



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

ההתמודדות עם מחלת הפוליו בישראל

סקירה היסטורית כרקע לדיון

בהצעת חוק נפגעי פוליו

כ"ו בטבת תשס"ז

16 ינואר 2007

כתיבה: מיכל טביביאן מזרחי

אישור: שרון סופר, ראש צוות

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240/1

פקס: 02 - 6496103

www.knesset.gov.il/mmm

מסמך זה נכתב לבקשת היועצת המשפטית של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, עו"ד יהודית וסרמן, ולקראת דיון בוועדה בהצעת חוק נפגעי פוליו, התשס"ה-2005. במסמך יוצג רקע כללי על מחלת הפוליו והחיסונים שפותחו בעולם לשם מיגורה, ולאחריו סקירה היסטוריה קצרה על מחלת הפוליו בישראל ודרכי ההתמודדות עימה. בסיום המסמך מוצג דיון המבקש לבחון את העילות להצעת החוק והאם יש בהן ממש. מהמסמך עולה כי מדינת ישראל סיפקה את החיסון למחלת הפוליו במקביל למדינות העולם המפותחות, ובהתאם לידע המדעי שהיה קיים באותה העת.

1. מבוא

מחלת הפוליו (Poliomyelitis) המכונה גם מחלת שיתוק הילדים היא מחלה זיהומית הנגרמת על-ידי נגיף (virus) החודר לגוף דרך מערכת הבלעיה ופוגע במערכת העצבים.¹

רוב מקרי הפוליו באדם הם תת-קליניים, משמע – הנדבקים או שאינם מפתחים כל סימני מחלה או שהם מפתחים סימנים קלים לא-ייחודיים (הצורה הסמויה). היחס בין מקרים אלה למקרים קליניים הוא 1:100 עד 1:1,000 ומותנה בגורמים שונים כגון גיל הנתקפים ואיזור גיאוגרפי.²

לנגיף הפוליו שלושה זנים: טיפוס האב של שלושת הזנים הוא טיפוס 1 (Brunhilde), טיפוס 2 (Lansing) וטיפוס 3 (Leon). שלושת הזנים שונים זה מזה מבחינה אנטיגנית, כאשר טיפוס 1 אחראי לרוב ההתפרצויות בעולם.³

למחלה שלוש צורות מוכרות: הצורה השכיחה היא **הצורה הסמויה**, החולה בה סובל ממחלה קלה המתבטאת בחום, כאב ראש, כאב בטן, כאב גרון, בחילה והקאות ומבריא ממנה תוך כמה ימים. חלק מהנדבקים בנגיף אינם מפתחים כל סימני מחלה. בצורה השנייה המכונה **הצורה הלא-שיתוקית** מופיעים אותם סימנים בעוצמה גבוהה יותר, ובנוסף מופיע קשיון עורף וכאב בעורף ובגב. בצורה השלישית היא **הצורה השיתוקית**, מופיעים תחילה סימנים הדומים לסימני שתי הצורות הקודמות, אלא שבחלק מן החולים, בעיקר בילדים, מופיעה תקופה של הרגשה טובה הנמשכת מספר ימים, ולאחריה שיתוק של האיבר שנפגע עם כאב חזק מאוד בשריר. עוצמת השיתוק תלויה במספר תאי העצב שנפגעו, והוא מתקדם כל עוד נמשך החום. בדרך-כלל השיתוק הוא בלתי סימטרי, ופוגע יותר בגפיים התחתונות.⁴

2. החיסונים כנגד נגיף הפוליו

במהלך שנות החמישים הצליחו מדענים לייצר שני סוגי חיסונים כנגד נגיף הפוליו: תרכיב מומת ע"ש סאלק הניתן בזריקה (IPV, להלן: התרכיב המומת), ותרכיב מוחלש ע"ש סייבין הניתן בהזלפה לפה (OPV, להלן: התרכיב המוחלש).

¹ World Health Organization, Poliomyelitis - Fact Sheet No 114, Revised September 2006. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/en/print.html> תאריך כניסה: 3 בינואר 2007

² גריכטר חיים, שיתוק ילדים עבר והווה, מדע ל"ב-2, 1988 עמ' 63-67. http://www.snunit.k12.il/heb_journals/mada/322063.html, תאריך כניסה: 2 בינואר 2007.

³ ש.ם.

⁴ ש.ם.

בשנת 1953 הצליח ד"ר יונה סאלק (Jonas Salk) להכין חיסון משלושת זני הפוליו באמצעות המת הנגיף בפורמאלדהיד. בשנת 1954 נבדקה יעילות החיסון במדינות ארה"ב ונמצא כי שיעור היארעות המחלה ירד ב-70-60%. באביב 1955 התרחש אירוע טרגי של פגם בייצור מספר אצוות של התרכיב בבית החרושת הפרמצבטי Cutter, אשר גרם לכ-200 אנשים שקיבלו את התרכיב לפתח את המחלה, 11 מהם נפטרו. התברר כי בלימת הפעילות של הנגיפים בזמן הכנת התרכיב לא היתה מלאה.⁵ בסוף שנות השבעים הכין סאלק תרכיב מחוזק בעל עוצמה אנטיגנית גבוהה פי 10 ויותר מהתרכיב המקורי.⁶

מספר שנים לאחר תחילת השימוש הנרחב בתרכיב סאלק המומת הצליח אלברט סייבין (Albert Sabin) להכין מוטנטים (זנים שעברו שינוי גנטי) משלושת הזנים של שיתוק-ילדים. מוטנטים אלו איבדו מכוחם אלימותם אולם שמרו על תכונותיהם האנטיגניות כך כשניתנו בהזלפה לפה הם לא גרמו למחלה אלא לחיסון מפניה. ניסויים בחיסון המוחלש של סייבין החלו בשנת 1957 ברוסיה, מקסיקו, שבדיה ויפן, כאשר ארה"ב אימצה את החיסון רק בראשית שנות ה-60.⁷

בהמשך המסמך מוצג ציר זמן עליו מצוינים תאריכים מרכזיים בהתמודדות עם מחלת הפוליו בעולם ובישראל.

3. פוליו בישראל

מחלת הפוליו בישראל הפכה בסתיו 1949 ממחלה התוקפת בודדים למגיפה. בשנים 1950-1951 התפרצה מגיפת פוליו ובמהלך חלו במחלה 2511 אנשים. בחמש השנים העוקבות 1952-1956 מספר מקרי המחלה היה עדיין גבוה ועמד על ממוצע של כ-620 מקרים של פוליו שיתוקי מדי שנה. בכל אותם שנים 90% ממקרי השיתוק הופיעו בתינוקות וילדים מתחת לגיל 5.⁸

בשנת 1955, נוכח שיעור התחלואה הגבוה בישראל והצלחת תרכיב סאלק בהורדת התחלואה בארה"ב, ביקשה ישראל להתחיל במתן החיסון. כיוון שהחיסון לא היה זמין לקנייה הוחלט במשרד הבריאות להטיל על פרופ' נתן גולדבלום ומעבדתו להתחיל בייצורו. המעבדה הוקמה בבית החולים "צהלון" (דגיאנ) ביפו, והעבודה החלה בחורף 55-56.⁹ שיטות הייצור התבססו על ניסיונו של יונה סאלק ולדברי פרופ' תמר גוטליב-סטימצקי, חוקרת בכירה במעבדה של גולדבלום, התרכיב עמד בכל מבחני הבטיחות הנדרשים על-פי הסטנדרטים שנקבעו בארה"ב.¹⁰ בראשית 1957 הוחל במתן חיסון בתרכיב סאלק המומת (IPV) לאוכלוסיית הילדים מגיל 4 חודשים ועד גיל ארבע שנים.

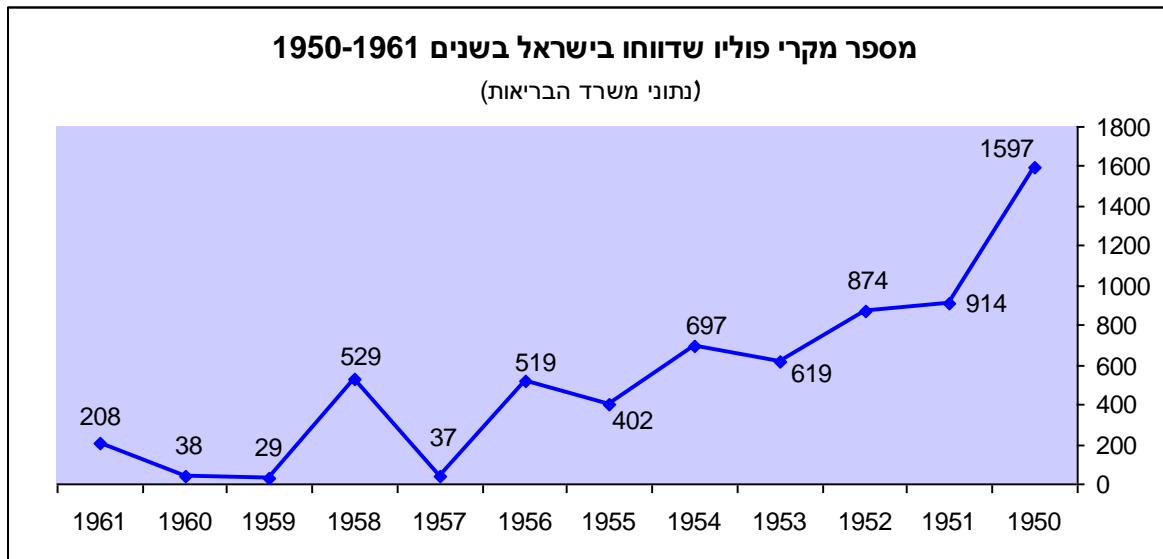
⁵ The Polio Success story – The Salk Vaccine, <http://www.thevaccinesite.org/resources/res3/salk.htm>, Entry Date: 14 January 2007

⁶ גרייטר חיים, שיתוק ילדים עבר והווה, מדע ל"ב-2, 1988 עמ' 67-63. http://www.snunit.k12.il/heb_journals/mada/322063.html, תאריך כניסה: 2 בינואר 2007.

⁷ The Polio Success story – The Sabin Vaccine, <http://www.thevaccinesite.org/resources/res3/sabin.htm>, Entry Date: 14 January 2007.

⁸ Natan Goldblum et al. (1984). "The Natural History of Poliomyelitis in Israel, 1949-1982", Progress in Medical Virology 29, Pp. 115-123.

⁹ צבי בן-ישי, האיש שהציל את ישראל מהפוליו, הארץ, 26 למרץ 2006.
¹⁰ ד"ר תמר גוטליב-סטימצקי, שיחת טלפון מיום 14 בינואר 2007



לחיסון היתה הצלחה מוכחת בהפחתת מספר מקרי הפוליו, אולם הוא לא הצליח למנוע התפרצויות של המחלה במהלך שנתיים מבין חמש השנים בהן היה בשימוש (1957-1961). חוסר היכולת של החיסון למנוע התפרצות מגיפות פוליו בשנים 1958 ו-1961 (529 ו-208 מקרים, בהתאמה) נבע מעוצמת חיסון נמוכה (low potency) של התרכיב בו נעשה שימוש בתקופה זו, או כתוצאה מחוסר היכולת של התרכיב להתמודד עם הפיזור של הנגיף הפוליו מזן 1 שתקף במזרח התיכון, או משילוב שתי הסיבות הללו.¹¹

בקיץ 1961, בעקבות התפרצות המגיפה הוחל במתן התרכיב המוחלש (OPV) לשם חיסון האוכלוסייה. השפעת החיסון היתה דרמטית - ירידה משמעותית במספר מקרי המחלה (16 מקרים בלבד בשנת 1962).¹² משרד הבריאות המשיך להשתמש בתרכיב המוחלש שהוכיח את יעילותו עד סוף שנת 2004 (למידע נוסף לגבי תוכניות החיסונים של משרד הבריאות ראה נספח).¹³

שגרת החיסונים בתרכיב המוחלש בשנות השישים ועד סוף שנות השמונים, תרמה לירידה משמעותית בהיארעות מחלת הפוליו אולם לא הובילה להיעלמותה. מקרים בודדים המשיכו להופיע בכל שנה, ובשנים מסוימות נרשמו התפרצויות קטנות של המחלה (למשל בשנת 1967 - 30 מקרים, בשנת 1974 - 28 מקרים, בשנת 1979 - 34 מקרים, בשנת 1980 - 11 מקרים).¹⁴

¹¹ Natan Goldblum et al, (1984). "The Natural History of Poliomyelitis in Israel, 1949-1982", Progress in Medical Virology 29, Pp. 115-123. Natan Goldblum and Tiberio Swartz, "The Israeli Experience in the Control of Poliomyelitis during a Quarter of a century, 1957-1982", Reviews of Infectious Diseases 6 supplement 2, May-June 1984, Pp. S313-S317.

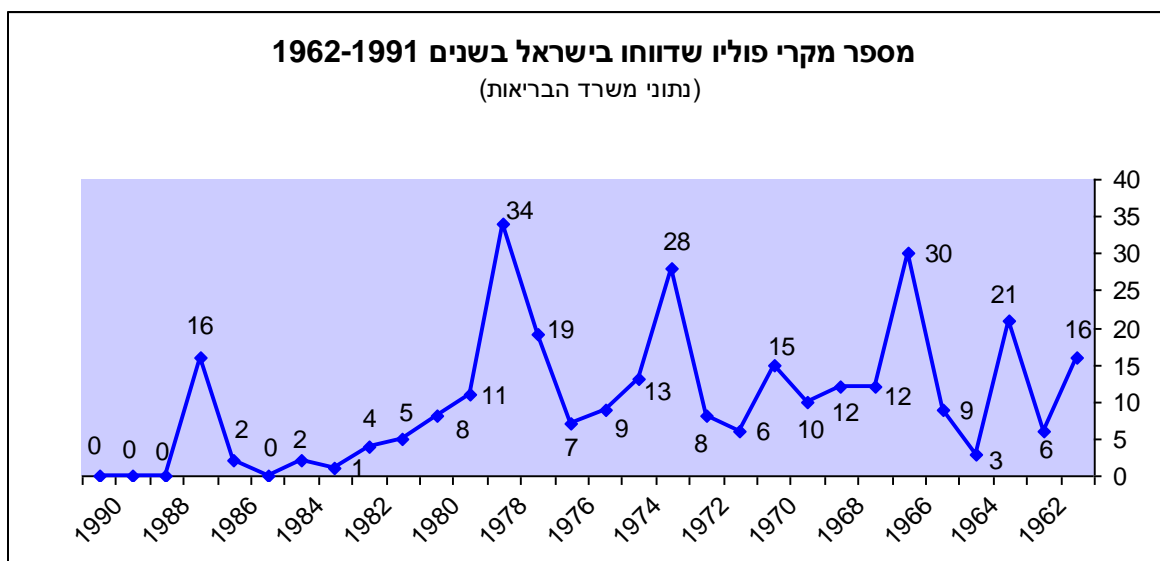
¹² Natan Goldblum et al. (1984). "The Natural History of Poliomyelitis in Israel, 1949-1982", Progress in Medical Virology 29, Pp. 115-123.

¹³ ד"ר פאול סלייטר, מנהל המחלקה לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות, שיחת טלפון מיום 15 בינואר 2007.

¹⁴ Natan Goldblum and Tiberio Swartz, "The Israeli Experience in the Control of Poliomyelitis during a Quarter of a century, 1957-1982", Reviews of Infectious Diseases 6 supplement 2, May-June 1984, Pp. S313-S317.

מספר מקרי פוליו שדווחו בישראל בשנים 1962-1991

(נתוני משרד הבריאות)



בין השנים 1971-1988 דווח בארץ על 9 מקרי פוליו שיתוקי כתוצאה ממגע עם התרכיב המוחלש (תופעה המכונה פוליו תרכיבי). 7 מתוכם היו תינוקות שחלו בפוליו כתוצאה מקבלת החיסון, ושני מקרים נדבקו מילדיהם לאחר שאלה קיבלו חיסון בזן המוחלש.¹⁵

משנת 1982 ועד 1987 מספר מקרי הפוליו נע בין 1 ל-5 לשנה, ובשנת 1986 לא הופיע אף לא מקרה אחד. בשנת 1982 הונהגה בשני אזורים בארץ - נפת חדרה ונפת רמלה - מדיניות חיסון חדשה נגד מחלת הפוליו שעיקרה מתן 3 זריקות מן התרכיב המומת המחוזק לילדים עד גיל שנה. ההחלטה על שינוי מדיניות החיסון בשני אזורים אלה נבעה מרצון לבחון את הניסיון החיובי שנרכש בכמה מקומות בעולם בשימוש בתרכיב המחוזק של סאלק. אזור חדרה נבחר משום שבמשך השנים הופיעו בו מקרים שיתוקיים רבים, אזור רמלה נבחר כביקורת משום שנרשמו בו מקרים שיתוקיים מעטים במהלך השנים. התוצאות במשך 6 שנים הוכיחו את יעילות השיטה, כאשר בשני האזורים לא נרשם אף לא מקרה שיתוקי אחד. אולם באוגוסט 1988 הופיעו כמה מקרים שיתוקיים בנפת חדרה שהצביעו על התפרצות, כאשר בשאר אזורי הארץ הופיעו מספר מקרים אקראיים ללא קשר ביניהם. התברר כי לא הופיע אף מקרה של שיתוק בין הילדים אשר חוסנו בתרכיב המומת בשש השנים האחרונות בנפת חדרה, ולעומת זאת המקרים שהופיעו בנפה זו היו קשורים בילדים ומבוגרים אשר חוסנו בעבר בתרכיב המוחלש. משרד הבריאות נקט צעד מיידי בכדי לבלום את ההתפרצות וחיסן את כל האוכלוסייה עד גיל 40 בתרכיב המוחלש.¹⁶

החל משנת 1989 ועד היום לא דווח על מקרי פוליו בישראל. ועדיין, גם כיום משרד הבריאות עורך חיפושים אחר ילדים משותקים בבתי חולים שהגורם לשיתוקם אינו ידוע, וזאת בכדי למנוע התפרצות נוספת של המחלה.

¹⁵ גריכטר חיים, שיתוק ילדים עבר והווה, מדע ל"ב-2, 1988 עמ' 67-63.

¹⁶ http://www.snunit.k12.il/heb_journals/mada/322063.html, תאריך כניסה: 2 בינואר 2007. נתונים זהים נתקבלו גם בשיחת טלפון עם ד"ר פאול סלייטר, מנהל המחלקה לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות מיום 15 בינואר 2007.

שם.¹⁶

3.1 מחלת הפוליו בקרב האוכלוסייה הערבית

בעוד מספר מקרי הפוליו בשנות השבעים בקרב האוכלוסייה היהודית נע בין 5-1 מקרים בשנה, שיעור המחלה בקרב ילדים ערבים נע בין 10 ל-20. הבדל זה נבע מכמה גורמים, ביניהם: (1) קשר קרוב של האוכלוסייה הערבית עם מדינות שכנות בהן נפוץ נגיף פוליו אלים (2) שיעור חיסון נמוך יותר (3) תנאים סניטריים ירודים אשר תורמים להתפרצות נגיף-פרא (4) שכיחות גבוהה של וירוסים אחרים המפחיתים את יעילות התרכיב המוחלש ומונעים יצירת נוגדנים למחלה.¹⁷ כדי להקטין את היארעות מחלת הפוליו באוכלוסייה הערבית בישראל ובאזורים נוספים בהם הופיעו מקרי פוליו, הופעלה החל משנת 1979 תוכנית חיסונים חדשה במסגרתה בחודשים מאי-יוני בכל שנה נערך מבצע חד-פעמי של מתן חיסון נוסף בהזלפה לפה של התרכיב המוחלש מזן 1 לאוכלוסיית הילדים עד גיל 3.¹⁸

חשוב להתייחס גם להיסטוריה של מחלת הפוליו ביהודה ושומרון וברצועת עזה. באזורים אלה הופיעו מדי פעם התפרצויות רציניות, למרות העובדה שהחל בשנת 1968 חוסנו ילדים עד גיל שנה בתרכיב המוחלש. בהתפרצויות הפוליו שאירעו בשנת 1974 ו-1976 הופיעו למעלה מ-70 מקרים שיתוקיים, כולם בעטיו של טיפוס 1. הסיבות העיקריות לתחלואה הנרחבת היו קשורות למצב התברואתי הירוד ולהשפעה החזקה של נגיפי המעיים שמתערבים ומורידים את יעילות החיסון בנגיף המוחלש. בכדי להביא לפתרון הבעיה הופעלה החל משנת 1978 תוכנית חדשה המכונה "החיסון המשולב" במסגרתה קיבלו ילדים עד גיל שנה את שני סוגי התרכיב – המומת והמוחלש. מטרת מתן התרכיב המומת היתה ליצור מצב של חיסון אצל תינוקות בחודשים הראשונים של חייהם, ולהימנע מהשפעת נגיפי מעיים שמתערבים ומורידים את החיסון בנגיף המוחלש. מטרת מתן 3 הזלפות נוספות של התרכיב המוחלש היתה יצירת חסינות במעי ופיזור הנגיף בסביבה. לתוכנית היו תוצאות דרמטיות שהובילו לירידה עד לרמת אפסית של מספר מקרי המחלה.¹⁹

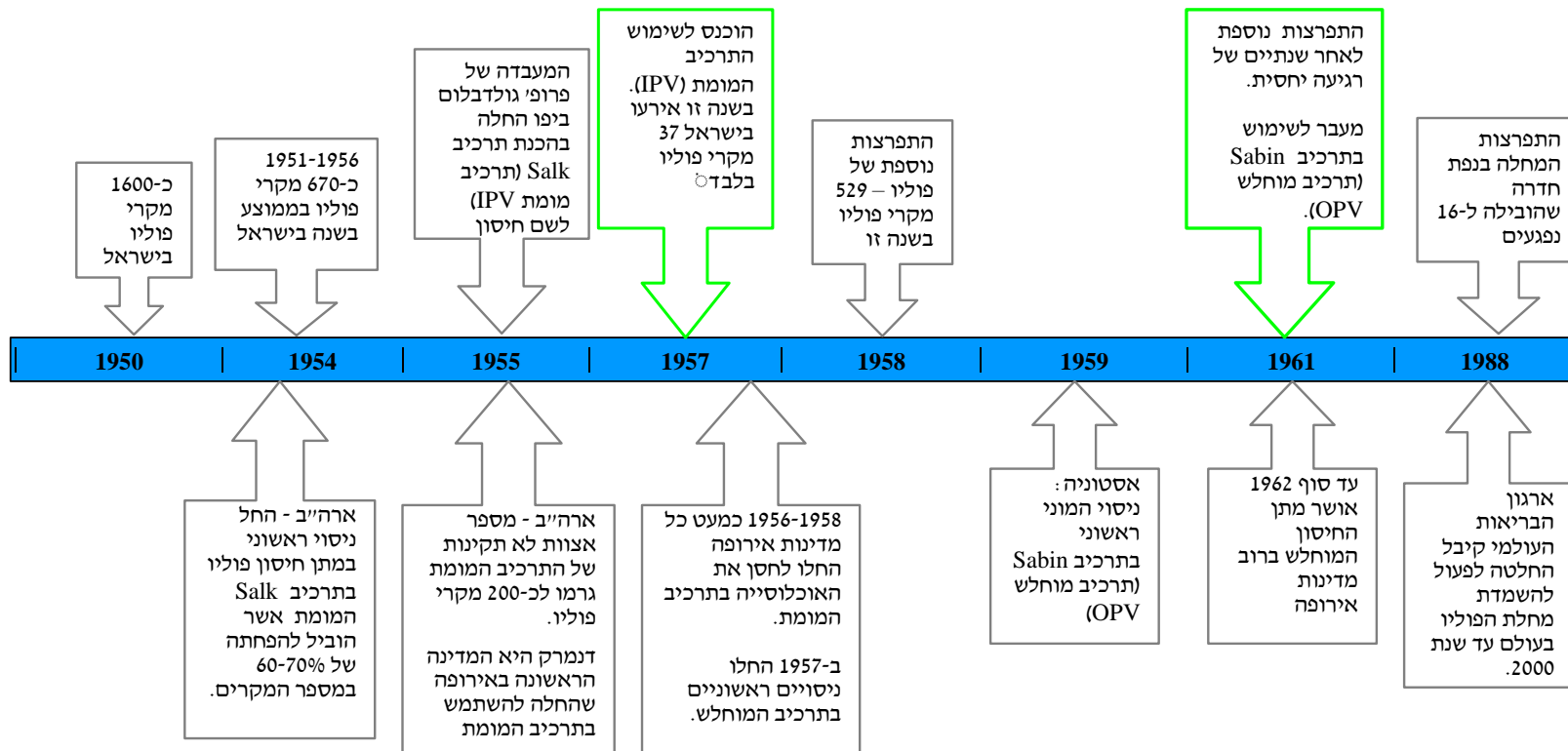
¹⁷ Natan Goldblum and Tiberio Swartz, "The Israeli Experience in the Control of Poliomyelitis during a Quarter of a century, 1957-1982", Reviews of Infectious Diseases 6 supplement 2, May-June 1984, Pp. S313-S317.

¹⁸ גריכטר חיים, שיתוק ילדים עבר והווה, מדע ל"ב-2, 1988 עמ' 63-67. http://www.snunit.k12.il/heb_journals/mada/322063.html, תאריך כניסה: 2 בינואר 2007. מידע זהה נתקבל גם בשיחת טלפון עם ד"ר פאול סלייטר, מנהל המחלקה לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות מיום 15 בינואר 2007.

¹⁹ שם.

ההתמודדות עם מחלת הפוליו בישראל ובעולם

בישראל



בעולם

4. דיון

בבואנו לדון בהצעת חוק נפגעי פוליו חשוב לבחון קודם לכל את הסיבות בעטיין נדרשת חקיקה המעניקה זכויות מיוחדות לנפגעי הפוליו, וזאת במנותק מזכויות אחרות המוקנות להם מכוח ביטוח נכות כללית במסגרת חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה – 1995. לשם כך בחנו את ההצדקות לשלוש הצעות החוק שהונחו על שולחן הכנסת בשנת 2005 כפי שאלו מובאות בדברי ההסבר להצעות החוק²⁰:

1. **"מדינת ישראל לא דאגה לחיסון האוכלוסייה נגד מחלת הפוליו מיד כאשר תרופות חיסון כאלה**

נמצאו יעילות, והחלה בחיסון באיחור של שנתיים". כפי שניתן לראות מציר הזמן המוצג במסמך זה הרי שמדינת ישראל סיפקה את החיסון למחלת הפוליו במקביל למדינות העולם המפותחות האחרות (ישראל החלה במתן החיסון המומת בשנת 1957, במדינות אירופה הוכנס חיסון זה לשימוש בין השנים 1956-1958). יתרה מזאת, כאשר התברר כי קיים קושי בהשגת החיסון המומת הקים משרד הבריאות מעבדה בראשות פרופ' גולדבלום אשר פעלה לייצור התרכיב במהירות ובאיכות (כך היתה מדינת ישראל למדינה השלישית בעולם, אחרי ארה"ב ודנמרק, אשר ייצרה בעצמה את התרכיב וסיפקה את כל צרכי אוכלוסייתה²¹). כאשר דווח על הצלחת הניסיונות בעולם במתן התרכיב המוחלש, הוכנס אף הוא לשימוש בארץ (בשנת 1961) וזאת גם כן במקביל לאישור השימוש בו במדינות אירופה (עד סוף 1962). זאת ועוד, כפי שניתן לראות בנספח למסמך זה, לאורך כל השנים פעלה המדינה למיגור התפרצויות המחלה באמצעות שינוי תוכניות החיסון ועריכת מבצעי חיסון בהתאם לידע המדעי שהיה זמין באותה העת.

2. **"בישראל שרר חוסר מודעות לצורכי השיקום הגופני של חולי הפוליו, ונכי הפוליו לא קיבלו טיפול**

מיידי הולם שהיה יכול לסייע להם להשתחרר לפחות מחלק מהנכויות". המסגרת המצומצמת של מסמך זה לא מאפשרת לנו לבחון טענה זו לעומקה, ולכן תישאר סוגיה זו פתוחה לדיון. בשל מורכבות הסוגיה והיבטיה הרפואיים, יש מקום לשקול את בדיקתה במסגרת ועדת מומחים.

3. **"נכי הפוליו נתקלים תמיד בקשיים להתקבל למקומות עבודה, אפילו כשהמגבלה הגופנית של**

הנכה, אינה מפריעה לביצוע העבודה עצמה". סביר להניח כי טענה זו אכן נכונה שכן ידוע ששיעור נמוך מבין האנשים עם מוגבלויות מצליחים להשתלב בשוק העבודה. אולם בעיה זו אינה ייחודית לנפגעי הפוליו, ויש למצוא לה פתרון כוללני שאינו מפלה בין אנשים עם מוגבלויות בשל עילת מוגבלותם. בפרק התעסוקה בחוק לשוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות שהתקבל בכנסת בשנת 1998 מוצע פתרון לסוגייה זו, אולם יש צורך בהגברת האכיפה והמודעות הציבורית בנושא.

4. **"כושרו הגופני של נכה פוליו נמצא בשחיקה מתמדת, ולכן הוא חייב טיפול רפואי הולם ופיזיותרפיה**

מיוחדת". מצבם של נפגעי הפוליו אכן מדרדר במהלך השנים, תופעה המכונה בספרות פוסט-פוליו (post-polio syndrome). התסמונת מופיעה 20-40 שנה לאחר המחלה הראשונית במהלכה מופיעים סימפטומים קיימים או חדשים ביניהם חולשת שרירים, כאבי שרירים ותשישות.²² לטעמנו הפתרון

²⁰ הצ"ח של חה"כ עזמי בשארה ואח' פ/3435, הצ"ח של חה"כ אליעזר כהן פ/3339 והצ"ח של עבד אלמלאכ דהאמשה פ/3865.

²¹ צבי בן-ישי, האיש שהציל את ישראל מהפוליו, הארץ, 26 למרץ 2006.

²² <http://www.post-polio.org/ipn/fact.html> , Entry Date: 15 January 2007.

לסוגיה זו צריך להינתן במסגרת החוק והנהלים השונים לקביעת שיעורי הנכות וקצבת הנכות. במידה ויוחלט כי יש צורך בפיצוי נוסף, גם הוא ראוי להינתן במסגרת החוק הקיים.

5. טענה נוספת שאינה מופיעה בדברי ההסבר להצעות החוק אולם נשמעת בדיון הציבורי מתייחסת לנפגעי פוליו תרכיבי, אותם נפגעי פוליו אשר מחלתם נובעת מהחיסון עצמו או ממגע עם אדם שחוסן. לפי טענה זו **המדינה צריכה לפצות את נפגעי הפוליו משום שהחיסונים שסיפקה לא היו טובים וגרמו למחלה**. ממשרד הבריאות נמסר כי במשך כל השנים אירעו בישראל 9 מקרי פוליו תרכיבי האבחנה נעשית על-ידי בידוד נגיף פוליו תרכיבי מצואת החולה. במקרים שאין בידוד של נגיף תרכיבי מהצואה, המחלה נחשבת "פוליו תרכיבי" כאשר חולה פוליו חוסן בחיסון פוליו מוחלש 4-30 יום לפני תחילת מחלתו, או כאשר התקיים מגע של החולה עם אדם שחוסן בחיסון פוליו מוחלש 4-60 יום לפני תחילת המחלה.²³ לפיכך נראה כי הצורך בפיצוי נפגעי פוליו יתכן וקיים לגבי אותם חולים ספורים בלבד, ואין צורך בחקיקת חוק מיוחד לשם כך. ראוי לציין כי יתכן וחולים אלו פוצו על-ידי משרד הבריאות בעקבות תביעות משפטיות שהגישו. לצערנו נתונים אלו אינם זמינים לעת עתה במשרד הבריאות.

בשנת 1989 נחקק חוק ביטוח נפגעי חיסון, התש"ן-1989, לפיו המדינה חייבת לבטח את כל מי שמקבל חיסון וכל אדם אחר שבא עמו במגע מפני פגיעה עקב החיסון. הזכאות לתגמולי הביטוח אינה תלויה בהוכחת אשם מצד נותן החיסון, אולם נדרשת הוכחת קשר סיבתי בין החיסון ובין המחלה שהתפתחה אצל מקבל החיסון.²⁴

במדינת ישראל, כמו בעולם כולו, חלה בשנים האחרונות מהפכה חברתית-משפטית בתחום זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות, מהפכה המתבטאת במעבר מגישה של הטבות וחסדים לגישה של שוויון וכבוד. בישראל, חקיקת חוק שוויון לאנשים עם מוגבלות היא סממן עיקרי למגמה זו של שוויון. הוועדה הציבורית בראשות ד"ר ישראל כץ, לבדיקת חקיקה מקיפה בנושא זכויות אנשים עם מוגבלויות הדגישה כי "ייחודה של הצעת חוק שוויון לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ו – 1996 בהיותה הצעה מקיפה, שכן בעבר היו החוקים והצעות החוק למען אנשים עם מוגבלויות קטעיות-סקטוריאליות בעיקרן".²⁵ השוויון לפי חוק זה הוא בעל שתי פנים: שוויון בין אנשים עם מוגבלות לבין כלל האוכלוסייה הבריאה מחד, ושוויון בין אנשים עם מוגבלויות לבין עצמם. אישור הצעת חוק נפגעי פוליו עלולה לסמן נסיגה לחקיקה סקטוריאלית המבחינה בין קבוצות על פי סיבת הפגיעה, ומתירה יחס שונה בתוך אוכלוסיית האנשים עם מוגבלויות.²⁶

²³ מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל משרד הבריאות, מכתב מיום 15 בינואר 2007.

²⁴ מרכז מחקר ומידע של הכנסת, חיסונים לילדים, נעמי מי-עמי, 14 ביוני 2004.

²⁵ דו"ח הוועדה הציבורית לבדיקת חקיקה מקיפה בנושא: זכויות אנשים עם מוגבלות, עמ' 2.

²⁶ לדיון נרחב בסוגיה זו ראה: מרכז המחקר והמידע של הכנסת, ביטוחי הנכות במסגרת חוק הביטוח הלאומי, מיכל טביביאן, 5 בנובמבר 2002.

נספח: תוכנית מתן החיסונים נגד נגיף פוליו בישראל 1957-2006²⁷

תאריכים	תוכנית החיסון	הסבר
1957-1960	מתן תרכיב מומת בזריקה. 2 מנות בשנת החיים הראשונה, ומנת דחף – 6 חודשים לאחר המנה השנייה.	
1961-1988	מתן תרכיב מוחלש דרך הפה. החל מגיל חודשיים - 3 מנות במרווח של 6-8 שבועות, ומנת דחף - 6 חודשים אחרי המנה השלישית.	
1979-1990	מבצע חיסון נגד שיתוק ילדים מִזֶן 1 באמצעות מתן תרכיב מוחלש דרך הפה לגילאי 0-3.	משרד הבריאות החליט כי בכל יישוב בו נמצא מקרה פוליו בשלוש השנים הקודמות ייערך מבצע חיסון כל שנה באביב.
1988	מבצע חיסון נגד שיתוק ילדים באמצעות מתן תרכיב מוחלש דרך הפה לכל תושבי ישראל עד גיל 39 (כולל).	מבצע החיסון נערך בעקבות התפרצות המחלה בנפת חדרה.
1990-12/2004	מתן "תוכנית משולבת" של שני התרכיבים בסדרה של 4 מועדים החל מגיל חודשיים, 3 מועדים במרווח של 6-8 שבועות (מועד ראשון-תרכיב מומת, מועד שני- תרכיב מומת ומוחלש, מועד שלישי-תרכיב מוחלש). נמת דחף ניתנה 6 חודשים לאחר המועד השלישי בתרכיב מומת ומוחלש.	התפיסה מאחורי "התוכנית המשולבת" היא שהתרכיב הראשון נגד פוליו שיינתן לתינוקות יהיה תרכיב מומת, ובכך יגנו על התינוקות מפני פוליו תרכיבי (שכן נגיף מומת אינו יכול לגרום למחלה). מטרת מתן התרכיב המוחלש יצירת חסינות במעי ופיזור הנגיף בסביבה.
9/1990-8/2005	מנת דחף של החיסון המוחלש בכיתה א'.	
9/1999-10/2004	מנת דחף של החיסון המוחלש בכיתה ח'.	
מ-1/2005	בשנת החיים הראשונה ניתן החיסון המומת כחלק מהתרכיב המשולב DTaP+IPV+Hib, 3 מנות במרווח של 6-8 שבועות ומנת דחף – 6 חודשים לאחר המנה השלישית.	משרד הבריאות החליט לאמץ את המלצת ארגון הבריאות העולמי לפיה במדינות בהן נעלמה מחלת הפוליו יש להשתמש בחיסון המומט בלבד.

²⁷ מתוך: משרד הבריאות, המחלקה לאפידמיולוגיה, תדריך חיסונים 1999- עדכון אוגוסט 2006, לוח 2.