

חירות ב"בית הבחירה": לבחור היכן להתאשפז מכוח הוראה לאשפוז פסיכיאטרי כפוי

מרדכי (מוטי) מרק*

מבוא

השופט מנחם אלון ז"ל הבהיר: "אשפוזו של אדם בבית חולים לחולי נפש קשה ומר הוא למאושפז ולבני משפחתו, ומשנעשה האשפוז שלא מרצונו של המאושפז, יש בו משום אחת הצורות החמורות והמדכאות של שלילת חירותו".¹ דא עקא, לעתים תחלואה נפשית מלווה בהפרעה קשה בבוחן מציאות ובכושר השיפוט. לחולה אף אין מודעות למחלה והכרחי לאשפוזו שלא מרצונו. לכן, בליט ברירה, ברוב המדינות מוגדרת בחוק סמכות לכפיית אשפוז פסיכיאטרי גם על חולה שאינו מסכן את עצמו או את זולתו, כאשר יכולתו לדאוג לצרכיו הבסיסיים פגומה. ההסדרים המשפטיים לאשפוז פסיכיאטרי שלא מרצון מטרתם להבטיח את שלום הציבור, תוך הפעלת בקרה משפטית לצמצום הכפייה במהלך האשפוז כדי לשמור על זכות החולה לחירות. בישראל חוק טיפול בחולי נפש התשנ"א-1991 (להלן חוק הטיפול החדש) מחדש אפשרות לטיפול מרפאתי בתור חלופה לאשפוז, ומסדיר את דרכי האשפוז בכפייה באופן שמאזן בין חובת המדינה להבטיח את שלום הציבור והחולה לבין השמירה על הזכות לחירות. החוק מגדיר עילות וכללים המסדירים את הבקרה המשפטית על הטיפול ומחייב שהאשפוז ייעשה "בהתאם לתנאים ולהסדרים הנהוגים במערכת הבריאות",²

* פסיכיאטר וד"ר למשפטים. מרצה בפקולטה למשפטים הקריה האקדמית אונו. לשעבר, ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות ומנהל ביה"ח הפסיכיאטרי אברבנאל.

ומכך משתמעת, בין השאר, הזכות לבחור היכן להתאשפז, קל וחומר "משנעשה האשפוז שלא מרצונו של המאושפז".³

ההלכה מחייבת גם להקפיד שהגבלת החירות תהיה מזערית ואינה מתירה לכפות טיפול אם אפשר להשיגו בהסכמה.⁴ חרף זאת, נקבע במשרד הבריאות נוהל מיוחד שכותרתו "בחירת מקום אשפוז".⁵ בפועל הנוהל מאפשר לחולה נפש לבחור בית חולים רק כאשר התפוסה בבית החולים הפסיכיאטרי המבוקש נמוכה מ-95%. יתר על כן, רק 10% מהמיטות הפסיכיאטריות ממוקמות בבתי החולים הכלליים, ואלה המחלקות המבוקשות יותר. בנסיבות אלו הנוהל המיוחד לבחירת מקום אשפוז פסיכיאטרי, וכן מיעוט מיטות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים, מגבילים חופש בחירה.

החרגת האשפוז הפסיכיאטרי משירותי הבריאות הכלליים והגבלת חופש הבחירה מחמירות את הפגיעה במסוגלות לגיבוש רצון ובאוטונומיה. הפליה זו נדונה בעתירה לבג"ץ,⁶ ואף בדיון בכנסת.⁷ העתירה נמחקה בנימוק "שהנושא כולו עומד כאמור לעבור שינוי שמסגרתו טרם הושלמה", תוך שמירת טענות.⁸ נוהל "בחירת מקום אשפוז", או "הסדר האזוריות" שקדם לו ומוכר מהמאה שעברה, הדיר חולי נפש ממערכת הבריאות, ואף שהוא מנוגד מפורשות ללשון חוק הטיפול החדש, ואף שבוטל עוד במהלך השנה הראשונה לקיומו, עדיין שריר וקיים כנוהג שחולים חסרי ישע מאושפזים לפיו שלא על פי הכללים הנהוגים כלפי כלל החולים במערכת הבריאות. אטען שלא ראוי לשמר נוהל בחירת מקום אשפוז מפלה ופסול מתקופת החוק לטיפול בחולי נפש, התשט"ו-1955 (להלן – חוק הטיפול הישן), בעיקר בעידן שלאחר יישום הרפורמה בשירותי בריאות הנפש שתכליתה, בין השאר, לשלב את השירות למתמודדים עם תחלואה נפשית בהסדרים הנהוגים במערכת הבריאות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית.⁹

חשוב להבהיר כי מדובר בנוהג שאין לו ולא היה לו בסיס חוקי, ומניסיוני האישי אספר. בשנות החמישים, טרם נולד "הסדר האזוריות", חלתה אמי, זיכרונה לברכה. היא אושפזה פעמים רבות בבתי חולים פסיכיאטריים בכל אזורי הארץ. למיטב זיכרוני, היא אושפזה לראשונה כאשר הייתי כבן ארבע. באותה עת היתה נהוגה חובת השתתפות במימון עלות האשפוז הפסיכיאטרי, ולא היתה הגבלה בבחירת המוסד. אני מניח שההיכרות שלי עם התחום, הן כפסיכיאטר והן כבן משפחה של חולה, תסייע להבהיר עד כמה חשוב לשמור על זכותו של חולה לקבל טיפול "בהתאם לתנאים ולסדרים הנהוגים במערכת הבריאות בישראל",¹⁰

לאפשר לו לבחור היכן לקבל טיפול, ולכבד את האוטונומיה שלו,¹¹ קל וחומר כאשר מדובר בחולה שיכול לתת הסכמתו, מה שמאפשר להימנע מכפייה, אף שהוא שרוי במצב פסיכוטי.

אפתח בתיאור המפגש בין מטפל למטופל, "סוד שיח", מפרספקטיבה אישית.

ביקור חולים

בחודש אלול תשע"א נודע לי שפרופ' אלי רוזנהיים חלה. פרופ' רוזנהיים היה הפסיכולוג שליווה אותי בהקשבה גדולה, מדי שבוע בשבוע, במהלך הקדנציה הראשונה שלי בתפקיד ראש שירותי בריאות הנפש, כשסללתי את הדרך לרפורמה הגדולה שתחליף את שיטת המוסד הסגור והמודר משירותי הרפואה הכללית לשיטה המשלבת את השירות הפסיכיאטרי במערכת הבריאות הפתוחה לכל אדם. הלכתי לבקרו. לרעייתו שפתחה את הדלת והזמינה אותי פנימה, הגשתי תקליטור של רבי יהודה הלוי, המבקש באחד משיריו מזור. את אלי הישוב בכורסתו בירכתי בברכת "שלום מורי ורבי", והוא – שחיוך חם ורחב התפשט על פניו כמו אז ושם, שלהי העשור השלישי לחיי, מפגשי הפסיכותרפיה שלנו – אמר: "ידעתי שתפתח במורי ורבי". התיישבתי והתבוננתי באיש בעל סבר הפנים המקבלות ששאל לשלום ולשלום בני משפחתי ורכן להקשיב. סיפרתי מעט על עיסוקיה של זוגתי, על אודות שתי בנותי ובני, והוא האזין כמו לא היו ימיו ספורים וכמו לא לביקור פרידה באתי. ואז אמר, "אני זוכר אותך בתור גבר צעיר ששוב ושוב צף ועולה ממעמקיו הילד שהיה, ילד נבון בכיתה א', צועד מבית סבתא אל בית הספר, חותך דרך חצרות הבתים, מקפץ מעל גדרות". זה מה שחלף במוחו, המחלה והסבל הוסטו מתודעתו והוא חזר להיות המטפל. סיפר כמה אמפתיה הרגיש כלפי הילד המבויש שצריך להתמודד עם גדר אחרת, בלתי-נראית, המדירה אותו כמו את אמו מהחברה. תמיד הצליח לראות בתוכי, מתברר, את בן השש והגדר, גם בהיותי איש מקצוע ומנהל בכיר בתוך המערכת עצמה, וגם עכשיו עת ביקור חולים. אולי בן השש הזה הוא מי שנימק חזר ונמק בפני שר הבריאות, ולימים ראש הממשלה, מדוע יש לשלב את שירותי בריאות הנפש במרכזי הרפואה הכללית, חרף ההתנגדות של מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים להשתלב וההתנגדות של מנהלי בתי החולים הכלליים לשלב. לרגע אחד שבתי בעצמי להיות הקטן עם הילקוט על הגב ושקית האוכל ביד, חושש שמא יראו אותי, הילד מרמת גן המסתובב ברחובות תל אביב, וידעו ששוב אמי מאושפזת במוסד הסגור. הוא שתק, לגם בשקיקה מכוס התה. לגמתי

אף אני והרהרתי בכך שהוא בעצם האיש שממנו למדתי את משמעותה העמוקה של אמפתיה. כשאמר, "אומרים שלמדת רפואה כדי לרפא את אמא", היה נדמה לי שהוא קורא מחשבות. אכן במהלך הטיפול גיליתי שבחרתי להיות פסיכיאטר, כדי לרפא את אמא.

באותו ביקור לא נפרדתי מחולה, אלא מהאיש שהיה שם בשבילי בשעות הקשות ביותר, המלאות חוסר אונים, עצב, אשמה, בושה ובדידות. האיש שידע להקשיב כבר איננו, הרפורמה יושמה.

עם זאת, בחלוף יותר מחצי יובל לחקיקת חוק הטיפול החדש, כמעט חמש שנים לאחר שילוב סל שירותי בריאות הנפש בסל שירותי הבריאות לכול, עדיין ברוב בתי החולים הכלליים אין מחלקות פסיכיאטריות כך ש-90% מהסובלים מתחלואה פסיכיאטרית מתאשפזים בבתי חולים פסיכיאטריים המודרים ממערכת הבריאות הפתוחה לכל אדם,¹² ועדיין אין להעביר חולה מבית חולים אחד למשנהו אלא בהסכמתם של מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים.¹³

מושגי יסוד

"פסיכוזזה": מצב של פגיעה חמורה בתפיסת המציאות המלווה בפגם חמור בכושר השיפוט.

"אשפוז פסיכיאטרי בכפייה": אשפוז פסיכיאטרי בכפייה במחלקה סגורה בבית חולים פסיכיאטרי או בבית חולים כללי. קיימים שני מודלים לאשפוז פסיכיאטרי בכפייה: המודל הרפואי והמודל המשפטי.

- "מודל רפואי": מבחינה היסטורית, המודל הראשון להסדרה משפטית של הטיפול בחולי נפש היה המודל הרפואי. המודל הדגיש את החובה להפחית מהסכנה שחולה הזקוק לטיפול לא יטופל, וזאת כיוון שמחלת נפש מלווה בהתנהגויות חריגות ומסוכנות ולכן האחריות הבלעדית לכפיית הטיפול וקביעת משכו הופקדה בידי רופאים.

בעקבות עתירות של חולים נגד אשפוזם הממושך והפגיעה בזכותם לחירות התפתחה ביקורת על הרפואה הפטרונית. במדינות רבות שודרג המודל הרפואי למודל רפואי בבקרה משפטית. זהו המודל הישראלי העכשווי. במדינות אחרות בחרו לזנוח את המודל הרפואי ולעבור למודל משפטי.

- "מודל משפטי": בשנות החמישים של המאה הקודמת, בד בבד עם התפתחות גישה ליברלית ותנועה "אנטי-פסיכיאטרית" שהתנגדה לאשפוז פסיכיאטרי

בכפייה, הועברה הסמכות לאשפז חולי נפש בכפייה לבתי המשפט. זכותו של החולה לטיעון ולשימוע נשמרת בבית המשפט. את ההליך מלווה עורך דין ונדרשת רמת הוכחה גבוהה בכל הקשור במסוכנות בגין המחלה. "דלת מסתובבת": תופעת ה"דלת מסתובבת" מאפיינת קבוצה של חולים שכמעט אין במחלתם הפוגה (רמיסיה), ולכן הם פונים או מובאים תכופות לחדרי המיון הפסיכיאטריים ומתאשפזים שוב ושוב. "הסדר האזוריות": נוהג לפיו חולי נפש מאושפזים באזור מגוריהם, בשונה מההסדרים המקובלים המאפשרים בחירה. "נוהל בחירת מקום אשפוז בבריאות הנפש": נוהל שהחליף את "הסדר האזוריות". בתנאים מסוימים הנוהל מאפשר בחירת מוסד לאשפוז.¹⁴

א. התפתחות ההסדרים לאשפוז פסיכיאטרי מקום המדינה ועד לתיקון התשיעי לחוק טיפול בחולי הנפש

א.1. הקמת רשת מוסדות פסיכיאטריים

בשנותיה הראשונות קלטה מדינת ישראל עולים רבים, בהם ניצולי שואה שמתבע הדברים לא היו להם לא תמיכה משפחתית ולא ביטוח רפואי, ומצבם הצריך מענה פסיכיאטרי מוסדי לטיפול ממושך. באותה עת עמדו לרשות המדינה כמות מצומצמת של מיטות אשפוז פסיכיאטריות בבתי חולים פרטיים וכאלף מיטות בשלושה בתי חולים ציבוריים: "עזרת נשים", בית חולים פסיכיאטרי שהקימה ב־1895 השלוחה הירושלמית של האגודה היפואית; "גהה", בית החולים הפסיכיאטרי של חברי קופת החולים הכללית שהוקם ב־1942 ליד פתח תקווה; מבנים זמניים שהבריטים הקימו בבת ים והסבו לבית חולים פסיכיאטרי ב־1944. נוסף על אלה הורחבה המחלקה הקטנה לחולי נפש מסוכנים (מימי הבריטים) שבין חומות הכלא בעכו, וגם בית המעצר הצבאי בשכונת טלביה שיועד לארבעים עצירים הוסב לבית חולים לחולי רוח.¹⁵ בנסיבות האלה נאלץ משרד הבריאות להתאים קסרקטינים בריטיים ולשפץ חורבות כפרים ערביים כדי לייעדם למוסדות פסיכיאטריים.¹⁶ ב־1949 אף הוציא משרד הבריאות את המחלקה הפסיכיאטרית מבית החולים הכללי "אסף הרופא" והקים במחנה הבריטי הסמוך את בית החולים הפסיכיאטרי "באר יעקב". ב־1950 הקים המשרד את כפר העבודה, שלימים שודרג לבית החולים הפסיכיאטרי "כפר שאול" בחורבות דיר יאסין שליד ירושלים, ואת כפר העבודה בצפון ליד מחנה

מזרע, כיום בית החולים "מזור". בשנת 1956 הקימה קופת חולים הכללית את "שלוותה", בית חולים פסיכיאטרי נוסף לחברי הקופה.

הקשיים שבקליטת עלייה ש"בתוכה שיעורי תחלואה גבוהים" הניעו את הנהלת משרד הבריאות להגדיר קריטריונים רפואיים למיונם של המועמדים לעלייה.¹⁷ היסטוריונית שירותי הבריאות, פרופ' שפרה שוורץ, דיווחה שבישיבות הממשלה נדונה אפשרות לקיים סלקציה רפואית במחנות העקורים טרם עלייה.¹⁸ לעומתה מצאה החוקרת סנדי סופיאן שעוד בתקופת המנדט היו קשיים בקליטת עולים חולים והמנהיגות הציונית טרחה להחזיר עולים חולי רוח לארצות המוצא.¹⁹

לאחר קום המדינה קבע חוק השבות ש"כל יהודי זכאי לעלות ארצה",²⁰ והשבת עולים חולים במחלות נפש לארצות מוצאם לא התאפשרה עוד. מנכ"ל משרד הבריאות, ד"ר יוסף מאיר, בתמיכת ראש השירות הרפואי, פרופ' חיים שיבא, הציע למיין מועמדים לעלייה. יצוין שבאותה עת גם התלוננו בכנסת על עבריינות עקב מחסור במיטות אשפוז פסיכיאטריות.²¹ בן-גוריון כתב אז ביומנו: "בזמן האחרון יש בדיקות רפואיות בכל הארצות, אולם יש מקרי הערמה והסתננות".²²

א.2. חוק לטיפול בחולי נפש, התשט"ו-1955 (חוק הטיפול הישן)

המצוקה של מערך האשפוז הפסיכיאטרי חייבה להסדיר את נושא הטיפול בחולי נפש. "כל אזור חייב להיות מסוגל לספק את צרכיו באופן עצמאי. יש לציין כי לפני 1954, נערכה בדיקה יסודית של המערכת החוקית הקשורה באשפוז חולי נפש, שהיתה מבוססת על חוקים בלתי-מתאימים מהתקופה העות'מאנית ומתקופת המנדט, על ידי הוועדה המייעצת לשירותי בריאות הנפש. בדיקה זו הביאה לחקיקת חוק חולי נפש בשנת 1955".²³

בדברי ההסבר להצעת החוק הוצהר שהמחוקק ביקש להסדיר בו את מצוקת מערך האשפוז, להגן על שלום הציבור ושלום החולה ולאזן בין שני אלה לבין זכויות הפרט של החולה.²⁴ החוק לא התייחס לצרכים טיפוליים, רפואיים או שיקומיים של חולה הנפש, ואף לא הטיל על שום גורם אחריות לספק את צרכיו הטיפוליים והשיקומיים של החולה עם שחרורו מהאשפוז.²⁵ על רקע זה יש ממש בטענת חוקרים שהיה ראוי להגדיר את חוק הטיפול הישן (מ-1955) כ"חוק לאשפוז חולי נפש". החוק לא הסדיר שיקום של חולי נפש, וקופות החולים גם הגבילו את הזכות לאשפוז בסך ימי אשפוז מצטברים. במרוצת השנים נקבע שגם חולה

שאושפז נגד רצונו על פי הוראת פסיכיאטר מחוזי יחויב בתשלום דמי האשפוז, אלא אם כן קופת החולים מימנה את אשפוז החבר. יצוין שחובת חולה לשאת בתשלומי אשפוז פסיכיאטרי, שהוסדרה בסעיף 8א(א) לחוק הטיפול הישן, נקבעה גם בחוק הטיפול החדש (מ'1991).²⁶ החרגה זו של חובה לשאת בתשלומי אשפוז פסיכיאטרי באמצעות סעיף 41 בחוק הטיפול החדש, בוטלה רק עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי באמצעות התיקון השני לחוק בתשנ"ד-1994.²⁷ דוגמה נוספת לעדיפות שניתנה בחוק לשיקולים של המערכת הרפואית שאינה מאפשרת תחרות בין בתי החולים, על פני שמירת זכויות החולה, היא הסדר הערר על אשפוז שנדון בפני ועדה פסיכיאטרית.²⁸ החוק לא הגדיר בתוך כמה ימים מאשפוזו של חולה ניתן להגיש ערר, מי אחראי ליידע את החולה על זכותו להגיש ערר, מי יסייע בידו וכיצד ייוצג בוועדה.

העדיפות למודל הרפואי על פני המודל המשפטי קיבלה גם גושפנקה מפורשת בבג"ץ רוט. בית המשפט העליון הבהיר שהחוק מפקיד את שיקול הדעת והאחריות לאשפוז הפסיכיאטרי בידי הרשות הרפואית: "אין החוק מחייב דבר אשר אינו נחוץ, מן הבחינה הרפואית, לשם טיפול יעיל וסביר בחולה [...]". אם על פי שיקוליו הרפואיים שלו [של הפסיכיאטר המחוזי] יגיע לידי מסקנה שאין לכפות על האדם בדיקה (או אשפוז) בעל-כורחו, יחליט שלא לכצע את צו בית המשפט".²⁹ עם זאת, בפרשת חובב ביקר נשיא בית המשפט העליון, משה לנדוי, את היעדר הנתונים והממצאים האמורים להיות בידי הפסיכיאטר המחוזי בתהליך קבלת ההחלטות לכפיית אשפוז: "מן הראוי לתקן את סעיף 5 לחוק לטיפול בחולי נפש, תשט"ו-1955, כך שיפורטו בו הנתונים והממצאים שצריכים להיות בידי פסיכיאטר מחוזי, בטרם ייתן הוראת אשפוז".³⁰ כחמש שנים אחרי כן ביקשה גם השופטת נתניהו בפרשת כרמלי,³¹ שהפסיכיאטרים יפרסמו כללים בדבר הנתונים והממצאים אשר צריכים להתקיים טרם יכפו אשפוז.³²

א.3. ליברליזם ומהפכה פרמקולוגית והשפעתם על

שירותי בריאות הנפש

לאחר מלחמת העולם השנייה התחזקה מגמה ליברלית במערב, ובמקביל התגלתה השפעתו האנטי-פסיכוטית של כלורפרומאזין. דיוויס תיאר את ההתרחשויות כמהפכה מקדמת חירות המייתרת את האשפוז כמרכיב עיקרי בטיפול פסיכיאטרי.³³

כך גם תיאר חנן מוניץ את המהפכה הפסיכוכימית-פרמקולוגית: "תרופות אלו שינו

את פניה של הפסיכיאטריה; הן אפשרו טיפול הומני יותר בחולים, אפשרו לשחרר חולים מבתי החולים אל הקהילה והגדילו את פוטנציאל הטיפול האמבולטורי.³⁴ המהפכה הפסיכו־פרמקולוגית קידמה שינוי מדיניות בגישה לחולי הנפש, גם בישראל.

4.א. תוכנית הראורגניזציה 1972

התפתחות זו קידמה יוזמה להעתקת מרכז הכובד בטיפול הפסיכיאטרי ממוסדות האשפוז לקהילה. בסיוע הג'וינט נפתחו שוב שירותים פסיכיאטריים בבתי חולים כלליים. ב־1959 נפתחה מחלקה פסיכיאטרית בבית החולים "תל השומר" ובה ארבעים ושש מיטות. במקביל פיתחה הקרן בשיתוף משרד הבריאות מרכזי יום, מרכזי שיקום ו"כפרי עבודה" לשיקום לאחר אשפוז ממושך. הקרן אף הקימה "מעונות מעבר" כדי להקל על החולים מבתי החולים את שחרורם. ליד בית החולים הפסיכיאטרי "אברבנאל" ובית החולים הכללי "תל השומר" הוקמו מרפאות חוץ בסיוע הקרן.³⁵ ב־1970 נפתח ביפו המרכז הקהילתי הראשון לבריאות הנפש והוקמו שני הוסטלים, ביפו ובעכו, אף הם בסיוע הקרן.

בשנת 1972 הציע ראש שירותי בריאות הנפש, ד"ר לודוויג טרמר, לארגן מחדש את מערך שירותי בריאות הנפש ובייחוד להשלים את רצף השירותים בקהילה על בסיס אזורי. התוכנית אושרה במשרד הבריאות.³⁶ נקבע שאזור ימנה לכל היותר 150,000 נפש, והארץ חולקה לתשעה־עשר אזורים אשר חפפו את החלוקה האדמיניסטרטיבית לנפות. עם גידול האוכלוסייה נעשתה חלוקה נוספת והארץ חולקה לעשרים ושלושה אזורים. במרכז הרפואי הכללי באשקלון (בית החולים "ברזילי") הוקם המרכז הקהילתי הראשון ב־1971. המרכז השני הוקם ביפו ב־1972. בשונה מקודמו, המרכז ביפו הוקם במרחק של קילומטרים מספר מבתי החולים הכללי ומבתי החולים הפסיכיאטרי. ב־1976 הוקם הדגם הירושלמי שהתבסס על הקמת מרפאות בכל אחד מבתי החולים הפסיכיאטריים ("טלביה", "עזרת נשים" ו"איתנים"), ובהמשך הצטרפה גם הדסה להסדר התת־אזורית הירושלמי.

במהלך שנות השבעים הצטרפה קופת חולים הכללית לתוכנית לפיתוח שירותי בריאות נפש. הקופה שילבה שירותים פסיכיאטריים במרכזי רפואת המומחים בבית החולים בעמק יזרעאל, בבית החולים ברחובות ובבית החולים של הקופה בבאר שבע. עם זאת נותרו "כיס" התנגדות להפעלת שירות פסיכיאטרי במסגרת שירותי קופות החולים, ו"הכללית" נותרה הקופה היחידה שסייעה לפיתוח שירותי

בריאות הנפש. בהיעדר משאבים להמשך פיתוח השירות, סיים טרמר את כהונתו ונסע להשתלמות בתחום בארצות הברית ב-1975. יישומה של התוכנית נעצר.³⁷ ב-1978 זכתה תוכנית טרמר ל"החייאה" בהסכם בין מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' מנצל, ובין מנכ"ל קופת חולים הכללית, פרופ' דורון (להלן: הסכם מנצל-דורון או "הסדר האזורים").

5.א. הסכם מנצל-דורון

עם קום המדינה, כללו תקנוני קופות החולים גם שירותים פסיכיאטריים במסגרת הביטוח הרפואי הוולונטרי.³⁸ עד 1978 כיסו הקופות את עלות האשפוז הפסיכיאטרי לחבריהן וחלקית גם את עלות השירותים הקהילתיים.³⁹ מטבע הדברים לא "חיוזרו" קופות החולים אחרי העולים החדשים שרבים מהם הגיעו חסרי כול, היו שרויים במצוקה ובדידות בלא שום תמיכה משפחתית, וסבלו מבעיות בריאות ותחלואה נפשית. מצבם חייב מתן מענה רפואי-פסיכיאטרי נגיש וזמין באחריות המדינה, שהגדירה עצמה כמדינת עלייה הקולטת יהודים (ולא הקולטת מהגרים). בשנת 1978 הגיעו משרד הבריאות וקופת החולים הכללית להסדר שנועד, על פי הסכם מנצל-דורון שנחתם ב-1978, "להבטיח שירותים כוללניים לבריאות הנפש לכל אזרחי המדינה, ללא יוצא מן הכלל", והמדינה התחייבה לשאת בכל ההוצאות הכרוכות באשפוז ובטיפול אמבולטורי בתחום הפסיכיאטריה.⁴⁰ נקבע שבתי חולים פסיכיאטריים, מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים ומרפאות ותחנות לבריאות הנפש (בין של המדינה ובין של קופת חולים הכללית) יהיו פתוחים לכל האוכלוסייה על בסיס אזורי, והארץ חולקה לעשרים ושלושה אזורי שירות (בהתאמה ל"תוכנית טרמר"). מפת השירותים כללה הכרה במפעיל יחיד לאזור. חלוקה זו אמנם אפשרה הבטחת שירות פסיכיאטרי ללא תשלום מצד החולה, וזאת בשנים של מחסור חמור במשאבים, אולם מנגד, הגבלת הזכות לבחירת ספק השירות מנעה תחרות ופגעה באיכות השירות למטופלים.⁴¹ כעבור כשנה ביטל את ההסכם מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' מרדכי שני, שהחליף את פרופ' יעקב מנצל.⁴² ברם, "בעקבות ההסכם תיקנו קופות החולים את תקנותיהן וקבעו שזכותו של המבוטח לאשפוז על חשבונן אינה חלה במחלות נפש".⁴³ בשנת 1989 הרחיב שר הבריאות את חובת ההשתתפות בתשלום שירותי האשפוז, והחיל אותה על כל בתי החולים הפסיכיאטריים של משרד הבריאות (עד אז היא חלה רק על אשפוז במחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים). עם זאת, ההפרדה בין הגוף לנפש עדיין

התבטאה בהיעדר ההכרה בזכות הבחירה של החולה בספק השירות ובהדרת המחויבות לסל שירותי בריאות נפש מהביטוח הרפואי.

ב. ועדת חקירה ממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל

בשנת 1989, לנוכח המצוקה הקשה בכל מערכת הבריאות (שעלתה מדוח ועדת טריינין משנת 1988),⁴⁴ וגם בגין המצב הקשה במיוחד במערכת שירותי בריאות הנפש והשירות הגריאטרי, החליטה הממשלה להקים ועדת חקירה ממלכתית לבדיקת מערכת הבריאות בישראל. לראשות הוועדה מונתה שופטת בית המשפט העליון נתניהו, וחבריה היו פרופ' שני, מנכ"ל המרכז הרפואי "שיבא" בתל השומר שכהן בעבר גם בתפקיד מנכ"ל משרד הבריאות; פרופ' פנחס, מנהל המרכז הרפואי "הדסה" בירושלים; פרופ' צ'רניחובסקי מבית הספר לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון; ופרופ' שירום, מומחה במנהל מאוניברסיטת תל אביב.

ב.1. ממצאי ועדת נתניהו בתחום בריאות הנפש

ועדת נתניהו, ועדת החקירה הממלכתית לחקר תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות, קבעה כך:⁴⁵ "המצב הנוכחי של ערפול חובות המבטחים ופיצול האחריות בין קופות החולים והמדינה, כשקו החלוקה ביניהן מטושטש, גורם נזק לקשישים ולחולי הנפש [...], נושאים אלה יש לכלול בשירותי הבריאות הציבוריים שעל הקופות לספק לחבריהן, במסגרת הקצאת הקפיטציה שלהן".⁴⁶ חברי הוועדה איששו את העובדה שחולי הנפש מודרים ממערכת הבריאות הביטוחית הציבורית, עמדו על התוצאות הקשות של הקיפוח והמצב הלקוי והמליצו לחדול מההפרדה בין גוף לנפש.

להלן עיקרי הממצאים בדוח הוועדה בכל הנוגע לתחום בריאות הנפש:

- חולים רבים הוחזקו זמן ממושך בבתי החולים הפסיכיאטריים. בהיעדר חלופה קהילתית הולמת, רבים מהחולים אף המשיכו לשהות בבתי החולים כל חייהם.
- תקצוב המרכזים הפסיכיאטריים נקבע לכל בית חולים על פי תקן מיטות, ולא לפי מספר הטיפולים,⁴⁷ עיקרון שתמך באשפוזים ארוכי טווח ולא באשפוזים קצרים והמשך טיפול בקהילה ובמסגרת המשפחה, המונעים "אשפוז" (כרוניפיקציה).

- הוועדה חשפה שאין גורם מקצועי המפקח על בתי החולים הפסיכיאטריים וקבעה שכלא בקרה של גורם מקצועי מטעם המבטח על היקף האשפוז, לא תשתנה תמונת המצב ולא יפותחו שירותים אמבולטוריים חלופיים לאשפוז.

2. המלצות ועדת נתניהו

ועדת נתניהו הגישה המלצותיה לממשלת ישראל באוגוסט 1990. עיקרי ההמלצות בתחום בריאות הנפש:

להטיל על הקופות את האחריות לאספקת מכלול שירותי בריאות הנפש.⁴⁸ להבטיח באמצעות הנהלת האזור תיאום בין שירותי בריאות הנפש לשירות הסוציאלי.

לשלב את שירותי בריאות הנפש ברפואה הכללית. ליצור שירותי בריאות כוללניים שבהם ישולבו השירותים הפסיכיאטריים, האשפוזיים והקהילתיים כאחד.

להעביר את תחנות בריאות הנפש (המרפאות) לידי הקופות ולהעביר את מוסדות בריאות הנפש ממשרד הבריאות לידי גופים עצמאיים שיתפעלו אותם. לשפר את שירותי השיקום האשפוזי והקהילתי ולהקצות משאבים נוספים לתחומים אלה שיהיו חלק מהמערכת הכוללנית של שירותי בריאות הנפש. לזרז חקיקה להגדרת הסמכויות לאשפוז כפוי, שיהיו נתונות בידי הפסיכיאטר המחוזי בלעדית, ולקבוע מנגנונים מתאימים לביצוען ולפיקוח עליו. לקדם במשרד הבריאות מערך מידע בתחום מחלות הנפש וליצור סטנדרטים לאיכות הטיפול.

להעלות את הרמה של בקרת האיכות בבתי החולים ולקיים מעקב ובקרה בכל הנוגע לפסיכיאטריה הקהילתית.

3. דוח מבקר המדינה 41

דוח מבקר המדינה לשנת 1990 תאם בממצאיו את דוח ועדת נתניהו והמליץ בין השאר:⁴⁹

בתחום החקיקה:

לחוקק את חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולשלב בסל השירותים גם את שירותי בריאות הנפש.

לחוקק חוק חדש לטיפול בחולי נפש, במקום החוק הישן מ-1955.

בתחום הארגוני:

מיניסטיריון ולא ספק שירות – על משרד הבריאות לשנות את המבנה שלו (רפורמה מבנית) ולחדול מלתפקד בשני "כובעים" – ספק שירות בתחום בריאות הנפש וגם משרד ממשלתי הקובע מדיניות ומפקח.

שירות קהילתי ולא אשפוזי – להוציא מרפאות אל מחוץ לתחומי בתי החולים הפסיכיאטריים (כיום עדיין חלק מהמרפאות ממוקמות בתוך בתי חולים פסיכיאטריים).

אשפוז פסיכיאטרי תקופתי לעומת אשפוז אחזקתי ממושך – לחדול מאשפוז בתפיסה של "בתי מחסה" ומקום מגורים למטופל לכל חייו.

בתחום השילוב והאחידות:

אין להפריד אוכלוסיות – להבטיח שהטיפול הנפשי יהיה חלק אינטגרלי ופורמלי מסל השירותים שקופות החולים מספקות, ועל כן לשלב את מסגרות השירות במרכזי רפואת המומחים.

4. מהמלצות לתהליכי יישום הרפורמה בשירותי בריאות הנפש

עשרים שנה לאחר אישור "תוכנית טרמר" במשרד הבריאות והצגתה בכנסת, מוניתי לתפקיד ראש שירות בריאות הנפש, כמתחייב מכוח החוק החדש לטיפול בחולי נפש: "השר ימנה פסיכיאטר בשירות המדינה להיות ראש שירותי בריאות הנפש".⁵⁰ בהמשך למינוי ראש השירות נערך משרד הבריאות ליישום רפורמה מקיפה בשירותי בריאות הנפש ולהחלת המלצות של דוח ועדת נתניהו מ-1990.⁵¹

הרפורמה בשירותי בריאות הנפש באה לידי ביטוי ברפורמה ביטוחית במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שבו הועברה האחריות הביטוחית למתן שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים,⁵² בד בבד עם ראורגניזציה בשירות שעיקרה העתקת מרכז הכובד ממערך האשפוז אל הקהילה. לשון סעיף 335 לחוק הטיפול החדש – "חולה המאושפז בבית חולים זכאי לקבל טיפול בהתאם למצבו הרפואי, הן הנפשי והן הגופני, בהתאם לתנאים ולסדרים הנהוגים במערכת הבריאות בישראל"⁵³ – העניקה רוח גבית למדיניות מקצועית של שילוב שירותי בריאות הנפש בשירותי הרפואה הכלליים. הנהלת שירותי בריאות הנפש התנגדה להמשך ההפרדה בין גוף לנפש ותמכה בהחזרת האחריות הביטוחית לשירותי בריאות הנפש אל קופות החולים כפי שהיה עד להסכם מנצ'ל-דורון.

באותה עת הנחת היסוד של אנשי המקצוע בתחום שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות היתה שהשיקולים הכלכליים והתחרות בין קופות החולים ובין ספקי השירות ישפרו את איכות השירות וזמינותו, וגם יסיטו את הטיפול בחולים מבתי החולים למרפאות הראשוניות והשניוניות של קופות החולים. הפסיכולוגית הראשית של משרד הבריאות, ד"ר דליה גלבוע, והפסיכולוג הקליני הרפואי, יששכר עשת, מהמחלקה לרפואת משפחה בפקולטה לרפואה בטכניון בחיפה, פיתחו מודל של שילוב בריאות הנפש במרפאה לרפואת המשפחה של שירותי בריאות כללית ביוקנעם. עשת וד"ר אלון מרגלית, רופא המשפחה, תיעדו את המודל.⁵⁴ הפיילוט ביוקנעם הורחב להקמת יחידה בראשות פסיכיאטרית במרפאת שירותי בריאות כללית בלוד בשיתוף בית החולים "באר יעקב", ולרשותה בצוות עמרו פסיכולוגית, עובדת סוציאלית ואחות המרפאה. מודל דומה נוסה גם במרפאת שירותי בריאות כללית בראש העין בשילוב בית החולים "גהה" (פסיכולוגית, עובדת סוציאלית, פסיכיאטר למבוגרים ופסיכיאטר לילדים ולנוער) ובמרפאת שירותי בריאות כללית בבאקה אל-גרבייה בשיתוף בית החולים "גהה" ובית החולים לילדים "שניידר", ולפני כשלוש שנים אף בחצור הגלילית.⁵⁵

ג. השראת חוק יסוד – כבוד האדם וחירותו

תכלית חוק הטיפול החדש היא כאמור לשמור על חירותו של החולה, בד בבד עם הבטחת שלום הציבור (והחולה בכלל הציבור). לכן החוק מאפשר "מתן טיפול מרפאתי כפוי" כחלופה לאשפוז בכפייה, בהתאמה לדברי ההסבר בעת ההצבעה על הצעת החוק בישיבה המאתיים ושלושים ותשע של הכנסת השתים-עשרה, מיום שלישי, כ"ד בכסלו התשנ"א (11 בדצמבר 1990), לפיהם החוק מטרתו לאפשר טיפול בקהילה בשיתוף החולה ובמסגרת המשפחה.

ב-1997 בפסק הדין בפרשת וילנצ'יק, הבהיר הש' ברק ש"ההגנה שחוק היסוד מעניק לכבוד ולחירות מוענקת גם לחולה הנפש. זוהי נקודת המוצא. עם זאת, זכויות אלו אינן מוחלטות. ניתן לפגוע בהן [...] מטרת הפגיעה צריכה להיות ראויה. דומה כי הגנה על חולה הנפש והטיפול בו מזה וההגנה על שלום הציבור מזה, הן לתכלית ראויה".⁵⁶ וזו ההלכה: החובה להבטיח את שלום הציבור ולהגן על חולה הנפש מתקיימת בד בבד עם החובה לטפל בחולה ולקדם את בריאותו.

הרפורמה המשפטית מבקשת לקדם את בריאותו של חולה הנפש, שהיא דרך המלך להבטחת שלומו ושלום הציבור, ולצמצם את הפגיעה בחירותו.

חשוב להבהיר שרפורמה משפטית זו מחייבת גם לנהוג בכל אשפוז של חולה נפש על פי עיקרון השוויון, וזאת אף בטרם נפנה לפרש את חוק הטיפול החדש בהשראת חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. כאמור, "חולה המאושפז בבית חולים זכאי לקבל טיפול בהתאם למצבו הרפואי, הן הנפשי והן הגופני, בהתאם לתנאים ולסדרים הנהוגים במערכת הבריאות בישראל".⁵⁷ השראת חוק היסוד לא רק משפיעה על התנאים וההסדרים למתן השירות, אלא היא מחזקת את חובת השמירה על הזכות לשוויון בנגישות לטיפול ובזמינותו. בתהליך קבלת החלטה על כפיית טיפול "אין לכפות טיפול אם ניתן להשיגו ללא כפייה. תמיד יש לנקוט את האמצעי המגשים את המטרה הראויה, ושפגיעתו בחולה הנפש היא הקטנה ביותר".⁵⁸

בהשראת חוק היסוד ניתנה בהלכת וילנצ'יק פרשנות מרחיבה לחוק החדש בקביעה ש"אין לאשפז חולה נפש אשפוז כפוי בבית חולים אם ניתן לטפל בו ולהגן על שלום הציבור באמצעות טיפול מרפאתי כפוי". תמיד יש לנקוט את האמצעי המגשים את המטרה הראויה ושפגיעתו בחולה הנפש היא הקטנה ביותר.

ג.1. טיפול בסביבה המגבילה פחות כחלופה לאשפוז בכפייה –

מאפשרות לחובה

בפרשת וילנצ'יק הבהיר בית המשפט העליון כי ההקפדה על טיפול בכפייה בתנאי הגבלה מינימליים אינה רק עניין רצוי ככל האפשר אלא זו ההלכה תמיד. בהסתמך על לשון החוק – "נוכח פסיכיאטר מחוזי על סמך בדיקה פסיכיאטרית כי נתמלאו באדם התנאים האמורים בסעיף 9(א) או (ב) וקיימת אפשרות לתת את הטיפול הדרוש במסגרת מרפאה – רשאי הוא, במקום לתת הוראת אשפוז, להורות בכתב כי על האדם לקבל את הטיפול הדרוש במסגרת מרפאה שיקבע"⁵⁹ – נקבע בפסק הדין כי "אין לכפות טיפול אם ניתן להשיגו ללא כפייה. תמיד יש לנקוט אמצעי המגשים את המטרה הראויה, ושפגיעתו בחולה הנפש היא הקטנה ביותר".⁶⁰ ההלכה מחייבת לפעול תמיד בכפוף לעקרון הטיפול המגביל פחות, והיו אפשרויות הטיפול במקרה באזור זה או אחר אשר יהיו. גם מי שכיהן בתור יו"ר הפסיכיאטרים המחוזיים, ד"ר יעקב מרגולין, סובר ש"ניתן כמובן להימנע מלכתחילה מהאשפוז הכפוי ומהצורך בייצוג החולים לו היו שירותים קהילתיים זמינים עבור חולי הנפש באופן שיאפשר טיפול נפשי

יעיל אשר ייתר את הצורך באשפוז כפוי.⁶¹ הן במערכת המשפט והן במערכת הפסיכיאטרית ברורה תמונת המצב שבעטֶיה חולים מאושפזים בכפייה, אף שהיה אפשר לטפל בהם בקהילה בהגבלה פחותה. לכן חובה להסדיר בכל אזור רצף של שירותים זמינים ונגישים, וגם להעמיד לרשות החולים מומחים לטיפול נגיש וזמין בקהילה אשר ימעיטו את הצורך באשפוז כפוי.

2. מידת הכפייה לפי רמת הסיכון

בפרשת פלוגית נ' היועץ המשפטי לממשלה הבהירה השופטת רוטלוי את חשיבות ההקפדה המדוקדקת, הן על המהות הן על הפרוצדורה.⁶² הטיפול בכפייה הוא שלילת חופש. לכן לצורך אשפוז כפוי מידי החוק דורש קיום סיכון פיזי מידי (להבדיל מסיכון פיזי שאינו מידי המאפשר אשפוז כפוי שאינו מידי). יתרה מזו, "בסיכון פיזי מידי התכוון המחוקק לסיכון מוחשי מידי ולא לסיכון אפשרי בדרגת הסתברות, שאיננה ידועה".⁶³

השופטת רוטלוי ביקרה את הוועדה הפסיכיאטרית על היעדר הנמקה להחלטתה על האשפוז הרחוק בכפייה גם לאחר שהתבקשה הוועדה על ידי בית המשפט לקשר בין העובדות שהוצגו בפניה בעת הדיון לבין הוכחת המסוכנות הפיזית המיידית. השופטת הוסיפה והבהירה כי "החוק לטיפול בחולי נפש אף קבע דרכים מדורגות לטיפול בחולי נפש, תוך שהוא מבחין בין אלה המסוכנים לעצמם או לזולתם סיכון מידי, לבין אלה הגורמים סבל נפשי חמור לזולת באופן הפוגע באורח חייהם או פגיעה חמורה ברכוש. על הקבוצה הראשונה ניתן לכפות בדיקה דחופה ואשפוז כפוי דחוף, ואילו על הקבוצה השנייה ניתן לכפות בדיקה ואשפוז לא דחופים".⁶⁴ לדברי השופטת, כל מי שקשור בהפעלת החוק חייב להקפיד על מילוי כל התנאים: הן הפסיכיאטר המחוזי, הן הוועדה הפסיכיאטרית, הן בית המשפט. ולענייננו גם מערכת הבריאות.

ד. דיון

נוכחנו לדעת שאין הסמכה בחוק ל"נוהל בחירת מקום אשפוז" או ל"הסדר האזוריות" שבוטל. יתרה מזו, הנוהל עומד בסתירה לחוקים שנועדו להגן על זכויות החולה, ובהם חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חוק הטיפול החדש וחוק זכויות החולה, המבטיחים שוויון בזכות לשירותי בריאות. הנוהל שמשמעותו בפועל המשך ההדרה בבתי חולים פסיכיאטריים נפרדים, כאשר אין צורך

להבטיח אשפוז בתנאי ביטחון מרבי, נוגד את הזכות לטיפול רפואי שוויוני שאותה טרח המחוקק לעגן בחקיקה וגורם הפליה אסורה, ואנמק. בעידן של הגנה חוקתית על זכויות יסוד הנגזרות מחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, "הסדר האזורים" וגם "נוהל בחירת מקום אשפוז" פוגעים בזכויותיהם החוקתיות של פגועי הנפש לשוויון ולאוטונומיות הרצון בבחירת מקום האשפוז. למעשה, יותר משמירה על רווחה למאושפזים והימנעות מתפוסת יתר, הנוהל משמר את המוסדות מן המאה שעברה.

המסקנות של החוקרות סנדי סופיאן,⁶⁵ ושפרה שוורץ,⁶⁶ לעניין ההתמודדות עם הדילמה בין עלייה חופשית לבין עלייה סלקטיבית, תומכות בעקיפין בהבנה ההיסטורית של ההבדלים בין רוב בתי החולים הפסיכיאטריים, שבזמנו פעלו כ"בתי מחסה" בלתי ברירה, לבין מרכזי הרפואה הכללית. אז ושם – לנוכח ההתמודדות הקשה והמורכבת של פינוי מחנות מעבר, הבאת עולים לארץ שרבים מהם חולים, ניצולי השואה וחסרי האונים, ומתן מענה לצורכיהם – היה אפשר, אולי, להצדיק את הקמת המוסדות ההוליסטיים שהוקמו לפי תפיסה זו. לעת זו, כאן ועכשיו במאה ה-21, כל חולה נפש המתמודד מרצונו, וקל וחומר שלא מרצונו, עם תחלואה נפשית, זכאי לבחור שירות במרכז רפואי כללי כמו כל חולה אחר.

סיכום

ביולי 2015 נכנסה לתוקפה הרפורמה בשירותי בריאות הנפש והאחריות הביטוחית על מתן שירותי בריאות הנפש הועברה ממושרד הבריאות לקופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. משמעות היישום של חוק ביטוח בריאות במלואו בתחום בריאות הנפש, בין השאר, היא שעל המבטח לאפשר לכל חולה בתחלואה נפשית ליהנות משוויון בזכות הבחירה המוקנית לכל חולה בספק שירות. זאת, הן מכוח החקיקה הרגילה והן מתוקף חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. יתר על כן משחלפו מספר שנים מיישום הרפורמה בשירותי בריאות הנפש, ההנמקה בעתירה לבג"ץ רופא שנמחקה תוך שמירת טענות, בעניין הגבלת חופש הבחירה באיזה בית חולים פסיכיאטרי להתאשפז – "כיוון שהנושא כולו עומד כאמור לעבור שינוי שמסגרתו טרם הושלמה, איננו רואים מקום לטעת עתה מסמרות עקרוניים חדשים"⁶⁷ – אין לה מקום כיום לאחר העברת האחריות לשירותי בריאות הנפש אל קופות החולים המבטחות. לכן יש לאפשר

לכל חולה, קל וחומר לחולה שהוצאה הוראה אזרחית לאשפוז פסיכיאטרי בכפייה, לבחור את השירות המועדף עליו מכל בתי החולים בארץ. כך למשל, אדם המתנגד לאשפוז פסיכיאטרי באזור מגוריו מחשש לסטיגמה יוכל לבחור להתאשפז בבית חולים באזור אחר. בדרך זו תמוזער הפגיעה בכבודו, ובמידה מסוימת בחירותו, ויש מקרים שעצם הבחירה תקדם הסכמה ואיון הכפייה. תקוותי היא כי חזון ארגון הבריאות העולמי המכוון לתפיסה ש"מחלת נפש היא כמו כל מחלה אחרת" לא יישאר בגדר אוטופיה. בשלה העת להגנה על הזכות לבחור באשפוז ב"בית הבחירה" הרצוי ולא המצוי, ובוודאי ובוודאי לחולה המאושפז מכוח הוראה לאשפוז כפוי.

הערות

1. ב"ש 196/80 טולידנו נ' מדינת ישראל, פ"ד לה (3) 332, 336 (1980).
2. ס' 35(ג) לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 (להלן: חוק הטיפול החדש).
3. עניין טולידנו, לעיל ה"ש 1.
4. רע"פ 2060/97 וילנצ'יק נגד הפסיכיאטר המחוזי – תל אביב, פ"ד נב (1) 697, 710, פס' 13 לפסק דינו של הנשיא ברק (1998): "איוון בין המטרות המרכזיות המונחות ביסוד החוק: טיפול בנאשם חולה הנפש, מניעת סכנה (לעצמו ולציבור) וכל זאת תוך שמירה על זכויות האדם של הנאשם. במסגרת איוון זה יש לשאוף תמיד לאמצעי שפגיעתו בחירותו של חולה הנפש הנאשם היא הפחותה".
5. נוהלי אשפוז פסיכיאטרי 50.005, "נוהל בחירת מקום אשפוז בבריאות הנפש" (2.11.2014).
6. בג"ץ 4090/12 רופא נ' ראש הממשלה (פורסם בנבו, 31.12.2013).
7. רוני לינדר "הצעת חוק: פגוע נפש יוכל לבחור באיזה מוסד פסיכיאטרי להתאשפז" *TheMarker* 26.3.2014, www.themarker.com/news/health/1.2279735.
8. עניין רופא, לעיל ה"ש 6.
9. סעיף 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994: "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית".
10. סעיף 35(ג) לחוק הטיפול החדש, לעיל ה"ש 2: "חולה המאושפז בבית חולים זכאי לקבל טיפול בהתאם למצבו הרפואי, הן הנפשי והן הגופני, בהתאם לתנאים ולסדרים הנהוגים במערכת הבריאות בישראל".
11. JOSEPH RAZ, THE MORALITY OF FREEDOM 369-399 (1986).
12. משרד הבריאות בריאות הנפש בישראל – שנתון סטטיסטי 2012 (2013).
13. נוהל בחירת מקום אשפוז בבריאות הנפש, לעיל ה"ש 5.
14. שם.
15. ארכיון זה"ל ומערכת הביטחון, טלביה, בקשת שר הבריאות להסב בית מעצר צבאי לבי"ח לחולי רוח בירושלים (1949).

- 16 . The National Archives, Plans for Building of Mental, Tuberculosis and General Hospitals in Palestine, CO 733/471/1 (1945-1946): "There are at present some 755 mental hospital beds available in the country for population of 1,714,500. The incidence of mental disease in Palestine is not low, particularly among the large immigrant community who make up a third of its inhabitants".
- 17 . שפרה שוורץ קופת חולים הסתדרות ממשלה – 1947-1960 153 (2000): "השירות הרפואי הצבאי וקופת החולים הם שדחפו את נושא מיון העולים לפי קריטריונים רפואיים מוגדרים (שחפת, נכות, מחלות מין, מחלות נפש וכדומה)".
- 18 . שם, עמ' 143 (סלקציה רפואית או עלייה חופשית).
- 19 . Sandy Sufian, *Mental Hygiene and Disability in the Zionist Project*, 27(4). *DISABILITY STUD. Q.* (2007), available at <http://dsq-sds.org/article/view/42>.
- 20 . ס' 1 לחוק השבות, התש"י-1950, ס"ח 159.
- 21 . אבנר אליצור "מיסוד ואל-מיסוד: ארגון שירותים אזרחיים לבריאות הנפש כתחליף" *חברה ורווחה* יח 13 (1998).
- 22 . ארכיון בן-גוריון, יומן בן גוריון – 24.4.49.
- 23 . לואי מילר "התערבות קהילתית והרקע ההיסטורי של בריאות נפש קהילתית בישראל" *בריאות נפש קהילתית בישראל* 27, 317 (אורי אבירם, יצחק לבב עורכים, 1981).
- 24 . ראו דברי הסבר להצעת חוק לטיפול בחולי נפש, התשט"ו-1955, ה"ח 90, 94: "חוק זה בא להבטיח גם לחולי הנפש שלא ישללו מהם חופשם וזכויותיהם היסודיות האחרות, אלא כשיש בכך צורך של ממש, אם לשם ריפוי או לשם הגנה על הציבור, ובדרכים הקבועות בחוק".
- 25 . הדגש שהושם בחוק על אשפוז, והתעלמותו של החוק מהיבטים של שיקום בקהילה, בולטים עוד יותר אם משווים את החוק לחקיקה מקבילה בארה"ב באותה תקופה ממש, חקיקה שהקשתה על אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי ודווקא הסדירה ועודדה תוכניות לטיפול בקהילה שבהן ניתן משקל ניכר לזכויות האדם של חולה הנפש. ראו דן שניט "אשפוז אזרחי של חולי נפש בישראל" *בריאות נפש קהילתית בישראל* 317 (אורי אבירם ויצחק לבב עורכים, 1981).
- 26 . ס' 41 לחוק הטיפול החדש, לעיל ה"ש 2: "השר, באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, רשאי לקבוע בתקנות כללים ומבחנים לפיהם ייגבו דמי אשפוז מחולה שאושפז בבית חולים, ובלבד שלא ייגבו דמי אשפוז מחולה שאושפז על פי צו של בית משפט או מחולה שהמדינה חייבת לשאת בהוצאות אשפוזו לפי כל דין".
- 27 . תיקון מס' 2 לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, שהוסף בסעיף 66 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ס"ח 1469.
- 28 . ס' 12(ב) לחוק לטיפול בחולי נפש, התשט"ו-1955, ס"ח 187 (להלן – חוק הטיפול הישן). על פי הסעיף, חברי הוועדה מתמנים ע"י שר הבריאות הממנה יו"ר משפטן (כשיר להתמנות שופט שלום), רופא בשירות המדינה ורופא למחלות נפש.
- 29 . בג"ץ 603/76 רוס נ' מדינת ישראל, פ"ד לא(2) 757 (1977). בבג"ץ זה עמדה על הפרק שאלת הסמכות לכפות בצו שיפוטי בדיקה על נאשם. העותר ביקש צו-על-תנאי המכוון לביטול צו בדיקה שניתן נגדו בבית משפט השלום על פי סעיף 6(ד) לחוק הטיפול הישן. בית המשפט העליון הבהיר כי "הכלל הוא שאין כופין על אדם שייבדק

- בדיקה רפואית – נפשית או גופנית – בעל-כורחו. חירות היא מחירויותיו היסודיות: ואין החוק גורע מן החירות הזאת אלא על פי עילות מוגדרות יפה אשר לדעת המחוקק שקולות הן כנגדה..." תוך כדי שדחה את העתירה קבע בית המשפט כי "הפסיכיאטר המחזוי הוא רשות רפואית ולא רשות משפטית: שיקוליו הם – וחייבים להיות – שיקולים רפואיים טהורים, והוא י שקול אותם לפי מיטב ידיעותיו המקצועיות ובמסגרת חובותיו האתיות-רפואיות. אין הוא ממונה לא על כפיית הציות לצווי בתי המשפט ולא על שלטון החוק; הוא ממונה על ניהול הטיפול הרפואי בחולי נפש [...] רק אם יגיע הפסיכיאטר המחזוי, על פי שיקוליו הרפואיים שלו, לידי מסקנה שיש מקום לכפות על האדם את הבדיקה (או האשפוז) אף בעל-כורחו, יחליט לבצע את צו בית המשפט; ואילו אם על פי שיקוליו הרפואיים שלו יגיע לידי מסקנה שאין לכפות על האדם בדיקה (או אשפוז) בעל-כורחו, יחליט שלא לבצע את צו בית המשפט". שם, עמ' 761-762.
30. ע"א 219/79 ירמלוביץ נ' חובב, פ"ד לה(3) 776, 766 (1980).
31. ע"א 558/84 כרמלי נ' מדינת ישראל, פ"ד מא(3) 757 (1987).
32. שם, עמ' 784: "מאומה לא נעשה כנראה גם בתחום צנוע יותר – המלצתו של מ"מ הנשיא ח' כהן... כי עד שהמחוקק יאמר את דברו, יעשו הפסיכיאטרים המחזויים לקביעתם ולפרסומם של כללים רפואיים-פסיכיאטריים בדבר הנתונים והממצאים אשר צריכים להתקיים בטרם יעשה שימוש בסמכות האשפוז הכפוי".
33. J. M. Davis, *Antipsychotic Drugs*, in *COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY*, vol. 3, p. 2257 (Benjamin J. Sadock, Alfred M. Freedman and Harold I. Kaplan eds. 1980).
34. אבנר אליצור, שמואל טיאנו, חנן מוניץ ומיכה נוימן פרקים נבחרים בפסיכיאטריה 607 (חנן מוניץ עורך, מהדורה רביעית, 2002).
35. יצחק מרגולץ פיתוח שירותים פסיכיאטריים בישראל 5 (יצחק מרגולץ עורך, 1966).
36. "הצעה לראורגניזציה של מערכת בריאות הנפש" (חוות דעת של האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, דצמבר 1972).
37. אורי אבירם "בריאות נפש קהילתית בישראל: הערכת ביניים של המדיניות" חברה ורווחה ה' 103 (1983).
38. מבקר המדינה דוח שנתי 41 – לשנת 1990 198 (1991).
39. יגאל גינת "ארגון השירותים לפסיכיאטריה במדינת ישראל ודרכי מימונם" הרפואה 123, 268 (1992).
40. יצוין כי בשונה מקופות החולים, חויב צה"ל להמשיך ולשלם למשרד הבריאות עבור אשפוז חיילים בבתי חולים פסיכיאטריים, כמו ששילם בכפוף להסכם משרד הביטחון ומשרד הבריאות מ-1 ליוני 1953. ראו רות בונדי שיבא – רופא לכל אדם 164 (1981).
41. ראו דוח מבקר המדינה, לעיל ה"ש 38: "במקומות שבהם הגורם המפעיל הוא הקופה, תושבי אותו אזור, שאינם חברי קופה, אינם מקבלים טיפול פסיכותרפויטי אלא רק תרופתי בתחנות בריאות הנפש שלה. הקופה הסבירה למשרד מבקר המדינה בספטמבר 1990 כי הסיבה לכך היא שהממשלה אינה מממנת את עלות תפעולן של התחנות של הקופה".
42. גינת, לעיל ה"ש 39.
43. ראו דוח מבקר המדינה, לעיל ה"ש 38: "עוד הסבירה הקופה, שהיא רואה בעובדה, שחברי קופות חולים אחרות נהנים מטיפול תרופתי חינוך בתחנותיה, סבסוד בלתי

- נסבל של אותן קופות חולים. בעניין הזה לא קיבל משרד מבקר המדינה כל תגובה מקופות החולים של העובדים הלאומיים, המאוחדת ומכבי, אף על פי שהן התבקשו לעשות כך".
- 44 . הוועדה הציבורית מקצועית לקביעת מדיניות והיערכות ארגונית ותפקודית של מערכת הבריאות דוח הוועדה (1988).
- 45 . להבריל מחלק מהרוח שנכתב על ידי פרופ' שירוס, הפרקים בתחום בריאות הנפש והגריאטריה כלולים בדוח המשותף לכל חברי הוועדה.
- 46 . ועדת החקירה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, דוח הוועדה 396 (1990) (להלן: דוח ועדת נתניהו).
- 47 . תשלום גלובלי על פי מספר מיטות הוא אחת מהשיטות המקובלות בהסכמי תשלום בין מבטחים לבתי חולים ספקים עבור שירות.
- 48 . המונח "קפיטציה" מתייחס בהתאמה לס' 17 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, לשיטת חלוקת כספי ההקצאה של מקורות המימון לשירותי הבריאות לקופות החולים על פי מספר החברים בכל קופה, כאשר מספר החברים בקופות החולים משוקלל גם לפי גיל המבטחים, וזאת בהתאם להנחה שתחלואה קשה עולה עם הגיל. בדרך זו התכוון המחוקק לתת למבטחים שיפוי בגין פיזור לא פרופורציונלי של חולים קשים ושל קבוצות גיל בין הקופות. שיטה זו נועדה לגרום ל"אדישות" המבטח לעלויות טיפול בחולים קשים, או בלשון אחרת לתת תמריץ או פיצוי לקופות בגין חברים שסיכון התחלואה שלהם גבוה. ראו אמנון כרמי בריאות ומשפט כרך א 209 (2003).
- 49 . דוח מבקר המדינה, לעיל ה"ש 38, עמ' 193-201.
- 50 . ס' 22 לחוק הטיפול החדש, לעיל ה"ש 2.
- 51 . דוח ועדת נתניהו, לעיל ה"ש 46.
- 52 . ס' 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 53 . ס' 35 לחוק הטיפול החדש, לעיל ה"ש 2.
- 54 . Issachar Eshet, Alon Margalit and Giora Almagor, *SFAT-AM: Short Family Therapy in Ambulatory Medicine. Treatment Approach in 10-15 Minutes Encounters*, 10 FAMILY PRACTICE 178 (1993). וראה גם יששכר עשת ואלון מרגלית "הדרכת רופאים לעבודה במרפאה ראשונית באמצעות 'שפת-עם'" רופא המשפחה כב(2) 94 (1994); וכן, אלון מרגלית ויששכר עשת האדם שברופא, הרופא שבאדם, שפת-עם: שילוב פסיכותרפיה עם מרפא (1997); יששכר עשת ואלון מרגלית "טיפול משפחתי-רפואי כבסיס ידע לאנשי מדעי ההתנהגות בעבודה במרפאה ראשונית" שיחות יב 1, 21 (1997).
- 55 . מרדכי מרק, ארוז איילון ובנימין מעוז "שותפים לנפש, טיפול פסיכיאטרי במיני מרפאת ברה"ן במסגרת רפואת המשפחה" *Israeli Journal of Family Practice* 180 (מאי 2014). <http://www.medicalmedia.co.il/publications/ArticleDetails.aspx?artid=6844&sheetid=518>
- 56 . ראו עניין וילנצ'יק, לעיל ה"ש 4, עמ' 708.
- 57 . ס' 35(ג) לחוק הטיפול החדש, לעיל ה"ש 2.
- 58 . עניין וילנצ'יק, לעיל ה"ש 4, עמ' 708.

- 59 . ס' 11 לחוק הטיפול החדש, לעיל ה"ש 2.
- 60 . עניין וילנצ'יק, לעיל ה"ש 4, עמ' 708.
- 61 . יעקב מרגולין, משה אברמוביץ ואליעזר ויצטום "ייצוג חולי נפש בוועדות פסיכיאטריות מחוזיות: המצוי והרצוי" רפואה ומשפט 32, 93, 96 (2005).
- 62 . ע"ש (מחוזי ת"א) 420/00 פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה (פורסם בנבו, 14.1.2001).
- 63 . שם, בפס' 5.2 לפסק דינה של השופטת רוטלוי.
- 64 . שם, בפס' 7 לפסק דינה של השופטת רוטלוי.
- 65 . Sufian, לעיל ה"ש 19.
- 66 . שוורץ, לעיל ה"ש 17, עמ' 143: "השירות הרפואי הצבאי וקופת החולים הם שדחפו את נושא מיון העולים לפי קריטריונים רפואיים מוגדרים (שחפת, נכות, מחלות מין, מחלות נפש וכדומה)".
- 67 . עניין רופא, לעיל הערה 6.