

במלכודת ההדרה : חולי סרטן
חסרי מעמד בישראל

ינואר 2021

כתיבה : זואי גוטצייט

סיוע במחקר : יותם רוזנר

עיצוב : דוד מוסקוביץ – דוד ויוסף

כל השמות שונו על מנת להגן על פרטיותם של הפונים והמטופלים

תודה למחלקת המדינה של ארה"ב על תמיכתם

This report was funded in part by a grant from the United States Department of State. The opinions, findings and conclusions stated herein are those of the author and do not necessarily reflect those of the United States Department of State



תוכן עניינים

4 תקציר

6 חלק ראשון : חסרי המעמד במלכודת ההדרה

- א. רקע: "השיטה" הישראלית לטיפול בחסרי מעמד
- ב. מחיר ההדרה: "השיטה" וחסרונותיה
- ג. חולי סרטן במלכודת ההדרה

11. חלק שני : מסלול היסורים של חסרי המעמד חולי הסרטן לקבלת טיפול רפואי

- א. שלב הבירור הראשוני עד לקבלת האבחנה
- ב. שלב הטיפולים האונקולוגים : השתייה בין מועד קבלת האבחנה למועד קבלת הטיפול ; מניעת טיפול, וקטיעת הרצף הטיפולי

ב.1 היעדר ביטוח רפואי מציב את חולי הסרטן חסרי המעמד בסכנה ממשית לחייהם

ב.2 חסרי מעמד מבוטחים : אובדן כושר עבודה בעת מחלה מוביל לקטיעת הטיפול האונקולוגי

ב.3 : הישג משפטי עם השלכות מוגבלות בשטח

ב.4 מעקבים וביקורות - בעיות ברצף הטיפולי

ג. זכויות סוציאליות וכלכליות לחולי סרטן

23. חלק שלישי : המלצותינו

תקציר

לפי הערכות רשות האוכלוסין וההגירה, חיים כיום בישראל מעל 200 אלף בני אדם – מהגרים ומבקשי מקלט – שאינם תושבי המדינה, ועל כן הם אינם זכאים לשירותי הבריאות הציבוריים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. עד כה מדינת ישראל נמנעה מלגבש מדיניות בריאות ורווחה מקיפה עבור אוכלוסיות אלו. תחת זאת היא הסתפקה בהעברת האחריות לשלומם ולבריאותם אל המגזר הפרטי – אל חברות הביטוח הפרטיות שמציעות פוליסות ביטוח מוגבלות בהיקפן ורק למי מביניהם שמועסק כדן, ואל המגזר השלישי – ארגוני החברה האזרחית שמשאבי התמיכה, הסיוע, והטיפול שהם מציעים מוגבלים. לאור זאת הפך סעיף אחד בחוק זכויות החולה, אשר קובע שבמצב חירום רפואי זכאי כל אדם לטיפול חירומי ללא התניה, כמענה העיקרי שבאמצעותו זוכים רבים מחסרי המעמד לטיפול מציל חיים.

בעמודים הבאים נבקש להאיר כיצד הדרת חסרי המעמד ממערכת הבריאות הציבורית, הליכי ההפרטה, ובמקביל ההשענות על חוק זכויות החולה – פוגעים בצורה אנושה במיוחד בחסרי המעמד שחולים בסרטן: גם מי מקרב חסרי המעמד שמבוססים בביטוחים הפרטיים, מגלים לתדהמתם כיצד, בדיוק בשעתם הקשה, כש"נפלו עליהם השמיים" והם אובחנו במחלת הסרטן, חברות הביטוח, בחסות משרד הבריאות, מנצלות את מצבם הבריאותי הרעוע כדי לקבוע להם אובדן כושר עבודה ולהתנער מכיסוי המשך הטיפוליים, באורח שמוותר אותם בודדים במערכה. ללא ביטוח, אין לחסרי המעמד דרך לכסות את עלויות הטיפולים היקרים והחיוניים להצלת חייהם. מנגד, על אף שהטיפול האונקולוגי חיוני להצלת חייהם – הרי שהוא אינו נחשב לטיפול חירומי שניתן להגישו דרך חדרי המיון, מכוח חוק זכויות החולה. לכן, על אף שמצבם הרפואי חמור, הוא אינו מוגדר כמצב אקוטי, ועל כן הם גם יתקשו לקבל מענה מכוח חוק זכויות החולה. היעדר ביטוח מציב את חולי הסרטן חסרי המעמד בסיטואציה בלתי אפשרית ממש: חרף מחלתם הקשה, עד שלא הגיעו למצב מסכן חיים באורח מיידי – הם מנועים מלקבל את הטיפול הרפואי הנדרש. כשיגיעו למצב מסכן חיים באופן מיידי, ויהיו זכאים לטיפול חירומי – עלול הדבר כבר להיות מאוחר מדי.

הנייר שלהלן ממפה את החסמים שניצבים בפני חסרי המעמד בכל אחד משלבי המאבק במחלה – החל משלב הבירור וקבלת האבחנה, עבור בשלב הטיפולים האונקולוגיים, וכלה בשלב המעקבים. מיפוי החסמים נשען על ניתוח המענים הקיימים כמו גם על עשרות מקרים פרטניים שמחלקת מהגרים בעמותת דופאים לזכויות אדם (ע"ר) היתה מעורבת בטיפול בהם – הן במסגרת עבודת המתנדבים במרפאה הפתוחה שמפעילה המחלקה, והן במסגרת עבודת הליווי, מיצוי הזכויות והסגור שמבוצעות על-ידיה. מקרים אלו ממחישים, בצורה מצמררת ולעיתים אף טראגית ממש, את הצורך לגבש מדיניות-בריאות מכילה שתאפשר לחסרי המעמד, ובפרט למי מביניהם שאינם בני הרחקה, לזכות בנגישות שיוויונית לטיפול רפואי וברצף טיפולי נאות במסגרת מוסדות הרפואה הציבורית בישראל.

הנייר מסתיים בפירוט ההמלצות לתיקון המצב. להלן עיקר ההמלצות:

- הפיתרון הראוי הינו באמצעות החלת הסדר ביטוחי מסובסד על אוכלוסיות חסרי המעמד. זאת ניתן לעשות באמצעות הפעלת סעיף 56(א)(1)(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שמאפשר לשר הבריאות לכלול תחת החוק גם אוכלוסיות שלא הוכרו כתושבות המדינה.
- לחילופין ניתן להבטיח את נגישותם לבריאות של אוכלוסיות חסרות מעמד גם באמצעות הסדר ביטוחי נפרד, ככל שזה יציע סל שירותים בהיקף מקביל ובתנאים דומים לאלו שמוצעים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. זאת בדומה לאופן שבו הסדיר משרד הבריאות שירותים רפואיים לקטינים חסרי מעמד, דרך קופ"ח מאוחדת.
- עד לגיבוש מתווה להסדר ביטוחי וליישומו, מן הראוי להקצות מימון ייעודי לבדיקות האבחוניות ולטיפולים האונקולוגיים עבור חסרי המעמד, חסרי הביטוח, תוך חלוקת הנטל בין מרכזי הטיפול ברחבי הארץ, בדומה לנעשה בהקשר של הטיפול בנשאי HIV חסרי מעמד וחסרי ביטוח.
- במקביל יש לוודא כי מטופלים שאובחנו כחולים במחלת הסרטן ואשר מבוטחים בביטוחי עובד זר יוכלו להשלים את כל מהלך הטיפול המומלץ על ידי הרופא המטפל גם במידה ונקבע להם אובדן כושר עבודה. לשם כך יש לבטל את סעיף "אובדן כושר עבודה" בצו עובדים זרים או למצער להאריך את משך תקופת אובדן כושר עבודה שבמסגרתה אין הפסקה של הפוליסה, על מנת לאפשר למבוטחים לקבל שירותים רפואיים כהמלצת רופאיהם גם אם נקבעה להם תקופת אובדן כושר עבודה.

מחלת הסרטן אינה מבחינה בין דת, גזע, צבע, מין ומעמד. תכליתו של מסמך זה היא לקרוא לקובעי המדיניות לחדול מלעשות הבחנות כאלו, ולהנגיש שירותי בריאות חיוניים לכל מי שחיים בישראל, ובפרט כשהם נאבקים במחלות קשות.

חלק ראשון: חסרי המעמד¹ במלכות ההדרה

א. רקע: "השיטה" הישראלית לטיפול בחסרי מעמד

לפי הערכות רשות האוכלוסין וההגירה, חיים כיום בישראל מעל 200 אלף בני אדם – מהגרים ומבקשי מקלט – שאינם תושבי המדינה, ועל כן הם אינם זכאים לשירותי הבריאות הציבוריים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994. להערכתנו מעל למחצית מאנשים אלו שוהים בישראל כדין, בין אם כמהגרי עבודה שהוזמנו לעבוד בישראל בתחומים בהם קיים מחסור בידיים עובדות, לדוגמא בתחום הסייעות, הבניין או החקלאות, או במסגרת היתרי שהייה מתחדשים אותם הם מקבלים מתוך הכרה של מדינת ישראל בסכנה הנשקפת לחייהם בארצות מוצאם. כך למשל במקרה של מבקשי המקלט מאריתריאה ומסודן החוסים תחת הגנה זמנית כנגד הרחקה וזוכים כיום לאשרות מתחדשות מדי שישה חודשים או שנה, בהתאמה, או במקרה של פלסטינים שזוכים להיתרי שהייה מתחדשים עקב הכרה בהיותם מאויימים בשטחי הרשות הפלסטינית, על רקע חשד בשתי"פ עם הרשויות בישראל או על רקע נטיה מינית. אחרים נמצאים בקשר זוגי עם אזרח או תושב ישראל ומצויים בהליכי הסדרת מעמד, אלא שהללו לוקחים מספר שנים במהלכן אינם זכאים לזכויות שמוענקות לתושבי המדינה.

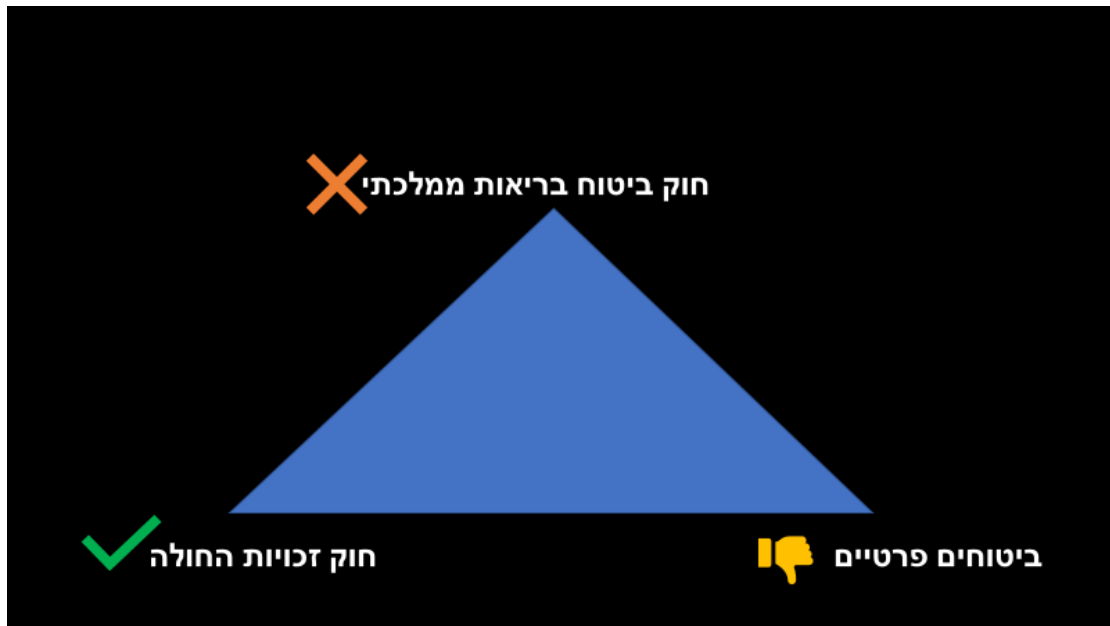
חרף העובדה כי מדובר באנשים שחיים בישראל תקופות ממושכות, על אף הזיקות החזקות שיש למרביתם לישראל, בין אם מתוקף עבודה רבת שנים או קשרי משפחה, וכן על אף שחלקם נסו על נפשם וביקשו הגנה מרדיפה ומקלט בישראל – הרי שעד כה מדינת ישראל נמנעה מלבש מדיניות בריאות ורווחה מקיפה עבור אוכלוסיות אלו. תחת זאת היא הסתפקה בהעברת האחריות לשלומם ולבריאותם אל המגזר הפרטי – אל חברות הביטוח הפרטיות שמציעות פוליסות ביטוח מוגבלות בהיקפן ורק למי מביניהם שמועסק כדין,² ואל המגזר השלישי – ארגוני החברה האזרחית שמשאבי התמיכה, הסיוע, והטיפול שהם מציעים מוגבלים. אמנם במהלך השנים, בעקבות מאבקים עקשים של ארגוני זכויות אדם, החל משרד הבריאות להגיש מענים רפואיים ייעודיים עבור מקצת מהאוכלוסיות חסרות המעמד, אלא שהמענים הללו עודם מוגבלים הן מבחינת השירותים שהם מציעים, הן מבחינת אוכלוסיות היעד שלהן, והן מבחינת הפריסה הגיאוגרפית שלהם.³

¹ ב"חסרי מעמד" כוונתנו לאנשים שחיים בישראל שנים ארוכות, ומבלי שהם זכאים למעמד תושב חרף הזיקות הברורות שמתקיימות אל ישראל מתוקף השהות המתמשכת, העבודה, ולעיתים גם הקמת משפחה בישראל. על קבוצה זו נמנים מבקשי מקלט, מהגרי עבודה שנכנסו לישראל כדין וששוהים בה עם אשרת עבודה, כמו גם מי שנותרו בישראל לאחר שפגה אשרת העבודה; תיירים שנשארו בישראל לאחר שאשרת התייר שלהם פגה, ופלסטינים ששוהים בישראל בין אם מכוח איחוד משפחות ובין אם עקב איום או חשש לשלומם בשטחי הרשות הפלסטינית. למידע נוסף ראו: https://www.gov.il/BlobFolder/generalpage/foreign_workers_stats/he/foreign_workers_report_q2_2020.pdf

² נדגיש כי איננו טוענות כי הביטוחים הפרטיים אינם מאפשרים נגישות לטיפול רפואי בקהילה כלל. למעשה מהגרים רבים זוכים לטיפול נאות באמצעות הביטוחים הפרטיים, חרף חלקיותם. אלא שהביטוחים הללו אינם מתאימים למי שחיים בישראל תקופות ארוכות, או לדפוסי החיים וההעסקה של חלק מחסרי המעמד שחיים בישראל – על כך ראו עמ' 15-18 בדוח **מחיר ההדרה**. כפי שיתבהר בעמודים הבאים – הם מקפחים בעיקר את מי שחלו במחלות קשות.

³ כך, ב 2013 החל משרד הבריאות לתקצב את מרפאת טרם לפליטים שבתחנה המרכזית בת"א, המספקת שירותי מיון קדמי למבקשי המקלט מאפריקה, ושנה לאחר מכן הוקמה גם מרפאת גשר שהעניקה שירותי בריאות הנפש בעבורם, אשר לאחרונה עברה לפעול במתחם מרפאת טרם בתחנה המרכזית בת"א, באמצעות עמותת עמך וחברת טרם (מרפאת

בהיעדר מענים מספקים בקהילה, נאלצים רבים מחסרי המעמד להמתין להדרדרות מסוכנת במצבם ולהגיע למצבים מסכני חיים, שכן רק אז יהיו זכאים לטיפול רפואי מציל חיים דרך המיון, וזאת מכוח חוק זכויות החולה הקובע, כי במצב חירום רפואי, כשנשקפת לאדם סכנה מיידית לחייו או נזק בלתי הפיך לאחד מאיבריו, כל אדם זכאי לטיפול רפואי דחוף ללא התניה.⁴ **והנה כך נתעצבה לה במהלך השנים ה"שיטה" לטיפול בחסרי מעמד שחיים בישראל: במקום ביטוח בריאות ממלכתי שמאפשר טיפול סדיר בקהילה, הפך סעיף אחד בחוק זכויות החולה למשענת העיקרית שעליה מושתתת נגישותן של אוכלוסיות רבות לשירותי בריאות.**



ב. מחיר ההזרה: "השיטה" וחסרונותיה

ה"שיטה" מפילה איפוא את עיקר נטל הטיפול הרפואי בחסרי המעמד על חדרי המיון בבתי החולים. אמנם אין להתכחש כי חייהם של חסרי מעמד רבים ניצלו בזכותו של חוק זכויות החולה והטיפול המוגש בחדרי המיון, אולם בחלוף הזמן, גם לנוכח הזדקנות האוכלוסיה שחיה כאן שנים ממושכות ללא נגישות סדירה לטיפול רפואי, הולכים ומתבהרים מימדי הפגיעה שכרוכה בהסתמכות מתמשכת על השיטה הנוכחית.

רות). בנוסף, בעשור הקודם החל משרד הבריאות בשיתוף עם הליגה למניעת מחלות ריאה, לספק טיפולי שחפת לחסרי מעמד. ב 2014 אחרי שנים של מאבק עיקש לקח משרד הבריאות תחת חסותו את הטיפול בנשאי HIV חסרי מעמד וחסרי ביטוח והחל לתת להם מענה במסגרת מרפאות האיידס בבתי החולים. מרבית הקטינים חסרי המעמד זכאים להיכלל בהסדר מנהלי של משרד הבריאות מול קופ"ח מאוחדת, במסגרתו הם זכאים לשירותים דומים בהיקפם לשירותים שמוגשים לילדים ישראלים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. צעדים אלו, הגם שהם ראויים לציון ולהערכה, אין בהם כדי לספק מענה הולם למכלול הצרכים הרפואיים של האוכלוסיות הנדונות, אשר ככל שחולפות השנים ובהיעדר נגישות לשירותים סוציאליים ורפואיים, צרכיהם הולכים וגוברים, ועימם גם מעמיקות מצוקותיהם. סל המענים הרפואיים עבור חסרי המעמד שחיים בישראל נותר חלקי, מבוזר, ומוגבל – הן מבחינת השירותים שהוא יכול להעניק והן מבחינה גיאוגרפית. כפי שנראה בהמשך, כשמדובר במחלת הסרטן על כל שלביה – החל משלב הבריור והאבחון, עבור בשלב הטיפול האונקולוגי וכלה במעקב השוטף, השירותים והמענים שנמנו לעיל אינם רלוונטיים.

⁴ לפי חוק זכויות החולה התשנ"ו, פרק ג' סעיף 3(ב) "במצב חירום רפואי זכאי אדם לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התניה." החוק מפרש מצב חירום רפואי 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". https://www.nevo.co.il/law/html/Law01/133_001.htm#med2

השיטה הנוכחית גובה מחיר בריאותי יקר. בראש ובראשונה, היא גובה מחיר יקר מבריאותם ומאיכות חייהם של המטופלים חסרי המעמד. משיוצב מצבם, הם משתחררים מביה"ח ללא המשך מעקב וטיפול בקהילה, פעמים רבות גם ללא יכולת להתמיד בטיפול התרופתי, מה שמוביל בתורו לקטיעת הרצף הטיפולי, כשהם נאלצים להמתין שוב עד להחמרה מסוכנת במצבם כדי לזכות בטיפול דחוף בחדרי המיון, וחוזר חלילה.

השיטה הנוכחית גם **גובה מחיר אתי-מקצועי מצוותי הרפואה** שנדרשים להגיש סיוע, פעמים רבות כשידיהן קשורות, תוך שהם נדרשים לפרשנות יצירתית ומרחיבה של הטיפול הדחוף הנדרש במצבי חירום על מנת לספק מענה רפואי נאות למטופלים, לעיתים תוך עימות עם הנהלות בתי החולים והימצאות ב"נאמנות כפולה" – למוסד הרפואי ולמערכת מזה, ולמטופל ולשליחות המקצועית מזה.⁵

השיטה הנוכחית גובה גם מחיר כלכלי ניכר ממערכת הבריאות שנאלצת לספוג את עלויות הטיפולים החירומיים בחסרי המעמד חסרי הביטוח, בדמותם של חובות וגרעונות לבתי החולים שמצטברים ברבות השנים למאות מיליוני שקלים.⁶

הדרת חסרי המעמד משירותי הבריאות הציבוריים והשתת הטיפול בהם על חדרי המיון יש לה גם **השלכות נרחבות על בריאות הציבור.** כך למשל, היעדר טיפול סדיר בחולים כרוניים עלול לפגוע ביכולת עבודתם ויש לו גם השלכות על מצבם הפסיכו-סוציאלי והסוציו-אקונומי של סביבתם הקרובה, לרבות קטינים חסרי ישע. היעדר טיפול פסיכיאטרי עלול להוביל חלק מהפגיעים ביותר לצריכת אלכוהול וסמים. זאת ועוד, כפי שהומחש באופן מובהק עם פרוץ מגיפת הקורונה בישראל בסוף פברואר 2020, יצירת מובלעות או "בועות" של אוכלוסיות שאין להן נגישות סדירה לשירותי בריאות בקהילה מציבה את חסרי המעמד כמו גם את הציבור כולו בסיכון מוגבר במקרה של מחלה מדבקת או מגיפה, ומייצרת קשיים נרחבים לרשויות הבריאות בהתווית אסטרטגיות מניעה והכלה אפקטיביות.⁷

ראוי להדגיש כי איש אמנם לא "הגה" את השיטה שתוארה לעיל בכוונה תחילה. אותו סעיף בחוק זכויות החולה לא נוסח כדי לפתור את סוגיית הנגישות לשירותי בריאות של חסרי המעמד. אלא שהסעיף הזה הפך ברבות השנים לאמצעי מרכזי בהנגשת הטיפול למחוסרי המעמד נעדרי הביטוח הרפואי, בלית ברירה, משום שעד כה לא השכילו קובעי המדיניות לייצר פתרונות ומענים ראויים יותר. לאחרונה, באופן מעט אבסורדי, החל משרד הבריאות עצמו למנות את האופציה של קבלת טיפול במצבי חירום דרך חדרי המיון מכוח חוק זכויות החולה כמענה שהמשרד מספק לחסרי המעמד – זאת, כאשר בפועל נזקפות עלויות הטיפול על שמם של המטופלים, וקיומו של חוב לביה"ח מונע מהם להמשיך לקבל טיפולים אלקטיביים בהמשך.

ג. חולי סרטן במלכודת ההדרה

⁵ ראו נייר עמדה **עו"סיות בחזית**, ונייר עמדה בנושא **קטיעת הרצף הטיפולי ועדת האתיקה של רל"א**.

⁶ ראו דוח **מחיר ההדרה**

⁷ ראו <https://1bec58c3-8dcb-46b0-bb2a-10ffd13d6e9c477b8f4368dba1f495e8.pdf>
 דו"ח קורונה: מחסור כמדיניות

בעמודים הבאים נבקש להאיר אופן נוסף שבו השיטה של הדרת חסרי המעמד ממערכת הבריאות הציבורית וההשענות על חוק זכויות החולה **פוגעות בצורה אנושה במיוחד במי מקרב חסרי המעמד שחולים בסרטן.**

במהלך חמש השנים האחרונות ליוותה וטיפלה מחלקת מהגרים ברל"א בעשרות פונים חסרי מעמד שאובחנו כחולים במחלת הסרטן. הסיוע שהוגש על ידי מחלקת מהגרים לאנשים האלו מגוון: עזרה רפואית באמצעות מתנדבי "המרפאה הפתוחה" שמפעילה המחלקה – ובכלל זה קידום בדיקות ובירורים לשם קבלת אבחנה; עבודה מול בתי החולים לשם הנגשת טיפול אונקולוגי, לעיתים אף תוך השתתפות חלקית במימון של בדיקות ושירותים; ייצוג מול חברות הביטוח הפרטיות, בפרט במקרים של סירובן לכסות המשך טיפולים אונקולוגיים חיוניים; סגור פרטני מול משרד הבריאות, וכן ליווי של המטופלים במהלך מחלתם. במקרים מסוימים, כשכלו כל הקיצין, היתה מעורבת המחלקה גם בקידום הליכי יישוב מחדש של חלק מהמטופלים, מבקשי מקלט שהועברו באמצעות נציבות האו"ם לפליטים למדינות אחרות, בהן, בניגוד לישראל, הוכרו כפליטים וזכו לקבל המשך טיפול מציל חיים.

במקביל, פעילויות אלו גם הובילו אותנו לעבודת סגור מול הרשויות. בחמש השנים האחרונות פנינו אל משרד הבריאות בשם של מעל ל 40 ממטופלינו, כולם חולי סרטן שזקקו באופן מיידי לבדיקות אבחוניות, לטיפולים אונקולוגיים, למעקבים, ולתרופות.⁸ פניותינו זכו לכל היותר למענה רפה, שבו פרש משרד הבריאות את שלל המענים הייעודיים הקיימים לטיפול במבקשי המקלט בכלל, לעיתים תוך הודאה בהיותם בלתי מספקים בעליל. **למעשה לא ניתן מעולם מענה ממשי מטעם משרד הבריאות לצרכים הרפואיים של מטופלינו הסובלים ממחלת הסרטן.** גם פניותינו הרשמיות אל מבקר המדינה, חברי כנסת והסתדרות רופאי ישראל, כמו גם הופעתנו בפני ועדות הכנסת במטרה להעלות את המודעות לחסמים הללו ולמצוקותיהם של מטופלים חסרי מעמד החולים בסרטן, לא הובילו עד כה למענה מספק למצוקות הקשות בשטח, שעם הזמן רק הולכות ומחריפות.⁹

בעמודים הבאים יוצגו וינתחו החסמים המבניים שניצבים בפני חסרי המעמד בישראל החולים בסרטן בדרך לקבלת הטיפול הרפואי. בין הדברים ישולבו תיאורי מקרים של מטופלים שלו על ידי מחלקת מהגרים, וימחישו את המשמעות של הדרתם: החל מקבלת האבחנה, עבור לקבלת הטיפול האונקולוגי, וכלה בשמירה על הרצף הטיפולי ושגרת המעקבים. סיפוריהם של הללו יופיע תוך שינויים הנדרשים לשם שמירה על פרטיותם. בתוך כך תתחוור בצורה מצמררת, הדרך שבה השיטה הנוכחית מפקירה את בריאותם של חסרי המעמד, ויתחדד הצורך בפיתרון מערכתי עבור

⁸ זאת בנוסף על עשרות פניות אל חברות הביטוח עקב סירוב לכסות טיפול או הפסקת טיפולים אונקולוגיים בעיצומם.
⁹ ראוי להדגיש כי משרד הבריאות כבר הכיר בחוסרים המשמעותיים הנוגעים לאספקת שירותי הבריאות לאוכלוסיות חסרי המעמד ואף הצהיר על כוונותיו לייצר פיתרון מערכתי בעבורם. כך למשל ביולי 2016 מסר משרד הבריאות, בתגובה על פניית הוועדה לענייני ביקורת המדינה של הכנסת, כי החל לאחרונה באיסוף נתונים על מנת לגבש מדיניות בריאות כוללת לזרים שאינם בני הרחקה, וכי הוא החל לבחון את האפשרות לבטח את הזרים בביטוח רפואי. הוא הוסיף כי עם השלמת הדיונים בנושא, יוצגו תוצריהם למשרדים הרלוונטיים. בינואר 2017 מסר משרד הבריאות לאותה הוועדה כי מיפה את צריכת השירותים במערכת הבריאות, וכי יפעל בשיתוף משרד המשפטים ומשרד הפנים לגיבוש פתרון ביטוחי לזרים שאינם בני הרחקה. ביולי 2017 פירט משרד הבריאות לפני משרד מבקר המדינה את פעולותיו למתן שירותים לזרים שאינם בני הרחקה, וציין כי הוא מספק לזרים שירותים, אף שלא נקבעה מדיניות ממשלתית בנושא מידת זכאותם של הזרים לשירותי בריאות. משרד הבריאות הוסיף כי השירותים הניתנים כיום אינם מספקים את כלל הצרכים הרפואיים של הזרים שאינם בני הרחקה, ועל כן הוא פועל למציאת פיתרון ביטוחי לזרים אלה. לדברי משרד הבריאות, לאחרונה הוצגה התכנית בנושא לפני מנכ"ל המשרד, והוא אישר אותה באופן עקרוני, והיא תוצג בקרוב לשר הבריאות. ראו דוח מעקב מבקר המדינה "הטיפול בזרים שאינם בני הרחקה מישראל" מאי 2018, עמ' 173-175.

כלל חסרי המעמד ובפרט של חולי הסרטן מביניהם. בחלק האחרון נציג את ההמלצות לפיתרונות מערכתיים שיקלו על המצוקות של חולים אלו ואחרים.

בטרם נעבור לעסוק במיפוי החסמים, ראוי לציין שתי נקודות חשובות. ראשית, הדיון בחסמים בפני קבלת טיפול רפואי חיוני אסור שיתעלם מהעובדה שהזכות לבריאות אינה מתמצית בזכות לקבל טיפול רפואי. הליווי שלנו את חסרי המעמד החיים בצל מחלות קשות מחדד ומדגים את האתגרים המרובים והייחודיים שניצבים בפני מי שנעדרים לא רק מעמד אזרחי, כי אם גם רשת ביטחון סוציאלית רחבה, ומערך תמך משפחתי או קהילתי. פעמים רבות נוכחנו לגלות כיצד, גם כאשר במאמצים רבים הצלחנו להבטיח נגישות לטיפול הרפואי החיוני, הרי שבהיעדר רשת ביטחון סוציאלית בדמותן של קצבאות והקלות נוספות, כמו גם מערכת תמך משמעותית, מחלתו של חסר מעמד מובילה להדרדרות מהירה במצבה של המשפחה כולה. גם לאחר החלמה ממחלה קשה, בהיעדר אפשרויות לשיקום תעסוקתי ותמיכה כלכלית, ממשיך המטופל לסבול מההשלכות הקשות שנובעות מהשילוב בין מחלתו הקשה והיעדר זכויות בישראל.

שנית, נבקש להדגיש כי בדברים הבאים אין מובלעת ההנחה, כי דרכם של אזרחי המדינה שחלו בסרטן סוגה בשושנים. הדברים הבאים נכתבים מתוך מודעות, לעיתים גם על סמך ניסיון אישי, לאתגרים ולקשיים שניצבים בפני כל אדם שאובחן עם מחלת הסרטן, גם כשהוא אזרח המדינה, ואפילו כשהפרוטה מצויה בכיסו. ההתמודדויות שמוזמן המאבק במחלת הסרטן למטופלים, למשפחתם, ולסובביהם, הן קשות ומאמצות גם כשלכאורה כל האמצעים בידיהם. בקשתנו היא להעלות למודעות את האופנים שבהם מאבקים של מהגרים וחסרי מעמד שחלו בסרטן בישראל מחייב אותם להילחם בחזית נוספת, מעבר לקשיים הקיימים לכלל החולים במחלה.

מחלת הסרטן אינה מבחינה בין דת, גזע, צבע, מין ומעמד. תכליתו של נייר זה היא לקרוא לקובעי המדיניות לחדול מלעשות הבחנות כאלו, ולהנגיש שירותי בריאות חיוניים לכל מי שחיים בישראל, ובפרט כשהם נאבקים במחלות קשות.

חלק שני: מסלול היסורים של חסרי המעמד חולי הסרטן לקבלת טיפול רפואי

במסגרת הטיפול במחלת הסרטן ניתן להבחין בשלושה שלבים או מוקדים עיקריים: שלב הבירור, מהופעת הסמפטומים הראשוניים, ועד לקבלת אבחנה רשמית; שלב הטיפול האונקולוגי – שעשוי לכלול פרוצדורות כירורגיות, טיפולי קרינה, טיפולים כימותרפיים ותרופתיים, השתלת מח עצם, או כל שילוב ביניהם; בהמשך לכך, בשלב השלישי, שלב המעקבים, המטופל/ת נדרש/ת לעבור בדיקות תקופתיות ו/או להמשיך ליטול תרופות גם לאחר שחלה נסיגה בגידול.

השתהות, לא כל שכן מניעה של טיפול בכל אחד מהמוקדים או השלבים הללו, יש לה השפעה ממשית על סיכויי ההישרדות מהמחלה, בין אם בטווח הקצר ובין אם בטווח הארוך. והנה דווקא השיפורים בטכנולוגיות הגילוי והטיפול בסרטן הובילו להגדלת הפערים בהישרדות מהמחלה,¹⁰ ומחקרים מצביעים כי אחת הסיבות העיקריות לפערים בהישרדות נוגעת להשתייה ולעיתים אף למניעה של טיפול חיוני. השהייה ומניעה כזו של טיפול נקשרות פעמים רבות למעמד סוציו-אקונומי נמוך או להיעדרו של הסדר ביטוחי נאות. המחקרים מצביעים על כך שפערים כלכליים, תרבותיים וחברתיים שקיימים בין קבוצות מיעוט – ובכלל זה גם אוכלוסיות מהגרים – לבין קבוצות ההגמוניה, מובילים לפערים מובהקים הן במהירות השגת האבחנה, הן במועד תחילת הטיפול, והן במהירות שבה מונגשים טיפולי המשך.¹¹ כפי שנראה להלן, הדרת חסרי המעמד משירותי הבריאות הציבורית בישראל מציבה בפניהם חסמים בכל אחד מהמוקדים שצויינו לעיל, ובאופן שיש להניח שגם משפיע ישירות על סיכויי החלמה וההישרדות.

א. שלב הבירור הראשוני עד לקבלת האבחנה

הליך הגילוי והאבחון של מחלת הסרטן עשוי להיות כרוך בבירור מתמשך, המצריך שלל בדיקות יקרות, ביניהן בדיקות דימות ודגימות פתולוגיות (ביופסיות) המערבות פרוצדורות כירורגיות. השגת דיוק מירבי בהליך האבחון משמעותית להתווית פרוטוקול הטיפול המומלץ. זאת ועוד, בשנים האחרונות עולה ההבנה לגבי חשיבותו הניכרת של האבחון המוקדם להתמודדות מיטבית עם המחלה ולהעלאת סיכויי החלמה.

כיצד יזכה באבחון שכזה מבקש מקלט חסר ביטוח רפואי? כיצד תאובחן עובדת סיעוד מהפיליפינים המבוטחת בפוליסה פרטית לעובדים זרים? מניסיוננו, בשלבי הבירור הראשוניים ועד להשגת אבחנה מדויקת קיימים פערים ניכרים בין מי מבין חסרי המעמד שזכו בביטוח בריאות פרטי, לבין מי שנדרשים לעבור את הליכי הבירור בכוחות עצמם.

¹⁰ Bassett, M.T., and Krieger, N. "Social class and black-white differences in breast cancer survival," *American Journal of Public Health* 76, no. 12 (1986): 1400-1403.

Tehrani, P., Neugut, A.I., et al., "Medical advances and racial/ethnic disparities in cancer survival." *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers* 18, no. 10 (2009): 2701-2708.

¹¹ Clegg, L.X., Frederick P. Li., et al. "Cancer survival among US whites and minorities: a SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) Program population-based study." *Archives of internal medicine* 162, no. 17 (2002): 1985-1993.

לפי חוק עובדים זרים תשנ"א (1991) ובהמשך לכך על פי צו עובדים זרים תשס"א (2001) על המעסיק להסדיר לעובד הזר ביטוח על חשבון, כשהמעסיק רשאי לנכות משכרו החודשי של העובד עד שליש מעלות הביטוח, ובכל מקרה לא יותר מ 125 ש"ח מדי חודש. ביטוח זה נעשה על ידי חברות ביטוח פרטיות אשר מתקשרות עם קופות החולים בבחינת ספקי השירות.

ניתן וראוי לבקר את ההפרטה הזו של בריאותם של העובדים הזרים: החל מעצם העברת האחריות למעסיק ולשוק הפרטי, עבור להגדרת סל שירותים מצומצם אשר מחריג בין השאר שירותים פסיכולוגיים וסיעודיים, וכן כל טיפול במצב רפואי קיים, כזה שאובחן בטרם נרשם העובד לביטוח. יחד עם זאת, כשמדובר בהליכי האבחון של מחלת הסרטן, וככל שזו מופיעה לראשונה, סביר להניח כי המבוטחים במסגרת פוליסות עובדים זרים יזכו לבירור רפואי המקביל בהיקפו לזה שלו זוכים מבוטחים ישראלים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

אלא שלא כל חסרי המעמד שמודרים מחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אכן מבוטחים בפוליסות עובדים זרים. ראשית, הסדרה של ביטוח עובדים זרים תלויה בקיומו של מעסיק ובציונו לחוק, שאכיפתו לוקה בחסר. לפיכך מי שאינם מועסקים כדן, או מי שמעסיקם בוחר שלא לציית להוראות החוק, נמצאים בעמדת נחיתות מובנית ביחס לנגישותם לשירותי בריאות שוטפים, ומכאן שיתקשו מאוד לזכות באבחון מוקדם למחלת הסרטן.

כך הוא המקרה של רבים ממבקשי המקלט מאריתריאה ומסודן. עם כניסתם לישראל במחצית השנייה של העשור הקודם, ובהיעדר מדיניות כוללנית וברורה להתמודדות עם האתגרים שאוכלוסיה זו מציבה למדינת ישראל, נקבע כי על אף איסור העבודה שלהם, הרי שעדיין לא תינקט מדיניות אכיפה על מי שיעסיקם (בג"ץ 10/6312). בנוסף נקבע שמי מהם שיועסק יהא כפוף גם לתקנות המסדירות את ביטוחי עובדים זרים, כך שלכאורה חלה חובת ביטוח על מעסיקם בדומה לחובה שחלה על מעסיקי מהגרי העבודה. אלא שקביעות זמניות אלו יצרו מצב של עמימות מתמשכת שמובילה לכך שזכויותיהם הבסיסיות של מבקשי המקלט כעובדים מקופחות תדיר. בתוך כך עמימות זו מנוצלת על ידי חלק מהמעסיקים גם על מנת להימנע מלבטח את מבקשי המקלט המועסקים על ידיהם.

זאת ועוד, **משבר הקורונה וגל הפיטורין שבעקבותיו הובילו לאובדן ביטוחי הבריאות בקרב מבקשי המקלט**, וזאת משום שהפוליסות מתנות את הביטוח בהעסקה: עם הפיטורין, אובד הביטוח. אובדן הביטוח משמעו אובדן הנגישות לטיפול רפואי לרבות במחלות כרוניות ומחלות קשות. להערכתנו כיום פחות מ 50% ממבקשי המקלט מחזיקים בפוליסות פרטיות של עובדים זרים, ונכון לכתובת שורות אלו, כשאין צפי לחזרה למעגל התעסוקה, מספר הלא-מבוטחים עתיד רק להאמיר.

המשמעות של היעדר ביטוח היא **עיכוב משמעותי בהליכי הבירור עד לקבלת האבחנה**. כך למשל מטופלים הפונים למרפאה הפתוחה של רל"א ומתעורר חשד לקיומו של גידול, נדרשים לבצע את הבדיקות הנדרשות, שעלותן עשויה להגיע לאלפי שקלים – על חשבונם. פעמים רבות ניצבים רופאינו המתנדבים בדילמה: אילו בדיקות חיוניות להמשך הבירור ועל אילו ניתן לוותר בהיעדר יכולת מימון. פעמים רבות יחליטו רופאינו בחוסר ברירה להסתפק ב CT היכן שההנחיה לישראלים מבוטחים היתה לבצע ישר MRI, שעלותו עשויה להגיע לכ- 4,000 ש"ח. הניסיון לחסוך בעלויות הבדיקות עלול לעיתים להוביל להארכה של הליכי הבירור ולאובדן זמן יקר. במקרים אחרים הצורך

לגייס כספים מחברי הקהילה או מתרומות לשם ביצוע פרוצדורה אבחנתית, למשל ביופסיה, דוחה משמעותית את מועד השגת האבחנה.

סלאח¹² הוא מבקש מקלט מסודן, בן 29, סבל כאבים בעקב שמאל במשך כמעט שנה. בחודש נובמבר 2019 עבר בדיקת CT בה נתגלה ממצא חשוד. בעקבות זאת הופנה בדחיפות למרפאת אונקולוגיה אורתופדית לבירור, אולם ביה"ח סירב לקבלו בשל היעדר ביטוח רפואי שיממן את הבדיקה. רק לאחר פנייתו אל המרפאה הפתוחה של רל"א הצלחנו להסדיר הנחה שאיפשרה לו להיבדק בבית החולים.

*

לפני מספר חודשים החלה ברנדה, מהגרת עבודה בת 44 מהפיליפינים לסבול מכאבים בעמוד השדרה. לאחר שאושפזה במצב חירום בבי"ח, נקבע כי עליה לעבור בדיקת MRI עקב חשד לגידולים ממושטים. אלא שבהיעדר יכולת מימון של הבדיקות, במועד כתיבת שורות אלו היא ממתנה כבר מספר חודשים מבלי שנתאפשר לה לעבור את הבדיקות החיוניות. החשש הוא שמחלתה מתקדמת, אך ללא נגישות לבדיקות, קיים קושי לקבוע מתווה טיפולי.

היעדר ביטוח ונגישות לשירותי רפואה בקהילה מובילים לאבחנה בשלבים מאוחרים ביותר, כשהמחלה ממושטת וקיימת סכנה ממשית לחייו של האדם:

האגוס, מבקש מקלט מאריתריאה בן 39 עבד באופן סדיר במשך 8 שנים, אך המעסיק האחרון שלו לא טרח להסדיר עבורו ביטוח רפואי כקבוע בחוק. האגוס סבל מכאבים ממושטים מספר חודשים, אך ללא נגישות לרופא בקהילה הוא התעלם מהם והמשיך לעבוד, עד שהמצב הפך לבלתי נסבל. הוא הגיע למיון ושם אובחן כסובל מגידול בריאה עם פיזורים ללבלב ולמוח, ונוקק מיידית לטיפול הקרנות לנגעים המוחיים ולאחריהם התחלת טיפולי כימותרפיה. בהיעדר ביטוח, לא ניתן היה להתחיל בטיפול. רק לאחר פניה של המרפאה הפתוחה של רל"א ולאור מצבו הבריאותי הקשה, הסכימו שני חולים לתת לו טיפול משולב מבלי לחייבו בעלויות הטיפול. חרף כל המאמצים שהושקעו בטיפול בו, לאחרונה נתבררנו על פטירתו.

*

נוראלדין הוא מבקש מקלט מאריתריאה שאושפז במחלקה הפסיכיאטרית עקב מה שנראה כאפיזודה פסיכוטית והתנהגות מסוכנת לעצמו ולסביבתו. במהלך האשפוז התעורר החשד אצל אחד הרופאים, כי נוראלדין סובל מבעיה נוירולוגית והוא החל בבירור במסגרת האשפוז, שהעלה חשד ממשי לגידול במוחו. עקב האשפוז הופסקה עבודתו ועימו גם נפסק הביטוח שלו, מה שמנע ממנו לעבור את בדיקת ה MRI עליה המליצו רופאיו. רק לאחרונה בעקבות התערבות מחלקת מהגרים הוארכה הפוליסה שלו והוא עבר את הבדיקה. בעת כתיבת שורות אלו ממתין נוראלדין לתוצאותיה ולהמלצות להמשך טיפול אונקולוגי.

פלסטינים שחיים בישראל עם היתר שהייה עקב הסכנה לשלומם בשטחי הרשות הפלסטינית, מנועים על פי רוב מלעבוד בישראל. בנוסף, אף נמנעת מהם מפורשות אפשרות הביטוח במסגרת ביטוחי עובדים זרים.¹³ ללא גישה למעקבים ולבדיקות דרך קופות החולים, גם הם מאובחנים בד"כ בשלבים מאוחרים של המחלה – רק כשהם מגיעים במצב מסכן חיים אל חדרי המיון. בשלבים אלו מחלתם דורשת טיפול אינטנסיבי ויקר עוד יותר משהיה נדרש אילו היו מאבחנים את מחלתם מוקדם יותר. לאבחון המאוחר יש השלכות קשות גם על סיכויי ההחלמה:

עבד הוא פלסטיני שחי בישראל כ 18 שנה עם היתר ייעודי שניתן לו עקב הסיוע שלו לרשויות הביטחון בישראל וההכרה באיום הנשקף לחייו במידה ויחזור לשטחי הרשות הפלסטינית. אלא שההיתר שבידו לא הקנה לו רישיון עבודה וביטוח רפואי. ביולי 2019 הובהל לחדר המיון עקב אובדן הכרה והפסקת נשימה ושם אובחן כסובל מסרטן הגרון. הרופאים קבעו שעליו לעבור ניתוח לכריתת הגידול ובהמשך לכך הקרנות וכימותרפיה. אלא שבהיעדר ביטוח רפואי נמנע ביה"ח מלמצע את הניתוח. רק לאחר התערבות של רל"א נמצא מוסד רפואי שניאות להנגיש לעבד את הניתוח. הרופאים שניתחו את עבד טענו כי הם לא ראו מימיהם מקרה של גידול כה ממושט וכי ברור כי הדבר הינו תוצאה ישירה של הדרה משירותי בריאות בקהילה. הניתוח אמנם הציל את חייו של עבד, אלא שבהמשך לכך נדרש לעבור טיפולי הקרנה יקרים. **עקב העלות**

¹² שם בדוי. כל השמות שונו על מנת להגן על פרטיותם של הפונים והמטופלים.

¹³ ראו סעיף 36 לחוק עובדים זרים https://www.nevo.co.il/law/html/law01/P178_002.htm#Seif19 נדגיש כי הדיון במסמך הנוכחי מוגבל רק לפלסטינים שחיים בישראל תקופות ממושכות מכורח איחוד משפחות או עקב רדיפתם בשטחי הרשות, ולא במי שניכנסו לישראל עם היתרי עבודה ייעודיים.

הגבוהה נמנע מעבד טיפול רפואי להצלת חייו. במהלך העבודה על נייר זה, בחודש מאי 2020, נתבשרנו על פטירתו.

*

אמל היתה במקור מעזה, אך היא חיה בישראל מעל 30 שנה לאחר שנמלטה מאלימות קשה מצד משפחתה שם. אמל אובחנה עם סרטן שד גרורתי כאשר **במשך כמעט שנה נמנע ממנה טיפול אונקולוגי עקב היעדר כיווי**. היא אושפזה שוב ושוב במצב מסכן חיים עד שמרפאת רל"א מצאה רופא שהסכים לנתח ולהעניק לה את הטיפול החיוני בהתנדבות במסגרת המוסד הרפואי שבו הוא עובד. אלא שגם לאחר שעברה את הטיפולים אמל היתה עדיין רחוקה מהחלמה והיא סבלה מבעיות רפואיות קשות שהובילו אותה לאשפוזים תדירים דרך חדר המיון. **בספטמבר 2020 אמל נפטרה, בת 62 היתה במוותה**.

לעיתים, גם אחרי ההגעה למיון במצב מסכן חיים, היעדר הביטוח מציב חסם משמעותי לקבלת האבחנה הסופית:

אדם הוא מבקש מקלט מסודן, כבן 25. הוא הגיע לחדר מיון בעקבות כאבי בטן חמורים והובהל לחדר הניתוח להוצאת התוספתן. במהלך הניתוח זיהו הרופאים גידול חשוד במעי הגס והחליטו לערוך לו ביופסיה. משיוצב מצבו שוחרר עם הנחיה לשוב למרפאת החוץ לקבל תשובה לביופסיה. אלא שכשהגיע למרפאה נאמר לו שאינו רשאי להיכנס לרופא עד שיכסה את חובו לביה"ח, שעמד על כ 60 אלף ש"ח. **במשך שלושה חודשים היה אדם מנוע מלקבל תשובה על הבדיקה**. רק לאחר התערבות של רופא ממרפאת רל"א נתקבלה הבשורה המרה – אדם אובחן כסובל מגידול אגרסיבי במעי הגס. בהיעדר ביטוח רפואי הוא התקשה להתקבל לטיפול אונקולוגי מלא. בליט ברירה נאלצה מחלקת מהגרים לפנות לסיוע נציבות האו"ם לפליטים ולסייע לאדם בהליכי יישוב מחדש במדינה אירופית. רק שם הוכר אדם כפליט, ורק שם זוכה להמשך הטיפול האונקולוגי.

ב. שלב הטיפולים האונקולוגיים: השהייה בין מועד קבלת האבחנה למועד קבלת הטיפול, מניעת טיפול, וקטיעת הרצף הטיפולי

ב.1 היעדר ביטוח רפואי מציב את חולי הסרטן חסרי המעמד בסכנה ממשית לחייהם

רגע קבלת האבחנה הוא רגע קשה ביותר לכל מטופל ומטופלת. ההלם, הקושי לעכל את המידע והחרדות שאופפים את מחלת הסרטן, והצורך בהתארגנות לקראת הטיפולים, אינם ייחודיים לחסרי המעמד ומשותפים לכל החולים. אלא שבמקרה של חסרי המעמד, בה בעת ש"השמיים נפלו עליהם" – בה בעת שהם נדרשים להתכונן למאבק על חייהם ולגייס תעצומות נפש לעבור את הטיפולים הקשים – הרי שהם נדרשים להיאבק גם בחזיתות נוספות: עליהם להיאבק על זכותם הבסיסית לקבל את הטיפול הרפואי.

לדחיית מועד קבלת הטיפול לאחר האבחנה יש השפעות שליליות רבות, ולו רק מבחינת הלחץ הפסיכולוגי המוטל על המטופלים, שמזהים דחייה בתחילת הטיפול כפגיעה בסיכויי ההישרדות שלהם. הגם שקשה לנבא או לכמת במדויק את ההשפעה של דחיית הטיפול על הישרדות המטופלים לאורך שנים, מרבית המחקרים מצביעים על כך שדחיית הטיפולים בהחלט מקטינה את שיעור ההישרדות.¹⁴ חלק מהמחקרים הצביעו לדוגמה על קשר מובהק בין זמן ההמתנה בין הניתוח

¹⁴ Cho, J., So-Youn J. et. al., "A review of breast cancer survivorship issues from survivors' perspectives," *Journal of breast cancer* 17, no. 3 (2014): 189-199.

מחקר בארה"ב בחן את ההשפעות של דחיית מועד הטיפול, המקושרת עם גזע, אתניות, מצב סוציו-אקונומי, סטטוס ביטוחי, שלב הסרטן וגיל על שיעורי ההישרדות בקרב נשים צעירות או נערות מתבגרות עם סרטן השד. המחקר מצביע על כך שזמן המתנה ממושך של נשים צעירות עם סרטן השד הוא גורם המפחית באופן משמעותי את הסיכוי להישרדות של למעלה מחמש שנים, במיוחד בקרב נשים אפרו-אמריקאיות או נשים בעלות ביטוח ציבורי או ללא ביטוח. ראו Smith, E.C., Argyrios Z., and Hoda A -C. "Delay in surgical treatment and survival after breast cancer diagnosis in young women by race/ethnicity," *JAMA Surgery* 148, no. 6 (2013): 516-523. <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/1681805>

מחקר נוסף מצא שדחיית הטיפול מעבר ל-12 שבועות מקושרת עם שיעור הישרדות נמוך יותר בקרב מטופלות בסרטן השד

המומלץ במסגרת הטיפול בגידול הסרטני, לבין הטיפולים המשלימים, כגורם משפיע על שיעורי ההישרדות בקרב מטופלי סרטן. כך לדוגמה מחקר מ 2015 בחן האם יש השפעה למשך הזמן שחולף בין הניתוח לבין הטיפול האדג'ובנטי בקרב מטופלות בסרטן השד.¹⁵ המחקר מצא כי משך הזמן בין הניתוח לבין הטיפול הראשוני הוא גורם סיכון לשיעור הישרדות נמוך יותר: דחייה של למעלה מארבעה חודשים גורמת לשיעור הישרדות נמוך באופן מובהק. לפי החוקרים, נמצא כי כל חודש של המתנה בין הניתוח לבין הטיפול הראשון מגביר את הסיכון בתמותה.¹⁶

והנה בישראל, בהיעדר ביטוח רפואי, משאובחנו חסרי המעמד במחלת הסרטן הם מוצאים עצמם ניצבים מול שוקת שבורה. העלויות הגבוהות שכרוכות בטיפולים – עשרות ומאות אלפי שקלים לטיפול כימותרפיה והקרנות; תרופות שעלותן החודשית יכולה להגיע לאלפי שקלים; ניתוחים, השתלות, וימי אשפוז ארוכים – אינן מאפשרות להם נגישות לטיפול. **כאן מתגלה השיטה שתוארה לעיל במלוא אכזריותה: ללא ביטוח, אין לחסרי המעמד דרך לכסות את עלויות הטיפולים היקרים והחינוניים להצלת חייהם. מנגד, הם גם יתקשו לקבל הגנה וסעד מאותו סעיף בחוק זכויות החולה שעוסק בטיפול רפואי דחוף: על אף שהטיפול האונקולוגי חיוני להצלת חייהם – הרי שהוא אינו נחשב לטיפול חירומי שניתן להגישו דרך חדר המיון. מכאן שהיעדר ביטוח והיעדר מענה מערכתית לחסרי מעמד מציב את חולי הסרטן בסיטואציה בלתי אפשרית ממש: חרף מחלתם הקשה, חרף הסיכון הממשי להדרדרות עד לסכנת חיים ונוק בלתי הפיך לחייהם במידה ולא יזכו בטיפולים – הרי שעד שלא הגיעו למצב מסכן חיים באורח מיידי – הם מנועים מלקבל את הטיפול הרפואי הנדרש.**

אסמאית היא מבקשת מקלט מאריתריאה, נשואה ואם לשלושה. לפני כשנה החלה לסבול מכאבים בשד והגיעה לרופא באופן פרטי שהפנה אותה לבדיקות נוספות. בהיעדר ביטוח היא ומשפחתה גייסו כספים למימון הבדיקות הנחוצות, לאחריהן נתקבלה הבשורה המרה – אסמאית חולה בסרטן השד ונדרשת לעבור כימותרפיה, ניתוח והקרנות. בני המשפחה החלו לנסות לגייס כספים מבני הקהילה כדי להבטיח את נגישותה לטיפול, מה שהוביל לעיכוב של כשלושה חודשים בין מועד האבחנה למועד הטיפול הראשון. היא החלה לקבל טיפול במסגרת אחד מבתי החולים בארץ, רק כשבני משפחתה הצליחו לגייס חלק ניכר מהסכומים שנדרשו לכימותרפיה. אלא שעם חלוף הזמן התקשו מאוד בני המשפחה לעמוד במימון הטיפולים ובפרט כשהרופאים המליצו נוסף על ניתוח ועל הקרנות. מנגד, ביה"ח התמיד בסירובו לקבלה לטיפול ללא עלות, חרף העובדה שרופאיה והעו"סית במחלקה הדגישו עד כמה הכרחי שהיא תתמיד בטיפולים. בני המשפחה פנו לסיוע נוסף מבני הקהילה ומארגוני הסיוע, אלא שאיתרע מזלם והניתוח והטיפולים נקבעו בשיאה של מגפת הקורונה בישראל, שהותירה רבים ממבקשי המקלט מחוסרי עבודה. הקושי לגייס כספים להמשך הטיפול הפך לגדול עוד יותר ובמועד כתיבת שורות אלו עדיין לא נמצא פיתרון מספק להמשך הנגשת הטיפולים.

*

אלכסנדר הוא מהגר מרומניה שנשוי לישראלית. במשך שנים רבות ניסו בני הזוג להסדיר את מעמדו של אלכסנדר בישראל אך נדחו עקב קשיים בירוקרטים. במהלך השנים אובחן כסובל מלימפומה ונוזק לטיפולים כימותרפיים אך לא זכה לקבלם בהיעדר ביטוח רפואי. **מצבו הדרדר עד לכדי הצורך לקטוע את אחת מגפיו כדי להציל את חייו, אך בהיעדר מימון נמנע ממנו המשך הטיפול האונקולוגי הנדרש.** רק לאחר פניות דחופות למשרד הפנים נתגלה כי נעשתה טעות בבירור הבקשה של בני הזוג, ולאחר 14 שנים אלכסנדר הוכר כתושב המדינה ונעשה זכאי לשירותים רפואיים מלאים.

*

Shin, D. W., Juhee C., et. al., "Delay to curative surgery greater than 12 weeks is associated with increased mortality in patients with colorectal and breast cancer but not lung or thyroid cancer," *Annals of Surgical Oncology* 20, no. 8 (2013): 2468-2476.

<https://link.springer.com/article/10.1245/s10434-013-2957-y>

¹⁵ טיפול אדג'ובנטי (מונע, תומך) הינו טיפול הניתן לאחר הניתוח לצורך מניעת חזרה עתידית של סרטן השד. הטיפול האדג'ובנטי עשוי לכלול טיפול בהקרנות, כימותרפיה, טיפול הורמנלי, ביולוגי ו/או טיפול אימונותרפי. לעתים, תטופל חולה בסרטן השד בכימותרפיה, הקרנות או טיפול הורמנלי לפני הניתוח. טיפול זה נקרא "טיפול ניאואדג'ובנטי".

¹⁶ Truffelli, D.C., Luongo de Matos, L., et. al., "Adjuvant treatment delay in breast cancer patients." *Revista da Associação Médica Brasileira* 61, no. 5 (2015): 411-416.. <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v61n5/0104-4230-ramb-61-05-0411.pdf>

מנסור, במקור ממצרים, נמצא בזוגיות עם ישראלית. הוא הגיע למרפאת רל"א עם תלונות על כאבי ראש קשים והתעלפויות פתאומיות, ונשלח לבדיקות שמצאו שהוא סובל מגידול ממאיר במוחו. **במשך שלושה חודשים ניסה צוות המרפאה הפתוחה של רל"א להנגיש למנסור טיפולי הקרנות באחד מבתי החולים, עד שבסופו של דבר ניא את משרד הבריאות לסייע במימון הטיפול הנדרש, והוא אושפז לקבלת טיפול.** אלא שלמרבה הצער זה היה מאוחר מדי ולאחר שבועיים הוא נפטר, מותיר אחריו בת זוג ושני פעוטות.

רבים מהמקרים שמגיעים לפתחה של מחלקת מהגרים הם כאלה: מטופלים שאובחנו בעקבות הגעתם למיון, קיבלו המלצות לטיפול אונקולוגי, אך מנועים מלחזור אל ביה"ח להתחלת הטיפול בשל היעדר ביטוח או יכולת מימון אחרת. ראוי להדגיש כי ברבים מהמקרים, **מי שפונה אלינו בבקשה לסייע הם הרופאים והרופאות או העו"סיות בצוות המחלקה שטיפלה ונתנה את האבחנה הרפואית. צוותים רפואיים אלה חשים כי אינם יכולים לעמוד מנגד ולבגוד בשליחותם ובשבועתם ועל כן מתגייסים להילחם על זכותם של החולים לקבל את הטיפול הנחוץ.**

עבדאללה הוא מבקש מקלט מסודר. לפני מספר שנים הוא נכלא בכלא סהרונים משום שמיאן להתייצב במתקן חולות. בעת שהותו בסהרונים הוא התלונן על כאבים קשים ברגליו ובהמשך לכך התמוטט והובהל לחדר המיון, שם אובחן כסובל מלימפומה מסוג הודג'קינס. עם קבלת האבחנה שוחרר ממאסר ונותר בביה"ח שם הומלץ על שישה סבבים של כימותרפיה. אלא שמאחר ומדובר בטיפול אלקטיבי נאלצו הרופאים לשחררו כשהם משועים לעזרת רל"א במציאת פיתרון. בהיעדר שיתוף פעולה של משרד הבריאות ושל השב"ס החליטו הרופאים לאשפוז מחדש דרך המיון ולהותירו באשפוז זמן ממושך מהרגיל על מנת שיזכה בטיפול הנדרש. לאחר תקופה שבה הצליחו לחמוק מעיני הנהלת בית החולים נאלצו הרופאים לשחרר את עבדאללה, כשהמשך הטיפול האונקולוגי ניצב בסכנה. בהיעדר ברירות אחרות ולאור ההדרדרות במצבו הבריאותי פעלה רל"א בתיאום עם נציבות האו"ם לפליטים ליישוב מחדש של עבדאללה במדינה בה הוא הוכר כפליט וזכה להמשך הטיפול הנדרש, לרבות השתלת מח עצם שנדרשה להצלת חייו.

פעמים רבות הצוותים הרפואיים פונים אל הנהלות ביה"ח בתחינה שיאשרו למטופל טיפולים ללא השתת העלויות עליהם, וכן אל חברות התרופות בבקשה לטיפול חמלה. ואכן אנו רואות כיצד מדי שנה זוכים חלק מהמטופלים חסרי המעמד וחסרי הביטוח לטיפולם במחלקות האונקולוגיות, כשביה"ח נושא בעלויות, או באמצעות תרומות מחברות התרופות. אולם עד כמה שהמחוות האנושיות הללו מצילות חיים של רבים ומרגשות ביותר – **הרי שאין אפשרות להתבסס עליהן כמענה מערכתי לכלל חסרי המעמד חולי הסרטן.** למעשה – במהלך עבודתנו נתקלנו במקרים בהם ההסכמה להושיט סיוע בחינם למטופל אחד – משמעה סירוב למטופלת אחרת, שאיתרע מזלה והיא אובחנה ימים מספר אחרי מטופלת אחרת שזכתה לטיפול.

צגה היא מבקשת מקלט מאריתריאה, בת 28 ואם לילדה בת 5. היא אובחנה כסובלת מלימפומה במעי. עקב מצבה הקשה היא זכתה לטיפול בבי"ח, אולם מצבה לא השתפר. לאחר שיוצבה שוחררה מבית החולים עם המלצה לעבור בדחיפות השתלת מח עצם על מנת להציל את חייה. אלא שבהיעדר ביטוח רפואי סירב בית החולים להעניק לה את הטיפול. **היא נותרה במשך 6 חודשים ללא מעקב וללא טיפול רפואי,** חרף מחלתה הקשה. לאחר מאמצים רבים גויס סכום כסף שאפשר לצגה לחזור לטיפול האונקולוגי.

2.ב חסרי מעמד מבוטחים: אובדן כושר עבודה בעת מחלה מוביל לקטיעת הטיפול האונקולוגי

קודם לכן ציינו כי במקרה של בירור רפואי והשגת אבחנה, חסרי המעמד המבוטחים במסגרת הביטוחים הפרטיים (פוליסות עובד זר) נמצאים ביתרון ממשי על פני חסרי המעמד נעדרי הביטוח, שכן ככלל, חברות הביטוח מחויבות לאשר את הבדיקות המוצעות במסגרת סל השירותים לישראלים, ובתנאי שלא תהיינה קשורות למצב רפואי קודם. **הדעת נותנת, כי חובת חברת הביטוח משתרעת גם להמשך המאבק במחלה, לשלב הטיפול האונקולוגי, שהרי מדובר בטיפול חיוני להצלת חייו של המבוטח,** וכאמור פוליסת עובדים זרים מחויבת לכסות כל שירות רפואי שנמצא בסל השירותים הישראלי ובלבד שלא הוחרג מפורשות, כמו שירותים פסיכולוגיים או סיעודיים, או

שקשור למצב רפואי קודם. ואכן ברבים מהמקרים, הגם שלא בכולם, חסרי מעמד שמבוטחים בביטוח עובד זר **זוכים להתחיל את הטיפול האונקולוגי המומלץ דרך הסדרים של קופת החולים עם בתי החולים הציבוריים**, בדומה למקביליהם הישראלים.

אלא שבמקרים רבים הם ניצבים בפני איום חדש: **קטיעת הרצף הטיפולי עקב אובדן כושר עבודה**. סעיף 4 (א)(3) בצו עובדים זרים, עליו חתום שר הבריאות, 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". ההיגיון 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 זכאותו לטיפול רפואי. מדיניות זו מייצרת גם תמריץ לחברות הביטוח לקבוע כמה שיותר קביעות "אובדן כושר עבודה", שהרי הפסקת הביטוח והטסת המהגר החוצה מישראל זולה יותר מהמשך מימון הטיפול רפואי בו. נזכיר כי **על פי רוב, השירותים שלהם נזקק המבוטח במצב חירום רפואי "לשם ייצוב מצבו הרפואי" אינם כוללים השלמת כל סבבי הכימותרפיה וההקרנות**, לדוגמא, שכן הללו נחשבות לפרוצדורות אלקטיביות. זאת ועוד, אין להתעלם מהעובדה כי רבים מחסרי המעמד וממהגרי העבודה שחיים בישראל מגיעים ממדינות מתפתחות שבהן אין המשך טיפול רפואי זמין ועל כן הפסקת הביטוח והטסתם מהווה קטיעה של הרצף הטיפולי, שעלולה לחרוץ את דינם. במקרים רבים איפוא, **המשמעות של הפעלת סעיף אובדן כושר עבודה היא חד משמעית: גדיעת הטיפול האונקולוגי באיבו**.

אדריאנה היא עובדת סיעוד מפרו. במהלך עבודתה אובחנה כסובלת מסרטן השד. היא החלה לקבל טיפולים אונקולוגיים במסגרת הביטוח, אלא שעקב מחלתה נמנע ממנה להמשיך לעבוד. היא נותרה ללא קורת גג וללא מעסיק כשחברת הביטוח הודיעה לה על הפסקת הפוליסה. במאמצים רבים שכנע צוות ר"א את חברת הביטוח שלא לקטוע את הרצף הטיפולי של אדריאנה, ונתאפשר לה לממש את כל המלצות הרופאים, לרבות לעבור ניתוח בכיסוי הביטוח הפרטי. אלא שחודשיים לאחר הניתוח כשהיא נדרשת למעקבים אינטנסיביים ובדיקות דימות, הודיעה חברת הביטוח על סיומה של הפוליסה ואדריאנה נאלצה לאסוף כספים מהקהילה הפרואנית כדי לעבור את הבדיקה הנדרשת, כשהיא נותרת ללא נגישות למעקבים נוספים.

*

חזוס הוא עובד סיעוד מהפיליפינים כבן 42, שחי בישראל כבר 11 שנה. בסמוך לפטירת מעסיקו האחרון הוא אובחן כסובל מלימפומה מסוג הודג'קינס. למרות שמעסיקו הסדיר עבורו ביטוח רפואי לעובד זר כנדרש בחוק, עם פטירת המעסיק והפסקת העבודה הוא איבד את אשרת השהייה תוך שחברת הביטוח מיהרה לעדכנו על הפסקת הפוליסה הקיימת והעברתו לפוליסה חדשה, במסגרתה לא יוכל לזכות בטיפולים אונקולוגיים. רק אחרי מאבק מול חברת הביטוח זו הסכימה לחזור בה ולהמשיך ברצף את הפוליסה הקיימת, שעליה כבר שולם. אלא שאז זימנה חברת הביטוח את חזוס לבדיקה של רופא תעסוקתי שקבע שאינו כשיר לעבוד לפחות 6 חודשים. אז ביקשה החברה לקטוע את הפוליסה ולממן רק את ייצובו. מאבק נוסף הוביל להחלטה להאריך את הפוליסה עד לסיום פרוטוקול הטיפול. אלא שלמרב הצער גם אחרי סיום הפרוטוקול נזקק חזוס להמשך טיפול אינטנסיבי ויקר וחברת הביטוח סירבה להמשיך לממנו. לאור הסירוב פנה חזוס לבית המשפט, אשר פסק כי על חברת הביטוח להמשיך לממן את הטיפולים החיוניים, עקב מצבו הבריאותי החמור.

*

טביתה היא מהגרת עבודה מהודו בת 37, שעבדה כמטפלת סיעודית בישראל מזה כ-7 שנים. בנובמבר 2019 אובחנה עם סרטן שד. נקבעה לה תכנית טיפולים אינטנסיבית הכוללת כימותרפיה, ניתוח והקרנות. אבל עוד לפני שהחלה בטיפולים – סוכנות כוח האדם דרכה היא מועסקת שלחה אותה אל רופא תעסוקתי אשר קבע לה אובדן כושר עבודה למשך שנה, וזאת על מנת למצוא לה מחליפה שתמשיך לסעוד את הקשיש בעת מחלתה. בעקבות זאת חברת הביטוח דרשה להפעיל את סעיף ההחרגה בפוליסה – ועל כן הטיפולים הרפואיים להם היא נזקקה נעצרו. על מנת להיאבק על זכותה להשלמת הטיפולים האונקולוגיים הפנתה אותה ר"א לרופא תעסוקתי נוסף שהגיש חו"ד נגדית, שפסקה שהיא יכולה להמשיך לעבוד. מהלך זה הצליח להאריך את הביטוח בשלושה חודשים בלבד והיא החלה לקבל טיפולי כימותרפיה. אולם חברת הביטוח עדיין ניסתה להתנער ולהיתלות באי יכולתה של טביתה לחזור לעבודתה הייעודית בסיעוד. עם סיום כתיבת הנייר הנוכחי התברר כי "קניית הזמן" איפשרה לטביתה להשלים את הטיפולים וכי היא בדרך להחלמה מלאה – הודות לאי קטיעת הרצף הטיפולי, חרף נסיגנותיה החוזרות ושבבים של חברת הביטוח.

כשמדובר במבקשי מקלט מאריתריאה ומסודן שזכו לביטוח במסגרת העסקתם, סעיף אובדן כושר עבודה מקבל מימדים חמורים נוספים: כבר מעל לעשור שהם חוסים תחת הגנה מפני הרחקה לארצות מוצאם, ועל כן ברגע שנקבע להם "אובדן כושר עבודה" לתקופה של מעל 90 יום, מפסיקה חברת הביטוח לבטחם הגם שאין כל אפשרות להטיסם להמשך טיפול בארץ המוצא. **הם נותרים בישראל ללא כל המשך טיפול, שלו הם כה זקוקים בשעה זו.**

יחיא, מבקש מקלט מדארפור שאובחן עם סרקומה ברגלו, החל לקבל טיפולים אונקולוגיים במסגרת הביטוח. אולם לאחר כחודשיים, מאחר ונאלץ להפסיק את עבודתו, חברת הביטוח הפסיקה את הכיסוי עבור הטיפול בתואנה כי פוליסת עובדים זרים מתבטלת עם קביעת אובדן כושר עבודה. העו"ס במחלקת הקרנות פנתה אל חברת הביטוח והתחננה שתאשר את המשך הפוליסה. היא הסבירה כי עקב מצבו הוא מנוע מלעבוד ואינו מסוגל לממן את הטיפול מכיסו, במחשבה שההנמקה הזו תדבר אל לב נציגת חברת הביטוח. למעשה מידע זה רק חיזק את הסירוב של חברת הביטוח להימנע מלהמשיך ולכסות את הטיפולים. בצר לה פנתה העו"ס אל רל"א, שבתורה פנתה אל חברת הביטוח וערערה על קביעת אובדן כושר העבודה, משום שמדובר באדם שאינו בר הרחקה לארץ המוצא ושנוקק לטיפול רפואי להצלת חייו. טיעון זה הוביל להארכת הפוליסה ולהנגשת המשך הטיפול, לפני משורת הדין, לטענת חברת הביטוח.

3.3: הישג משפטי עם השלכות מוגבלות בשטח

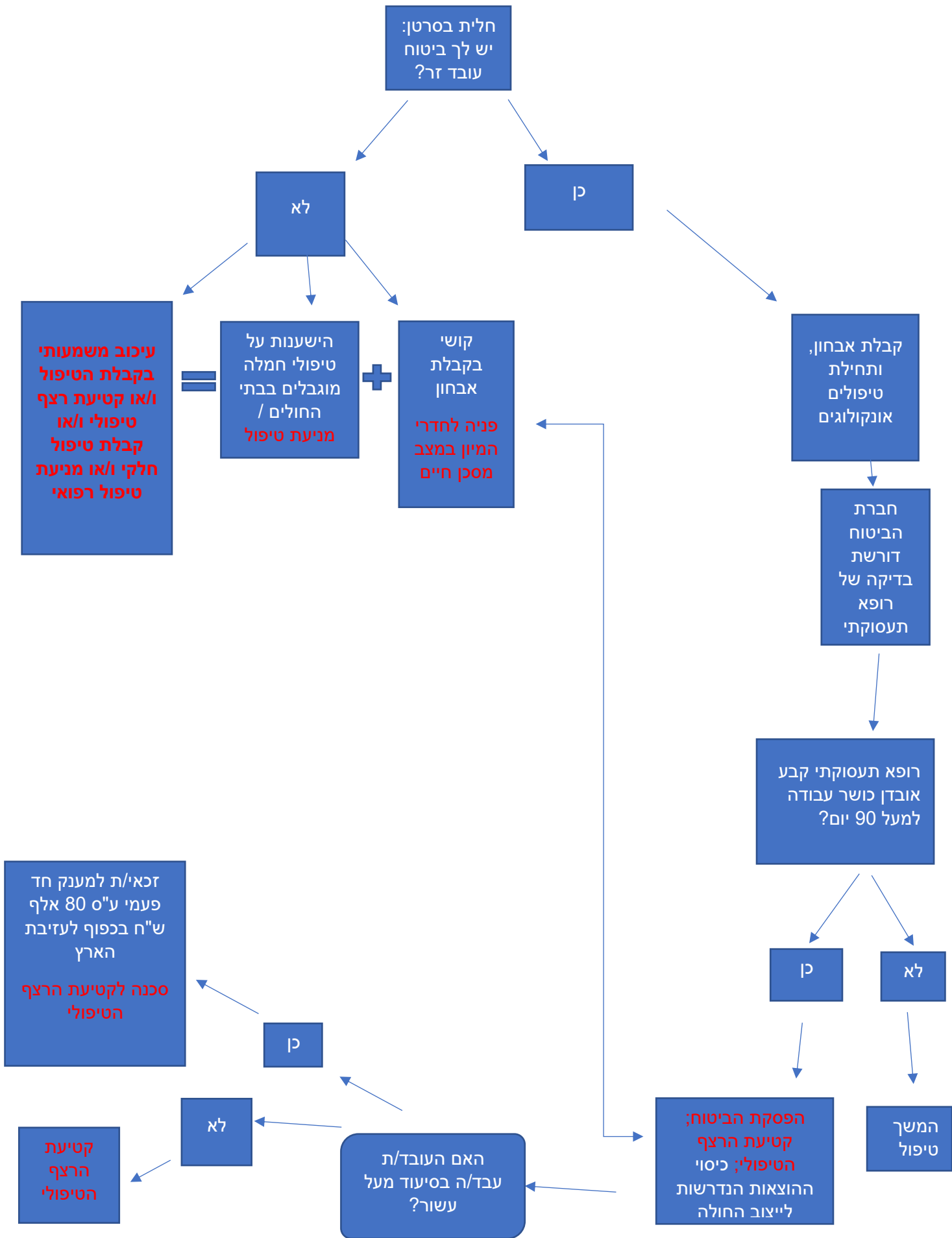
כבר בשנת 2006 עתרה עמותת "קו לעובד" לבג"ץ, בדרישה להחיל את חוק הביטוח הלאומי וחוק ביטוח הבריאות הממלכתי על מהגרות ומהגרי עבודה העובדים בסיעוד ואשר שוהים בישראל תקופות ממושכות עם אשרה בתוקף, וזאת לנוכח הזיקה החזקה שלהם לישראל, זיקה שמתפתחת בשנות שהותם הרבות בארץ והשתלבותם במרקם החיים כאן (בג"ץ 1105/06). ב-2014 הכריע בג"ץ בעתירה, בפסיקתה האחרונה של כבוד השופטת עדנה ארבל בשבתה כנשיאת ביהמ"ש העליון.¹⁷ בפסיקתה התייחסה השופטת ארבל גם לטענות לגבי הסעיף בחוק עובדים זרים העוסק באובדן כושר העבודה והדגישה את העוול שכרוך בהוראות הסעיף. לאור זאת נקבע כי "יש לקרב את הסדרי הבריאות החלים על עובדים זרים בעלי זיקה חזקה לישראל לאלו החלים על תושבי ישראל" (שם, פסקה מס. 89). לטענת בית המשפט שינוי יסודי שכזה ראוי שיעשה "בדרך המלך" על ידי החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על קבוצה זו של מהגרות עבודה כפי שתבעה קו לעובד; אולם ביהמ"ש הותיר בפני המדינה את האפשרות לגבש הסדר חלופי, למשל על ידי תיקונו של צו עובדים זרים.

בעקבות זאת הוכנס ב-2016 תיקון בצו עובדים זרים, אשר מזכה את עובדות הסיעוד שעבדו לפחות עשור בישראל, ואותן בלבד, במענק חד פעמי של 80 אלף ש"ח במקרה שנפסק להן אובדן כושר עבודה, ובכפוף לעזיבתן את הארץ.¹⁸ זאת מתוך מחשבה, כי המענק יסייע להן לזכות בהמשך טיפול בארץ המוצא. בהמשך לכך העלו חברות הביטוח את הפרמיות לכל עובדי הסיעוד המבוטחים. מיותר לציין כי תיקון זה עדיין מותיר עובדות רבות שטרם השלימו עשור בישראל וחלו בסרטן, כמו גם מבוטחים שלא עבדו בסיעוד – באותן מצוקות ובסכנה ממשית לחייהם.

¹⁷ <https://www.haaretz.co.il/news/law/1.2356001>

¹⁸ ראה צו עובדים זרים, תיקון תשע"ו 2016 סעיף 4(2) "לעניין עובד בענף הסיעוד, בחלוף עשר שנים מאז קיבל לראשונה רישיון לישיבת ביקור לצורך עבודה בענף הסיעוד – גם כיסוי לפיצוי חד-פעמי מיוחד בסך 80 אלף שקלים חדשים, המיועד לעובד שנמצא בלתי כשיר לבצע את עבודתו מסיבות רפואיות כאמור בסעיף 4(א)(3), ובלבד שמימש את זכאותו לטיסה חזרה לארצו כאמור בסעיף 4(ב); הזכאות לפיצוי תחול על מי שבמועד קביעת הרופא כאמור בסעיף 4(א)(3) כי אינו כשיר לעבודתו היה בידו רישיון תקף לישיבת ביקור לצורך עבודה בענף הסיעוד או שהיה בידו רישיון כאמור במועד כלשהו במהלך תקופת 12 החודשים שקדמה לקביעת הרופא כאמור".

חולי הסרטן חסרי המעמד בישראל במלכודת ההזרה



4. מעקבים וביקורות - בעיות ברצף הטיפול

משרד הבריאות הגדיר את נושא הרצף הטיפולי בין הקהילה לבתי החולים כנושא בעל חשיבות גבוהה וכיעד מרכזי לקידום עוד בשנת 2014.¹⁹ והנה כשמדובר בחסרי מעמד חולי סרטן, נושא שהוא בעל חשיבות מקצועית ואתית כה קריטית ננטש לחלוטין.²⁰ גם כאשר ניאות ביה"ח להנגיש טיפול ללא עלות או דרך טיפולי חמלה, הרי שהיקפם של הללו הוא לעיתים מוגבל. כך למשל, בעוד שמטופלים שליוונו במהלך השנים זכו לכימותרפיה והקרנות מטעם ביה"ח, כשהגיעה העת להשתלת מח עצם, סירב ביה"ח להושיט סיוע נוסף. כך גם במקרה של מטופל שנוקק לתרופות יקרות לאחר סבבי הכימותרפיה וההקרנות, תרופות שאילו היה תושב המדינה היה זכאי להן במסגרת סל התרופות הישראלי, ושנדרשות על מנת להשאירו במצב "כרוני" ולמנוע הדרדרות. במילים אחרות, גם כאשר הטיפול הרפואי מונגש ללא השתת העלויות על המטופל/ת, הודות למסירותם של הצוותים הרפואיים והשתדלותם מול הנהלות בתי החולים – עדיין, חסרי מעמד חסרי ביטוח יתקשו מאוד להתמיד ברצף הטיפולי ובמעקבים שאמורים להבטיח את שלומם ולזהות מבעוד מועד התפרצות מחודשת של המחלה.

ברהנה הוא מבקש מקלט מאריתריאה בן 30. הוא אובחן כסובל מ- CML – לוקימיה מיאלואידית כרונית, וזכה לטיפול מציל חיים כאשר מצבו הדרדר והפך לאקוטי. אלא שכשמצבו התייצב, התקשה לזכות בהמשך טיפול ומעקבים, ורק בעקבות התערבות של רופאי המרפאה הפתוחה של רל"א הוחזר לטיפול במחלקה ההמטואונקולוגית שבה טופל בעבר. כיום הוא זוכה שם למעקבים, אולם בהיעדר ביטוח רפואי הוא מתקשה לקבל בצורה סדירה את הטיפול התרופתי שהוא חייב ליטול על מנת שמצבו לא ידרדר, מכרוני לאקוטי, משום שזה אינו מסופק דרך המחלקה בביה"ח.

*

יוהנס הוא מבקש מקלט בן 58 מאריתריאה. לפני מספר שנים הוא החל לסבול מהפרעות בראייה, ואובחן כסובל מגידול ענק ושפיר באזור יותרת המוח בגינו עבר עד כה שני ניתוחים, עם שיפור חלקי בלבד. הוא חייב להיות במעקב אנדוקריני והדמייתי, ובמעקב תרופתי. מכיוון שאין ביכולתו לעמוד במימון עלות הטיפול התרופתי, הוא לא זכה לטיפול המקיף הנדרש לאדם במצבו, ונמצא בסכנה ממשית להתדרדרות נוספת. לאחרונה אכן הדרדר מצבו והוא עמד על סף אובדן מאור עיניו. לאחר מאמצים רבים הצליחו הרופאים המתנדבים במרפאה הפתוחה של רל"א להכניסו לניתוח מוח חיוני. עם ההתאוששות מהניתוח התעורר קושי נוסף: יוהנס נדרש לשיקום ניירולוגי באשפוז. בהיעדר ביטוח רפואי לא ניתן היה להעבירו לשיקום ובמקום זאת הוא שוחרר לבית חבריו, כשהוא סובל מקשיים תפקודיים ניכרים.

ג. זכויות סוציאליות וכלכליות לחולי סרטן

מטבע הדברים, בלב הסיוע שמושיטה מחלקת מהגרים ברל"א לחסרי מעמד חולי סרטן, ניצבת סוגיית הנגישות לטיפול הרפואי האונקולוגי, מציל החיים. אולם במהלך השנים ותוך כדי הסיוע שהוגש לעשרות הפונים אלינו אשר נאבקו במחלת הסרטן, התחוורה ביתר שאת חשיבותה של רשת הגנה סוציאלית שמשתרעת מעבר לטיפול הרפואי גרידא. מחלת הסרטן נושאת במקרים רבים אופי כרוני, וככזו היא מחייבת מעגלי תמיכה כלכליים ורגשיים עבור המטופל ובני משפחתו. לנוכח אופי המחלה וההתמודדות הממושכת שהיא דורשת מהחולה ומשפחתו, מהוות ההטבות וההקלות הסוציאליות שמעניקה המדינה לאזרחיה חולי הסרטן רכיב חיוני ומרכזי בבניית החוסן של המטופל וסביבתו, ותורמות ליכולתם להיאבק במחלה באורח מיטבי.

¹⁹ https://www.health.gov.il/Subjects/Patient_Safety/hospitals/Pages/continuity.aspx

²⁰ נזכיר כי גם דו"ח מבקר המדינה מ-2014 (ג'64) בנושא "זרים שאינם בני הרכקה" עמד המבקר על היעדר טיפול בקהילה במבקשי המקלט הסובלים ממחלות קשות וממחלות כרוניות והצביע על מציאות שדורשת תיקון לאלתר.

בעוד שחולי סרטן ישראלים זכאים לקצבאות נכות ושירותים מיוחדים, כמו גם גמלת ניידות וגמלת סיעוד, שיקום מקצועי ותמיכה נפשית – מקביליהם חסרי המעמד אשר חוק ביטוח לאומי אינו חל עליהם אינם זכאים לאף אחת מההטבות הללו. בעוד שחולי סרטן ישראלים זכאים להטבות כלכליות, לרבות הטבות בארנונה, הקלות במשכנתא, ופטור ממס – מקביליהם חסרי המעמד נאלצים פעמים רבות להישען על בני קהילתם על מנת שלא לאבד את קורת הגג. לעיתים, כשחוסנה של הקהילה נפגע, למשל עקב גזירות ממשלתיות, כגון הכליאה המאסיבית במתקן חולות בין השנים 2013-2018 וחוק הפיקדון שנכנס לתוקפו ב-2017²¹ – או בעקבות מגיפת הקורונה והמשבר הכלכלי שבעקבותיה – גם חברות אמיצה אינה מספיקה להבטיח לחולי הסרטן חסרי המעמד חיים בכבוד.

חביב הוא מבקש מקלט מסודן כבן 40 המחלים מסרטן השד שבעקבותיו גם עבר כריתה חלקית של שד שמאל. בעקבות חוויות קשות שעבר בארץ המוצא, הוא סובל גם מהפרעה פוסט טראומטית. עקב מצבו הבריאותי הוא חדל מלעבוד, ונותר חסר בית. במשך מספר חודשים הוא נע ונד בין חבריו מהקהילה, אשר ניסו, בכוחותיהם הדלים, לארח אותו, לכלכל אותו ולתמוך בו בשעה שהוא נלחם במחלה. בשלב מסוים, בפרט לאחר שחבריו זומנו למתקן חולות, נפלט חביב לרחוב ונאלץ לישון בגינת לוינסקי, זאת, בשעה שהוא בתהליך החלמה מניתוח הכריתה. **במשך כמעט שנה הוא ישן על רצפת מסעדה סודנית בנווה שאנן, כשבנימים הוא הסתובב בחוסר מעש ברחובות, עדיין מנוע מלעבוד עקב מצבו הבריאותי הרעוע. רק לאחר אינספור פניות לרשויות נמצאה השמה במוסד מתאים בעבורו.**

גם בשלבי ההחלמה, היעדרם של קצבאות נכות או שיקום תעסוקתי מותיר חסרי וחסרות מעמד רבים במצוקה קשה. בהעדר יכולת להתפרנס הם מתקשים לקיים את עצמם ואת משפחותיהם. גם לאחר שהחלימו מהמחלה, רבים מהם מתקשים מאוד לחזור למסלול החיים הרגיל.

פוטסום הוא מבקש מקלט מאריתריאה בן 33. לפני כשנתיים אובחן עם לימפומה ועבר השתלת מח עצם. בעקבות מחלתו והטיפולים הקשים הוא סובל מחולשה ותשישות שאינן מאפשרות לו לחזור לעבוד, והובילו אותו לגור ברחוב, ובגן ילדים של הקהילה האריתראית, לסירוגין. רק בעקבות מאמצי ארגוני הסיוע נמצאה לו השמה חוץ-ביתית וכיום הוא שוהה במוסד בירושלים, אך מבלי שחזר למעגל העבודה.

*

אברהם הוא מבקש מקלט מאריתריאה, בן 48, נשוי ואב לשתי בנות. לפני כשנתיים אובחן עם AML – לויקמיה מיאלואדית חריפה, בגינה עבר השתלת מח עצם. הביטוח הרפואי אותו החזיק במסגרת עבודתו למעשה הציל את חייו. כיום הוא ממשיך להיות במעקבים, אבל עקב מחלתו והיצע העבודות המוגבל למבקשי המקלט בישראל – עבודות פיסיות מפרכות, הוא אינו מסוגל לעבוד ולכלכל את משפחתו. הוא נאלץ להישען על חבריו לקהילה ועל ארגוני הסיוע כדי להביא אוכל לפיהם של ילדיו.

בהיעדר זכויות סוציאליות, לעיתים גם הזכות למות בכבוד ניטלת מהם:

קסנדרה היא מבקשת מקלט מסיירה לאון, שאובחנה כסובלת מגידול נוירואנדוקריני בדרכי העיכול העליונות עם גרורות לכבד. עקב מצבה הבריאותי הקשה מאד, ולמרות העובדה שאין לה ביטוח רפואי, נאות ביה"ח לאשר לה טיפולי כימותרפיה. כמשמצבה לא הוטב נפסקו הטיפולים. היא שוחררה לדירתה בדרום ת"א, שהתנאים בה לא היו ראויים למגורי אדם. חברי הקהילה ניסו לדאוג למחסורה במהלך החודשים האחרונים לחייה, כשהמרפאה הפתוחה העבירה לה מזון נוזלי ייעודי ומשככי כאבים כמידת היכולת. בשלב מסוים עצרה משטרת ההגירה את חברה שטיפל בה והיא נותרה ללא סיוע ממשי. קסנדרה לא זכתה לטיפול פליאטיבי והקלה ממשית בסבלה. **היא נפטרה כשהיא בת 47.**

²¹ חוק הפיקדון נכנס לתוקפו במאי 2017 וחייב מעסיקים של מבקשי מקלט מאריתריאה ומסודן לנכות חמישית משכרם החודשי לקרן פיקדון ייעודית, שתכולתה תימסר לעובדים רק עם יציאתם את הארץ. חוק הפיקדון הוביל להחרפה ממשית במצבה הכלכלי של קהילת מבקשי המקלט, והוביל רבים לחרפת רעב. ב 23.4.20 בשיאו של משבר הקורונה נתן בג"ץ את פסיקתו במסגרת עתירת קו לעובד וארגונים נוספים, ביניהם רל"א, כנגד החוק (בג"ץ 2239/17) וביטלו לאלתר, תוך חיוב המדינה להחזיר לעובדים את כספם.

חלק שלישי: המלצותינו

הזכות לבריאות, בהיותה זכות אדם בסיסית, אינה נסוגה במעבר למדינה אחרת. קל וחומר כשמדובר באנשים שהמדינה הזמינה לעבוד כאן או במי שהמדינה מכירה בזכותם להגנה בשל סכנה הנשקפת לחייהם או לחירותם במידה ויוחזרו לארצות מוצאם.

על מדינת ישראל לגבש מדיניות בריאות מכילה שתאפשר לחסרי המעמד, ובפרט למי מביניהם שאינם בני הרחקה, לזכות בנגישות שיוויונית לטיפול רפואי וברצף טיפולי נאות במסגרת מוסדות הרפואה הציבורית בישראל. צעד שכזה הינו הגיוני גם מהיבט הכלכלי, שהרי טיפולי ואשפוזי החירום אשר צפויים לאותם חולים שמצבם יתדרדר יהיו יקרים מעלות הטיפול באותם חולים אילו אובחנו בשלב הראשוני למחלתם.

הפיתרון הראוי הינו על דרך ההכללה של האוכלוסיות הללו תחת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. זאת ניתן לעשות באמצעות הפעלת סעיף 56(א)1(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כפי שנעשה במקרה של פלסטינים שנשואים לישראלים וחיים בישראל עם היתרי מת"ק מתחדשים.²²

לחילופין ניתן להבטיח את נגישותם לבריאות של אוכלוסיות חסרות מעמד תחת הסדר ביטוחי שיציע סל שירותים בהיקף מקביל לזה שמוצע במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ובתנאים דומים, כפי שהסדיר משרד הבריאות לקטינים חסרי מעמד, שזכאים להירשם לשירותים מסובסדים דרך קופ"ח מאוחדת.²³

- **עד לגיבוש מתווה להסדר ביטוחי וליישומו, לאור חשיבותו של הגילוי המוקדם עבור סיכויי ההחלמה ממחלת הסרטן, ולנוכח חיוניותם של טיפולים אונקולוגיים המוגשים בהקדם לשם מיגור המחלה והעלאת סיכויי ההחלמה וההישרדות, מן הראוי להקצות מימון ייעודי לבדיקות האבחוניות ולטיפולים האונקולוגיים עבור חסרי המעמד, חסרי הביטוח, תוך חלוקת הנטל בין מרכזי הטיפול הציבוריים ברחבי הארץ.** זאת, כפי שנעשה בהקשר לטיפול בנשאי HIV חסרי מעמד חסרי ביטוח מאז 2014.²⁴ הקצאת תקציב שנתי לטיפול בחסרי מעמד חסרי ביטוח תבטיח הנגשת טיפול נאות לחולי הסרטן, תוך הסרת העול מצוותים רפואיים אשר כיום נדרשים בנוסף על הטיפול הרפואי לפעול להבטחת התקצוב מול הנהלות ביה"ח, פעמים רבות תוך היקלעות לסיטואציות של נאמנות כפולה.

- **עד להחלת הסדר ביטוחי יש לוודא כי מטופלים שאובחנו כחולים במחלת הסרטן ואשר מבוטחים בביטוחי עובד זר יוכלו להשלים את כל מהלך הטיפול המומלץ על ידי הרופא המטפל גם במידה ונקבע להם אובדן כושר עבודה של למעלה מ 90 יום:**

- **לשם כך ראוי לבטל כליל את סעיף 4(א)3(3) לצו; ביטול הסעיף עולה בקנה אחד עם פסק הדין בבג"ץ 1105/06 שהוזכר לעיל;**

²² [תקנות ביטוח בריאות ממלכתי רישום בקופת חולים, זכויות וחובות של מקבלי היתר שהייה לפי חוק האזרחות והכניסה לישראל \(הוראת שעה\), התשס"ג-2003, התשע"ו-2016.](#)

²³ [ראו חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 5/2016 בנושא אספקת שירותי בריאות לקטינים הנמצאים בישראל ואינם מבוטחים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי](#)

²⁴ [ראו חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 9/2016 בנושא התכנית הלאומית למניעת HIV וטיפול במהגרים נשאי HIV חסרי ביטוח רפואי](#)

- **לחילופין ולכל הפחות, ראוי להאריך את משך תקופת אובדן כושר עבודה שבמסגרתה אין הפסקה של הפוליסה, על מנת לאפשר למבוטחים ששילמו במשך תקופת עבודתם עבור ביטוח רפואי, לקבל שירותים רפואיים כהמלצת רופאיהם גם אם נקבעה להם תקופת אובדן כושר עבודה. יש לתקן את הצו באופן שתדרש תקופת אובדן כושר עבודה ארוכה יותר מ-90 ימים על מנת להפחית את מספר המקרים שבהם מבוטחים, השוהים בישראל כדין ואינם נדרשים לעזוב אותה, ייפגעו מהסעיף.**
- **ככל שמדובר במהגרי עבודה הזוכים לטיפול במחלת הסרטן ו/או מתאוששים ממנה, יש להסדיר תנאי מגורים הולמים וסיוע כלכלי עד להחלמתם. לשם כך ניתן להגיע להסדרים מול השגרירויות הרלוונטיות לתמיכה בדיור וברווחה בעת קבלת הטיפול הרפואי בישראל ועד לחזרה לארצות המוצא.**
- **ככל שמדובר במבקשי מקלט ואנשים שהוכרו כמאויימים שאינם בני הרחקה ושחלו במחלת הסרטן, יש להקנות זכאות לתמיכה בדיור וברווחה, ושיקום תעסוקתי. במידת הצורך יש להסדיר השמות חוץ ביתיות, תוך הבטחת שמירת הרצף הטיפולי והנגשת הטיפולים גם בעת השהות במסגרות החוץ-ביתיות.**
- **בעת הצורך יש להנגיש טיפולים פליאטיביים ואשפוזים במסגרת ההוספיס גם לחסרי מעמד, על מנת לאפשר להם לסיים את חייהם בכבוד ובמינימום סבל.**