

1. בזכות, המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות, עמותה
 2. עוצמה - פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש, עמותה
 3. צביאל רופא
 4. דליה וירצברג-רופא
 5. תמר גוז'נסקי
 6. ח"כ ניסים דהן
- כולם על ידי ב"כ עוה"ד תרצה ליבוביץ ו/או נטע דגן ו/או מיקי שינדלר
שמענם להמצאת כתבי בי-דין:
בזכות, ת"ד 34510, ירושלים 91000
טלפון: 02 - 6521308 - 02, פקס: 02 - 6521219

העותרים

- נ ג ד -

1. שר הבריאות
2. שר האוצר
3. ממשלת ישראל
על ידי פרקליטות המדינה
משרד המשפטים, ירושלים
4. שירותי בריאות כללית
שמענם להמצאת כתבי בי-דין:
רח' ארלוזורוב 101, תל-אביב 62098
5. קופת חולים מאוחדת
שמענם להמצאת כתבי בי-דין:
רח' אבן גבירול 124, תל-אביב 62038
6. קופת חולים לאומית
שמענם להמצאת כתבי בי-דין:
רח' שפרינצק 23, תל-אביב
7. מכבי שירותי בריאות
שמענם להמצאת כתבי בי-דין:
רח' המרד 27, תל-אביב 68125
טל': 03 - 5143503 - 03, פקס: 03 - 5143889

המשיבים

עתירה מתוקנת למתן צו על תנאי

בית המשפט הנכבד מתבקש בזאת ליתן צו על תנאי, המורה למשיבים לבוא וליתן טעם -

א. מדוע לא תקויים לאלתר החלטת הממשלה מספר 2905 מיום 26.1.03;

ב. ומדוע לא יעבירו המשיבים 1 ו-2, לאלתר, את שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים, במסגרת התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, כפי שנקבע בהחלטת הממשלה הנזכרת.

מבוא

ביום 26.1.03 החליטה ממשלת ישראל על ביצוע הרפורמה הביטוחית, לפיה יועבר תחום בריאות הנפש מסל הבריאות שבאחריות המדינה, לסל הבריאות של קופות החולים, ואף קצבה לכך לוח זמנים: על הרפורמה להתבצע עד ליום 1.6.03. זו לשון ההחלטה במלואה:

הרפורמה בפסיכיאטריה

1. שירותי בריאות הנפש יועברו לאחריות קופות החולים במסגרת התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, כאשר עד ליום 15.3.2003 יסכם צוות של משרדי הבריאות והאוצר את הנושא לפרטיו, זאת בתיאום עם קופות החולים, במגמה שהמהלך יושלם להעברה לא יאוחר מיום 1.6.03.
2. צוות של משרדי הבריאות והאוצר יגיש למנכ"ל משרד ראש הממשלה עד ליום 15.3.2003 ניתוח אפשרויות לגבי אספקת שירותי בריאות הציבור.
3. לקיים מעקב בענין ביצוע ההחלטה האמורה ולקבוע כי דיווח בנושא יובא בפני הממשלה מדי 3 חודשים".

ההחלטה מצורפת ומסומנת כנספח ע / 1.

יש להתפלא על היזקקות העותרים להגיש עתירה כנגד הממשלה, לקיום החלטה שהיא עצמה קיבלה, ואשר שר הבריאות בעצמו הביאה לפני הממשלה.

יש להתפלא על כך שבעתיים, לנוכח ההסכמה הרחבה בקרב בכירי משרד הבריאות ואנשי המקצוע בדבר הצורך החיוני לבצע את החלטת הממשלה, כדי להביא לסיום את החרגת שירותי בריאות הנפש מיתר השירותים הרפואיים, המעמידה אנשים הזקוקים לשירותי בריאות הנפש, ובעיקר אנשים עם מוגבלות נפשית, בסכנת חיים.

והפליאה תוסיף ותגבר ביודענו כי ההסכמה הרחבה בדבר הצורך בעריכת הרפורמה הביטוחית קיימת מזה **עשור שנים**. עשר שנים המשיבים דנים ומתייעצים, אף מחליטים, אך לעשות את הדרוש עשייה – אינם עושים.

הפליאה - פליאה, והמציאות - מציאות; ונראה שאין מנוס מהתערבותו של בית משפט נכבד זה על מנת למנוע את המשך הפגיעה בכבוד האדם ובזכות לטיפול רפואי נאות של אנשים עם מחלת נפש או מוגבלות נפשית, הכל כמבואר להלן.

הצדדים

1. העותרת 1, בזכות, המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות, היא עמותה הפועלת לקידום זכויותיהם של אנשים עם כל סוגי המוגבלות (נפשית, שכלית, חושית, פיסית) בכל תחומי החיים. בין היתר יזמה העותרת 1 את חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998. חלק ניכר מפעילותה מוקדש לקידום זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות נפשית, באמצעות חקיקה ויישומה, פנייה לערכאות ופעילות קהילתית. העותרת 1 הייתה שותפה בקידום חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס – 2000 (להלן: חוק שיקום נכי נפש בקהילה), והיא פועלת ליישומו, באמצעות הפצת מידע על הזכאות על פי החוק, טיפול בפניות ציבור רבות בתחום והגשת תביעות.
2. העותרת 2, עוצמה - פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש, היא עמותה בה חברים בני משפחה של נפגעי נפש, הפועלת לשינוי התפיסה, ההתייחסות והפעולה של הממסד, של הרפואה ושל החברה כלפי נפגעי נפש. כן היא פועלת להעברת המיקוד מבתי החולים לקהילה, תוך מתן מענה לצרכיו המיוחדים של אדם עם מוגבלות נפשית וסיוע למשפחות של נפגעי נפש. העותרת 2 הייתה מן המובילים בחקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה, ונמצאת בחזית המעקב אחר יישומו. נציגה של העותרת 2 משמש כחבר במועצה הלאומית לבריאות הנפש.
3. בית המשפט העליון הכיר במעמד, בניסיון ובמומחיות המיוחדים שצברו העותרים 1 ו- 2 בכל הנוגע לייצוג עניינם של אנשים עם מוגבלות נפשית, כאשר צרף אותם כ"ידיד בית משפט" להליך המשפטי שהתנהל בין שירותי בריאות כללית לבין משרד הבריאות, בעניין האחריות לשירותי בריאות הנפש בקהילה לפי חוק ביטוח בריאות (ע"א 9165/02, ע"א 10164/02).
4. העותר 3, צביאל רופא, הוא אדם עם מוגבלות נפשית, אשר הקים את הקבוצות הראשונות בארץ לעזרה עצמית לאנשים עם מוגבלות נפשית, ואת עמותת "התמודדות – עמותת נפגעי הנפש בישראל", ופעיל כיום בארגון מל"מ – "מתמודדים למען מתמודדים – ארגון נפגעי הנפש בישראל". העותר 3 פרסם ספרים ומאמרים בתחום בריאות הנפש, מעביר הרצאות לקהלי יעד שונים, ומופיע בתקשורת - בין היתר במטרה לשבור את הסטיגמה נגד נפגעי נפש. העותר 3 משמש כחבר במועצה הלאומית לבריאות הנפש.
5. העותרת 4, דליה וירצברג-רופא, היא אדם עם מוגבלות נפשית, שהייתה פעילה בעמותת "התמודדות", וכיום פעילה בארגון מל"מ – "מתמודדים למען מתמודדים - ארגון נפגעי הנפש בישראל".
6. העותרת 5, תמר גוז'ינסקי, היא חברת כנסת לשעבר, אשר הובילה בכנסת את חקיקתו ויישומו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה, הקובע את זכאותם של אנשים עם מוגבלות נפשית לשירותי שיקום בקהילה. חוק זה הוא אחד הביטויים המובהקים להעברת כובד המשקל מאשפוזם של אנשים עם

מוגבלות נפשית, לשיקומם בקהילה ("הרפורמה השיקומית"). כפי שיפורט בעתירה, הרפורמה השיקומית מצויה בסכנת קריסה, בשל העיכוב המתמשך בביצוע הרפורמה הביטוחית והעדרן של תשתיות רפואיות-פסיכיאטריות בקהילה.

7. העותר 6, ח"כ ניסים דהן, היה שר הבריאות אשר הביא בפני הממשלה את ההצעה להחלטת הממשלה (נספח ע / 1), וקידם את קבלתה. לא היה סיפק בידו להשלים את המהלך, לאחר שעקב בחירות וחילופי ממשלה חדל מאז 28.2.03 מלשמש כשר הבריאות. העותר 6 הינו יו"ר השדולה בכנסת ה – 16 לשילוב אנשים עם מוגבלות בחברה.

8. המשיב 1 אחראי לביצועו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994 (להלן גם: חוק ביטוח בריאות; או: החוק), וכן למתן שירותי בריאות הנפש במסגרת התוספת השלישית לחוק. בסמכותו להחליט על העברת השירותים שבתוספת השלישית, ביניהם תחום בריאות הנפש, לסל הבריאות שבאחריותן של קופות החולים, כאמור בסעיף 69(א) לחוק.

10. למשיב 2 תפקידים נרחבים בהפעלתו של חוק ביטוח בריאות, ובין היתר נדרשת הסכמתו להעברת השירותים שבתוספת השלישית, ביניהם תחום בריאות הנפש, לסל הבריאות שבאחריותן של קופות החולים, כאמור בסעיף 69(א) לחוק.

11. המשיבה מס' 3 היא ממשלת ישראל, אשר קיבלה את ההחלטה נושא עתירה זו (נספח ע / 1 לעיל).

הטיעון העובדתי

א. היקף התחלואה בבריאות הנפש, וחומרותה

12. כדי להבין את גודל החומרה של ההזנחה בתחום בריאות הנפש ואת סכנת החיים הנגרמת מכך הן לאנשים עם מחלות נפש והן לאנשים הזקוקים לטיפול נפשי ממוקד וחולף, יש לעמוד תחילה על היקף התחלואה בתחום ועל חריפותה.

13. התחלואה בבריאות הנפש היא אחת משלוש התחלואות הגדולות בתחום הבריאות בכלל, לצדן של מחלות הלב והסרטן. פגיעתה קשה ביותר בגילאים הצעירים: תחלואת הנפש ממיתה אנשים צעירים יותר מכל תחלואה אחרת. רוב ההתאבדויות – שהינן הגורם הנפוץ ביותר למוות בגילאי 15 – 24, והגורם השני הנפוץ מתחת לגיל 35 - הינן על רקע מצב נפשי קשה או תחלואת נפש. תחלואת הנפש הינה גורם כבד משקל בקיצור תוחלת חיים, גם כאשר התמותה הינה תוצאה

ראשונית של תחלואה גופנית: אנשים עם קשיים נפשיים או מחלת נפש חשופים ביתר שאת למחלות לב וסרטן.

14. לא בכדי קבעו מדינות המערב כיעדים המרכזיים למאה ה-21 את הורדת התמותה בכל אחת משלוש התחלואות הנזכרות, ובהתאם לכך – הקצאת משאבים בהיקף ההולם את עומס התחלואה, תוך מתן דגש על תיקון של הקצאת משאבים מקפחת בתחום בריאות הנפש, ושילובה ברפואה הכללית.

ההמלצה הראשונה מתוך עשר ההמלצות של ארגון הבריאות העולמי, WHO (World Health Organization), בדוח לשנת 2001 שהוקדש לבריאות הנפש, היא לשילוב רפואת הנפש במסגרת הרפואה הכללית הראשונית. בישראל, כידוע, הרפואה הראשונית נמצאת בידי קופות החולים.

ראו: אנגליה – Saving Lives: Our Healthier Nation, Public Health: Aims and Advances, Chapter 2.11, Mental Health.

www.official-documents.co.uk/document/cm43/438602.htm

ארה"ב – Healthy People 2010, Vol. I, II (2003), chapter on Mental Health, US Department of Health and Home Services

המלצה מספר 1 בדוח של WHO - Mental Health: New - The World Health Report 2001 - Understanding, New Hope, <http://www.who.int/whr/2001/chapter1/en/>

האסמכתאות מצורפות ומסומנות כנספח ע' / 2.

15. על רקע היקף התחלואה וחומרתה, נצביע עתה על מצב שירותי בריאות הנפש בישראל.

ב. המצב הקשה בתחום בריאות הנפש בישראל: תמונת מצב

ב. (1) כללי

16. על מצבם הקשה של שירותי בריאות הנפש בישראל, נלמד מפי ראשי מערכת הבריאות עצמם:

"בנושא בריאות הנפש, לחולה ולמשפחה אין כיום ביטוח."

ד"ר יהודה ברוך, מנהל בית החולים הממשלתי הפסיכיאטרי אברבנאל,

לשעבר ראש מינהל רפואה בפועל, משרד הבריאות

"אין אנחנו מדברים על שיפור או איכות חיים יותר טובה לאותם אנשים שבסוף כן מגיעים לטיפול; אנחנו מדברים על אנשים שלא מקבלים טיפול."

ד"ר אלכס גרינשפון, ראש שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות

דברי ד"ר ברוך, בע' 36 לפרוטוקול ישיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת (להלן: ועדת העבודה והרווחה) מיום 28.7.04, על אי ביצוע הרפורמה הביטוחית, מצורפים ומסומנים כנספח ע / 3.

דברי ד"ר גרינשפון, בע' 3 לפרוטוקול ישיבת ועדת העבודה והרווחה מיום 27.3.05, על אי ביצוע הרפורמה הביטוחית, מצורפים ומסומנים כנספח ע / 4.

(מחמת אורכם של הפרוטוקולים של דיוני ועדת העבודה והרווחה, יצורפו העמודים הרלוונטיים בלבד. לפרוטוקול המלא של ישיבת ועדת העבודה והרווחה מיום 28.7.04, ראו: <http://www.knesset.gov.il/protocols/data/html/avoda/2004-07-28.html>.)

ב. (2) רוב האנשים הזקוקים לשירותי בריאות הנפש - אינם מקבלים אותו בשירות הציבורי

17. בתחום בריאות הנפש קיימת תופעה חסרת תקדים בין ענפי הרפואה, ולפיה מחצית עד שליש בלבד מהזקוקים לשירותי בריאות הנפש, מקבלים אותם במסגרת ציבורית. היתר אינם מקבלים טיפול כלל, או שנאלצים לפנות לשוק הפרטי ולשלם תעריפים יקרים לכל טיפול ופגישה.

כך אנו למדים מפי נציג בכיר של המשיב 1:

"היום במצב הנוכחי כרגע התשובה לציבור היא לקוייה... אנחנו במדינת ישראל בתת טיפול בתחום בריאות הנפש. אתה מדבר על מדינות המערב שאליהן אנחנו רוצים להיות מושווים - אחוז המטופלים באוכלוסיה הכללית הוא בסדר גודל של ארבעה אחוז מבוגרים ושני אחוז בילדים. יש הטוענים... שאפילו האחוז צריך להיות יותר גבוה; לעומת המצב הנוכחי בארץ שהוא שני אחוז במבוגרים ואפס נקודה שבעה אחוז בילדים. כלומר אין ספק שיש תת טיפול..."

(ד"ר יהודה ברוך, בישיבת ועדת העבודה והרווחה מיום 28.7.04; עמודים 6 ו- 7 לפרוטוקול הישיבה מצורפים ומסומנים כנספח ע / 5.)
(ההדגשות כאן, ובהמשך העתירה - הוספו.)

ב. (3) השירותים המרפאתיים בקהילה קלושים עד נעדרים

18. אחד הביטויים הקשים של ההזנחה בתחום בריאות הנפש הוא בשירותים האמבולטוריים, דהיינו, המרפאתיים. נציגו הבכירים של המשיב 1, מבקר המדינה, מנהלי קופות החולים - הכל מודים כי המרפאות הציבוריות לבריאות הנפש אינן נותנות מענה הולם, ולו ברמה הבסיסית ביותר, לאנשים הרבים הנזקקים להם. הדבר מעמיד בסכנת חיים אנשים הזקוקים לטיפול נפשי, בין אם בשל מחלה כרונית, ובין בשל מצב נפשי אקוטי זמני (דכאון, וכד'), ואשר ידם אינה משגת לפנות לשוק הפרטי.

19. ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות בעצמו העיד כי אין מדובר על "שיפור או איכות חיים יותר טובה לאנשים שבסוף כן מגיעים לטיפול", אלא - "על אנשים שלא מקבלים טיפול" (סעיף 16 לעיל).

20. מבקר המדינה תיאר מצב לפיו פחות מרבע מהאנשים הזקוקים לטיפול מרפאתי, מקבלים טיפול מרפאתי בשירות הציבורי - עובדה המונעת מחולים רבים לקבל טיפול רפואי כלשהו:

"לפי הערכת משרד הבריאות מדצמבר 2001, שמבוססת על מדדים מקובלים מחו"ל, מספר האנשים הזקוקים לטיפול במרפאות הוא יותר מ- 180,000. אולם, לפי הנתונים שבידי השירות (הנוגעים רק ל- 50 מרפאות שבקהילה), טופלו במרפאות אלה בשנים 1998 ו- 2000 רק 38,500 ו- 43,500 (בהתאמה) נפגעי נפש." (דוח מבקר המדינה 52' לשנת 2002, ע' 213).

סטטיסטיקה חמורה דומה עולה גם מהשנים האחרונות: בשנת 2003, 63,200 אנשים בלבד, מתוך מספר משוער של 240,000 הזקוקים לכך (בהתאם להערכה העולמית של 4% מהאוכלוסייה הכללית הנזקקים בכל שנה לשירותי בריאות הנפש), כלומר רבע בלבד מהמספר האמיתי של הזקוקים לכך - טופלו במרפאות משרד הבריאות. על פי אומדן, למרפאות בריאות הנפש של קופת חולים כללית ולשירותים ציבוריים ישירים של קופות החולים האחרות גם יחד, ישנם רבע מההיקף והקיבולת של מרפאות משרד הבריאות. ולכן, עם כל חשיבותם ותרומתם, אין בהוספתם לחישוב כדי לשנות באופן משמעותי את תמונת החסר הכבד המתוארת.

הפרק הרלוונטי מתוך דוח מבקר המדינה מצורף ומסומן כנספת ע / 6.

סיכום הממצאים על מספר המקבלים טיפול במרפאות בריאות הנפש בשנת 2003, מתוך "בריאות הנפש בישראל – שנתון סטטיסטי 2004", משרד הבריאות, מצורף ומסומן כנספת ע / 7.

21. מנהלי המרפאות הציבוריות שבבעלות המדינה מדווחים על חוסר יכולתן של המרפאות לספק שירות לאנשים המתדפקים על דלתותיהם, ועל דחייה ממש של אנשים הבאים לקבל טיפול. להלן דוגמאות משתיים מהגדולות והמרכזיות שבמרפאות ציבוריות של משרד הבריאות, בתל-אביב ובירושלים, אשר אינן עומדות היום בעומס האנשים הפונים לקבלת שירותים. נקל להסיק מהן, מכוח קל-וחומר, על מצבן הקשה של המרפאות הנמצאות בפריפריה:

(א) בתל-אביב, הוצפה בשנה האחרונה מרפאת בריאות הנפש של המרכז הרפואי ע"ש סוראסקי (בית החולים איכילוב) ב - 1,000 מטופלים נוספים מאזור תל-אביב. זאת, עקב סגירת כל השירותים הפסיכיאטריים על ידי קופת חולים לאומית בראשית שנת 2004. מנהל השירות הפסיכיאטרי של מרפאה זו פנה ביום 18.8.04 בטענות קשות למנכ"ל משרד הבריאות על העדר משאבים להתמודד עם מספר הפונים, ודיווח על תורי המתנה עד למפגש ראשון, של חמישה עד ששה חודשים.

מכתבו של ד"ר שאול שרייבר, מנהל השירות הפסיכיאטרי במרכז הרפואי ע"ש סוראסקי, למנכ"ל משרד הבריאות, מיום 18.8.04 מצורף ומסומן כנספח ע / 8.

(ב) בירושלים, מדווחת ד"ר חנה שטרם כהן, פסיכולוגית בכירה בתחנה לבריאות הנפש של משרד הבריאות, כי "עד לפני שנה השתדלנו מאוד להצטמצם והצלחנו לעמוד בזה. בשנה האחרונה המצב הגיע למצב **כל כך נוראי** שאנחנו אומרים למה בכלל לקבל תורנויות חדשות, **אין לנו מה להציע למטופלים**."

דבריה, בע' 33 לפרוטוקול הדיון בוועדת העבודה והרווחה מיום 27.3.05, מצורפים ומסומנים כנספח ע / 9.

(ג) כדוגמא בלבד למצב בפריפריה, נציין את סגירת השירות הפסיכיאטרי בנתיבות ובאופקים, שאירעה לאחרונה, ואשר מציבה את המטופלים בפני שוקת שבורה. רק לאחרונה, בכנס באוניברסיטה העברית ביום 1.6.05, דיווח יו"ר המועצה הלאומית לבריאות הנפש, פרופ' משה קוטלר, אשר גם מנהל את בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים בבאר יעקב ובנס ציונה, כי ילדה מנתיבות הזקוקה לטיפול נפשי מרפאתי דחוף, נאלצת לחכות תשעה חודשים לתור ראשון, וכי זהו מקרה מייצג.

פנייתה של חנה אטיאס, מפורום הורים פעילים "מית"ל", לפרופ' זאב קפלן, מנהל המרכז לבריאות הנפש בבאר-שבע, כנגד סגירת השירות הפסיכיאטרי בנתיבות בנתיבות; תשובתו; ותשובת עוזרת פסיכיאטר מחוזי לתיאום, מצורפות ומסומנות כנספח ע / 10.

22. בכירים בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים מתארים פגיעה קשה באנשים הזקוקים לטיפול פסיכיאטרי ממוקד - שבמסלול הציבורי (להבדיל מהפרטי) יוכלו לקבל מענה ראשוני רק כעבור חודשים; וכן באנשים עם מוגבלות, שהשתחררו מאשפוז פסיכיאטרי - חלקם במצב שטרם אוזן תרופתית ועקב כך חייבים להמשיך ולקבל באופן מיידי טיפול רפואי בקהילה - שנאלצים לחכות במשך חודשים לקבלת תור במרפאה. סכנת החיים במצב דברים זה מדברת בעד עצמה.

ראו למשל: דברי מנהלת המחלקה הפתוחה בבית החולים הפסיכיאטרי "אברבנאל", ד"ר מרינה שוורץ, בפרוטוקול דיון ועדת העבודה והרווחה מיום 27.3.05, עמ' 16 - 17 - המצורפים ומסומנים כנספח ע / 11.

23. כל קופות החולים מדווחות על חסר בתחום:

(א) על פי דוח מבקר המדינה לשנת 2002 -

"לדברי קופת חולים לאומית, "המרפאות הקהילתיות הציבוריות עמוסות לעיפה, תורי ההמתנה ארוכים מאוד ואין אפשרות לספק טיפול או התייחסות מקצועית נאותה בפרקי זמן סבירים".
גם לדברי קופת חולים מאוחדת, "לשרות המרפאתי, הניתן רובו ככולו במרפאות משרד הבריאות וקופת חולים כללית, נגישות וזמינות נמוכים מאוד."

(דוח מבקר המדינה 52ב', נספח ע / 6, ע' 213).

(ב) קופת חולים לאומית סגרה מאז את כל שירותי הפסיכיאטרייה שלה, והותירה אלפים - כ - 1,000 אנשים באזור המרכז בלבד - ללא טיפול פסיכיאטרי חלופי (נספח ע / 8 לעיל).

(ג) קופת חולים כללית מאשרת, כי "התורים כמו שנאמר כאן, הם תורים ארוכים מאוד, הן ביכללית והן במדינה." (ראו דבריה של שולי שי, האחראית על שירותי בריאות הנפש בקופת חולים כללית, בע' 19 לפרוטוקול ישיבת ועדת העבודה והרווחה מיום 27.3.05 - המצורף ומסומן כנספח ע / 12).

24. נקל לשער עד כמה היה מצב השירותים חמור עשרת מונים, אילו ההולכים לשוק הפרטי - כמחצית עד שני שלישי מכל הזקוקים לשירותי בריאות הנפש - היו פונים לשירות הציבורי לקבלת שירותים.

ב. (4) אנשים מאושפזים שלא לצורך כתוצאה מחסר בשירותי בריאות הנפש בקהילה

25. ברי, כי ללא מתן מענה רפואי הולם בקהילה, אנשים רבים, בעיקר מעוטי היכולת שאינם יכולים לפנות לשוק הפרטי, מאושפזים או מתאשפזים שלא לצורך.

26. עוד בשנת 1996 התריע מנכ"ל קופת חולים כללית מפני התוצאה הבלתי נמנעת של צמצום וסגירה של מרפאות הקופה, אם המדינה לא תתקצב אותן כחלק מסל הבריאות של קופות החולים:

קופ"ח הכללית שלה 86% מס"ק חולים פסיכיאטריים, פיתחה במשך השנים רשת מרפאות בריאות הנפש בקהילה... **באם המדינה לא תכיר במרפאות הללו כספקי שרות מורשים הזכאים לקבל את הוצאות הטיפול מכלפי החוק, הנטייה הטבעית תהיה לצמצם ולסגור אותם בהדרגה ולהעביר את הטיפול בחולים למסגרות בתי החולים הממשלתיים, כפי שעושות הקופות האחרות.** האם זאת כוונת החוק? או שהדרך הנכונה יותר היא לצמצם את השירותים בבתי החולים ולתמוך בהמשך פיתוחם וחיזוקם של המסגרות הקהילתיות."

מכתבו ליו"ר ועדת העבודה והרווחה מיום 17.12.96 מצורף ומסומן כנספח ע / 13.

27. בתשובה לשאלת יושב הראש של הוועדה, ח"כ יהלום, בתוך כמה זמן יקבל אדם, שלקה בדיכאון, תור למרפאת בריאות נפש ממשלתית, השיב ראש שירותי בריאות הנפש כי –

"בדרך כלל יעשו מאמץ לראות אותו בפעם הראשונה להערכה, ואם יתרשמו שהוא צריך טיפול אינטנסיבי, **קרוב לוודאי שישלחו אותו לאשפוז, למרות שאם במרפאה היה צוות מתאים - היו רואים אותו אולי פעמיים בשבוע, והיו מונעים את האשפוז.** אבל אם זה משהו בינוני הוא יחכה אחרי הפגישה הראשונה תקופה די ארוכה עד שיתחיל לקבל טיפול." (ע' 5 לפרוטוקול ישיבת ועדת העבודה והרווחה מיום 27.3.05 – מצורף ומסומן כנספח ע / 14.)

וכל מילה נוספת בעניין זה מיותרת.

ג. המצב הקשה בתחום בריאות הנפש – פועל יוצא של החרגת בריאות הנפש מסל

הבריאות הכללית

28. שני גורמים עיקריים למצב הקשה המתואר לעיל הם: התקצוב הנמוך לשירותי בריאות הנפש ביחס למקובל בעולם וביחס לתקציב הבריאות הכללי; והערפול בשאלת חלוקת האחריות למתן שירותים אלה בין המדינה לבין קופות החולים. גורמים אלה הם תוצר מיידי של החרגת שירותי בריאות הנפש מתוך סל הבריאות הכללי, כמפורט להלן.

ג. (1) החרגת שירותי בריאות הנפש בחוק ביטוח בריאות ממלכתי

29. עם חקיקת חוק ביטוח בריאות, עוגן העיקרון של ביטוח בריאות מכוח חוק, לכלל האוכלוסייה. מכלול שירותי הבריאות להם זכאים המבוטחים על פי החוק מורכבים מהשירותים שנתנה קופת חולים כללית לחבריה במועד הקובע (שנה לפני קבלת החוק), המנויים בתוספת השניה, ומהשירותים שנתנה המדינה לאזרחיה במועד הקובע, המנויים בתוספת השלישית (סעיף 7 לחוק).

30. טיפול רפואי בגוף ובנפש ירדו כרוכים זה בזה לחוק ביטוח בריאות; כך מורים סעיפים 6 (א) (3), (4) ו- (5) לחוק, וכך הם הורו כבר בעת חקיקת החוק, לפני יותר מעשור שנים:

”שירותי הבריאות יינתנו על-פי סל הבריאות בתחומים אלה -

...

(3) טיפול רפואי אמבולטורי, לרבות טיפול נפשי, בין במרפאה ובין בבית...;

(4) אשפוז כללי, אשפוז פסיכיאטרי, אשפוז פסיכוגריאטרי ואשפוז כרוני
סיעודי;

(5) שיקום רפואי, לרבות שיקום פסיכולוגי, פיזיותרפיה, ריפוי הדיבור...”

31. החובה העיקרית לספק את השירותים למבוטחים חלה על קופות החולים, כאמור בסעיף 3(ג) לחוק:

”קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות

שלחם הוא זכאי לפי חוק זה”.

32. ואולם, סעיף 69(א), הממוקם בפרק שכותרתו ”הוראות מעבר”, קובע חריג לאחריותן של קופות החולים. שירותי בריאות שהמדינה נתנה לפרט באמצעות משרד הבריאות, כמפורט בתוספת השלישית לחוק, והם שירותי רפואה מונעת, גריאטריה, פסיכיאטריה ומכשירי שיקום -

”ימשיכו להינתן על ידי משרד הבריאות, בין בעצמו ובין באמצעות נותני

שירותים או רשות מקומית, אלא אם כן החליט שר הבריאות, בהסכמת שר

האוצר ובאישור הממשלה, כי שירותי הבריאות שניתנו לפרט כאמור יינתנו, כולם או חלקם, על ידי קופות החולים..."

עוד הוסיף סעיף 69(ב) וקבע כי -

"כל עוד לא העבירה המדינה לקופות החולים את שירותי הבריאות האמורים בסעיף קטן (א) לא יהיו קופות החולים חייבות לתת את השירותים האמורים."

בהמשך נראה כי לכתחילה, נוסחו של סעיף זה היה אחר, ומשמעותו הייתה החרגה זמנית בלבד.

33. היוצא מהאמור לעיל הוא שבעוד כלל שירותי הבריאות ניתנים על ידי קופות החולים, כחלק מאחריותן בהתאם לסל הבריאות הקבוע בתוספת השנייה לחוק, שירותי בריאות הנפש ניתנים בנפרד, באחריות המדינה, בהתאם לתוספת השלישית לחוק.

ג. (2) שחיקה בתקציב

34. התקציב לבריאות הנפש, שמלכתחילה זעום ביחס למקובל בעולם, נשחק קשות בשל העדרם של מנגנוני עדכון - ולו מינימליים - הקיימים לגבי סל הבריאות הכללי שבאחריות קופות החולים.

35. ברוב המדינות המתוקנות חלקה של בריאות הנפש בתקציב הבריאות הציבורי נע בין 10% ל - 12% ואף למעלה מכך.

ראו למשל: Pressures in UK Healthcare: Challenges for the NHS (National Health Services), Institute for Fiscal Studies (2000), ע' 7, מצורף ומסומן כנספח ע / 15.

36. בניגוד לכך, בישראל, חלקו של התקציב לשירותי בריאות הנפש - 1.4 מיליארד ש"ח (הכולל 300 מליון ש"ח בגין שירותי שיקום, שאינם רפואיים, וכן אגודת של הוצאות קופות החולים בתחום), בתוך תקציב הבריאות הציבורי - 27 מיליארד ש"ח, עומד על כ - 5% אחוזים בלבד מתקציב הבריאות הכללי, דהיינו בין מחצית לשליש מהיחס המקובל במדינות המפותחות.

הצעת תקציב משרד הבריאות לשנת 2005, וכן טבלת התקציב הממשלתי לבריאות הנפש לשנת 2004 מתוך שנתון בריאות הנפש בישראל, 2004, מצורפות ומסומנות כנספח ע / 16.

37. הפרדת שירותי בריאות הנפש מסל הבריאות של קופות החולים הניבה תוצאות קשות מבחינת שחיקת התקציב. זאת משום שתיקונים בחוקי ההסדרים לשנים 1997 ו - 1998 הבחינו בין סל הבריאות שבאחריות קופות החולים לבין סל הבריאות שבאחריות המדינה.

38. במסגרת חוקי ההסדרים הללו נוצרה הבחנה בין עלות הסל לקופות החולים לבין עלות הסל שנושאת בו המדינה – ונקבעה עלות נפרדת לסל של משרד הבריאות. עוד נקבע, כי מנגנוני העדכון של סל הבריאות - גידול באוכלוסייה ותוספות לסל תרופות וטכנולוגיות - יחולו רק על סל הבריאות של קופות החולים ולא על סל הבריאות של משרד הבריאות.

במילים אחרות: בניגוד לתקציב לסל הבריאות של קופות החולים, אין מנגנון עדכון לתקציב בריאות הנפש.

39. בנוסף לכך נקבע, כי חובתה של המדינה להשלים את עלות הסל ככל שהתקבולים ממקורות המימון אינם עולים כדי הסכום המעודכן של עלות הסל - תחול רק ביחס לסל של קופות החולים. משמע, לאדם הנזקק לשירותי בריאות הנפש למעשה אין ביטוח, שכן המדינה מספקת שירותים כפי יכולתה בלבד.

(ראו: תיקונים לסעיפים 9(ב) ו - 13(5) לחוק ביטוח בריאות, בחוק הסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1997), התשנ"ז – 1996, ס"ח התשנ"ז, עמ' 23, 33. ראו גם: כ' שלו, בריאות, **משפט וזכויות אדם** (רמות, 2003), עמ' 226 - 229).

40. ואמנם, בין השנים 1990 ו - 2002 (עד לשנה זו מגיעים הנתונים) חל גידול ריאלי של 24% לנפש בהוצאה הכללית לבריאות (לא כולל בריאות הנפש), שעיקרה הוצאה ציבורית. גידול ריאלי, אמרנו, דהיינו נוסף על הגידול המתחייב מגידול באוכלוסייה ומעליית מדד יוקר המחיה.

נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה המובאים בהצעת תקציב משרד הבריאות לשנת 2005, מצורפים ומסומנים כנספח ע / 17.

לעומת הגידול בהוצאה הכללית לבריאות, הרי שעם ביטול מנגנוני עדכון לתקציב של שירותי בריאות הנפש, נשחק התקציב לבריאות הנפש באופן משמעותי במשך שנים. מעידים על כך בכירי מערכת הבריאות, ביניהם בכיר במינהל הרפואה של משרד הבריאות, מנהלי בתי חולים פסיכיאטריים, ויו"ר הוועדה של משרד הבריאות לגיבוש התפיסה לארגון שירותי הבריאות המרפאתיים בבריאות הנפש:

"להחלטה זו, שהותירה את שירותי בריאות הנפש בתוספת השלישית, הייתה משמעות חמורה וקשה מבחינת התקציב הכולל של שירותי בריאות הנפש. פגיעתו של חוק ההסדרים בשירותי בריאות הנפש נשכה גם בעניין העדכון השנתי... חוק ההסדרים 1997 קבע, שהתוספת השלישית לא תעודכן בהתאם למנגנונים בהם מעודכנת התוספת השנייה. בחוק נקבע שתקציב התוספת השלישית ייגזר כל שנה מתקציב המדינה לפי יכולתה הכלכלית של המדינה באותה שנה. **התוצאה הבלתי נמנעת הייתה שחיקה קשה בתקציב שירותי בריאות הנפש, שהגיעה לשיאה בתקציב לשנים 2003 ו - 2004.**"

מתוך א' אליצור, י' לרנר, י' ברוך, מ' שני, "הרפורמות בבריאות הנפש בישראל", מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית (נובמבר 2004), ע' 10 – העמוד הרלוונטי מסומן ומצורף כנספח ע / 18. למאמר המלא ראו: http://www.csps.org.il/book/book-04-heb/book-03-pdf/301_332.pdf

41. לחסר התקציבי השלכות קשות בשטח, אשר פורטו לעיל.

ג. (3) ערפול הרה-אסון בשאלת החבות הביטוחית

42. גורם נוסף, מרכזי, למחסור הקשה בשירותי בריאות הנפש – בעיקר המרפאתיים - הוא הערפול בשאלת החבות הביטוחית, הנובע מהחרגת שירותי בריאות הנפש מיתר השירותים הרפואיים.

43. כבר בשנת 1990, התריעה ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (להלן: **ועדת נתניהו**), אשר מסקנותיה היוו בסיס לרפורמה בשירותי הבריאות הכלליים בישראל ולחוק ביטוח בריאות, על התוצאות הקשות של פיצול האחריות בין קופות החולים לבין המדינה. דוח הוועדה פתח את הפרק על השירותים לבריאות הנפש והמערכת הגריאטרית בדברים שלהלן:

"הדאגה לחולים במחלות ממושכות, בייחוד בתחום מחלות הזיקנה ומחלות הנפש, רחוקה מלהניח את הדעת. השירותים לחולי הנפש והקשישים, שהם אוכלוסיה בסיכון, נופלים בתחום האפור, הבלתי מוגדר, מבחינת חובות קופות החולים למבוטחיהן... **המצב הנוכחי של עירפול חובות המבטחים ופיצול האחריות בין קופות החולים והמדינה, כשקו החלוקה ביניהן מטושטש, גורם נזק לקשישים ולחולי הנפש.**" (ע' 395)

פרק י"ד מתוך דוח ועדת נתניהו מצורף ומסומן כנספח ע / 19.

44. להמשך הערפול בדבר חובות המבטחים לאחר חקיקת החוק תרמה העובדה ששירותים אמבולטוריים בבריאות הנפש כלולים הן בתוספת השנייה לחוק, שבאחריות קופות החולים, והן בתוספת השלישית לחוק, שבאחריות המדינה. וכך, שני הצדדים גם יחד – המדינה וקופות החולים – מטילים זה על זה את האחריות לשירותים המרפאתיים. כמנהגנו בעתירה זו, נסתמך על דבריהם של נציגי המשיב 1 בעצמו, בעניין.

45. כך התריעה נציבת קבילות לחוק ביטוח בריאות, בדוח שנתי מס' 4, 2001 – 2002 :

”...נותרה מחלוקת קשה לגבי שאלת המימון של הטיפולים הפסיכיאטריים (להבדיל מאשפוזים), כשעמדת המדינה היא, שקופות החולים מחויבות לממן שירותים אמבולטוריים למבוטחיהם. **מחלוקת זו מתנהלת לא אחת על גבה של אוכלוסיית חולים חלשה, אשר איננה מסוגלת להילחם על זכויותיה.** מחלוקת זו נידונה כיום בערכאות משפטיות וטרם הוכרעה. (נראה שהכוונה היא למחלוקת המשפטית המוזכרת בסעיף 46 להלן; ת”ל) הנציבה בספק אם סוגיה זו, צריכה להיות נדונה בערכאות משפטיות, ולדעתה, הפתרון מצוי בתיקון חקיקה שיעביר את האחריות לטיפול בכל החולים הפסיכיאטריים לידי קופות החולים...”

פיסקאות מתוך הדוח של נציבת הקבילות מצורפות ומסומנות כנספח ע / 20.

46. יצויין, כי אכן מחלוקת זו הגיעה לפתחו של בית משפט נכבד זה, במסגרת ערעור על פסיקת בית המשפט המחוזי במחלוקת שניטשה בין משרד הבריאות לבין קופת חולים כללית. נקבע, כי קופות החולים אחראיות לשירותים המרפאתיים ככל שאין מדובר בשירותים הניתנים במרפאה המסונפת לבית חולים. (ה”פ (בית המשפט המחוזי, ת”א – יפו) 225/01 שירותי בריאות כללית נ. שר הבריאות, פדאור (לא פורסם) 02 (6) 119; הערעורים על פסק הדין נדחו על ידי בית המשפט העליון: ע”א 9165/02 וע”א 10164/02 (לא פורסם)).

47. דא עקא, מאז ניתן פסק הדין, רק קוצצו השירותים הרפואיים בקהילה, כעולה מעתירה זו. האמור להלן הינו רק דוגמא לתופעה שפשתה במערכת:

(א) כאמור, בראשית שנת 2004, במעשה חד-צדדי, סגרה קופת חולים לאומית את כל שירותי הפסיכיאטריה שנתנה עד כה, בהותירה את מבוטחיה ללא טיפול פסיכיאטרי ובהטילה את האחריות על משרד הבריאות. משרד הבריאות, מצדו, הן באמצעות נציבת הקבילות והן

באמצעות ראש שירותי בריאות הנפש, קבע כי האחריות למתן שירותים אמבולטוריים בבריאות הנפש חלה על קופת החולים, ועליה לספקם. אך ללא הועיל – קופת חולים לאומית לא שינתה מצעדה זה. ואילו המרפאות הציבוריות של משרד הבריאות, שעל פתחן צבאו כ – 1,000 מבוטחים של קופת חולים לאומית, נאלצו להשיב ריקם את הפונים עקב העדר משאבים, ולא זו בלבד, אלא שאף הן ספגו קיצוצים (סעיף 21(א) לעיל, וכן נספח ע / 8).

הנה כי כן, מלחמת האחריות בין המדינה לבין קופת החולים מתנהלת על גבם של נפגעי הנפש עצמם.

פניותיהם של נציבת הקבילות ושל ראש שירותי בריאות הנפש, במשרד הבריאות, ליו"ר מועצת המנהלים של קופת חולים לאומית, מצורפות ומסומנות כנספח ע / 21.

(ב) יצוין, כי לפני שסגרה את שירותיה הפסיכיאטריים, פנתה קופת החולים למנכ"ל המשיב 1 כדי להעביר אליה בצורה מסודרת את שירותי בריאות הנפש, בתקצוב מתאים, והתריעה כי –

"בחמש שנים מאז כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי התנהל מאבק על גבם של החולים וזאת, בשל העובדה, שאיש לא נטל את האחריות באופן אמיתי לטיפול בחולים אלה. מרפאות קופ"ח כללית החלו להתנהג כספק פרטי, מרפאות המדינה אשר תפקדו באופן בלתי יעיל... יצרו תורי המתנה בבחינת "גזירה שהציבור אינו יכול לעמוד בה". החל מיולי 2000, משנטלה על עצמה המדינה את האחריות למימון האשפוזים הפסיכיאטרים והטיפולים האמבולטוריים בבתי החולים הכלליים, נוצרו תורים של חודשים רבים במרפאות ואנו שוב ניצבים בפני שוקת שבורה."

פניית מנכ"ל קופת חולים לאומית למנכ"ל משרד הבריאות, מיום 28.1.01, מצורפת ומסומנת כנספח ע / 22.

48. ההזנחה הקשה בשירותי בריאות הנפש המרפאתיים, המתוארת בהרחבה בפרק ב' לעיל, היא, אפוא, תוצאה של ערפול חובות המבטחים, הנובע מהחרגת שירותי בריאות הנפש מכלל שירותי הבריאות.

ד. המשיבים מכירים בצורך הדחוף בביצוע החלטת הממשלה לפתרון המצב

49. על הצורך הדחוף בביצוע הרפורמה הביטוחית לפתרון המצב, למדנו מפי המשיב 1 בעצמו:

"...אני חושב שאחת הבעיות שלנו כחברה שלכל אורך השנים... בחוק ביטוח בריאות ממלכתי... התייחסו באופן שונה לנושא נפגעי הנפש וחולי הנפש. והדבר הזה מלווה לאורך השנים בסטיגמה ובכל הדרך שהחברה הישראלית והממשלות [ב]ישראל, כתוצאה ובהקשר לכך, מתייחסות לחולי הנפש במדינת ישראל... לא יכול להיות שחולי נפש ונפגעי נפש יהיו ילדים חורגים במערכת הבריאות במדינת ישראל. לא יכול להיות."

שר הבריאות, דני נווה, בישיבת ועדת העבודה והרווחה מיום 28.7.04; עמ' 20 – 21 לפרוטוקול מצורפים ומסומן כנספח ע / 23.

50. נוכח המצב הקשה המתואר עד כה, מובן מדוע החליטה ממשלת ישראל ביום 26.1.03 על ביצוע הרפורמה הביטוחית. ואמנם, המשיבים 1 ו- 2 ושלוחיהם עומדים על חשיבותה העצומה של ההחלטה:

"ביום ראשון, 26/1/03, אישרה הממשלה את ההצעה שבנדון לרפורמה בפסיכיאטריה ואנו רואים בזה הישג כביר למערכת הבריאות."
שר הבריאות דאז, ניסים דהן, מיד לאחר קבלת החלטת הממשלה

מכתבו של שר הבריאות ליו"ר העותרת 2, מיום 29.1.03, מצורף ומסומן כנספח ע / 24.

"אנחנו בהחלט רואים אותה [=את הרפורמה הביטוחית] כאחד הדברים שהם, נקרא לזה - הכי חשובים לעשות אותם היום במערכת הבריאות."
(נציג אגף התקציבים במשרד האוצר, בישיבת ועדת העבודה והרווחה מיום 27.3.05; עמ' 6 - 7 לפרוטוקול מצורפים ומסומנים כנספח ע / 25.)

51. הממשלה אף קצבה לביצוע ההחלטה לוח זמנים: על הרפורמה להתבצע עד ליום 1.6.03.

ה. עשר שנות הדיונים שקדמו להחלטת הממשלה

52. החלטת הממשלה הנדונה לא באה בחלל הריק. כבר לכתחילה, עם חקיקת חוק ביטוח בריאות, החרגת שירותי בריאות הנפש מתוך סל הבריאות של קופות החולים הייתה זמנית בלבד. מכאן משנה החומרה שבמצב המתואר בעתירה זו: במשך עשר שנים מכירים בכירי המערכת בהכרח לבטל החרגה זו. עשר שנים יושבים ודנים המשיבים, קובעים 11 תאריכי יעד לנקיטה בצד ההכרחי – ואינם מבצעים – כפי שיפורט להלן.

ה. (1) כוונת המחוקק - החרגה זמנית

53. כפי שהראינו לעיל, סעיף 69(א) קובע חריג לאחריותן של קופות החולים, ומכפיף את תחום בריאות הנפש לתוספת השלישית שבאחריות המדינה, כל עוד לא הועבר התחום לקופות החולים.

אולם סעיף 69(א) הינו תיקון שנעשה בחוק ההסדרים לשנת 1997, לנוסח המקורי שהתקבל עם חקיקת החוק בדצמבר 1994. נוסחו של סעיף 69(א), שהתקבל עם חקיקת החוק, קבע חריג זמני לאחריותן של קופות החולים למתן שירותי הבריאות, בזה הלשון:

69. שירותי בריאות לפרט

(א) **עד להשלמת העברתם לקופות החולים** של שירותי הבריאות שניתנו לפרט על ידי המדינה ערב תחילתו של חוק זה, כמפורט בתוספת השלישית יתן משרד הבריאות את אותם השירותים, כולם או חלקם, בין בעצמו ובין באמצעות נותני שירותים.

"עד להשלמת העברתם" – משמע, המצב שבו טרם הושלמה העברתם של שירותי בריאות הנפש לקופות החולים – זמני בלבד.

54. סעיף 70 לחוק הוסיף והגדיר תקופת ביניים של שלוש שנים מיום תחילת החוק, שבמסגרתה רשאית קופת חולים להמשיך ולתת את אותם השירותים שנתנה ערב המועד הקובע, ובלבד שעד תום תקופת הביניים תיערך למתן השירותים לפי הוראות החוק.

55. הרקע לנוסח המקורי, ולשינויו, הוא כדלקמן:

כאמור לעיל, ב - 1990 קבעה ועדת נתניהו כי יש **לכלול את שירותי בריאות הנפש בין כלל שירותי הבריאות שחובה על קופות החולים לספקם**, וכי יש לשלב את שירותי בריאות הנפש ברפואה הכללית (נספח ע / 19).

56. ואולם, במסגרת חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994, משלא הושלם המשא ומתן עם קופות החולים בעניין העברת שירותי בריאות הנפש אליהן, נכללו שירותים אלה תחת הוראות המעבר של החוק, כחריג זמני לאחריותן של קופות החולים שנקבע בסעיף 69(א) (בנוסחו אז).

57. ביום ההצבעה על החוק, 20.12.94, בתשובה לקושייה שהיקשו חברי כנסת – כיצד עובר בישראל חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ללא שסל הבריאות המשרת את כלל הציבור (הסל שבאחריות קופות החולים) כולל את שירותי בריאות הנפש, השיב שר הבריאות דאז, אפרים סנה, כי -

"כל השאלה הזאת של הכנסת הפסיכיאטריה לסל הבריאות, שלא תתבצע ב - 1 בינואר [1995; ת"ל], **אלא בדיחוי קל**, תידון בין המשרד ובין הגורמים המקצועיים בימים הקרובים ממש, ונגיע לפתרונות מעשיים ומניחים את הדעת."

דברי השר בפרוטוקול הדיון בכנסת ביום 20.12.94 מצורפים ומסומנים כנסת ע / 26.

58. בנוסח החוק שעבר לא נקבע מועד מפורש ל"השלמת העברתם לקופות החולים" של שירותי בריאות הנפש. אולם ניתן ללמוד על הכוונה לעשות כן לכל המאוחר עד תום תקופת הביניים, הן מדברי שר הבריאות במועד ההצבעה המצוטטים לעיל, והן מהכללתה של ההוראה בפרק "הוראות מעבר" אשר הגדיר את תקופת הביניים (סעיף 70 לחוק, הנזכר לעיל). כמו כן, כל הגורמים הנוגעים בדבר - המשיבים ויתר משרדי הממשלה, ועדת העבודה והרווחה וקופות החולים - ראו עצמם כפופים לתקופת הביניים, ואדרבה, ניסו פעם אחר פעם להקדים את המועד להשלמת ההעברה, כמפורט להלן.

ה. (2) 1995 - 1998: ששה תאריכי יעד לביצוע הרפורמה הביטוחית

59. מאז שבוע לאחר חקיקת החוק, נקבעו 11 תאריכי יעד להעברת תחום בריאות הנפש לקופות החולים. כולם נדחו בזה אחר זה, האחרון שבהם - 1.1.2005.

60. תאריך היעד הראשון לביצוע צעד זה נקבע ליום 1.6.95.

סמוך לתאריך זה אף נעשה ניסיון להעביר בפועל את האחריות לקופות החולים: שר הבריאות התקין את צו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספת השניה והשלישית לחוק), התשנ"ה - 1995, מיום 23.5.95 (ק"ת 5682). צו זה העביר את שירותי בריאות הנפש מהתוספת השלישית, שבאחריות המדינה, לתוספת השנייה, שבאחריות קופות החולים.

אולם יום לפני תאריך היעד, לאחר דיון בוועדה בכנסת, נדחה תאריך היעד ל - 1.1.96; ממנו ל - 1.4.96; ממנו ל - 1.5.96; ממנו ל - 1.1.97; וממנו ל - 1.1.98.

בסוף שנת 1996, בוטל הצו שהותקן בשנת 1995 המורה על העברת השירותים של התוספת השלישית לתוספת השנייה. (ראו גם שלו, שם, עמ' 246 - 250).

61. בנוסף לכך, בעקבות לחץ של משרד האוצר, ולנוכח אי הבהירות בנוסחו המקורי של סעיף 69(א), אם נדרש אישורו של שר האוצר להעברת השירותים שבתוספת השלישית לתוספת השנייה, ואם נדרש שינוי חוק או שדי בצו כדי לבצע את ההעברה, תוקן הסעיף במסגרת חוק ההסדרים לשנת 1997, לנוסחו הנוכחי (ראו סעיף 32 לעיל). נקבע, כי מעתה נדרשים החלטת שר הבריאות, הסכמת שר האוצר ואישור הממשלה להעברה כאמור. החלטה, הסכמה ואישור דומים נדרשים על פי סעיף 8(ב) לחוק ביטוח בריאות, לשינוי בסל הבריאות המוסיף לעלותו של הסל.

ה. (3) 1998 - 2001: ועדות של משרד הבריאות קובעות כי יש לבצע הרפורמה הביטוחית

62. החל משנת 1999 קמו ועדות שונות של משרד הבריאות, אשר קבעו פעם אחר פעם כי ביצוע הרפורמה הביטוחית הכרחי לשיפור בטיפול הרפואי לאנשים עם מוגבלות נפשית.

63. ועדת חקירה פרלמנטרית לבדיקת יישומו ומימונו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 2000, תבעה ממשרד הבריאות לכלול את שירותי בריאות הנפש בסל השירותים של קופות החולים.

מסמך מסקנות ועדת החקירה הפרלמנטרית מצורף ומסומן כנספח ע' / 27 (ראו סעיף 15 במסמך).

64. באוגוסט 2001 מינה מנכ"ל משרד הבריאות את הוועדה לגיבוש התפיסה לארגון שירותי הבריאות המרפאתיים בבריאות הנפש, בראשות פרופ' מרדכי שני (להלן: **ועדת הרפורמה**). מסקנתה הייתה כי שיפור ממשי בטיפול בחולי הנפש יתרחש רק אם האחריות לטיפול תופקד בידי קופות החולים.

הוועדה קבעה נוסח של הסכם מסגרת מפורט לביצוע הרפורמה, לרבות תקצוב ותמחור, וכן סל פסיכיאטרי מפורט. על בסיס נוסח זה, מאז שנת 2002 ועד היום הועברו עשרות טיוטות בין משרדי האוצר והבריאות, וקופות החולים.

דוח ועדת הרפורמה – אחד מני עשרות הגרסאות שהוחלפו מאז בין הצדדים - מצורף ומסומן כנספח ע' / 28.

ה. (4) 2001 – 2005: חמישה תאריכי יעד נוספים לביצוע הרפורמה הביטוחית

65. מאז מונו הוועדות נקבעו חמישה תאריכי יעד נוספים לביצוע הרפורמה הביטוחית - 1.1.2001, 1.1.2003, 1.6.2003, 1.1.2004, ו - 1.1.2005. תאריך אחרון זה חלף עבר, מבלי שאף נקבע תאריך יעד נוסף לביצוע הרפורמה הביטוחית.

66. בסמוך למועד החלטת הממשלה, יצא פרסום רשמי של ההסתדרות הרפואית בישראל, "זמן הרפואה", בחוברת מיוחדת המוקדשת לרפורמה הביטוחית ולעיכוב שחל בה. עמוד השער של חוברת זו מדגים בצורה גרפית מעולה את הבעייתיות, ואת הפתרון המתחייב – נושא עתירתנו זו. עמוד השער של "זמן הרפואה" מצורף ומסומן כנספח ע / 29.

ה. (5) 2003: החלטת הממשלה על ביצוע הרפורמה הביטוחית

67. ביום 26.1.03 התקבלה החלטת ממשלה מספר 2905, המורה על השלמת ביצוע הרפורמה הביטוחית עד ליום 1.6.03 (נספח ע / 1). יצויין, כי שר הבריאות היה הכוח המניע מאחוריה, וכי למיטב ידיעת העותרים, שר האוצר אף הוא היה בין המצביעים בעדה.

68. הכל, אפוא, היה מוכן לפעולה על פי האמור בסעיף 69 לחוק ביטוח בריאות, להעברת שירותי בריאות הנפש לאחריותן של קופות החולים: שר הבריאות, שר האוצר והממשלה החליטו על ההעברה האמורה, ואף קבעו לכך לוח זמנים.

ה. (6) סיכום

69. עד היום, למעלה משנתיים לאחר המועד הנקוב בה, טרם בוצעה החלטת הממשלה. לא הועילו פניותיהם הרבות של העותרים בעניין. מצב שירותי בריאות הנפש בישראל, ששנים נמצא בחסר כרוני, ממשיך ומידרדר, ועשרות אלפי אנשים אינם מקבלים את הטיפול הרפואי שלו הם זכאים.

פניות העותרים למשיבים לביצוע החלטת הממשלה (חלק מתוך כלל הפניות), ותשובה שהתקבלה, מצורפות ומסומנות כנספח ע / 30. כמו כן ראו נספח ע / 36 להלן.

ו. הנזקים המתווספים עקב העיכוב בביצוע החלטת הממשלה

למצב הקשה ממילא, נוספים נזקים כתוצאה מעצם העיכוב בביצוע החלטת הממשלה.

ו. (1) גורמים שונים במערכת מתריעים על החמרה במצב

70. כבר ב - 31.10.96, בדיון של ועדת העבודה והרווחה בכנסת לקראת אחד מתאריכי היעד להעברת תחום בריאות הנפש לקופות החולים, התריע מנכ"ל משרד הבריאות בפני ועדת העבודה והרווחה על הנזקים הצפויים מהעיכוב:

"הנצחת המצב הקיים [=אי העברת תחום בריאות הנפש לקופות החולים; ת"ל] לא תביא להקצאת משאבים נוספים שאינם קיימים. **מאיך, לדעת כל המומחים, המצב הנוכחי מקשה על חולי הנפש, יוצר אי בהירות במערכת הבריאות ומונע ייעול שירותים.**"
(פנייתו של מנכ"ל משרד הבריאות מיום 31.10.96 מצורפת ומסומנת כנספח ע / 31.)

71. מנכ"ל משרד הבריאות שב והתריע על כך לקראת דיון הוועדה ב - 9.12.96, כדלקמן:

"במסגרת עבודת ההכנה של השנתיים האחרונות, בהן קבלו קופות החולים הודעות על העברת[ת] האחריות לפסיכיאטריה לידיהן (עפ"י החוק) ונתבקשו להתארגן לכך, נבחנו כל ההיבטים הארגוניים והכלכליים ונלמדו כל הבעיות. **המסקנה הנובעת מהלימוד המדוקדק הזה היא, שחובה להעביר את נושא ביטוח בריאות הנפש לקופות החולים, החל ב - 1.1.97. כמעט כל המערכת מחכה לכך ובאם לא תאושר העברת האחריות ע"י ועדת העבודה והרווחה, יגרם נזק קשה לכל הטיפול בנושא.**"
(נייר עמדה של מנכ"ל משרד הבריאות ליו"ר ועדת העבודה והרווחה, מיום 2.12.96, מצורף ומסומן כנספח ע / 32.)

72. קופות החולים אף הן התריעו על ההכרח לבצע את הרפורמה הביטוחית כדי ששירותי בריאות הנפש לא יקרסו. מנהל המרכז הרפואי גהה, של קופת חולים כללית, התריע לאחרונה כי -

"למעשה קיימים רק שני כיוונים אפשריים. האחד - יישום הרפורמה הביטוחית, תוך העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות, והשני - המשך המצב הקיים, אשר יכול להוביל אך ורק למצב של כאוס מתמשך ולאובדן שירותים, הקיימים כיום לטובת החולים." (פרופ' ש' טיאנו, מנהל המרכז הרפואי גהה לבריאות הנפש, קופת חולים כללית, מתוך ידיעון המרכז הרפואי גהה, לקראת ראש השנה תשס"ה)

עמוד השער של ידיעון המרכז הרפואי גהה מצורף ומסומן כנספח ע / 33.

ו. (2) שחרור אנשים מאושפזים לקהילה בהעדר תשתית רפואית בקהילה – רפורמה שיקומית, רפורמה מבנית, והקשר ביניהן לבין הרפורמה הביטוחית

73. מאז שנת 2000, הוחל בשתי רפורמות מרכזיות בבריאות הנפש:

במסגרת הסכם שנחתם עם האוצר במרץ 2000, הוחל ברפורמה המבנית, לפיה עד לסוף שנת 2005 מצומצמות בהדרגה מיטות האשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים. אנשים רבים משתחררים מאשפוז, וזקוקים לשירותים רפואיים-פסיכיאטריים, לעיתים אינטנסיביים, בקהילה.

כתוצאה מקבלת חוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000), הוחל ברפורמה השיקומית, לפיה אנשים המשתחררים מאשפוז לקהילה זכאים לסל של שירותי שיקום (שאינם רפואיים), הכולל סיוע בתעסוקה, בדיור, בהשלמת השכלה, ועוד.

74. שתי הרפורמות הללו מניחות כתנאי הכרחי את ביצועה של הרפורמה השלישית, הרפורמה הביטוחית, על מנת לספק את השירותים הרפואיים הנדרשים בקהילה.

ואולם, בעוד אנשים עם מוגבלות נפשית משתחררים מאשפוז לקהילה ומספר מיטות האשפוז בבתי החולים הולך ומצטמצם, המשאבים המתפנים מכך **אינם** מופנים לשירותים בקהילה. ההיפך הוא הנכון. כפי שהצבענו לעיל, בפועל ישנם קיצוצים במערכת הרפואית-קהילתית. המערכת החנוקה ממילא, אינה מסוגלת לקלוט את האנשים המשתחררים מאשפוז לטיפול שכה חיוני לחייהם בכלל, כל שכן לחייהם בקהילה.

75. בכירי מערכת הבריאות עמדו על התוצאות ההרסניות של אי ביצוע הרפורמה הביטוחית על רקע ביצוען של שתי הרפורמות האחרות:

”חשוב להדגיש, כי הרפורמה המבנית חייבת להיות מלווה ברפורמה הביטוחית (כלומר, בהעברת האחריות על הטיפול הרפואי והנפשי של חולי הנפש לידי קופות-החולים) [ההדגשה במקור]. אולם קשה לראות כיצד האחרונה מביניהן תתבצע בשנת 2005 ודומה שכבר מדובר בדחייתה בשנה... ברצוננו להתריע על כך, שכל עיכוב יישא השפעה רבה על התהליך אשר נמצא בראשיתו.”

מתוך הדוח “הרפורמות בבריאות הנפש בישראל” (ראו סעיף 40 לעיל); ע’ 4 לדוח מצורף ומסומן כנספח ע / 34.

76. והנה, בעוד הרפורמה המבנית בישראל נועדה להעביר את עיקר התקציב משירותי אשפוז לשירותים קהילתיים, כחלק ממהפכת האל-מיסוד (de-institutionalization) בעולם בתחום בריאות הנפש, הרי שבפועל, היא לוקה בכשל חמור, של סגירת מיטות אשפוז, ללא קשר לפיתוח שירותים רפואיים-פסיכיאטריים בקהילה, ומבלי לפתחם.

ז. תירוצי המשיבים לעיכוב

77. למשיבים תירוצים מתירוצים שונים לעיכוב בביצוע החלטת הממשלה על הרפורמה הביטוחית:

- (1) חוסר הסכמה על נוסחת קפיטציה, דהיינו על דרך חלוקת התקציב שיועבר אל קופות החולים בגין העברת תחום בריאות הנפש אליהן, בינן לבין עצמן;
- (2) חוסר הסכמה עם המשיב 2 בדבר התוספת התקציבית הדרושה להעברת תחום בריאות הנפש לקופות החולים.

ראו: דבריהם של נציגי המשיבים 1 ו- 2 בישיבת ועדת העבודה והרווחה מיום 27.3.05, בעמ' 5 - 9 – מצורפים ומסומנים כנספח ע / 35.

78. חילוקי הדעות התקציביים הללו מרומזים בתשובת מנכ"ל המשיב 1 מיום 27.2.05, לפנייתה של העותרת 1 במסגרת מיצוי הליכים לקראת עתירה זו:

”...בניגוד לנטען במכתבכם, כיום אין הסכמה בין משרד הבריאות, משרד האוצר וקופות החולים לביצוע הרפורמה וגם העדר הסכמה זו מונע את מימוש המהלך.
משרד הבריאות מצידו ימשיך לפעול לקדם מטרה זו מתוך שאיפה לבצע את הרפורמה בהקדם, אך לא ניתן לנבא מראש כמה זמן מהלך זה עוד יקח.”

פניית העותרת 1, ותשובת המשיב 1 מצורפות ומסומנות כנספח ע / 36.

79. ואולם, גילם של חילוקי הדעות התקציביים הנזכרים הוא כגילו של חוק ביטוח בריאות. מאז החלו הדיונים על העברת בריאות הנפש לקופות החולים, מיד לאחר חקיקת החוק, בשנת 1995, שבות קופות החולים ומתריעות כי הן לא פתרו את סוגיית הסכס הקפיטציה. כמו כן, שבים ועולים חילוקי הדעות התקציביים בין קופות החולים לבין המשיב 2, ובין המשיב 1 ובין המשיב 2 באשר לסכום הדרוש לתקצוב העברת תחום בריאות הנפש לקופות החולים.

ראו, בין היתר:

סיכום ישיבת ועדת העבודה והרווחה מיום 28.2.96, הכוללת את דרישות הוועדה משרד הבריאות להסדיר את הנושאים התקציביים הללו, השנויים במחלוקת, ולקבוע תוכנית מפורטת בעניין; סיכום ישיבת ועדת העבודה והרווחה מיום 30.4.96, עם דרישה דומה; פניית מנכ"ל קופת חולים כללית ליו"ר ועדת העבודה והרווחה, מיום 2.12.96, עם פירוט כל הסוגיות שהועלו כבר בעבר - שעדיין במחלוקת; פניית מנכ"ל קופת חולים כללית למנכ"ל משרד הבריאות מיום 5.12.96 בדרישה להשלים את התקציב החסר כדי שהקופה תוכל לקבל אחריות לתחום בריאות הנפש שיועבר אליה; תגובות קופות החולים כללית, מאוחדת ומכבי להצעות של משרד הבריאות בעקבות הדיון בוועדת העבודה והרווחה מיום 9.12.96 ובהן פירוט דרישותיהן התקציביות ואחרות; תשובת סגן שר הבריאות מיום 5.3.97 לשאילתה בכנסת על מועד העברת התחום לקופות החולים – מצורפים ומסומנים כנספח ע/37.

80. אי הגעה להסכמה במחלוקות אלו במשך עשר שנים ויותר - אין הוא אפוא אלא ביטוי לחוסר רצון לבצע את הרפורמה הביטוחית.

81. זאת ועוד: המחלוקת התקציבית הינה על סכום זעום ביחס לסכומים שמדובר בהם בתחום, כמפורט להלן.

התוספת הדרושה בנוסף לתקציב שמקצה המשיב 1 כיום לבריאות הנפש (קצת פחות מ - 1.4 מליארד ש"ח - סעיף 36 לעיל), כדי להעביר את השירות לקופות החולים, מוערכת בכ - 200 מליון ש"ח, שהוא סכום קטן בהשוואה לסדרי הגודל של תקציבי הבריאות הכלליים (27 מליארד ש"ח) ושל העברות שונות של תקציבים מהמדינה לקופות החולים (בשנתיים האחרונות בלבד: 370 מליון ש"ח לסל התרופות והטכנולוגיות; 400 מליון ש"ח לקופת חולים לאומית במסגרת תוכנית הבראה).

הפער התקציבי שנמצא בוויכוח בין הצדדים הוא על חלק קטן מתוספת זאת. בנקל ניתן היה לפתור אותו במסגרת הסכומים הגבוהים העוברים בין הממשלה לבין קופות החולים בכל שנה. מתוך כך ברור, כי היתלות באמירה שהבעייה התקציבית מונעת את ביצוע הרפורמה, היא ביטוי למחדלם של המשיבים, שאינם מביאים לסיומם של חילוקי דעות אלו. מחדלם זה עומד ביסוד העיכוב המתמשך בהוצאתה לפועל של החלטת הממשלה, ולא מחלוקת אמיתית על גובה תקציב.

82. ספק אם ניתן למצוא סוגייה שבה ישנה הסכמה רחבה לאורך כל שדרות הממשלה ואנשי המקצוע בדבר היות צעד מסויים הצעד הנחוץ כדי למנוע המשך סכנת חיים. בנסיבות אלו, העלאת הטענות הנזכרות כהסבר להמשך העיכוב אינה אלא ביטוי לדחיקתם של נכי נפש בישראל לתחתית סולם העדיפויות של המשיבים, וניצול ציני של אוכלוסייה, שרבים ממנה הינם אנשים חסרי ישע. אלה אינם יכולים להרים, ולא ירימו, קול זעקה כנגד הזנחתם והזנחת השירותים בתחום.

83. זאת ועוד: לאחרונה צץ תירוץ חדש. המשיב 2 דורש צמצום בבתי חולים ומרפאות בריאות הנפש הממשלתיים, עוד לפני תחילתה של הרפורמה הביטוחית וכתנאי לתחילתה, ומצביע על אי עמידתו של המשיב 1 בדרישה זו כהסבר לעיכוב.

ראו: דבריהם של נציגי המשיבים 1 ו- 2 בישיבת ועדת העבודה והרווחה מיום 28.7.04, בע' 19 – מצורף ומסומן כנספח ע' / 38; וכן עמ' 6 - 9 בפרוטוקול הישיבה מיום 27.3.05 (נספח ע' / 35).

באופן זה מוחזקים האנשים שאינם מקבלים טיפול נפשי, כבני ערובה לקיצוצים בשירותים הממשלתיים. כבר היום אנשים אינם מקבלים טיפול; כיצד אפוא ניתן לקצץ בשירותים הממשלתיים, אשר כולם מודים כי הם חנוקים תחת עומס כבד, לפני תחילת פיתוחם של שירותים מקבילים על ידי קופות החולים?

84. ודוק: ארגון הבריאות העולמי, WHO (World Health Organization), בדוח לשנת 2001 שהוקדש לבריאות הנפש, מתריע בחומרה על תופעה של אל-מיסוד, סגירת מוסדות אשפוזיים ושחרור אנשים לקהילה, ללא שבצד השני – בקהילה – קיימת תשתית שתקלוט אותם:

“(T)he transition from a predominantly hospital-based service to a predominantly community-based service cannot be accomplished simply by closing the psychiatric institutions: appropriate alternative structures must be provided...”

ראו מראה מקום בסעיף 14 לעיל, עמ' 85 – 91, ובעיקר ע' 86, המצורף ומסומן כנספח ע' / 39.

85. יש לומר בגלוי, כי התנאת ביצוע הרפורמה קודם כל בצמצום תשתיות ממשלתיות שכבר כיום אינן נותנות מענה, הינה טקטיקה המטרפדת את הרפורמה הביטוחית, שכן ברי, כי זו גזירה שאין הציבור יכול לעמוד בה. למעשה, על גבם של ציבור החולים והאנשים המשוועים לשירותי בריאות הנפש, דורש המשיב 2, מראש, החזר נכבד מהתקציבים - אותם תקציבים שיהיה עליו להוסיף לקופות החולים כדי לבצע את הרפורמה הביטוחית. כאמור, זוהי גזירה שהמשיב 1 והציבור אינם יכולים לעמוד בה.

הטיעון המשפטי

ח. הפגיעה בזכות לבריאות; הפרת החובה לספק שירותי בריאות; הפגיעה בזכות לשוויון

86. בפרקים הקודמים הצבענו על המצב החמור בתחום בריאות הנפש, ועל החסר הגדול בשירותים בתחום ופגיעתו בציבור הזקוק לשירותים אלה. במצב המתואר ארוכות בעתירה דנן, ברי כי נפגעת זכותם החוקתית של אנשים עם מוגבלות נפשית לבריאות; והרי למדנו כי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי –

”מוסיף המחוקק ומרחיב את היריעה באלה הדברים: ”שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית...” **בכך באים שירותי הבריאות להסתופף בצל קורתו של חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו**, תחת חופתם של עקרונות היסוד שלו ומטרתו...” (ע”ע 1091/00 אלעד שטרית נ’ קופת חולים מאוחדת, תק-אר 2000(3), 50, עמ’ 57).

87. עוד ברי, כי אין המדינה מקיימת את חובתה האמורה בסעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות, לתת את שירותי הבריאות הכלולים בסל הבריאות ”...באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח...”

88. בד בבד עם הפגיעה בזכות לבריאות, נפגעת זכותם של אנשים עם מוגבלות לשוויון, כתוצאה מהחרגת שירותי בריאות הנפש, והמשכו של המצב הנוכחי בתחום: הצבענו לעיל על ההפליה בתקציבים, ועל העומס על המערכת שאין שני לו במערכת הבריאות. ביטוי נוסף לפגיעה בשוויון הוא הנצחת ההפרדה בקבלת השירותים. אנשים עם מוגבלות נפשית נאלצים לרוב לקבל את השירותים במסגרות נפרדות מיתר השירותים הרפואיים, והלוא הדבר עומד בניגוד לאחד מעקרונות היסוד של חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ”ח – 1998, בדבר קבלת שירותים במסגרת השירותים המוצעים לכלל הציבור (סעיף 6 לחוק).

89. ראינו, כי הממשלה עצמה החליטה לתקן פגיעות אלו, ואף קבעה לוח זמנים לתיקון האמור. לוח זמנים זה נקבע אחרי כשמונה שנות דיונים, ומאז חלפו שנתיים נוספות. עד היום, לא עשו המשיבים את אשר הם חייבים – ואף החליטו לעשות – כדי לתקן את המצב.

ט. הפרת החובה לפעול במהירות הראויה

90. במחדלם זה, הפרו המשיבים 1 ו- 2 את החובה המוטלת עליהם בסעיף 11 לחוק הפרשנות, תשמ”א-1981, הקובע:

"הסמכה או חיוב לעשות דבר, בלי קביעת זמן לעשייתו - משמעם שיש סמכות או חובה לעשותו **במהירות הראויה**".

ודוק: "החובה לפעול במהירות הראויה היא מן המושכלות הראשונים של המינהל התקין. היא מובנת מאליה" (דברי כבוד השופט (בדימ') זמיר בספרו הסמכות המינהלית (נבו, כרך ב', תשנ"ו) 717).

91. יודגש, כי החלטת הממשלה היא למעשה עיגון פורמלי לזכותם הבסיסית של אנשים הזקוקים לשירותי בריאות הנפש, לשירותי בריאות. ממילא, החובה לבצע את תוכנה אינה קיימת שנתיים בלבד, אלא שרירה וקיימת מזה עשור ואף יותר מכך (ראו דוח נתניהו הנזכר), ומזה עשור מכירים המשיבים בהכרח לבצעה. ראו לעניין זה דברי שר הבריאות במעמד ההצבעה על חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המצוטטים בסעיף 57 לעיל.

92. אם כן, במקרה דנא מתמהמהים המשיבים למעלה מעשר שנים בביצוע חובתם, ולמעלה משנתיים בביצוע החלטה שהם קיבלו וקבעו לוח לזמנים לביצועה. זו אינה מידת המהירות הראויה.

93. אמת, למשיבים תירוצים שונים לעיכוב, אשר פורטו לעיל. אך בענייננו לא עומדת למשיבים החזקה כי הנושא כה מורכב עד כי עשר שנים ויותר לא הספיקו כדי להסדירו. ההיפך הוא הנכון. מכיוון שכבר בשנת 2003 ניתנה החלטת ממשלה בנושא, ומכיוון שזו קבעה גם לוחות זמנים - להם הסכימו המשיבים - קיימת חזקה כי הם אינם פועלים במידת המהירות הראויה.

י. בנסיבות העניין התמהמהות המשיבים דינה כהפרת חובתם לפעול

94. אף אם הרשות אינה מתכחשת לחובתה לפעול, אי מימושה של חובה זו יכול להגיע לכדי הפרת חובתה לפעול. אימתי עיכוב בהפעלת סמכות ייחשב כהפרת החובה לפעול? יש שהחוק קובע מועד ברור, ויש שהמועד תלוי בנסיבות המקרה (זמיר, **שם**, ע' 707).

95. אם מצד מועד ברור - במקרה דנא, הממשלה עצמה קבעה לעצמה מועד לביצוע צעד שבסמכותה לבצעו - את יום 1.6.03 (ארבעה חודשים לאחר מועד קבלת החלטה). מועד זה משמש ראייה לזמן שבעיני הממשלה היה ראוי וסביר. עיכוב של שנתיים ימים אינו יכול להיחשב ראוי או סביר. אי ביצוע החלטה בעבור זמן כה רב אינו אלא הפרה של החובה לפעול.

96. ואם מצד נסיבות המקרה - אזי -

"...ניתן לבחון אם ההימנעות משימוש בסמכות נבעה משיקולים סבירים או שמא חייב מכלול הנסיבות את הפעלת הסמכות; כן נבחן אם ביסוד ההימנעות אינם מונחים חוסר סבירות, שרירות או הפליה, העלולים לפסול את מעשיה או מחדליה של הרשות. משמע, לא רק הפעלת סמכות בנסיבות שבהן הפעלתה אינה סבירה, אלא גם הימנעות מהפעלת סמכות שבשיקול-דעת בשל טעמים בלתי סבירים, יכולה להוליך למסקנה כי ההימנעות מפעולה היא בטלה." (בג"צ 3094/93 התנועה למען איכות השלטון בישראל נ' ממשלת ישראל, פ"ד מז(5) 404, 419)

ועוד:

"...רשות מינהלית, המסרבת לעשות שימוש בסמכות הרשות הנתונה לה ומסרבת להתקין אקט מינהלי כללי, חייבת לבסס סירוב זה באמות המידה המקובלות. עליה להראות, כי החלטתה זו נעשית מתוך שיקולים סבירים... אכן, אם חוסר סבירות בהתקנתה של תקנה יש בו כדי להביא לבטלותה של התקנה, הרי גם חוסר סבירות באי-התקנתה יש בו כדי להביא לבטלות ההחלטה שלא להתקינה." (כבוד הנשיא ברק בבג"צ 297/82 ברגר ואח' נ' שר הפנים פ"ד לז(3) 29, 35).

97. אבן הבוחן לסבירותה של החלטה מינהלית היא בחינת המשקל שניתן לשיקולים הרלוונטיים והאיזון ביניהם. (בג"צ 389/80 דפי זהב בע"מ נ' רשות השידור, פ"ד לה(1) 421, 446).

ולואי שבענייננו דובר באיזון בין שיקולים ראויים. כפי שהראינו לעיל, גילם של תירוצי המשיבים לעיכוב הקשורים לחילוקי דעות תקציביים שנתרו; משך הזמן שבהם הם נטענים; סדר הגודל של הפערים התקציביים שבהם מדובר; והפגיעה הנגרמת עקב ההתמהמהות לזכויות יסוד מוגנות של מאות אלפי אנשים הזקוקים לשירותי בריאות הנפש – כל אלה מלמדים כי היתלות המשיבים בתירוצים אלה אינה אלא ביטוי להעדר רצון ונכונות לבצע את הרפורמה הביטוחית.

98. הוא הדבר באשר לתנאי החדש שמתנה המשיב 2 לביצוע הרפורמה – צמצום בשירותי בריאות הנפש הממשלתיים, והמשך העיכוב בביצוע החלטת הממשלה משום שהמשיב 1 טרם עמד ביעד זה. לנוכח ההזנחה בתחום, והנזקים (שהמשיבים מודים בהם) המתווספים כל העת מהעיכוב, ניסיונו של המשיב 2 לכסות על הפערים התקציביים באמצעות התנאת ביצוע הרפורמה הביטוחית בקיצוץ באשפוז הממשלתי ובמרפאות הציבוריות בבריאות הנפש, חסר סבירות באופן קיצוני.

יא. מקום שמוטלת חובה מהותית בחוק, שיקולי תקציב אינם יכולים להצדיק הפרת

זכויות יסוד

99. אם בבחינת משקלם הראוי של גורמים רלוונטיים עסקיניים, ובפרט הגורם התקציבי, ידענו כי הגשמת שוויון עולה כסף (בג"צ 4541/94 מילר נ' שר הביטחון, פ"ד מט (4) 94, 142 – 144), וכי "חברה האמונה על ברכי כבוד האדם, החירות והשוויון מוכנה לשלם את המחיר הנדרש" (בג"צ 7081/93 שחר בוצר נ' מועצה מקומית מכבים-רעות, פ"ד נ(1) 19, 26).

100. ואולם למעלה מכך - מקום שהחוק מטיל חובה מהותית על המדינה, אין טענתה בדבר העדר תקציב פוטרת אותה מלקיים לאלתר את הצעד שימנע הפגיעה בזכויות יסוד. ואמנם, בפרשה אחרת, טענה שרת החינוך כי הוראות החוק המתנות את תקצוב השילוב של ילדים עם צרכים מיוחדים בחינוך הרגיל, לפי פרק השילוב בחוק חינוך מיוחד, התשמ"ח - 1988, בהסכמת שר האוצר, מסמיכות אותה לפעול בהדרגתיות ביישומו, תוך מתן משקל רב למגבלות תקציביות.

בית המשפט (כבוד השופט דורנר) דחה טענה זו, בהסתמך על ההלכה לפיה מקום שבו מטיל החוק במפורש חובה מהותית על המדינה, לא תישמע המדינה בטענה של העדר תקציב (בג"צ 2344/98 מכבי שירותי בריאות נ' שר האוצר, פ"ד נד(5) 729, 754). עוד קבע בית המשפט, כי במקרה שבפניו אין למדינה שיקול דעת תקציבי כאמור, וכי חובה עליה לתקצב את השילוב, עד לסף מינימלי תחתון של סיוע, שבלעדיו לא יתאפשר שילובם של הילדים ותיפגע זכות יסוד שלהם – הזכות לחינוך. רק "מעל לסף זה ניתן שיקול-דעת להחליט על היקף הסיוע שיינתן על בסיס קריטריונים חינוכיים-מקצועיים..." (בג"צ 6973/03 מרציאנו ואח' נ' שר האוצר ואח', פ"ד נח(2) 270, 277; עתירת המדינה לדיון נוסף נדחתה - דנג"צ 247/04 שר האוצר ואח' נ' מרציאנו ואח').

101. בענייננו, אנשים הזקוקים לשירותים אינם מקבלים אותם. המדינה אינה מקיימת את חובתה המפורשת בחוק, גם לא ברמה מינימלית, לספק שירותי בריאות לאנשים הזקוקים לשירותי בריאות הנפש, בייחוד לאנשים עם מוגבלות נפשית "באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח..." (סעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות). הסף המינימלי רחוק מלהיות מושג. יתירה מזאת: המשך העיכוב בביצוע הרפורמה הביטוחית מדרדר עוד יותר את זמינותם הקלושה ממילא של שירותי בריאות הנפש ותורם לפגיעה באנשים עם מוגבלות נפשית.

מכאן, שאין עומדת למשיבים טענה של העדר תקציבי כהצדקה להמשך עיכוב בביצוע הרפורמה הביטוחית.

יב. הסעד הראוי במקרה דנא: ביצוע מיידי של החלטת הממשלה

102. מהו הסעד הראוי להושיט כנגד המשיבים על הפרת החובה לבצע את שבסמכותם ומחובתם לבצע במהירות הראויה?

103. בבג"צ 295/65 **אופנהיימר נ' שר הפנים ושר הבריאות** (פ"ד כ(1) 309, הוציא בית המשפט צו שחייב את שרי הפנים והבריאות להתקין תקנות "בכל המהירות הראויה" (עמ' 333).

104. במקרה דנא, נוכח החלטת הממשלה, מצב הדברים דומה למצב בו קיימת חובה להתקין תקנות, שכן "האחריות המשותפת של שרי הממשלה וסגני השרים ומחויבותם להחלטות הממשלה הן מעקרונות היסוד של המבנה החוקתי של מדינת ישראל" (הנחיות היועץ המשפטי לממשלה, מרץ 2003, מספר הנחיה 1.1000 (21.451, 21.479)).

ברי, אפוא, כי משהתקבלה החלטת ממשלה, שוב אין המשיבים 1 ו- 2 רשאים לפרוק מעצמם את עולה של ההחלטה. (הנחיות היועץ המשפטי לממשלה, **שם**, הנחיה 1.1001. וראו עוד: א' רובינשטיין, המשפט הקונסטיטוציוני של מדינת ישראל (תל-אביב, 1996) עמ' 747 - 750).

105. מכל מקום, הילכת **אופנהיימר** חלה גם ביחס לסמכות שברשות (זמיר, **שם**, 717, ה"ש 50; עוד ראו הציטטות מבג"צ 297/82 ומבג"צ 3094/93 הנזכרים לעיל).

106. סעד כמו זה של פרשת **אופנהיימר**, להתקין תקנות במהירות הראויה, אינו מספיק במקרה דנא, שכן זו בדיוק החובה שהופרה. אם החלטת הממשלה שכבר התקבלה לא שכנעה את המשיבים 1 ו- 2 לבצע את חובתם במועד, מי ערב לנו שפסק דין המורה על ביצועה במהירות הראויה יהיה משכנע מספיק?

107. משכך, הפתרון צריך להיות **קביעת מועד קונקרטי לביצוע הרפורמה הדרושה**; שהרי "אם הרשות המוסמכת מתמהמהת בהתקנת התקנות ללא טעם טוב, עשוי בית המשפט לחייבה להתקין במהירות הראויה או **במועד שבית המשפט יקבע**" (כבוד השופט י' זמיר בבג"צ 28/94 **צרפתי נ' שר הבריאות**, פ"ד מט(3) 804, 825). ועוד: במקרים של הימנעות מפעולה מצד הרשות, "אין להוציא מכלל אפשרות שבמקרים בלתי שגרתיים (למשל, אם הרשות נהגה ברשלנות רבה או בכוונה רעה, אם השיהוי גדול במיוחד, או אם הנזק לאזרח כבד במיוחד) יימצא גם סעד בלתי-שגרתיי", עד כדי פסיקה לגוף העניין (זמיר, **שם**, בע' 709).

108. בדרך כלל, בית המשפט יקבע בפסק דינו מועד נדחה כלשהו, לא רק משום הרצון ליתן למדינה שהות להתארגנות, אלא גם משום שבית המשפט עצמו לא יתקין בדרך כלל את תוכן של התקנות, ולא יפסוק בדרך כלל לגוף העניין. במקרה דנא, דעתנו היא כי ניתן גם ניתן לקבוע בפסק הדין עצמו **תחולה מיידית** לביצוע החלטת הממשלה:

(א) מצד גוף העניין - החלטת הממשלה עצמה הגדירה אותו והחליטה על ביצועו: העברת שירותי בריאות הנפש המצויים באחריות המדינה כאמור בתוספת השלישית שבחוק, למסגרת התוספת השנייה – שבאחריות קופות החולים.

העברה כאמור אמנם מורכבת, ודורשת סיכום של פרטים רבים בין המשיבים 1 ו- 2, ובין משיבים אלה לבין קופות החולים. אך גם את זאת צפתה החלטת הממשלה, כאשר הטילה על המשיבים 1 ו- 2 לסכם את הנושא לפרטיו בתיאום עם קופות החולים (פיסקה א' להחלטת הממשלה), וקבעה כי פרק הזמן הראוי לסיכום העניין ולהשלמת ההעברה הוא, כאמור, ארבעה חודשים לאחר מכן - 1.6.03.

מכל מקום פשיטא כי אין העותרים מבקשים כאן סעד לעניין פרטי ההסכם בין הגופים הללו שילווח את ביצוע הרפורמה; אלא אך את ביצועה על ידי המשיבים בהתאם להחלטתם הם.

(ב) מצד השהות להתארגן - המשיבים נטלו לעצמם די זמן לעניין זה - עשר שנים. הממשלה החליטה על ההסדר, ועל הסדר זה שוקדים כל הנוגעים בדבר כבר זמן רב. למעלה מעשרים טיוטות של הסכם לביצוע הרפורמה הביטוחית הוחלפו בין הצדדים. הפרטים ידועים לכל. העיכוב אינו בשל אי ידיעת הפרטים, אלא בשל חוסר הנכונות לבצע. אין מקום ליתן למשיבים פרק זמן נוסף מעבר לכך - על חשבון המטופלים שזכותם לבריאות וכבודם נפגעים מידי יום ומידי שעה.

109. העותרים יבקשו, אפוא, כי בית משפט נכבד זה יורה על ביצוע מיידי של החלטת הממשלה.

יג. סיכום

68. הממשלה החליטה על ביצוע הרפורמה הביטוחית. המשיבים אינם מקיימים החלטה זו. ההחלטה קיימת למעלה משנתיים, המועד לביצועה עבר לפני שנתיים, ואילו הטעמים המחייבים את ביצועה – שרירים וקיימים מזה עשור.

מן הראוי לשוב ולהדגיש: בלא נקיטה בהליך הרפורמה הביטוחית, ימשיך להיות מצבם של האנשים הזקוקים לשירותי בריאות הנפש בלתי נסבל. זכויותיהם הבסיסיות ימשיכו להיות למרמס, עד כדי סכנת חיים. מעבר לכל הטיעון המשפטי - זו בוודאי הסיבה העיקרית בגינה ראויה עתירה זו להתקבל.

הסעד לו עותרים העותרים, אפוא, הוא קביעת חובת המשיבים לבצע לאלתר את החלטת הממשלה הנדונה.

אשר על כן מתבקש בית המשפט הנכבד לתת צו על תנאי כמבוקש בעתירה זו, ולאחר תשובת המשיבים - לעשות את הצו על תנאי למוחלט.

בית המשפט מתבקש לפסוק לעותרים שכר טירחת עו"ד והוצאות.

היום, ט' בסיוון תשס"ה, 16 ביוני 2005

תרצה ליבוביץ, עו"ד
ב"כ העותרים