המזרח התיכון ואפריקה, במנוסתם ממלחמות אזרחים, טרור, משטרים דכאניים, מצוקות כלכליות ושינוי אקלים, ובתקווה לחיים שלווים ובטוחים יותר.<sup>52</sup>

לפי הערכות, בעשורים הבאים צפויה מגמת ההגירה הזו אף לגבור, ולהגיע לשיא חסר תקדים של כ-400 מיליון מהגרים בשנת 2050.<sup>53</sup> הגירה מואצת זו תובעת התארגנות מחודשת שתאפשר פתרונות נאותים להתמודדות עם שלל האתגרים שהיא מציבה, הן ברמה הבינלאומית, הן ברמה הלאומית, והן ברמות המקומיות. בכלל זה נתבעת היערכות מחודשת להתמודדות עם האתגרים שההגירה מציבה למערכת הבריאות. כבר כיום, עוד בטרם השכיל העולם להיערך באופן ראוי לגלי ההגירה המואצת, ניתן להצביע על פרקטיקות ראויות שמונהגות בחלק מהמדינות שקלטו את מרבית הפליטים בשנים האחרונות, ואשר מסמנות התחלה של שינוי

<sup>52</sup> <http://qmdac.iom.int/global-migration-trends-factsheet>

<sup>53</sup> <http://www.reuters.com/article/us-migration-idUSTRE6AS00320101129>

מבורך ביחס של מערכות הבריאות אל חסרי המעמד.<sup>54</sup> להלן נסקור בקצרה כמה מהדוגמאות המובילות בהקשר זה:

**בגרמניה**, שקלטה בשנים האחרונות למעלה ממיליון איש,<sup>55</sup> נעשתה הבחנה בין מי ממבקשי המקלט שבקשת המקלט שלו מצויה בהליכי בדיקה למעלה מ-15 חודשים, לבין מי שנמצא בהליך פחות מ-15 חודשים. בעוד שעבור אלה האחרונים, נוקטת גרמניה בגישה שמזכירה את שתואר לעיל לגבי ישראל, ומנגישה שירותי רפואה דחופים במצבי חירום רפואיים בלבד, הרי שבחלוף 15 חודשים, ובמידה ועדיין לא נתקבלה תשובה לבקשת המקלט, זכאי מבקש המקלט לכיסוי מלא של השירותים הרפואיים, בדומה לאזרחי גרמניה.<sup>56</sup> יש להדגיש כי מרבית בקשות המקלט מטופלות במסגרת 15 החודשים הראשונים.<sup>57</sup> כאמור, מחקרים שנערכו בגרמניה מצביעים על כך שגישה זו מפחיתה את עלויות הטיפול המשותות על המדינה.

**בצרפת**, בה הוגשו 75,000 בקשות מקלט במהלך 2015 בלבד,<sup>58</sup> ניתן כיסוי רפואי נרחב לזרים המתגוררים בשטחה, ללא תלות במעמדם האזרחי. מבקשי המקלט זוכים להנגשה מלאה של שירותי הבריאות הציבוריים ללא התניה.<sup>59</sup> עם זאת, מי מביניהם שלא הוכר כמבקש מקלט או ששוהה ללא תעודות, נדרש להציג מסמך מזהה והוכחה לשהות של מעבר לשלושה חודשים כמו גם יכולת כלכלית מסוימת, כתנאי לקבלת שירותי בריאות.

גם **איטליה** פתחה שעריה לעשרות אלפי מבקשי מקלט, ובמהלך 2015 בלבד הוגשו באיטליה 83,000 בקשות מקלט.<sup>60</sup> בדומה לצרפת, גם איטליה מנגישה מנעד רחב של שירותי רפואה לאוכלוסיית המהגרים שבשטחה, לרבות מבקשי המקלט שזכאים לשירותי הבריאות הציבוריים מרגע רישומם כמבקשי מקלט במדינה.<sup>61</sup> גם למי מביניהם שבקשת המקלט שלו נדחתה או שאשרת השהייה שלו פגה ומוגדר כ-undocumented migrant, מוצע כיסוי ביטוחי מצומצם ולזמן קצוב (הניתן להארכה) באמצעות קבלת קוד זיהוי אנונימי שיאפשר קבלת שירותי רפואה מבלי להיחשף לסכנת מעצר וגירוש (Stranieri Temporaneamente Presenti – STP).<sup>62</sup>

**מיליוני הפליטים מסוריה שנמלטו אל טורקיה**<sup>63</sup> זכאים גם הם לכיסוי רפואי מלא בדומה

<sup>54</sup> בהקשר זה חשוב לחדד את הייחודיות של המקרה הישראלי ביחס לגישתה אל מבקשי המקלט מאיחריאה ומסודן, שאינם בני הרחקה, ושנדונים בדוח הנוכחי: מחד גיסא, ישראל מאפשרת להם להמשיך לשהות כדין בישראל על אף שהם מוגדרים כ"מסתננים", דהינו כמי שבכנסו ללא הירשולא במעברי הגבול הרשמיים; מאידך גיסא, היא מונעת מהם לזכות במעמד פליט או חושב ארצי שזכויות שיתסיות בצידן. מכאן שבמובנים הרלוונטיים לדין בזכות לבריאות לרווחה ולחיים בכבוד, המעמד המקביל של מבקשי המקלט מאיחריאה ומסודן שחיים בישראל, הוא יותר כשל undocumented migrants (מהגר לא מומעד) בארצות אירופה, מאשר של asylum seeker – וזאת מאחר וישראל נוטה באופן גורף להתעלם או לדחות את בקשות המקלט של אנשים אלה.

<sup>55</sup> Organization for Economic Co-operation and Development, *International Migration Outlook 2017*, p. 190 [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2017\\_migr-outlook-2017-en](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2017_migr-outlook-2017-en)

<sup>56</sup> אם כי מצב חירום ניתן לפרשנות רחבה שכוללת במקרים רבים גם מענה לבעיות כרוניות. ראו דו"ח MIPEX וכן דו"ח של ארגון ההגירה הבינלאומי (IOM): *Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Reports*, No. 52, (2016) [https://publications.iom.int/system/files/mrs\\_52.pdf](https://publications.iom.int/system/files/mrs_52.pdf)

<sup>57</sup> AIDA Asylum Information Database, *Health Care - Germany* [http://www.asylumineurope.org/reports/country/germany/reception-conditions/health-care#footnote1\\_hizs27m](http://www.asylumineurope.org/reports/country/germany/reception-conditions/health-care#footnote1_hizs27m)

<sup>58</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development, *International Migration Outlook 2017*, p. 188 [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2017\\_migr-outlook-2017-en](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2017_migr-outlook-2017-en)

<sup>59</sup> *Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Reports*, p. 47

<sup>60</sup> Phillip Connor, *Number of Refugees to Europe Surges to Record 1.3 Million in 2015*, Pew Research Center (2 August 2016) <http://www.pewglobal.org/2016/08/02/appendix-a-asylum-applications-1985-through-2015>

<sup>61</sup> Healthmanagement.org, *Facts & Figures: The Italian Healthcare System*, vol. 1 issue 1 (Spring 2006) <https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/facts-figures-the-italian-healthcare-system>

<sup>62</sup> IOM, *Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Reports*, pp. 35-36

<sup>63</sup> Corallina Lopez Curzi, *Healthcare for Asylum Seekers in Italy in Theory and in Practice*, legal dialogue, (January 2017) <http://legal-dialogue.org/health-care-asylum-seekers-italy-theory-practice>

<sup>63</sup> 1-2015 בלבד כנסו לטורקיה כ-900 אלף פליטים טורקים

Organisation for Economic Co-operation and Development, *International Migration Outlook 2017*, p. 238

לתושבי המדינה, הן במחנות הפליטים והן מחוצה להם. עם זאת, עבור פליטים ממדינות אחרות שחיים מחוץ למחנות הפליטים, הכיסוי הרפואי מצומצם יותר.<sup>64</sup>

הפליטים שזוכים לשוב-מחדש בקנדה זכאים לשירותי בריאות מטעם המדינה, ובהתאם לתקנות המסוימות במחוז שאליו הם משוייכים.<sup>65</sup> מי מביניהם שאינו זכאי לכיסוי מכוח תקנות המחוז, יכול לזכות בכיסוי לשירותים רפואיים מכוח ה Interim Federal Health Program IFHP שמשפק כיסוי זמני ומוגבל בהיקפו עד לכניסת הכיסוי מטעם המחוז לתוקף.<sup>66</sup>

יחד עם זאת, ולנוכח הפערים שמתגלעים בין התקנות הרשמיות בכל מדינה לבין המצב בשטח, לפיו אלפי מהגרים חדשים נותרים ללא טיפול רפואי נאות, התפתחו בשנים האחרונות מנגנונים מקומיים, אזוריים ועירוניים, שמבקשים לגשר על הפערים בהנגשת שירותי בריאות למי שזה מקורב באו. כך למשל העיר גנט מעניקה לחסרי המעמד גישה לשירותי הבריאות העירוניים תוך הגמשת הדרישות הרשמיות של בלגיה לזכאות לגישה זו, ובעיר זו גם הוקמו מרכזי בריאות נפש קהילתיים שמשפקים שירותים מסובסדים לחסרי המעמד. הלסינקי שבפינלנד גיבשה מדיניות שמאפשרת לפתוח את בתי החולים ושירותי הבריאות הציבוריים בפני חסרי המעמד שמתגוררים בשטחה, ודיסלדורף שבגרמניה מממנת שירותי בריאות למהגרים באופן שעוקף את הדרישה לחשוף את זהותם של המהגרים, על מנת לצמצם את חשיפתם לסכנת הגירוש. ערים נבחרות בהולנד כגון אמסטרדם, אוטרקט, ואינדהובן מממנות ארגונים מקומיים שמשפקים שירותי רפואה לחסרי המעמד במקרים בהם שירותים אלו אינם מכוסים על ידי החוק ההולנדי, ובמדריד וברצלונה אף פצחו בקמפיין להעלאת המודעות בקרב הקהילה הרפואית כמו גם בקרב המהגרים עצמם, לגבי זכאותם לשירותי בריאות ללא תלות במעמדם החוקי במדינה. למעשה ב-2016 מדריד אישרה הכנסתה של תעודה-מזהה ייחודית עבור חסרי המעמד שתאפשר להם גישות לשירותי הבריאות הציבוריים שמציעה העיר.<sup>67</sup>

אין עוררין כי על אף כל זאת, בכל מדינות המערב יש עוד כר נרחב לשיפור מדיניות ההגירה והקליטה, ובכלל זה גם בכל הנוגע להנגשת שירותי הבריאות עבור המהגרים. אולם כבר מהסקירה החטופה שלעיל ניכרות שתי מגמות מקבילות, שמן הראוי לאמצן גם בהקשר הישראלי: האחת נוגעת לקיומם של מסלולי התאזרחות כמו גם של מנגנוני מקלט מתפקדים, הבוחנים באופן רציני ובתקופת זמן קצובה את בקשות המקלט המוגשות, ומאפשרים מתן מעמד והגנות משלימות למי שנמצא בעל עילת-פליטות או עילות אחרות. השנייה נוגעת לחובנת-העומק שמקבלת ביטוי במדיניות של כמה מהמדינות והערים שנסקרו לעיל. לפי תובנה זו, כאשר מדובר בזכותו הבסיסית של אדם לבריאות, מן הראוי להנגיש את השירותים הרפואיים באופן מקיף, וללא תלות בשאלת מעמדו, בין אם הוא פליט, מבקש מקלט, או מהגר לא-מתועד. מן הראוי שמדינת ישראל תאמץ את שתי המגמות הללו גם יחד.

KADIR GÜRSOY, An Overview of Turkish Healthcare System after Health Transformation Program: Main Successes <sup>64</sup>

Performance Assessment, Further Challenges, and Policy Options (March 2015)  
[https://www.researchgate.net/publication/304241347\\_An\\_Overview\\_of\\_Turkish\\_Healthcare\\_System\\_after\\_Health\\_Transformation\\_Program\\_Main\\_Successes\\_Performance\\_Assessment\\_Further\\_Challenges\\_and\\_Policy\\_Options](https://www.researchgate.net/publication/304241347_An_Overview_of_Turkish_Healthcare_System_after_Health_Transformation_Program_Main_Successes_Performance_Assessment_Further_Challenges_and_Policy_Options)  
<http://www.cic.gc.ca/english/resources/publications/tfw-rights.asp> <sup>65</sup>

Denise Balkissoon, Migrant farm workers deserve better from Canada, The Globe and Mail (19 September 2016)  
<https://www.theglobeandmail.com/opinion/migrant-farm-workers-deserve-better/article31936582>

Government of Canada, Interim Federal Health Program: Summary of coverage <sup>66</sup>  
<http://www.cic.gc.ca/english/refugees/outside/summary-ifhp.asp>  
[http://picum.org/picum.org/uploads/publication/CityOfRights\\_FINAL\\_WEB\\_EN.pdf](http://picum.org/picum.org/uploads/publication/CityOfRights_FINAL_WEB_EN.pdf) <sup>67</sup>





## חלק חמישי: מדיניות בריאות בעידן של רב תרבותיות

הנגשה שוויונית של שירותי הבריאות הינה צעד ראשוני והכרחי לפתרון המצוקות שתוארו לעיל, אולם היא איננה צעד מספיק. על מנת להבטיח שלכל אדם תינתן הזדמנות שווה לממש את מלוא פוטנציאל הבריאות שלו, במקביל להחלת הסדר ביטוחי על אוכלוסיית מבקשי המקלט, נדרש לערוך את ההתאמות הנדרשות בקרב מוסדות הבריאות וספקי השירותים, על מנת לאפשר נגישות מיטבית אליהם. במילים אחרות, על מנת לצמצם את הפערים בבריאות בין אוכלוסיית תושבי ישראל לאוכלוסיית מבקשי המקלט נדרשת גם הכרה, הבנה, והתייחסות אל בעיות היסוד של אוכלוסיית היעד, עם שימת דגש על הצרכים האישיים והחברתיים של אותן הקבוצות החלשות והפגיעות, ובפרט בבואן לצרוך ולקבל שירותי בריאות.<sup>68</sup> כיום נהוג אפוא להרחיב את ההגדרה של שוויון בבריאות ולדבר בנוסף על "שוויוניות בבריאות" (Equity in Health).

יעד זה של שוויוניות בבריאות יושג באמצעות פעולה בשני מישורים במקביל: ראשית, פעילות בקרב צוותים רפואיים ונותני שירותים, לשם הטמעה והתאמה של כלים ייעודיים לטיפול בקהל מבקשי המקלט, באמצעות הכשרות לכשירות תרבותית (cultural competency); שנית, עבודה מול קהילת מבקשי המקלט לשם העמקת ההיכרות עם מערכת הבריאות הישראלית, והקניית ידע על זכויותיהם כמטופלים.

<sup>68</sup> משרד הבריאות עוסק מזה מספר שנים ביחור שאח בצמצום אי השוויון בבריאות, תוך זיהוי הגורמים החברתיים החוץ מערכתיים המשפיעים על הבריאות, בד בבד עם ניסיונות למצוא פתרונות לחסמים אלו באמצעות כלים שונים, למשל באמצעות כשירות תרבותית. ראו חוברת הדרכה של משה"ב בנושא - "שוויון בבריאות בכל מדיניות - שב"מ" (אפריל 2017)

כשירות תרבותית נוגעת להתאמות התרבותיות שעושים ארגונים השואפים להעניק שירות/טיפול בצורה יעילה יותר לאוכלוסיות מגוונות מבחינה תרבותית. כשירות תרבותית של שירותי הבריאות מייחסת חשיבות מיוחדת למקום התרבותי ממנו מגיע המטופל ולהשפעות התרבותיות-חברתיות עליו, ולאופנים בהם מודעות לגורמים אלה עשויה לשפר את איכות מתן השירות הרפואי הניתן למטופלים מרקע תרבותי שונה. מדובר למעשה במכלול פעולות אשר יש בהם כדי לצמצם את הפערים בבריאות על רקע של הבדלים תרבותיים בין נותני השירותים ובין המטופלים.

התאמות אלו מחייבות בראש ובראשונה הנגשה לשונית של שירותי הבריאות לקהל היעד. הנגשה לשונית זו כרוכה הן בהמצאם של מתורגמנים במוסדות הבריאות, באופן שיאפשר תיווך מיטבי בין הרופא המטפל למטופל, והן בהנגשת מידע בע"פ ובכתב בשפת האם של קהלי היעד. מעבר להפצת מסמכים ועלוני מתורגמים, נדרש איוש של מוקדים טלפונים שיוכלו לספק מענה בזמן אמת למטופלים. כבר כיום, כשחלק ממבקשי המקלט מבוטחים באמצעות ביטוחים פרטיים ומקבלים שירותים (הגם אם חלקיים) באמצעות קופות החולים, ניכר החוסר בתיווך לשוני נאות. כך למשל, מתקשים רבים מהמבוטחים מבקשי המקלט למצוא את זכויותיהם מול חברת הביטוח בשל קשיים בתקשורת מול הנציגים הטלפונים של החברה. גם בהקשר של קבלת שירותים רפואיים ניכר החוסר בתיווך לשוני: כאשר נדרש המבוטח לקבוע תור לרופא דרך המענה הטלפוני, הוא נתקל בחסמים רבים שנובעים מקושי להבין את ההנחיות של המענה הקולי, ואל רל"א מגיעות בקשות רבות לסיוע בהיבטים הבירוקרטיים הכרוכים בהשגת התורים.

פרוויני, מבקשת מקלט מאריתריאה הנמצאת בשליש השני להריונה, הגיעה אל רל"א עם תוצאות בדיקות סקר שמעידות על ערכים חריגים ועם הפניה לייעוץ גנטי, שאינו מכוסה על ידי הביטוח הרפואי שבידה. במהלך הניסיונות לסייע לה לקבוע תור לייעוץ בביה"ח ולהתמודד עם המענה הקולי בעברית, הסתבר כי היא אינה מבינה את מהות הייעוץ הנדרש או את חשיבות הבדיקות הנוספות. זאת על אף שעל אף שבטופס ההפניה צוין כי "המטופלת קיבלה הסבר – וידאתי שהבינה".

חשוב להזכיר כי בהיעדר יכולת לגישור לשוני ותרבותי מסתכן הרופא בקשיים בתקשורת שעלולות להיות להם השלכות ממשיות על טיב הטיפול שיוגש ועל בריאותו של המטופל וסביבתו:

טסגה, מבקשת מקלט מאריתריאה הגיעה למרפאה הפתוחה של רל"א מלווה בחברתה. זו האחרונה סיפרה כי לאחרונה עברה טסגה הפלה ובעקבותיה אינה מסוגלת לראות. חברתה העלתה את החשש כי לקתה בעיוורון עקב תרופות שקיבלה מגורם בלתי מקצועי. בטרם נשלחה לבדיקת ראייה וכן לבדיקה נירולוגית, שוחחה המטופלת עם אחות מתנדבת במרפאה, הדוברת את שפתה. בשיחתן עלה כי טסגה חשה אשמה רבה על ההפלה שעברה ועל כך "אינה יכולה עוד להסתכל לאנשים בעיניים". בעקבות זאת הובן כי טסגה זקוקה בעיקר לתמיכה פסיכולוגית, וכי אין בעיה של ממש בראייתה.

\*

טספהלם, מבקש מקלט מאריתריאה בן 27 אובחן כסובל מהפטיטיס B על ידי רופא המשפחה בקופ"ח. אלא שעקב קשיי השפה התקשה הרופא להסביר לטספהלם על טיב המחלה ודרכי העברתה. כשהגיע טספהלם אל רל"א התברר כי הוא וזוגתו לא ידעו שהיא עלולה להידבק, ולא נקטו באמצעי הזהירות הנדרשים.



בנוסף על גישור לשוני, נדרשת הכשרה של הצוותים המטפלים בסוגיות הקשורות בתנאי החיים של מבקשי המקלט ובמגבלות שמושמות עליהם בישראל כיום, כגון איום הכליאה במתקן "חולות", אפשרויות התעסוקה המוגבלות שפתוחות בפניהם, ומצבם הסוציאלקונומי שתורם לתנאי המחיייה והתברואה הירודים. לבסוף, גם הבנת הרקע התרבותי של מבקשי המקלט עשויה לסייע לרופאים בהגשת טיפול. כך למשל, מי שאמונים על טיפול פסיכיאטרי במבקשי המקלט מדווחים כי פעמים רבות מתארים המטופלים את מצוקתם הנפשית באמצעות דימויים של תחושת שריפה חזקה בראשם. תיאורים אלו הובילו בחלק מהמקרים לשליחתם לבדיקות אבחוניות יקרות משום שלא היתה היכרות מספקת עם אופני ההבעה והביטוי של מצוקות אלו בקרב רבים מהאוכלוסייה.

יש להדגיש כי גם מן ההיבט הכלכלי, ההשקעה בגישור לשוני ותרבותי היא השקעה נבונה: אין מדובר כאן בהשקעה בציוד יקר אלא בהדרכות קצרות ובתקנים למתורגמנים ומגשרים תרבותיים. השקעה שכזו עשויה לתרום רבות לשיפור השירות והנגישות לטיפול רפואי, כמו גם לצמצום העלויות הסמויות למערכת הבריאות שהוזכרו קודם לכן, שנגרמות עקב פערי המידע והתקשורת.

כאמור, במקביל להתאמות הנדרשות בקרב צוותי הרפואה ונותני השירותים, נדרשת גם התאמה בקרב קהל היעד, אוכלוסיית מבקשי המקלט. בכלל זה נדרשת עבודה לשם העמקת ההיכרות עם מערכת הבריאות ועקרונות השירותים הניתנים במסגרת הביטוח הרפואי, לרבות תיווך של ידע ועזרה בניווט בסבך הבירוקרטיה מול אותם הגורמים ברמה הארגונית והממסדית. בעבודה זו צברנו ברל"א ניסיון בלתי מבוטל במהלך השנים, ולכשיונגשו שירותי הבריאות הציבוריים למבקשי המקלט באמצעות הסדר ביטוחי, ניתן יהיה לתגבר את העבודה מול הקהילה על מנת לתווך בין מבקשי המקלט למערכת הבריאות הישראלית.

לאחרונה, במסגרת מפגש עם נשים מבקשות מקלט, הוסבר להן על זכותן לבריאות בכלל, ועל זכויותיהן לטיפול במצבי חירום מתוקף "חוק זכויות החולה" בפרט. בתגובה להסברים הגיבה אחת מהמשתתפות, אם יחידאית ממוצא אריתראי, בביטול באומרה כי "אני למדתי שבישראל יש חוק לישראלים וחוק לאריתריאים". אנו מקווים ששינוי המדיניות שהוצע לעיל, יחד עם ההתאמות הלשוניות והתרבותיות במוסדות הבריאות וכן הנגשת הידע בקרב הקהילה, יובילו לשינוי גם בחוויה שמקבלת ביטוי בדברים קשים אלו שאמרה מבקשת המקלט.



## סיכום

שינוי המדיניות שהוצע לאורך עמודים אלו מחייב ממשד הבריאות לקחת אחריות על אוכלוסיית מבקשי המקלט שחיה בשטחי ישראל. הוצאה לפועל של מדיניות הדוגלת בשוויון בבריאות, דורשת בנוסף ללקיחת אחריות גם שיתוף פעולה בין קובעי המדיניות עצמם ובין הארגונים האזרחיים המלווים את מבקשי המקלט בישראל מזה כעשור. כמי שרכשו ניסיון רב בעבודה עם מבקשי המקלט, כמי שמכירים את מצוקותיה של הקהילה כמו גם את הפערים והחסמים האינהרנטיים הקיימים במפגש עם מערכת הבריאות, אנו קוראים לשיתוף פעולה בין משרד הבריאות לארגוני החברה האזרחית, הן בתהליך קבלת החלטות והן בביצוען מול קהילת מבקשי המקלט.

משרד הבריאות כבר מודע למצוקותיהם של מבקשי המקלט המנועים מלקבל שירותים רפואיים בקהילה, ולאחרונה אף מודה באזלת ידם של הפתרונות שמוצעים עבורם כיום. מעת לעת מצהירים נציגי המשרד כי הם בוחנים דרכים כדי לאפשר פתרונות כוללניים יותר, אלא שעד כה נמנע משה"ב מלגבש מדיניות של ממש. הפיתרון הראוי שהוצג לעיל, בדמותו של הסדר ביטוחי מקיף בסבסוד של המדינה עבור מבקשי המקלט, אמנם כבר עומד על הפרק, אולם טרם נעשו צעדים ממשיים כדי ליישמו.

לטענת בכירים במשרד הבריאות יזיהם קשורות, שהרי היום יותר מתמיד, לנוכח המדיניות הממשלתית שלוחצת את מבקשי המקלט, אין באפשרותו של משרד הבריאות לגבש מדיניות שתענה

באורח ממשי על צרכי הבריאות שלהם. בשעה שמשרד הפנים פועל להרחיק את מבקשי המקלט ולהניע אחרים מלהיכנס לישראל, מנוע משרד הבריאות מלהטיב את מצבם של השוהים פה.

אולם דווקא עכשיו, הגיע הזמן לחשוף את העיוות שכרוך בהנחת היסוד שמדריכה את קברניטי משה"ב, ולערער על תקפותה: ההנחה שמדיניות הבריאות כלפי מבקשי המקלט צריכה לשקף ואף לשרת את מאבקו של משרד הפנים בחסרי המעמד. אם מדינת ישראל מבקשת למנוע כניסה של מבקשי מקלט נוספים לשטחה – משאלה שלנוכח האירועים העכשוויים בעולם מוסריותה ראויה לבחינה נפרדת – אל לה לעשות זאת באמצעות שלילת זכויות אדם בסיסיות והפקרה של מי שכבר חיים כאן.

דווקא עכשיו, מן הראוי שמשרד הבריאות יפעיל את מערך השיקולים העצמאיים, הרלוונטים לתחום עיסוקו – ובראשם שיקולים רפואיים ואתיים, הנוגעים לבריאות הפרט ולבריאות הציבור, כמו גם שיקולים כלכליים ארוכי טווח – ויגבש מדיניות בת קיימא עבור קהילת מבקשי המקלט החיים בינינו. דווקא עכשיו, מן הראוי שמשרד הבריאות ינקוט עמדה אמיצה מול האתגר שמציבה תופעת הפליטות וינגיש באורח שיויוני ומלא את שירותי הבריאות גם לקהילת מבקשי המקלט, באופן שיקל על מצוקתם, ושלא על מנת למרר את חייהם עוד יותר.

נספח:  
חובות אבודים | מידע מאיכילוב; וולפסון; שיבא



24.11.2016

לכבוד

מר אביתר שמיר

ארגון רופאים לזכויות אדם

מתלכת מחנכים וחסרי מעמד

בדוא"ל: [avyatar@phr.org.il](mailto:avyatar@phr.org.il)

שלום רב,

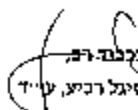
**הנדון: בקשת מידע מיום 22.11.2016 לגבי עלויות טיפול בביה"ח חסרי מעמד חסרי ביטוח**

**חשוחים בישראל**

במענה לבקשת המידע שבנדון, הריני לפרט את העלויות כולקמן.

1-10.16	2015	2014	2013	
18,844,685	19,600,708	23,396,833	24,224,038	אשפוז
2,028,748	2,152,548	1,534,100	841,323	אמבולטורי
1,885,922	2,163,901	1,862,128	2,168,740	מיון
<b>22,860,365</b>	<b>23,917,157</b>	<b>26,793,060</b>	<b>27,234,101</b>	<b>Grand Total</b>

החלק הארי של עלויות הטיפול בשוחים בישראל שהינם חסרי מעמד חסרי ביטוח הינו בגדר חוב אבוד שאינו ניתן לגבייה.

  
 סגל רבינוכי, ע"ד  
 הממונה על חופש המידע  
 המרכז הרפואי ת"א

תשובת בית החולים וולפסון לבקשת חופש המידע:

**חובות בנין חסרי ביטוח בין השנים 2013 (נכון ל-29.12.16)**

**2014 - 2015 (נכון ליום 22.5.2016) ולישנת 2016 עד**

**30.11.16**

2016 עד 30.11		2015		2014		2013	
יתרת חוב בש"ח	מס' מטופלים	יתרת חוב בש"ח	מס' מטופלים	יתרת חוב בש"ח	מס' מטופלים	יתרת חוב בש"ח	מס' מטופלים
851,610	57	3,545,897	145	1,983,580	124	2,732,076	140
235,512	266	585,117	647	585,240	673	400,671	467
759,639	614	509,569	34	809,076	52	992,242	909
467,351	37	773,997	56	793,083	62	1,381,083	114
<b>2,314,112</b>	<b>974</b>	<b>5,414,580</b>	<b>882</b>	<b>4,170,979</b>	<b>911</b>	<b>5,506,072</b>	<b>1,630</b>

Dr. Zehavit Zivner M.D.,MHA

Deputy Director

E. Wolfson Medical Center- Holon

State of Israel- Ministry of Health

Tel: 972-3-5028325

Fax: 972-3-5028896

ד"ר זהבית זיו-נר

סגנית מנהל

המרכז הרפואי ע"ש א.וולפסון, חולון

מדינת ישראל - משרד הבריאות

אביתר שלום רב,

1. בהתייחס לבקשתך בעניין עלויות הטיפול בבית החולים בחסרי מעמד חסר ביטוח השהוים בישראל להלן הנתונים המבוקשים:

2016		2015		2014		2013	
סכום טיפולים בש"ח	כמות מטופלים	סכום טיפולים בש"ח	כמות מטופלים	סכום טיפולים בש"ח	כמות מטופלים	סכום טיפולים בש"ח	כמות מטופלים
3,537,649	81	2,633,849	127	2,100,455	105	3,389,253	128
477,404	49	381,458	91	601,100	111	999,159	100
283,716	333	311,828	373	279,545	343	309,420	382
<b>4,298,769</b>	<b>463</b>	<b>3,327,135</b>	<b>591</b>	<b>2,981,100</b>	<b>559</b>	<b>4,697,832</b>	<b>610</b>
							אשפוז
							אמבולטורי
							מיון
							סה"כ

2. מקווה כי המידע יטיע לכם.

בברכה,

עודד גורני, יועץ משפטי והממונה על חופש המידע

המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, תל השומר

טל: 03-5303423, פקס: 03-5303898, נייד: 052-6667770