

1 ינואר, 2025

לכבוד:

חה"כ יונתן מישרקי, יו"ר ועדת הבריאות

חברי ועדת הבריאות

הנדון: התנגדות להטלת השתתפות עצמית בעבור ייעוץ וטיפול פסיכותרפויטי

אנו, נציגי ארגון בזכות, המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלות, רופאים לזכויות אדם והאגודה לזכויות האזרח בישראל מתכבדים להגיש בזאת את הערותנו לטיטוט צו ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון התוספת השנייה לחוק), התשפ"ה-2024 וכן לטיטוט תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פטור מהשתתפות עצמית), התשפ"ה-2024 המובאות לדיון בוועדת הבריאות של הכנסת.

כבר בראשית דברנו נבהיר, כי אנו מתנגדים בתוקף למתווה המוצע, לפיו תוטל השתתפות עצמית בעד ייעוץ וטיפול פסיכותרפויטי, אשר כפי שיפורט בהמשך, הוא בלתי סביר ופוגע בזכויות אדם באופן בלתי מידתי. המתווה צפוי ליצור חסם משמעותי בפני קבלת טיפול נפשי, נוסף על החסמים שכבר קיימים, בעיקר בקרב האוכלוסיות המוחלשות ביותר, תוך פגיעה בזכותם הבסיסית של אנשים רבים לבריאות ולנגישות שוויונית לשירותי בריאות. כל זאת דווקא בתקופה הקשה בה אנו מצויים בשל המלחמה המתחוללת כבר מעל לשנה, אשר מחדדת ביתר שאת את הצורך בטיפולים נפשיים נגישים וזמינים. בנוסף, לעמדתנו ההוצאות הפרטיות עבור שירותי בריאות צריכות להתמצות בביטוח הבריאות שאדם משלם, ואשר נגזר ממצבו הכלכלי וההרכב המשפחתי שלו. דבר זה הופך את מערכת הבריאות הישראלית לכזו המושתתת על עקרון האוניברסליות, וכל פגיעה נוספת בכך, הופכת אותה לשוויונית פחות, לטובה פחות – ובטווח הרחוק – גם משיתה עלויות גבוהות על המדינה.

ונפרט:

על פי המתווה המוצע, אנשים שיבקשו לקבל טיפולי פסיכותרפיה במערכת בריאות הנפש הציבורית בקופות החולים ידרשו לשלם השתתפות עצמית של 35 ש"ח למפגש שעד כה ניתן ללא עלות. ילדים ובני נוער אמנם יהיו פטורים מתשלום זה אולם ככל שמדובר באוכלוסייה הבגירה בישראל, רק מעטים יזכו לפטור. על פי טיטוט הצו תקבע אמנם 'תקרה' רבעונית של 210 ש"ח למשפחה, אולם עבור אנשים המשתייכים לעשירונים התחתונים ועבור אנשים המתקיימים מקצבאות קיום שחלקם לא יהיו פטורים על פי מתווה הנוכחי מדובר בסכומים משמעותיים. זאת ועוד, יש לזכור כי ההשתתפות העצמית עבור טיפולי פסיכותרפיה תתווסף אל השתתפויות עצמיות אחרות אותן נדרשים לשלם אנשים הזקוקים לשירותי בריאות - השתתפות עצמית עבור תרופות, ביקור אצל רופאים יועצים וכד'. דבר זה יהווה חסם משמעותי שימנע מאנשים רבים לפנות לטיפול ויפגע קשות בשוויון ובזכות לבריאות דווקא של אלו שאין להם חלופות פרטיות נגישות.

נציין כי לחשש זה יש ביסוס בסקרים ומחקרים המראים כי אנשים רבים נמנעים מלצרוך שירותי בריאות בשל התשלום הנדרש עבורם. כך, על פי סקר דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות של מכון מאיר-גיוינט-

ברוקדייל לשנים 2021-2022,¹ 12% מהמשיבים ענו כי ויתרו על טיפול רפואי בשל הקושי לשלם עבורו. שיעור זה עולה ל-19% בקרב החמישון התחתון. בסקר שערכה ההסתדרות הרפואית ביוני 2023 דיווחו כ-30% מהמשתתפים, כי נאלצו לוותר על שירות רפואי בשל גובה ההשתתפות העצמית.² מסקר שנערך על ידי עמותת רופאים לזכויות אדם בדצמבר 2024 ואשר ממצאיו טרם פורסמו, עולה כי כ-49% מהאוכלוסייה נאלצו לוותר בשנה האחרונה על שירותים רפואיים בשל מחירם. קרוב למחצית מהנשאלים דיווחו כי נאלצו לצמצם הוצאות אחרות על מנת לעמוד בעלויות בריאותיות.

נדגיש כי בניגוד לביקור אצל רופא מומחה, לדוגמה, שם ההשתתפות העצמית היא רבעונית, על פי המתווה המוצע בתזכירים ההשתתפות העצמית בטיפולי פסיכותרפיה תהיה עבור כל טיפול וטיפול, שכאמור ניתנים על פי רוב על בסיס שבועי ולעיתים יותר מכך. לפיכך צפוי כי שיעור האנשים שיוותרו על פנייה לקבלת טיפול יהיה גבוה אף יותר בהשוואה לאלו שמוותרים כיום על פניה לרופא מומחה.

המתווה המוצע כולל אמנם מתן פטור לקבוצות מסוימות, אולם הוא יותיר אנשים רבים, לרבות כאלו שנמצאים מתחת לקו העוני וכאלו המתקשים כבר היום לעמוד בהוצאות החודשיות, ללא מענה. כך, על פי נתוני דוח העוני, בשנת 2022 חיו בישראל 1,107,000 בגירים מתחת לקו העוני.³ על פי המתווה המוצע באותה שנה 350,442 בגירים בלבד היו זכאים לפטור מהשתתפות עצמית.⁴ כלומר גם אם כל הזכאים לפטור הם אנשים הנמצאים מתחת לקו העוני, מה שאינו המצב, לפחות 68% מהאנשים הבגירים הנמצאים מתחת לקו העוני – מעל 750,000 אנשים בנתוני שנת 2022 – יידרשו על פי המתווה המוצע לשלם עשרות שקלים בחודש עבור טיפול נפשי, אם יזדקקו לו. עוול זה אך מתעצם לנוכח העובדה כי מחקרים רבים מצביעים על הקשר הדו-כיווני בין עוני לבריאות נפשית: חיים תחת דחק הנגרם כתוצאה מעוני מגבירים את הסיכון לפתח בעיות נפשיות כמו דיכאון וחרדה, והתמודדות עם קשיים נפשיים משמעותיים מעלה את הסיכויים לחוות עוני.⁵ קשר זה מחייב לעשות מאמץ מכוון להנגיש ככל הניתן את שירותי בריאות הנפש לאוכלוסייה המתמודדת עם עוני. תחת זאת המתווה המוצע מציב בפניה חסמים נוספים על אלו הקיימים.

ככל שמדובר באנשים עם מוגבלות המקבלים קצבת נכות, בחלקם אנשים המקבלים קצבה בשל מצבם הנפשי – אלו זכאים כיום לפטור מהשתתפות עצמית עבור ביקורים אצל רופא משפחה ורופא מומחה (פטור הניתן גם ליתלויים' בהם), ולא ברור מדוע לא נכללו בזכאים לפטור מהשתתפות עצמית עבור טיפולי פסיכותרפיה. נדגיש כי מחקרים רבים מצביעים על כך שההוצאות העודפות של אנשים עם מוגבלות גבוהות משמעותית מאלו של אנשים ללא מוגבלות, ושיעור גבוה יותר של אנשים עם מוגבלות מתקשים לכסות את ההוצאות החודשיות שלהם בהשוואה לאנשים ללא מוגבלות. כך למשל, מנתוני הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2021 עולה כי 17% מהאנשים עם המוגבלות החמורה בגילאי 20-64 התקשו לכסות את הוצאותיהם החודשיות, זאת בהשוואה ל-5% מכלל האוכלוסייה.⁶

¹ לרון, מ., מעוז ברויאר, ר. ופיאלקו, ש. (2022). סקר דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל תפקודה. 2021-2022. מכון מאיר-סג"ר-גיונט-ברוקדייל.

² תוצאות יוקר המחיה: כ-30% מהישראלים מוותרים על שירותי רפואה, איגוד רופאי בריאות הציבור, מערכת DoctorsOnly, יולי 2023

³ קלינר קסיר, נ., פינס, ר., פלאס, נ. (2023), דוח ממדי העוני והאי-שוויון בהכנסות-2022, הביטוח הלאומי, מנהל המחקר והתכנון.

⁴ נתון זה מבוסס על נתונים מִדוח שנתי (סקירה שנתית)-2022 של המוסד לביטוח לאומי. לפי הנתונים בדוח זה באותה שנה 103,343 אנשים קיבלו גמלה להבטחת הכנסה (זוג המקבל גמלת הבטחת הכנסה חושב כשני אנשים וכו'), אחד הקריטריונים לפטור מהשתתפות עצמית לבגירים. באותה שנה 1,013,956 אנשים קיבלו גמלת אזור ותיק, 14.8% מתוכם, כלומר 150,065 אנשים קיבלו השלמת הכנסה ו-97,034 אנשים קיבלו גמלת אזור ותיק בתוספת גמלה נוספת לנכה, שני הקריטריונים המזכים מקבלי גמלת אזור ותיק בפטור מהשתתפות עצמית על פי המתווה המוצע.

⁵ לדוגמה: DeCarlo Santiago, C., Kaltman, S., & Miranda, J. (2013). Poverty and mental health: How do low-income adults and children fare in psychotherapy? Journal of Clinical Psychology, 69, 115–126.

⁶ נגר-אידלמן, ר., קונסטנטינוב, ו., ברלב, ל. (2022), אנשים עם מוגבלות בישראל: נתונים סטטיסטיים נבחרים, מכון ברוקדייל ומשרד המשפטים.

כאמור, החסם הכלכלי מתווסף לחסמים אחרים שכבר קיימים במערכת בריאות הנפש ובראשם משכי ההמתנה הארוכים לטיפול נפשי, אשר עומדים באזורים שונים של הארץ על שנה-שנה וחצי ולעיתים אף יותר מכך, כמו גם הפיזור הגיאוגרפי של שירותי בריאות הנפש שעדיין לוקה בחסר. הסקר של מכון ברוקדייל הנזכר לעיל הצביע על כך ש-35% מהאנשים ויתרו על פנייה לקבלת טיפול רפואי או בדיקות רפואיות בשל זמני ההמתנה הממושכים ו-19% ויתרו על בדיקות או טיפולים בשל מרחק מהבית.⁷

וכאילו לא די בזה, טיוטת הצו קובעת כי קופת החולים תוכל לגבות את ההשתתפות העצמית מראש, במועד קביעת התור, וכי מי שלא הגיע לתור שנקבע ולא ביטל אותו לפחות 24 שעות לפני מועד התור יוכל לקבל את ההחזר רק בתוך 45 יום ורק לאחר שהגיש בקשה להחזר.⁸ בפועל משמעות הדבר היא כי **יוטל קנס** על מי שלא הגיע לטיפול ושכח או לא הצליח לבטלו מבעוד מועד, לא צלח את הביורוקרטיה הכרוכה בבקשת החזר או על בעלי אורייניות טכנולוגית חלקית. **להסדר כזה אין אח ורע במערכת הבריאות, גם לא בטיפולים אחרים הניתנים באופן סידרתי כמו טיפולים בהתפתחות הילד**. יתרה מכך, חוזר סמנכ"ל הפיקוח על קופות החולים קובע מפורשות כי אין לגבות השתתפות עצמית לפני שניתן השירות כדי למנוע מצב בו ידרש לתת החזר.⁹ גם בהקשר זה נראה כי השלכות ההסדר המוצע לא נבחנו לעומק ולא ברור האם הוא יפחית את אי ההופעה לטיפול, יביא ליותר מצבים בהם המטופל יודיע מראש שאין בכוונתו להגיע כך שניתן יהיה להציע את התור לאדם אחר, או לחלופין, כפי שאנו חוששים שיקרה, **ייצור חסם נוסף מפני פנייה לטיפול בעיקר אצל האוכלוסיות המוחלשות**. זאת ועוד, מתווה זה ייצור קושי רב עבור אנשים שאינם משלמים את ההשתתפות העצמית לקופת החולים בהוראת קבע, שכן אלו ידרשו להגיע פיסית למרפאה לצורך תשלום מראש עבור תורים שיקבעו.

זמני ההמתנה הממושכים לקבל טיפול נפשי במערכת הציבורית מביאים אנשים רבים לפנות לקבלת טיפול בשוק הפרטי או לחלופין אצל מטפלים עצמאיים שבהסדר עם קופות החולים בהשתתפות עצמית העומדת כיום על כ-150 ש"ח למפגש, שם זמני ההמתנה קצרים בהרבה. מצב זה יוצר כבר כיום אי-שוויון משמעותי בפניה לקבלת טיפול בין מי שידו משגת לשלם מאות ולעיתים אלפי שקלים בחודש למי שאינו יכול לעמוד בעלויות אלו ונאלץ להמתין זמן רב לקבלת טיפול. לפיכך סביר כי מלכתחילה מי שנשענים כיום על המערכת הציבורית משתייכים בעיקר לעשירונים התחתונים. המהלך המוצע לא רק שיביא כאמור לפגיעה באוכלוסיה זו אלא אף יעמיק את אי-השוויון בכך שיצור 'מדרגה' נוספת בין מי שיוכלו לעמוד בתשלום ההשתתפות העצמית המוצעת לאלו שלא יוכלו לעמוד בכך ויוותרו ללא טיפול כלל. בנוסף, על רקע זה לא ברור מדוע נמצא לנכון להותיר על כנו את הסדר המטפלים העצמאיים, תוך הפחתה מסויימת בגובה ההשתתפות העצמית במסלול זה, במקום לבטל כליל את ההשתתפות העצמית במסלול המטפל העצמאי, או למצער להשוותה לגובה ההשתתפות העצמית שתקבע במסלול הציבורי המלא, ככל שתקבע, ולהפוך את מסלול מטפלים העצמאיים לציבורי ולנגיש לכלל האוכלוסיה. לא ברור גם מדוע הפטורים אשר ינתנו למי שפונים לקבלת טיפול במסלול הציבורי המלא לא יחולו גם על מי שיפנה לקבלת טיפול אצל מטפל עצמאי.

נוסף על כל האמור, עולה השאלה מה מטרת ההסדר המוצע. **דברי ההסבר של שר הבריאות, חה"כ אוריאל בוסו אשר צורפו לטיטוטת הצו אינם מבהירים מה המטרה של גביית ההשתתפות העצמית, מעבר לאמירה עמומה שלא ניתן לה ביסוס, שהדבר נועד 'ליצור מחויבות של המבוטחים לטיפול פסיכותרפיו למנוע נשירה באמצעי'.**¹⁰ לפיכך **לא ברור האם ההשתתפות העצמית נועדה לשמש כמקור מימון, נועדה להביא לצמצום מצבים של אי-הופעה**

7 שם

⁸ טיוטת צו ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון התוספת השנייה לחוק), התשפ"ד-2024, הוספת סעיף 19(ב).

⁹ חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים מס' 3/2016: חובת מתן החזר עלות ההשתתפות העצמית עבור ההתחייבות למבוטח שלא ניצל התחייבותו וכן גביית השתתפות עצמית במעמד מתן השרות. 17.5.2016.

¹⁰ טיוטת צו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספת השנייה לחוק), התשפ"ד-2024

(no-show) לטיפול שנקבע, לשמש ל'וויסות ביקושים' או למטרה אחרת. שאלה זו עלתה גם בדיון שהתקיים לא מכבר בנושא בוועדת התשלומים של מועצת הבריאות¹¹ ונותרה ללא מענה ברור. חוסר שקיפות זה, מעלה ספק באשר למטרת הפגיעה ומידתיותה כיוון שהוא לא מאפשר לבחון כבר כעת האם גביית השתתפות עצמית היא הדרך הטובה ביותר להשגת המטרות לשמן נועדה (שאינן ברורות), והאם ישנן חלופות טובות וראויות יותר.

בהתייחס לאפשרות שמדובר במקור מימון, בהתבסס על הנתונים שבידינו על היקף הטיפולים ('מגעים') שניתנים כיום על ידי קופות החולים, ההכנסה הצפויה מההשתתפויות העצמיות עומדת על כ- 30 מיליון ש"ח.¹² **הכנסה זו שולית יחסית בהתחשב בתקציב השירותים האמבולטורים בבריאות הנפש**, גם אם היקף המגעים יוכפל או אפילו ישולש כפי שראוי שיקרה. בדיונים שהתקיימו סביב אישור תקציב המדינה לשנה זו בוועדת הבריאות של הכנסת אף הובהר כי ההכנסה מההשתתפויות העצמיות אינה מובאת בחשבון בתקצוב התכנית הלאומית לבריאות הנפש, שאושר השנה, ועומד על תוספת של 1.4 מיליארד ש"ח על פני שנתיים. לפיכך לא נראה כי ההשתתפות העצמית נועדה לשמש כמקור מימון משמעותי לבריאות הנפש ודבר זה מעלה ספק נוסף לגבי חוקיות התיקון.

בהתייחס לאפשרות כי מדובר במנגנון שנועד לצמצם את תופעת האי-הופעה לטיפול (no-show), הדעות חלוקות באשר לאפקטיביות של מנגנון זה, הגם שלא ברור אם יעילותו בהקשר זה נבחנה אל מול חלופות אחרות (כמו תזכורת טלפונית), כך גם לגבי יצירת מחויבות גבוהה יותר לטיפול ומניעת נשירה. בהתייחס למנגנון ל'וויסות ביקושים' עולה חשש כבד, כפי שמפורט במסמך זה, כי המהלך יביא להמנעות מפנייה לטיפול מסיבות כלכליות ובכך יביא למניעת טיפולים נחוצים ולא לצימצום טיפולים עודפים – אפשרות פחות סבירה בהתחשב במשכי ההמתנה הארוכים שלצערנו בפועל מהווים סגן בפני עצמם. בנוסף, חוסר הבהירות באשר למטרות המהלך לא יאפשר לבחון לאורך זמן האם ההשתתפות העצמית שתיקבע, ככל שתיקבע, תשיג את מטרותיה.

בהינתן ההשלכות המשמעותיות שעשויות להיות למהלך זה, בעיקר על האוכלוסיות המוחלשות ביותר ובעיקר בתקופה המשברית בה אנו מצויים, לצד יוקר מחייה מאמיר שצפוי להמשיך ולפגוע באוכלוסייה גדלה והולכת יש **הכרח לבחון מראש את השלכות של גביית השתתפות עצמית על אוכלוסיות שונות כדי להימנע מפגיעה אפשרית בבריאותם של אנשים רבים, בחינה שלהבנתנו לא נעשתה.** הצורך בבחינה מעמיקה של השלכות המהלך **טרם** יישומו עלה גם בדיון של ועדת התשלומים של מועצת הבריאות, שהמליצה: "לאור הידע הקיים על כך שהשתתפות עצמית היא מס רגרסיווי ועלול להוות חסם כלכלי בפני קבלת שירותי בריאות נחוצים, ולאור העובדה שהאוכלוסייה הנזקקת לשירותי בריאות הנפש היא גם כך במידה רבה אוכלוסייה מוחלשת, מומלץ לבצע עבודת מטה מקיפה לפני קבלת ההחלטה על הוספת השתתפות עצמית בבריאות הנפש. מומלץ שעבודת המטה תתבצע בשיתוף הציבור, תוך דגש על בחינת ההגנות והפטורים לאוכלוסיות הרלוונטיות".¹³ כאמור, להבנתנו בפרק הזמן שחלף מאז הדיון בוועדת התשלומים ועד לפירסום הטיוטות המובאות לדיון בוועדה, לא נבחן הדבר.

לבסוף נציין כי בנוסף לכל האמור לא ברור הרציונל הכלכלי לטווח הרחוק העומד בבסיס הטיטות. הצורך לשלם השתתפות עצמית עבור טיפול נפשי עשוי לגרום לאנשים לדחות את מועד הפנייה לקבלת טיפול או אף גרוע מכך – להימנע מכך לחלוטין, מה שעלול להביא להחמרת מצבם הנפשי, וכתוצאה אף להחמרה במצבם הגופני, ולצורך בטיפול מורכב וממושך יותר אם וכאשר יפנו לבסוף לקבלו – או לחלופין, במקרים קיצוניים אף עשוי להביא

¹¹ סיכום ישיבת ועדת תשלומים בנושא השתתפויות עצמיות בבריאות הנפש 1/4/24

¹² על פי הערכות משרד הבריאות ניתנים כיום כ- 1.2 מיליון טיפולי פסיכותרפיה בשנה. לפחות רבע מהם לילדים ובני נוער שיהיו פטורים על פי המתווה המוצע מתשלום השתתפות עצמית, זאת בנוסף למספר לא ידוע של טיפולים שניתנים לקבוצות אחרות שיהיו פטורות מתשלום על פי המתווה המוצע. גם אם מביאים בחשבון השתתפות עצמית שתעמוד על 35 ש"ח כפי שמוצע, הרי שסך כל הסכום שיגבה לא יעלה על כ- 30 מיליון ש"ח.

¹³ הי"ש 6

לאישפוזים שעלותם גבוהה. זאת בנוסף לאובדן ימי עבודה שעשוי להיגרם מקשיים נפשיים שלא יטופלו במועדם, לצד פגיעה במגוון היבטים במשפחה ובמעגל התומך.

לסיכום, לעמדתנו התיקון המוצע לוקה בחוסר מידתיות ובחוסר סבירות קיצוני והוא יפגע קשות בזכויות אדם. נדגיש כי טיפול נפשי אינו מהווה מותרות – זהו טיפול חיוני, לעיתים מציל חיים, אשר לאי-קבלתו עלולות להיות השלכות חמורות מבחינה בריאותית, כלכלית ועוד. כאמור, עמדתנו העקרונית היא, כי אין לפגוע בהיבטים האוניברסליים של מערכת הבריאות. גם אם יש מקרים בהם נגבית השתתפות עצמית עבור טיפולים בסל הבריאות – הדבר פסול לטעמנו ובוודאי שאין להרחיב הסדר פוגעניים וללא הנמקה מספקת.

לאור כל האמור יש לעצור את קידום הצו ולבטל את המתווה המוצע בהיותו בלתי מידתי ובלתי סביר ותחת זאת:

1. עובר לתיקוני חקיקה יש לפעול לקיומו של הליך תקין ושקוף ובין השאר להגדיר את המטרות אותן אמורות ההשתתפויות העצמיות לקדם ולבחון את ההשלכות שעשויות להיות לקביעת השתתפות עצמית לטיפול פסיכותרפיה על אוכלוסיות שונות ותוך התבססות על נתונים ומחקרים שנעשו לאורך השנים.

2. למצער, ככל שיוחלט לאחר בחינה מעמיקה כי גביית השתתפות עצמית יכולה לשרת מטרות חיוביות במערכת בריאות הנפש, יש להבטיח כי הדבר לא יפגע באוכלוסיות מוחלשות ולא יעמיק את אי השוויון הקיים כבר כיום, בין היתר, על ידי:

- הפחתת גובה ההשתתפות העצמית;
- הרחבת הפטורים לכלל מקבלי קצבאות קיום והתלויים בהם ולכל הפחות למי שפטור היום מתשלום השתתפות עצמית על ביקור רופא ראשוני, רופא שניוני, מרפאות חוץ ומכונים, כולל מקבלי קצבת נכות והתלויים בהם, ניצולי שואה ועוד;
- יש לפטור, לפחות בתקופה הקרובה, אנשים המתגוררים בצפון ובדרום ואשר נפגעו במיוחד כתוצאה מהמלחמה הנוכחית;
- קביעת תקרת השתתפות עצמית רבעונית ליחיד והפחתת תקרת ההשתתפות העצמית למשפחה;
- השוואת גובה ההשתתפות העצמית אצל מטפל עצמאי לזה שייקבע, אם ייקבע, במסלול הציבורי, ולנמוך מביניהם;
- החלת הפטור מתשלום השתתפות עצמית (ככל שתיקבע כזו) גם על מי שיפנה לקבלת טיפול אצל מטפל עצמאי;
- ביטול ההסדר המוצע לפיו התשלום ייגבה מראש, כולל ההסדר הנוגע לאי-הגעה, ובחינת דרכים אחרות לצמצום תופעת האי-הגעה לטיפול.

לפרטים נוספים: ד"ר עדית סרגוסטי, אחראית קידום מדיניות, ארגון בזכות, המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלות, דוא"ל: ident@bizchut.org.il; טלפון: 054-5314830