

המבקשים להצטרף:

1. בזכות – המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות (ע"ר 580303824)
2. המועצה הלאומית לשלום הילד
3. איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית
4. האגודה לזכויות החולה בישראל

ע"י ב"כ עוה"ד שרונה אליהו חי ו/או נטע דגן
מארגון בזכות –
המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות
כנפי נשרים 3, ירושלים 9546406
טל': 02-6521308 פקס: 02-6221283
דוא"ל: sharona@bizchut.org.il

בעניין שבין:

העותרים: עמותת "צדק לילדים" ואח'
ע"י עו"ד מרק מוספיר

- נ ג ד -

המשיבים: שר הבריאות ואח'

בקשה להצטרף כצד לעתירה

המבקשים מתכבדים לבקש מבית המשפט הנכבד להצטרף כצד לעתירה ולהפוך לעותרים שיוצגו על ידי הח"מ.

המדובר בעתירה שנוגעת לזכות לבריאות של עשרות אלפי אנשים, ובהם אלפי ילדים, הזקוקים לטיפול נפשי-פסיכותרפי בקהילה בשל מצוקות נפשיות שונות, אך נאלצים להמתין זמן ממושך של חודשים ארוכים ולעיתים אף למעלה משנה(!) עד לקבלתו. לפיכך, לעתירה זו עשויות להיות השלכות רחבות היקף על האוכלוסייה המדוברת ועל כן ישנה חשיבות מיוחדת כי בפני בית המשפט הנכבד תוצג התשתית העובדתית והמשפטית הרלוונטית החיונית להבנת התמונה בכללותה.

המבקשים סבורים כי ניסיונם ומומחיותם רבי השנים, ומעורבותם הקודמת בפתרון הבעיה העומדת במרכז העתירה, וכן טענות נוספות שיש ברשותם – עשויים לתרום תרומה משמעותית וייחודית להליך המשפטי ולבירור העניין שבמחלוקת, ובתמצית:

א. הארגונים המבקשים להצטרף הם בין המובילים, היום ובעבר, את המאבק הנוגע לקיצור תורי ההמתנה לטיפול פסיכותראפי. בין היתר, ניתן לציין את עתירתה של המבקשת 1 בשנת 2005 ליישום

הרפורמה בבריאות הנפש, שנועדה, בין היתר לקצר את תורי ההמתנה, ואת הצו הממשלתי שהוצא בעקבות עתירה זו ליישום הרפורמה האמורה. על עתירה זו וההליכים החקיקתיים שבאו בעקבותיה יורחב בהמשך. מעורבותם של המבקשים בניסיונות עבר לפתור בעיה ארוכת שנים זו, ועמדתם לגבי האופן שבו החליטו המשיבים כי יש לפתור אותה, הן הכרחיות לצורך בירור העתירה דנן.

ב. קולם של הארגונים שעוסקים בנושא מזה שנים רבות הוא קול שנעדר מהדיון בעתירה עד כה, על אף חשיבותו הברורה. המבקשים מתמודדים מידי יום ביומו עם פניות רבות של אנשים, נשים וילדים המתמודדים עם מצוקות נפשיות, אשר פונים לסיועם לנוכח העדר תורים לטיפול פסיכותרפי. השמעת הקול של הציבור הרלוונטי בנוגע לתורי ההמתנה לטיפול פסיכותרפי היא הכרחית במסגרת ההליך דנן.

ג. **במסגרת בקשה זו תוצג בפני בית המשפט הנכבד, לראשונה במסגרת ההליך המשפטי, התייחסות מקצועית ומעמיקה לצעדים שבהם בחרו המשיבים בעתירה לטפל בתורי ההמתנה, לאחר הגשת העתירה ועד היום. כפי שיוסבר בהרחבה, לעמדת המבקשים מבחני התמיכה שפורסמו לא יביאו לפתרון הבעיה מהסיבות שיפורטו בבקשה, ועל כן תרומת המבקשים לעתירה היא תרומה ייחודית ומשמעותית לצורך בירור העתירה דנן.**

כאן המקום להסביר, כי הבקשה להצטרף כצד להליך המשפטי הוגשה רק עתה משום שהמבקשים ידעו כי בכוונת המשיבים לנקוט בצעדים לטיפול במצוקת תורי ההמתנה, והמתינו לפרסומם על ידי המשיבים. לאחר שהמשיבים הצהירו על כוונתם לטפל בבעיה בדרך של מבחני תמיכה ואף פרסמו אותם (בתאריך ה- 2.1.23), התחוויר למבקשים כי מבחני התמיכה לא יובילו לפתרון הסוגיה. כפי שיפורט בהמשך, ניסיונותיהם של המבקשים לגרום למשיבים לשקול מחדש את צעדיהם כשלו ועל כן החליטו המבקשים כי בשלה העת להגיש בקשת הצטרפות זו.

בא כוח העותרים הסכים בחפץ לב להצטרפות המבקשים לעתירה.

המבקשים להצטרף לעתירה:

1. עמותת 'בזכות', המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות, **המבקשת 1** (להלן: "**המבקשת 1**" או "**בזכות**"), הינה עמותה ללא מטרת רווח, הפועלת לקידום זכויותיהם של אנשים עם כל סוגי המוגבלויות, ולשיתופם בחברה בכל תחומי החיים. בין היתר, המבקשת יזמה וקידמה את חקיקתו של חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998 והייתה מעורבת בהליכי חקיקתו של חוק שירותי רווחה לאנשים עם מוגבלות, תשפ"ב-2022.

במסגרת פעילותה, המבקשת שמה דגש מיוחד על זכויותיהם של אנשים המתמודדים עם מצוקה נפשית לקבל שירותים בקהילה, לרבות טיפול פסיכותרפי. בשנת 2005 המבקשת 1 עתרה יחד עם ארגונים נוספים נגד משרד הבריאות למתן צו על תנאי המורה למדינה לקיים את ההחלטה להעביר את שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים, במסגרת התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.¹ בעקבות ההחלטה על יישום הרפורמה, המבקשת 1 היתה חברה במנהלת שהוקמה על ידי משרד הבריאות במטרה לעקוב אחר יישומה של הרפורמה וממשיכה לעשות זאת

¹ בג"ץ 5777/05 בזכות ואח' נגד שר הבריאות ואח' (15.7.2012). להלן: "עתירת בזכות". על עתירה זו יורחב בהמשך.

עד היום בדרכים שונות. כמו כן מקבלת המבקשת 1 פניות רבות מאנשים שמתמודדים עם מצוקות נפשיות ונאלצים להמתין חודשים ארוכים ביותר לקבלת טיפול נפשי.

2. המועצה הלאומית לשלום הילד היא **המבקשת 2**, ארגון חברה אזרחית הפועל מזה ארבעה עשורים למען קידום ומימוש זכויותיהם של ילדים ונוער בישראל ולמען הגנה על אלה שזכויותיהם נפגעו או עלולות להיפגע. הלכה למעשה, משמשת המועצה כ"פה" לקטינים בישראל ונאבקת למענם ולמען זכויותיהם באמצעים ובכלים שונים.

מתוקף פעילותיה, רכשה המועצה מעמד של גוף ניטרלי בעל מומחיות ייחודית בנושאים הקשורים לזכויותיהם של ילדים ולשלומם. למועצה היכרות מעמיקה במיוחד עם נושא מימוש הזכות לבריאות של ילדים בישראל, ובפרט בהיבטים הנוגעים לבריאות הנפש. פעילות המועצה בתחום בריאות הנפש באה לידי ביטוי בין היתר בטיפול בפניות המגיעות אליה דרך מרכז הפניות והסיוע במועצה, בכתיבת דוחות, ניירות עמדה ומכתבי מדיניות ובהשתתפות בדיונים בנושא בוועדות הכנסת השונות.

3. **המבקש 3**, איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית בישראל, הינו עמותה רשומה הפועלת למעלה מ- 30 שנה לקידום זכויות נפגעות ונפגעי תקיפה מינית בארץ, להפחתת שיעור הפגיעה המינית כתופעה חברתית ולמיגורה מהנוף הישראלי בטווח הארוך. האיגוד הוקם בשנת 1990 כארגון הגג של תשעת מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית הפרוסים ברחבי המדינה. האיגוד פועל ברמה הארצית כסוכנות לשינוי חברתי, מול משרדי הממשלה, קובעי המדיניות, בתי המשפט, מערכות אכיפת החוק, הכנסת והתקשורת.

בשל הקשר ההדוק והברור בין פגיעות מיניות לבין תחלואה נפשית, האיגוד פועל להנגשת שירותי בריאות הנפש לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית. אל קווי הסיוע של מרכזי הסיוע לנפגעות אלימות מינית מגיעות עשרות פניות של נפגעות ונפגעים המתמודדים עם מצוקות נפשיות ונאלצים לחכות חודשים רבים בתור לקבלת טיפול נפשי ולעתים גם מעל לשנה. לפני כשנה פרסם האיגוד דו"ח "זעקה לעזרה: תמונת מצב בנוגע נגישות טיפול נפשי בקהילה לנפגעות ונפגעי אלימות מינית".² הדו"ח סוקר את מצב נגישות ואיכות הטיפול הנפשי לנפגעי ונפגעות אלימות מינית, מציין את הכשלים המרכזיים ומציע הצעות לפתרון.

4. **המבקשת 4**, האגודה לזכויות החולה בישראל, הינה עמותה הפועלת מזה 26 שנים לשמירה ומימוש זכויות המטופלים ובני משפחותיהם במערכת הבריאות. האגודה מסייעת במתן מידע לחולים על זכויותיהם וכן בטיפול בפניות פרטניות במקרים בהם עולה חשד להפרת זכות רפואית. בנוסף, האגודה פועלת להובלת שינויים ומאבקים ציבוריים בנושאים בוערים העומדים על סדר היום בתחום הבריאות וזכויות החולה, מול מערכת הבריאות. האגודה עומדת בראש קואליציית ארגוני הזכות לבריאות, גוף בו חברים למעלה ממאה וחמישים ארגונים ועמותות חולים, הפועל לקידום נושאים בוערים במערכת הבריאות מול בכירי מערכת הבריאות. במסגרת עשייתה הענפה, האגודה משמשת כ"עותרת ציבורית" בנושאים הנוגעים לחוק זכויות החולה, ופועלת בהליכים מנהליים

² איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית, **זעקה לעזרה: תמונת מצב: נגישות טיפול נפשי בקהילה לנפגעות ונפגעי אלימות מינית** (2021) (להלן: "דוח המבקש 3" או "דוח זעקה לעזרה")

לשמירה על זכויות החולה, ואף פעילה באופן רציף בכנסת, בתקשורת ובין מקבלי ההחלטות לשם קידום עניינם של חולים.

הרקע העובדתי לבקשה

א. הרפורמה בבריאות הנפש ואי הצלחתה לקצר את תורי ההמתנה לטיפול נפשי

5. בעיית תורי ההמתנה הממושכים הינה בעיה ארוכת שנים, שתחילתה הרבה לפני כניסתה של הרפורמה לתוקף. המבקשים מתכבדים להסביר בתמצית את מעורבותם בקידום הרפורמה בבריאות הנפש, אשר נועדה, בין היתר, לקצר את תורי ההמתנה לטיפול נפשי.
6. עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממשלתי בשנת 1994, עוגן העיקרון של ביטוח בריאות מכוח חוק, לכלל האוכלוסייה. סל שירותי הבריאות לו זכאים המבוטחים על פי החוק מורכב כיום מהשירותים שנתנה קופת חולים כללית לחבריה במועד הקובע (שנה לפני כניסתו לתוקף של החוק), ושירותים נוספים שקופות החולים מספקות ושנתווספו להם במהלך השנים, המנויים בתוספת השניה, ומהשירותים שנתנה המדינה לאזרחיה במועד הקובע, שמנויים בתוספת השלישית (סעיף 7(א) לחוק). יחד עם זאת, המחוקק החרג בחוק מספר תחומי בריאות וביניהם בריאות הנפש, שבתום תקופת ביניים בת שלוש שנים, היו אמורים לעבור מאחריות המדינה, באמצעות משרד הבריאות, לאחריות הקופות.
7. חרף הוראה זו, המשיבים התמהמהו בביצוע ההחלטה להעביר את שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים. במשך כל השנים שחלפו מצוקת תורי ההמתנה אך הלכה והחריפה.³
8. ביום 16.6.05 עתרה המבקשת 1 יחד עם ארגונים נוספים נגד משרד הבריאות למתן צו על תנאי המורה למדינה לקיים את ההחלטה להעביר את שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים, במסגרת התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממשלתי, התשנ"ד-1994.⁴ על יסוד עתירה זו הוצא צו על תנאי המחייב את המדינה להעביר את שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים (ניתן ביום 21.11.05). העתירה הובילה לחתימתו של הסכם הרפורמה בין משרד הבריאות למשרד האוצר, אשר אושר בהחלטת ממשלה מס' 568 מיום ה-4 לאוקטובר 2006, ולהצעת חוק ממשלתית ליישום הרפורמה. אלא שהניסיון להסדיר את הרפורמה באמצעות חקיקה לא הושלם מסיבות שונות ולמרות ההתקדמות שהושגה, המשיבים 1 ו-2 המשיכו לגרור רגליים במשך שנים רבות.
9. בלית ברירה פנו העותרים (בבג"ץ 5777/05), וביניהם כאמור המבקשת 1, וביקשו את מעורבותו של בית המשפט במסגרת ההליך המשפטי שהתקיים. כתוצאה מכך, במאי 2012, לאחר כשני עשורים כמעט מחקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממשלתי, התקבלה החלטת ממשלה⁵ להעביר בצו ממשלתי את האחריות לאספקת שירותי בריאות הנפש מן הממשלה אל הקופות כחלק מסל שירותי הבריאות במה שכונה הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. הצו הוצא במאי 2012, ונקבע בו כי ייכנס לתוקף כעבור שלוש שנים.⁶

³ מבקר המדינה, **דוח שנתי 52 לשנת 2001** (2002) עמ' 213.

⁴ עתירת בזכות, ה"ש 1 לעיל. **העתירה וכן הצו על תנאי זמינים לקריאה באתר בזכות.**

⁵ החלטת ממשלה מס' 4611, מיום 10.5.12.

⁶ **צו ביטוח בריאות ממשלתי (שינוי התוספות השנייה והשלישית לחוק), התשע"ב-2012**, ק"ת 7154 (29.5.12).

10. בסופו של יום, בראשית חודש יולי 2015 נכנסה הרפורמה בבריאות הנפש לתוקפה. מטרת הרפורמה, אליבא דמשרד הבריאות הייתה: "להגדיל את איכות, זמינות ונגישות שירותי בריאות הנפש בישראל".⁷ כלומר, אחת ממטרותיה העיקריות של הרפורמה היתה קיצור זמני ההמתנה לטיפול נפשי שכבר אז היו ממושכים מאד.

11. מאז ועד היום עברו כמעט שמונה שנים, שבהן עלו כשלים משמעותיים ביישומה, בראש ובראשונה תורי ההמתנה הבלתי סבירים לקבלת טיפול נפשי.

ב. נתונים אודות תורי המתנה – העדר מתודולוגיה ברורה למדידה ומידע לוקה בחסר

12. המידע הקיים היום ורי ההמתנה לטיפול נפשי הוא מידע חלקי בלבד שאינו מבוסס על נתונים שיטתיים ומדויקים. זאת משום שאין בידי המשיבים 1-2 מתודה ברורה למדידה מדויקת של זמני ההמתנה במקומות שונים בארץ בכל אחת מארבע קופות החולים ובפילוח לפי אוכלוסיות שונות ובהתאם למקום המגורים שלהן (ערבים וחרדים למשל), גילאים שונים (קטינים, בגירים) וכד'. כתוצאה מחוסר במתודולוגיה, אין למשרד הבריאות יכולת לבדוק באיזה מקומות ובקרב איזה אוכלוסיות מצוקת התורים היא חריפה ביותר. בנוסף, וכפועל יוצא מכך, למעשה, לא קיים היום מידע עדכני שוטף הגלוי לציבור לגבי תורי ההמתנה, אשר היה יכול לאפשר לאדם הזקוק לטיפול לאתר היכן באזור מגוריו יוכל לקבל טיפול ותוך כמה זמן.⁸ נקדים ונאמר כי כפי שיפורט בהמשך, העדר הנתונים אינו מאפשר למעשה למשיבים לפתור את מצוקת תורי ההמתנה באמצעות מבחני התמיכה במתכונתם הנוכחית.

13. יתרה מכך, נראה כי הנתונים שקיימים היום לגבי זמני ההמתנה לאינטייק ולטיפול נפשי לוקים בחסר. כאשר בוחנים את זמני ההמתנה לטיפול מקובל להתייחס לשני שלבים: השלב הראשון, הוא זמן ההמתנה בין מועד הפנייה לקבלת טיפול לבין מפגש ה"אינטייק", המפגש או המפגשים בהם נבחנת המצוקה שבשלה נעשתה הפניה לטיפול, נבחן הצורך בטיפול וסוג הטיפול המתאים לאדם. השלב השני, מבטא את משך הזמן שחולף בין סיום האינטייק לתחילת טיפול, ככל שנקבע שאכן האדם זקוק לטיפול.

14. בשנת 2020 פורסם דו"ח חריף של מבקר המדינה בנושא הרפורמה בבריאות הנפש,⁹ שבו הוא מציין כי קופות החולים מודדות את זמן ההמתנה רטרואקטיבית. כך למשל, זמן ההמתנה לטיפול נפשי יימדד ממועד קבלת הפנייה לטיפול פסיכותרפי לאחר שלב האינטייק ועד לתחילת הטיפול. המבקר ציין כי: "בשיטה זו אינם מובאים בחשבון אותם מטופלים אשר בשל זמן ההמתנה הארוך עד לתחילת הטיפול, ויתרו עליו כליל או שפנו לטיפול בשוק הפרטי. **לו ממתנינים אלו היו נכללים במדידה, סביר שזמן ההמתנה הממוצע היה מתארך**".¹⁰

15. בינואר 2019 מינה יו"ר המועצה הלאומית לבריאות הנפש, אשר מתפקידה ליעץ לשר הבריאות בנושא בריאות הנפש¹¹ תת-ועדה "לבחינת הפערים בשירותים הקהילתיים בעקבות הרפורמה

⁷ "הרפורמה בבריאות הנפש", משרד הבריאות, בריאות הנפש.

https://www.health.gov.il/subjects/mental_health/reform/pages/default.aspx

⁸ דו"ח מסכם: **תת הוועדה בנושא הפערים בשירותים הקהילתיים ברפורמה לבריאות הנפש, המועצה לבריאות הנפש, משרד הבריאות**, יולי 2019 (להלן: "דו"ח תת הוועדה"), בעמ' 9; וכן דו"ח מבקר המדינה, ה"ש 9, בעמ' 789-790.

⁹ מבקר המדינה, **היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש (2020)**, (להלן: דוח מבקר המדינה").

¹⁰ ה"ש 9 לעיל, בעמוד 782

¹¹ המועצות הלאומיות הן גופים מקצועיים היועצים להנהלת משרד הבריאות בתחומי הרפואה השונים.

בבריאות הנפש", וזו הגישה דו"ח עם המלצותיה ביולי 2019.¹² גם בדו"ח זה מצוין כי "הנתונים לגבי זמני ההמתנה הם משוערים ומבוססים לרוב על הערכות נקודתיות של מנהלי מרפאות או מדגם לא שיטתי, ולא על איסוף מידע מדויק מכל מבטח. יש יסוד מוצק להערכה כי הם מוטים כלפי מטה".¹³

ג. זמני המתנה ממושכים ובלתי סבירים לטיפול נפשי

16. כפי שפורט לעיל, הנתונים שיש בידי משרד הבריאות על זמני ההמתנה לקבלת טיפול פסיכותרפי מאוד חלקיים. עם זאת, גם מתוך הנתונים החלקיים הללו ניתן ללמוד על מצבם העגום של שירותי בריאות הנפש ועל תורי ההמתנה הממושכים לטיפול נפשי.
- ואכן, על סמך נתונים אלה, התריעו גורמים שונים מזה שנים על מצוקת תורי ההמתנה הארוכים לטיפול נפשי, שמגיעים לחודשים רבים ולעתים אף מעל לשנה.
17. כך, למשל, מצאה תת הוועדה של המועצה לבריאות הנפש כי תורי ההמתנה, נכון לשנת 2019, היו דומים לאלו שהיו טרום כניסתה לתוקף של הרפורמה.¹⁴ בשנת 2018 זמן ההמתנה הממוצע לטיפול פסיכותרפי למבוגרים ולילדים עמד על **150 ימים**.¹⁵
18. בדומה, בדו"ח מבקר המדינה בנושא הרפורמה בבריאות הנפש צוין כי "עולה שזמני ההמתנה לאבחון ולהמשך הטיפול הפסיכיאטרי והפסיכותרפי עלולים להיות לעיתים ארוכים ביותר, ובחלק מהמקרים שנבדקו הם מגיעים עד **12-16 חודשים**".¹⁶
19. גם זמני ההמתנה לטיפול פסיכותרפי בקהילה עבור ילדים ונוער ממושכים מאוד ובלתי סבירים בלשון המעטה: כך למשל, ציין מבקר המדינה כי זמן המתנה לטיפול פסיכותרפי במרפאת הילדים בטייבה, השייכת לקופת החולים כללית, עומד על **כ-15 חודשים**; במרפאת הילדים של מכבי ברחובות זמן ההמתנה לטיפול עומד על כ-10 חודשים, ובמרפאות הילדים באשדוד, ברחובות ובמודיעין של קופת חולים מאוחדת, זמן ההמתנה מגיע **ליותר מ-12 חודשים**.¹⁷
20. מצב דברים דומה עולה מהנתונים המאד חלקיים שהתקבלו ממשרד הבריאות ביום 5.5.21. במענה לבקשת חופש המידע שהגישה המבקשת 1 ביום 16.3.21. כך, למשל, זמן ההמתנה לקבלת טיפול נפשי-פסיכותרפי במרפאה לבריאות הנפש לילדים ונוער לב השרון בנתניה עמד בשנת 2018 על 12 חודשים (לאחר האינטייק), משמע, **שנה תמימה**.
- בקשת חופש המידע שהגישה המבקשת 1 מיום 16.3.21 מצורפת ומסומנת "**נספח 1**"
- תשובת משרד הבריאות לבקשה מיום 5.5.21 מצורפת ומסומנת "**נספח 2**"
21. עוד עולה מן הנתונים המאוד חלקיים הקיימים בידי משרד הבריאות, כי משכי ההמתנה בתחום בריאות הנפש משתנים ממקום למקום, לעיתים באופן קיצוני ממש. כך למשל, במרפאה לילדים ונוער לב השרון בנתניה משך ההמתנה לפסיכותרפיה פרטנית הוא שנה בממוצע, ולעומתה זמן

¹² דו"ח תת הוועדה, ה"ש 8 לעיל.

¹³ שם, בעמ' 11

¹⁴ שם, בעמ' 8

¹⁵ שם, בעמ' 11

¹⁶ דו"ח מבקר המדינה, ה"ש 9 לעיל, בעמ' 783

¹⁷ שם, שם.

ההמתנה הממוצע לפסיכותרפיה פרטנית במרפאה לבריאות הילד והנוער באיכילוב תל אביב עומד על שבוע ימים בלבד. גם בקרב מבוגרים המצב דומה: כך, למשל, במרפאה לבריאות הנפש במעלה אדומים, משך ההמתנה לטיפול פסיכותרפי עומד על 9 חודשים בממוצע. לעומת זאת במרפאה בבית חולים רמב"ם עומד משך ההמתנה לטיפול פסיכותרפי פרטני על שבוע.¹⁸

22. על פי נתוני המשיב 2, מאז כניסת הרפורמה לתוקף, חלה עליה בשיעור של כ- 15% במקבלי השירותים,¹⁹ אלא שאין בנתון זה כדי להצביע על קיצור משכי ההמתנה בעקבות הרפורמה. ראשית, בהעדר נתונים מדויקים על המצב טרום הרפורמה ונתונים עדכניים מדויקים אין אפשרות להעריך בוודאות את שיעור העלייה במספר המטופלים. שנית, המדובר בגידול שקרוב לשיעור הגידול הטבעי של האוכלוסייה בתקופה זו (בתחילת שנת 2015 אוכלוסיית ישראל מנתה כ- 8.3 מליון איש לעומת 9.5 מליון בתחילת שנת 2022, גידול של כ-13% באוכלוסייה²⁰), כך שבפועל, שיעור האנשים המקבלים טיפול מסך כל האוכלוסייה כמעט ולא השתנה מאז כניסתה של הרפורמה לתוקף.

פערים בין פריפריה למרכז ומצוקה חריפה בקרב אוכלוסיות ספציפיות

23. פערים בין פריפריה למרכז, ומצוקה חריפה בזמינות תורים לטיפולים בתחום בריאות הנפש בקרב אוכלוסיות מיעוט מסוימות כמו ילדים ונוער, ערבים, עולים, קשישים וחרדים, וכן בקרב אוכלוסיות המשתייכות לאשכולות סוציו-אקונומיים נמוכים, עלו בין היתר על ידי כלל הגורמים המקצועיים שעוסקים בתחום:

ביחס לפערים בין פריפריה למרכז, ציינה תת הוועדה של המועצה לבריאות הנפש כי "פריסת השירותים האמבולטוריים חסרה – מבחינת זמינות ונגישות, במיוחד בפריפריה הגאוגרפית והסוציו-אקונומית".²¹ בדו"ח תת הוועדה מוצגים נתוני קופת חולים כללית הנכונים ל-2018 המעידים על הפער בין זמני ההמתנה בפריפריה לאלו במרכז: "המתנה לאינטייק במרכז- חודש, בפריפריה – עד 3 חודשים; משך המתנה לפסיכותרפיה – במרכז 3 חודשים, בפריפריה- עד 7 חודשים".²² בדומה, ציינה מועצת הבריאות (עליה יורחב בהמשך) בהמלצותיה למשרד הבריאות בעניין מיצוי זכויות בבריאות הנפש, כי למרות הרפורמה "עדיין קיימת בעיה של תורים ארוכים ביותר בכל הקופות ובמיוחד בפריפריה, דבר שאינו עולה בקנה אחד עם הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי והחובה למתן שירות תוך זמן סביר ובמרחק סביר" (עמוד 1 להמלצות, נספח 3 לבקשה). פערים דומים אף הועלו על ידי מבקר המדינה,²³ ואף הוצגו בדו"ח שפרסם המבקש 3.²⁴

24. כאן המקום לציין, כי קיים קשר הפוך בין מעמד חברתי-כלכלי לבין שכיחות של מצוקות נפשיות. נמצא כי אנשים עם הכנסה שנתית נמוכה למשק בית נמצאים בסיכון גבוה בהרבה לסבול מדכאון קליני עמוק (מג'ורי), וכי שיעור הפרעות החרדה בקרב מעוטי הכנסה הוא בערך פי שלושה.²⁵ עוד חשוב לזכור, ביחס לאוכלוסיות המשתייכות לפריפריה הסוציו-אקונומית בישראל, כי מלבד תורי

¹⁸ מתוך מענה משרד הבריאות לבקשת חופש המידע מטעם המבקשת 1, נספח 2 לבקשה.

¹⁹ דו"ח תת הוועדה, ה"ש 8 לעיל, בעמ' 11.

²⁰ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה "אוכלוסיית ישראל בפתחה של שנת 2022" (הודעה לתקשורת 30.12.2021); הלשכה

המרכזית לסטטיסטיקה "אוכלוסיית ישראל בפתחה של שנת 2015" (הודעה לתקשורת, 29.12.2014).

²¹ דו"ח תת הוועדה, ה"ש 8 לעיל, בעמוד 10.

²² שם, בעמ' 11.

²³ דו"ח מבקר המדינה, ה"ש 9 לעיל, בעמ' 840 ואילך.

²⁴ דו"ח "זעקה לעזרה", ה"ש 2 לעיל, בעמוד 27.

²⁵ דו"ח מבקר המדינה, ה"ש 9 לעיל, בעמ' 819.

המתנה ממושכים ביותר הן מתמודדות עם חסמים נוספים שמקשים עליהן לפנות לקבלת טיפול נפשי, בין היתר קשיים כלכליים, קשיי שפה, סטיגמות חברתיות ועוד.²⁶

המסלול החלופי לקבלת טיפול נפשי באמצעות קופות החולים – מסלול ההשתתפות עצמית

25. לצד האפשרות לקבלת טיפול נפשי-פסיכותרפי במימון ציבורי מלא (ללא עלות) פתחה הרפורמה בבריאות הנפש בפני קופות החולים אפשרות להציע למבוטחיהן טיפול נפשי-פסיכותרפי בהשתתפות עצמית אצל מטפלים עצמאים שעובדים בהסכם עם הקופות, ללא צורך מצד הקופות לשאת בעלות התקורות העקיפות. המדובר בהסדר המאפשר לכלל חברי קופות החולים לקבל טיפול ממטפל עצמאי שעובד עם הקופה (טיפול שאינו במסגרת ביטוח משלים אלא חלק מסל הבריאות), ובתמורה, המטופל נדרש להשתתפות עצמית של מאות שקלים לטיפול בודד, שהוא חלק מסל הבריאות שלו הוא זכאי ללא תשלום. במסלול זה תורי המתנה לטיפול קצרים יותר.²⁷

26. על פי מבקר המדינה, בשנת 2018 בחלק מקופות החולים שיעור הטיפולים שניתנו במסלול המטפלים העצמאיים מתוך טיפולי הפסיכותרפיה בלבד עמד על מעל מחצית מהטיפולים.²⁸

עוד ציין המבקר, כי שיעור המטופלים הפונים למטפלים עצמאיים הוא גבוה יותר ביישובים המשתייכים לאשכול חברתי-כלכלי גבוה יותר, ואילו מטופלים המתגוררים ביישובים שבאשכול חברתי-כלכלי נמוך, אשר נמצאים כאמור לעיל בסיכון גבוה יותר להתמודד עם מצוקות נפשיות, פונים הרבה פחות לקבלת טיפול אצל מטפלים עצמאיים, ונאלצים להסתמך על מערך השירותים בבריאות הנפש הניתן ללא תשלום, והכרוך בהמתנה ארוכה או בנסיעה למרחק רב.²⁹ המבקר סיכם במילים הבאות: "עולה אפוא, כי שירותי בריאות הנפש זמינים יהיו אפשריים יותר למי שיכול לשאת במימון השירות".³⁰

מצב תורי ההמתנה לאחר מגפת הקורונה

27. מגפת הקורונה והסגרים שנלוו אליה חרפו את המצב עוד יותר. שיעור האנשים בישראל שדיווחו על החמרה במצבם הנפשי בעקבות הקורונה גדל מאוד. מתחילת חודש נובמבר 2020, 30% מבני 21 ומעלה דיווחו שמצבם הנפשי החמיר או החמיר מאוד בתקופה זו.³¹ בדו"ח מיוחד של מבקר המדינה אשר סקר היבטים בפעילות הרפואה השוטפת במהלך מגפת הקורונה, זוהתה עליה משוערת של כ- 20-30% ברמות הדכאון והחרדה בקרב האוכלוסייה בתקופת משבר הקורונה, ועליה של כ- 20% בפניות למערך בריאות הנפש של מטופלים חדשים.³²

²⁶ **שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוסי שימוש וחסמים. סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית**, מכון מאיירס-גוינט-ברוקדייל, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות (2017), בעמ' 1 i (להלן: "סקר מכון ברוקדייל"). בעמ' 23-24

²⁷ דו"ח מבקר המדינה, ה"ש 9 לעיל, בעמ' 817

²⁸ שם, שם.

²⁹ בעמ' 819. ראו גם סקר מכון ברוקדייל (ה"ש 26 לעיל, בעמ' 31). 21% מאלו שלא פנו לטיפול, ציינו את זמני ההמתנה בתור כסיבה לכך (בעמ' 33-34).

³⁰ דו"ח מבקר המדינה, ה"ש 9 לעיל, בעמ' 819. ראו גם סקר מכון ברוקדייל (ה"ש 26 לעיל, בעמ' 31).

³¹ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה "החוסן האזרחי בתקופת משבר הקורונה, בקרב בני 21 ומעלה: ממצאים מהגל הרביעי של הסקר שנערך 23 בנובמבר בצל המשבר" (הודעה לתקשורת, 16.11.2020).

³² מבקר המדינה, דו"ח מיוחד: התמודדות מדינת ישראל עם משבר הקורונה, התשפ"א-2021: היבטים בפעילות הרפואה השוטפת במהלך מגפת הקורונה, בעמ' 7 (להלן: "מבקר המדינה, דוח מיוחד")

28. תקופת הקורונה אף החריפה את המצב המשברי בכל הנוגע לילדים ונער, הן מבחינת הגידול במצוקות של ילדים ונוער והן מבחינת המחסור בשירותי בריאות הנפש עבורם. כך, לשם הדוגמה, בשנת 2021 חלה עלייה של כ-39% בשיעור בני ובנות נוער החברים בקופת חולים מכבי שאובחנו עם דכאון, עלייה של כ-33% בשיעור בני הנוער שאובחנו עם חרדה, עלייה של כ-20% בשיעור בני הנוער שאובחנו עם לחץ והפרעות רגשיות ועלייה של כ-56% בשיעור בני הנוער שאובחנו עם הפרעות אכילה. בהתאם לכך, נרשמה עלייה חדה בשיעור הפניות של ילדים ובני נוער לקבלת טיפול.³³
29. למרות העלייה המשמעותית במספר האנשים שפנו לשירותי בריאות הנפש בקהילה בעת הקורונה, קופות החולים הציגו עליה קלה בלבד של כ-3% במספר המטופלים שקיבלו שירות ושל כ-2% במספר הטיפולים שניתנו לעומת מספרם בתקופה שקדמה למגפה.³⁴ כתוצאה מהעלייה המשמעותית בשיעור האנשים הזקוקים לטיפול מחד והעלייה המצומצמת בהיקף הטיפולים מאידך, תורי ההמתנה, שהיו מאד ממושכים עוד לפני משבר הקורונה, רק התארכו עוד יותר.
30. בעקבות העלייה במצוקות הנפשיות והעדר מענה מספק מצד קופות החולים, מבקר המדינה חוזר ומציין בדו"ח המיוחד שפרסם בעקבות משבר הקורונה כי "משרד הבריאות לא הגדיר את זמני ההמתנה שעל מערך שירותי בריאות הנפש לעמוד בהם ולא קבע יעדים הדרגתיים רב-שנתיים של זמני המתנה. זמני המתנה סבירים נדרשים בהתאם לנקבע בהוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הדבר נדרש עוד יותר לאור העלייה במצוקות הנפשיות שנגרמות עקב מגפת הקורונה".³⁵
31. כאמור לעיל, בתשובתם לפניית מבקר המדינה הודו המשיבים 1 ו-2 כי זמני ההמתנה הארוכים לטיפול נפשי הוחמרו בעקבות משבר הקורונה וציינו כי "חוזר מנכ"ל שהכנתו אמורה להסתיים בקרוב יקבע תקן לזמני המתנה לטיפול ומתודולוגיה למדידתם. התקן יחייב את קופות החולים להרחיב את שירותי בריאות הנפש וכך לאפשר מענה לעלייה במצוקות הנפשיות של הציבור".³⁶ עוד ציינו המשיבים בתשובתם למבקר המדינה כי קופות החולים לא הצליחו לתת מענה לעלייה המשמעותית במספר הפניות לטיפול נפשי מסיבות שונות, מה שגרם לויתור מבוטחים על קבלת הטיפול לו הם זקוקים בשל זמני המתנה ארוכים מידי.³⁷
32. לסיכום חלק זה נציין כי מצוקת תורי ההמתנה הממושכים לקבלת טיפול נפשי בקהילה ידועה ומוכרת למשיבים 1 ו-2 מזה שני עשורים לפחות. תורי ההמתנה הממושכים היו כאמור בין הגורמים להחלטת הממשלה על החלתה של הרפורמה בבריאות הנפש ועל העברת האחריות למתן טיפול נפשי לקופות החולים, במטרה להביא לשיפור זמינות ואיכות השירותים. אך כפי שפורט לעיל למרות שחלף מעל עשור מאז הוחלט על החלתה של הרפורמה ושימונה שנים כמעט מאז כניסתה לתוקף, תורי ההמתנה עודם ממושכים בצורה בלתי סבירה ולאחרונה אף התארכו עוד יותר

³³ הנתונים לקוחים מן המקורות הבאים: Bilu, et al. 2021. [Mental health assessment of Israeli adolescents](#); המועצה לשלום הילד שנתון הסטטיסטי של המועצה לשלום הילד (2021); נוי דלי ובר סופר "ההשפעות הרגשיות של הקורונה על ילדים ונוער: נתונים מישראל ומהעולם" המדען הראשי, משרד החינוך 12 (2021).

³⁴ מבקר המדינה, דו"ח מיוחד, ה"ש 32 לעיל, בעמ' 5, 53.

³⁵ שם, בעמ' 5.

³⁶ שם, בעמ' 55.

³⁷ שם, בעמ' 53.

ד. השפעת מצוקת תורי ההמתנה על אנשים עם מצוקות נפשיות ועל אוכלוסיות ייחודיות הזקוקות לטיפול נפשי בהקדם

33. טיפול מוקדם במצוקה נפשית, עשוי למנוע התפתחות של פתולוגיה בשלבים מאוחרים יותר ולמנוע את הצורך בטיפול יקר כמו אשפוז פסיכיאטרי או טיפול אינטנסיבי.³⁸ מחקרים מראים כי מצבם של אנשים המתמודדים עם מצוקה נפשית ואינם מקבלים טיפול בתוך זמן סביר, מורע.³⁹ ההמתנה הממושכת פוגעת בהצלחת הטיפול, ואף עלולה לגרום להתדרדרות במצבם הבריאותי של המטופלים עד כדי צורך באשפוז ובמקרים קיצוניים אף לאובדנות.

34. ישנן אוכלוסיות ייחודיות אשר נפגעות ביתר שאת ממשכי ההמתנה הארוכים. כאשר מדובר בילדים ובבני נוער, זמן המתנה ממושך עלול לפגוע, לעתים אף פגיעה אנושה ובלתי הפיכה, בהתפתחותם התקינה ואף עלול לסכן את שלומם או להוביל לאשפוזם שלא לצורך. גם המשיבים 1-2 מכירים בהשפעות ההרסניות שעלולות להיות לזמני ההמתנה הממושכים על אוכלוסיות מסוימות וביניהם ילדים ונוער, שעלולות להגיע לכדי אשפוז במקרים מסויימים.⁴⁰

35. מחקרים אחרים הראו כי זמן המתנה ממושך לטיפול נפשי בגילאים צעירים עלול להוביל לכך שהממתינים יבחרו לוותר על אותו שירות חיוני.⁴¹ כאמור לעיל, גם בקרב אוכלוסיות נוספות הנמצאות בסיכון גבוה יותר מאוכלוסיות אחרות להתמודד עם מצוקות נפשיות תורי ההמתנה מהווים חסם משמעותי העלול להוביל אותם לוותר בסופו של דבר על טיפול נפשי.

36. כאמור, תקופת הקורונה אך החריפה את המצב המשברי, מבחינת הגידול במצוקות של ילדים ונוער מחד והקושי של שירותי בריאות הנפש לעמוד בהיקף הצורך בהם. בשל ההכרה במחסור החמור במענים לילדים ובני נער המתמודדים עם מצוקות נפשיות וההשלכות של מגפת הקורונה, גובשה בשנת 2022 תכנית חירום לאומית בין-משרדית שמטרתה להביא לשינוי מידי במצב שירותי בריאות הנפש לילדים ונוער עם קשיים נפשיים (להלן: "התכנית הלאומית" או "התכנית"). התכנית, שעלותה הוערכה בכ-900 מליון שקלים, שואפת לספק את המענים הנדרשים לשיפור מצבם הנפשי של ילדים ונוער, ביניהם הגדלת זמינות השירותים.⁴² אולם תכנית זו לא יצאה לפועל, ככל הנראה, בשל פיזור הכנסת והעדר חוק תקציב.

R.Brenner, S. Madhusoodanan, S.P. Puttichanda, P. Chandra "Primary preventiom in psychiatry – adult populations". Mesicine, Psychology Anaals of clinical psychiatry: official journal of the Americn Academy November 1 2010 ,of Clinical Psychiatrists

C. Waddell, J.M. Hua, O.M. Garland, R.D Peters, K. McEwan, "Preventing mental disprders in children: a systematic review to inform policy -making", Can J Public Health. May-Jun; 98(3): 166-73

³⁹ מחקר מדעי שבוצע בבריטניה מצא כי ככל שעוברים יותר מארבעה שבועות מהפנייה לטיפול ועד תחילתו, כך השפעת הטיפול פוחתת בהדרגה Clark et al. (2017). "Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): An analysis of public data", *The Lancet* 391 (2018), pp 679-686.

⁴⁰ מתוך הודעת עדכון מטעם משרד הבריאות שהוגשה ביום 1.1.23 במסגרת ההליך המשפטי.

⁴¹ להרחבה בנושא ראו: Anika Reichert, Rowena Jacobs " The impact of waiting time on patient outcomes Evidence from early intervention in psychosis services in England" *Health Economics*, Volume27, p. 1772 -1787 (November 2018)

⁴² ישיבת ועדת הבריאות של הכנסת ה-24 (1.5.2022), פרוטוקול 112

37. תחת תכנית זו, בחרו המשיבים לתמרץ בתי חולים, בדרך של מבחני תמיכה⁴³, להקים מרכזי התערבות דחופה לילדים ונוער המצויים במצב משברי, שהינם חלק קטן מאוד המתכנית הלאומית שנגנזה, בעלות כוללת של כ-30 מליון שקלים, אשר אמורים לספק מענה טיפולי בזמן קצר יותר.

38. משכי ההמתנה הארוכים לטיפול נפשי פוגעים קשות גם בנפגעות ונפגעי פגיעה מינית אשר פונים אל קופות החולים לבקש טיפול נפשי. בין שליש למחצית מהמטופלים והמטופלות בשירותי בריאות הנפש הינם בעלי היסטוריה של פגיעה מינית.⁴⁴ כ-35% מהנשים בעולם עוברות פגיעה מינית פיזית במהלך חייהן, בין 20% ל-25% מהנשים עוברות אונס, או ניסיון אונס, במהלך חייהן.⁴⁵ נתונים דומים נמצאו גם בישראל.⁴⁶ נתונים על תקיפות מינית בקרב ילדות ונערות בישראל מציגים תמונה מחרידה לא פחות: אחת מכל חמש ילדות עוברת תקיפה מינית. 18.3% מהנערות הותקפו מינית בטרם מלאו להן 16 שנים.

39. הפגיעה המינית מותירה חותם על הנפש, שעלול להתפתח לכדי הפרעת דחק פוסט טראומטית אם אינה מטופלת בזמן. לפיכך, קיימת חשיבות קריטית לקבלת טיפול נפשי בסמוך ככל האפשר לפגיעה עצמה, ובייחוד בגילאי הילדות והנוער, שאחרת השלכות הפגיעה המינית עלולות להיות מרחיקות לכת ואף קטלניות.⁴⁷

40. מסקירה שערך המבקש 3 עלה כי שליש מנפגעות/ התקיפה המינית שפנו לקבלת טיפול נפשי המתינו מספר חודשים לקבלת טיפול, וכרבע מהם המתינו שנה ויותר, אף שהצהירו על דחיפות גבוהה לקבלת טיפול. מדובר בפרק זמן בלתי סביר להתמודדות עם התפרצות טראומה, שפוגע באפקטיביות הטיפול. סוגיית ההמתנה הארוכה והבירוקרטיה שכרוכה בכך עלתה בקרב הנפגעות/ים כגורם המצוקה העיקרי בפנייה לשירות. כמה מהנפגעות והנפגעים שנשאלו אף העידו שלא הצליחו לקבל טיפול כלל, חלקם התייאשו מההמתנה וויתרו על הרצון לקבל טיפול.⁴⁸

41. בנוסף, ערך המבקש 3 בדיקה טלפונית בקרב מרפאות בריאות הנפש של הקופות השונות באשר למשכי ההמתנה לאינטימיק ולטיפול נפשי של נפגעות ונפגעי תקיפה מינית. מן הבדיקה עלה כי משכי ההמתנה נעים על פני טווח רחב שמגיע עד לשנה וחצי. זמני המתנה ארוכים במיוחד (מעל שנה) נרשמו בפריפריה - צפון, דרום ושפלה. חלק מהמרפאות ציינו כי מדובר במשכי המתנה ארוכים אך סירבו או לא ידעו לנקוב במספרים. גם עצם הסירוב של רבות מן המרפאות למסור מידע קונקרטי הוא חסם בפני מטופלות ומטופלים פוטנציאלים.⁴⁹ במרפאות ייעודיות לטיפול בטראומה מינית, ההמתנה לטיפול יכולה לארוך מעל לשנתיים ולעיתים מתבקשים מרכזי הסיוע לא להפנות מטופלות בשל העומס.

⁴³ טיוטת מבחנים לחלוקת כספים לצורך תמיכה של משרד הבריאות בבתי חולים הפועלים להקמה ולתפעול מרכזי התערבות במשבר בתחום בריאות הנפש לילדים ונוער לפי חוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985 (פורסם להערות הציבור ביום 23.11.22 באתר משרד הבריאות)

⁴⁴ מתוך מצגת של משרד הבריאות לקראת דיון בוועדה למעמד האישה ושוויון מגדרי ביום 30 ביוני 2015. נתונים דומים הוצגו באותו דיון על ידי גב' חנה שטרם כהן, יו"ר פורום הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים לרפורמה מטיבה, שעובדת באחת מתחנות בריאות הנפש: "הסטטיסטיקה שלנו מראה שכשליש מהפונים, בעיקר פונות, הם נפגעי תקיפה מינית", בעמ' 24.

Centers for Disease and Prevention, World Health Organization, **World report on violence and health**, 2002, p: 152

(Control and Prevention, National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, 2010 Report)

⁴⁵ ראו נתונים המופיעים באתר איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית (המבקש 3):

⁴⁶ <https://www.1202.org.il/centers-union/info/statistics/general-data> וכן רשימת המקורות המובאים בה.

⁴⁷ הרמן גיודית לואיס, **טראומה והחלמה**. הוצאת עם עובד. 1992; השלכות נפשיות של פגיעה מינית או: מחדרה של פסיכיאטרית, ד"ר גלית בן אמיתי, **פסיכולוגיה עברית**, 3.8.2007.

⁴⁸ דו"ח המבקש 3, הי"ש 2 לעיל, עמ' 26-27

⁴⁹ שם, שם.

ה. המלצות גופי הייעוץ והביקורת לפתרון מצוקת תורי המתנה - קביעת אמות מידה מחייבות לזמני המתנה לטיפול פסיכותרפיה

42. כאמור, לאורך השנים עלתה ביקורת מצד גורמים שונים אודות תורי המתנה הארוכים מנשוא לטיפול נפשי ואף קריאות שונות למשיב 2 לפעול לשינוי המצב על ידי פרסום נוהל מחייב לעמידה בסטנדרטים אשר יגדירו זמן המתנה מירבי לטיפול. כך למשל, ציין מבקר המדינה, בדו"ח שעסק ברפורמה בבריאות הנפש, כי למרות שקיימות התנגדויות, יש לקבוע סטנדרטים מחייבים לתורי המתנה: "הגדרת סטנדרטים למערך בריאות הנפש יכול לשמש מצפן שאליו על מערכת הבריאות לכוון. זמני המתנה הארוכים מלמדים כי קשה להסתמך על מנגנוני הוויסות הפנימיים של הקופות להקצאת המשאבים לתחום בריאות הנפש".⁵⁰ על המלצתו זו חזר מבקר המדינה בדו"ח מיוחד שפרסם בשנת 2022 בנוגע למשבר הקורונה.⁵¹

43. אף המועצה הלאומית לבריאות הנפש קבעה כבר ביולי 2019 כי יש לקבוע סטנדרטים מחייבים לזמינות, נגישות ואיכות שירותי בריאות הנפש.⁵² המועצה הלאומית הינה חלק מחטיבת הבריאות במשרד הבריאות ותפקידה לבחון ולייעץ להנהלת משרד הבריאות בתחומים שונים בבריאות הנפש לרבות מדיניות יישומית בתחום ופיתוח השירות והטיפול בתחום בריאות הנפש.

44. המלצה זהה נשמעה גם מפי מועצת הבריאות, מועצה סטטוטורית אשר הוקמה מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי (פרק י"א לחוק) ובראשה עומד שר הבריאות. במועצה 46 חברים המייצגים גופים שונים והיא מהווה גוף מקצועי וייצוגי כבד משקל, אשר מתפקידו בין היתר ליעץ לשר הבריאות בנושאים שונים המנויים בחוק. בין שאר הנושאים: קידום השוויוניות באיכות שירותי הבריאות, זמינותם ונגישותם בהתאם להוראות החוק, סדדי עדיפות וקדימה בתחום הבריאות לניצול משאבים לפי צרכים שונים; ועוד.

45. בין המלצותיה בנושא "מיצוי זכויות בבריאות הנפש" מיום 14.2.18, המליצה המועצה על "קביעת אמות מידה לסטנדרטים מחייבים (כולל משך המתנה) לקבלת טיפול בתחום בריאות הנפש". המועצה הסבירה כי "מאז הרפורמה קיימת עליה בכמות מקבלי הטיפול וצמצום בהמתנה, אך עדיין קיימת בעיה של תורים ארוכים ביותר בכל הקופות ובמיוחד בפריפריה, דבר שאינו עולה בקנה אחד עם הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי והחובה למתן שירות תוך זמן סביר ובמרחק סביר. מוצע כי המשרד ייקבע אמות מידה לסטנדרטים מחייבים לפרק זמן מרבי לקביעת תור כולל התייחסות למרחק (בדומה לקיים בבריאות השן ובהתפתחות הילד)".

המלצות המועצה לבריאות מיום 14.2.18 מצורפות ומסומנת "נספח 3"

46. ההמלצות שהוזכרו לעיל והלחץ הציבורי הכבד הובילו את המשיב 2 לפרסם, בחודש דצמבר 2020, טיוטה של חוזר מנכ"ל שכותרתה "משך המתנה מרבי לאבחון ולתחילת טיפול פסיכותרפיה בתחום

⁵⁰ דו"ח מבקר המדינה, ה"ש 9 לעיל, בעמ' 788.

⁵¹ מבקר המדינה, דו"ח מיוחד, ה"ש 32 לעיל, בעמ' 5

⁵² דו"ח תת הוועדה, ה"ש 8 לעיל, בעמ' 28. ישנן אוכלוסיות ייחודיות שלגביהן יש לקבוע אמות מידה ספציפיות לאיכות הטיפול, כדוגמאת הצורך להבטיח מטפלים ומטפלים בעלי מומחיות מיוחדת לטיפול במטופלים שנפגעו מאלימות מינית. ראו בהרחבה דו"ח "זעקה לעזרה", ה"ש 2 לעיל, בעמ' 30.

בריאות הנפש בקהילה". בטיטת החוזר נקבעו לראשונה סטנדרטים לזמני המתנה מירביים לאבחון ולטיפול פסיכותרפי.

טיטת חוזר המנכ"ל מצורפת ומסומנת "נספח 4"

47. הסטנדרט לזמן ההמתנה המירבי לפגישת אינטייק שנקבע בטיטת החוזר הינו 14 יום מיום הפניה של המטופל או ההפניה לפגישת אינטייק בתחום. בנוסף, נקבע כי מטופלים שהופנו לטיפול פסיכותרפי לאחר פגישת האינטייק, יתחילו את הטיפול לא יאוחר מ-6 שבועות מיום ההפניה. עוד צוין בטיטת חוזר המנכ"ל כי "הבסיס לקביעת זמן המתנה זה הוא סטנדרטים מקבילים בעולם וכן מחקרים שהראו כי תחילת טיפול פסיכותרפי יותר מ-6 שבועות מיום הפניה לטיפול – מפחיתה את יעילות הטיפול ככל שמתארכת ההמתנה אליו".⁵³

48. בנוסף לאלו נקבע בטיטת החוזר כי במערכת הנתונים של המשרד יאספו וינוטרו, בין היתר, הנתונים הבאים: זמן ההמתנה לפגישת אבחון; זמן ההמתנה לטיפול פסיכותרפי; שיעור המטופלים שקיבלו מפגש פסיכותרפי בודד; שיעור המטופלים שמקבלים פסיכותרפיה מסך כל המטופלים במערכת וממוצע המגעים מסוג פסיכותרפיה למטופל בודד. בהמשך צוין בטיטת החוזר כי "המדידה תבוצע בפילוחים השונים לרבות גיל ואזורים גאוגרפים טבעיים. בהמשך יתכנו פילוחים נוספים".⁵⁴ עוד מצוין בטיטת החוזר כי הנתונים ישוקפו על ידי המשרד לקופות החולים ולציבור ברמת קופה, אזור טבעי ומרפאה.⁵⁵

49. ביום 24.2.21 שלחה המבקשת 1 יחד עם האגודה לזכויות הארח את התייחסותם לטיטת חוזר המנכ"ל ובה ביקשו לפעול בדחיפות לפרסומו של החוזר, תוך הכנסת תיקונים נדרשים אותם ציינו בפנייתם.

הערות המבקשת 1 לטיטת חוזר המנכ"ל מצורפות ומסומנות "נספח 5" לבקשה זו.

50. בהמשך, החליט המשיב 2 לגנוז את טיטת חוזר המנכ"ל. בתגובתו לעתירה מיום 19.1.22 ציינו המשיבים 1 ו-2 כי ההחלטה התקבלה במסגרת הדיונים על התקציב, וכי לאחר שיח משותף שערכו עם משרד האוצר וקופות החולים בסוגיה זו הוחלט לטפל בסוגיה בדרך של מבחני תמיכה. המשיבים לא נימקו מדוע החליטו כי קביעת סטנדרטים אינה הכלי הנכון לטיפול בסוגיה.

51. מבקר המדינה מפרט בהרחבה את ההתנגדויות המרכזיות שהועלו להצעת סטנדרטים לזמני המתנה מירביים מחייבים לטיפול נפשי, ביניהן, התנגדות אגף התקציבים במשרד האוצר.⁵⁶ כאמור לעיל, מבקר המדינה ציין כי למרות התנגדויות אלה יש מקום לקבוע סטנדרטים כאמור וכי זמני ההמתנה הארוכים מלמדים כי קשה להסתמך על מנגנוני הוויסות הפנימיים של הקופות להקצאת המשאבים לתחום בריאות הנפש.⁵⁷

52. כאן המקום לציין, כי אחת ההתנגדויות לקביעת סטנדרטים הינה הטענה כי קיים מחסור בפסיכולוגים ובאנשי טיפול אחרים המעניקים טיפול נפשי- פסיכותרפי.⁵⁸ אלא שעל פי הנתונים

⁵³ ה"ש 2 לטיטת החוזר, נספח 4 לבקשה זו.

⁵⁴ סעיף 6.2.5 לטיטת החוזר. אזורים טבעיים הם "תחומים רצופים, אחידים ככל האפשר, מבחינת התכונות הדמוגרפיות, הכלכליות והחברתיות של האוכלוסייה" (ה"ש 3 לטיטת החוזר).

⁵⁵ סעיף 6.3 לטיטת החוזר.

⁵⁶ דו"ח מבקר המדינה, ה"ש 9 לעיל, בעמ' 787.

⁵⁷ שם, בעמ' 788.

⁵⁸ מבקר המדינה, דוח מיוחד, ה"ש 32, בעמ' 55. וכן בתגובת שירותי בריאות כללית לעתירה מיום 15.4.22, בפסקה 17.

העדכניים, בישראל אין מחסור לאומי כללי באנשי טיפול בבריאות הנפש (למעט מחסור בפסיכיאטרים), והמחסור בפסיכולוגים ובאנשי מקצוע אחרים, כגון עובדים סוציאליים קליניים, המעניקים טיפול פסיכותרפי קיים אך ורק בשירות הציבורי. כך, למשל, שיעור הפסיכולוגים בישראל ביחס לגודל האוכלוסיה גבוה מהמוצע במדינות ה-OECD.⁵⁹ כאמור, בנוסף לפסיכולוגים ישנם אנשי מקצוע נוספים המעניקים טיפולי פסיכותרפיה בשירות הציבורי.

53. גם המשיבים 1-2 מסכימים כי אין למעשה מחסור בפסיכותרפיסטים בישראל: בתגובתו לפניית מבקר המדינה באוגוסט 2021 השיב משרד הבריאות כי "זמני ההמתנה הם בעיקר לשירות הפסיכותרפי הניתן בעיקרו על ידי פסיכולוגים ועובדים סוציאליים. אין מחסור ארצי באנשי מקצוע אלו אלא בשירות הציבורי מאחר שרבים מהם עובדים במגזר הפרטי".⁶⁰

ו. מבחנים למתן תמיכה לקופות החולים בבריאות הנפש והכשלים הקיימים בהם

54. ביום 11.10.21 הוגשה העתירה דן נגד משרד הבריאות על ידי עמותת "צדק לילדים" ושלושה אנשי מקצוע בתחום הטיפול (בג"ץ 6733/21). במסגרת תגובתו המקדמית לעתירה (מיום 19.1.22) וכן במסגרת הודעת עדכון שהוגשה לבית המשפט ביום 23.6.22, הצהיר משרד הבריאות כי אינו חולק על חשיבותה של סוגיית מתן שירותי בריאות הנפש, ועל הצורך בשיפור זמני המתנה לקבלת שירותים בתחום. עוד ציין משרד הבריאות כי הוא עמל על טיטוט מבחני תמיכה לקופות החולים בתחום בריאות הנפש אשר יביאו לקיצור תורי ההמתנה לטיפול נפשי. המבקשים עקבו אחר התקדמות הדברים בתקווה שאכן מבחני התמיכה יביאו לשינוי המיחול בתורי ההמתנה. ואכן, ביום 28.9.22 מבחני התמיכה פורסמו, וגרסה מעודכנת שלהם, אשר ביטלה את המבחנים מיום 28.9.22, התפרסמה ביום 2.1.23, אלא שכפי שיומחש מייד, המבקשים נוכחו לדעת כי מבחני התמיכה בנוסחם הנוכחי לא יכולים להביא לשינוי זה. כפי שיוסבר בהמשך, המבקשים פנו אל המשיבים 1-2 בעניין אך פנייתם נענתה באופן לקוני וללא התייחסות של ממש לטענותיהם.

55. כאן המקום לציין כי עובר להגשת בקשת הצטרפות זו, הגישו המבקשים עתירה נפרדת לבית המשפט הנכבד (בג"ץ 555/23 בזכות ואח' נ' שר הבריאות ואח'). העתירה נמחקה ביוזמת המבקשים לאחר שבית המשפט הנכבד הביע דעתו כי דרך המלך היא הגשת בקשת הצטרפות להליך הקיים ולא הגשת עתירה נפרדת (ר' החלטה בתיק מיום 24.1.23).

56. מכאן בקשה זו.

ו.1. מבחני התמיכה לקיצור תורי המתנה

57. ביום 20.1.2022, בחלוף שנה תמימה מעת פרסום טיוטת חוזר המנכ"ל (נספח 4), אשר כאמור נגנזה, פרסם המשיב 2 טיוטה ראשונה של "מבחנים לחלוקת כספים לצורך תמיכה של משרד הבריאות בקופות חולים בתחום בריאות הנפש לפי חוק יסודות התקציב התשמ"ה-1985" (להלן 'מבחני

⁵⁹ OECD (2021), *A New Benchmark for Mental Health Systems*, Economic Costs Tackling the Social and of Mental Ill-Health Chapter 7. 'Building future-Paris, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, focused and innovative mental health systems', Figure 7.4 (last updated –08 June 2021)

⁶⁰ מבקר המדינה, דוח מיוחד, ה"ש 32 לעיל, בעמ' 55.

התמיכה). טיוטה נוספת של מבחני התמיכה פורסמה בחודש אפריל האחרון. ביום 28.9.22, בחלוף תשעה חודשים ממועד פירסומה של הטיוטה הראשונה, פורסמו מבחני התמיכה ברשומות.⁶¹ הערות המבקשת 1 לטיטת מבחני התמיכה מיום 10.2.2022 מצורפות ומסומנות "נספח 6" לבקשה

58. מתשובתו של המשיב 2 למכתב מיצוי ההליכים מטעם המבקשים (נספח 10) עולה כי קופות החולים כבר החלו לעבוד ולהגיש תכניות עבודה בהתאם למבחני התמיכה שפורסמו ב 28.9.22.

59. אלא שביום 7.10.22, ימים אחדים לאחר פרסום מבחני התמיכה, הודיע משרד הבריאות על תיקון הצפוי להיערך בהם. טיוטת התיקון פורסמה להערות הציבור ונסגרה להערות ביום 28.10.22.⁶²

60. למעשה, רק ביום 2.1.2023, בחלוף שנה כמעט מאז פרסום הטיוטה הראשונה של מבחני תמיכה, פורסמו סופית מבחני התמיכה המתוקנים.⁶³ סעיף 15 למבחן התמיכה המתוקן ביטל במפורש את מבחן התמיכה הקודם שפורסם ברשומות ביום 28.9.22. סעיף 16 קובע כי תחולת המבחנים מיום 1.1.2022 (כלומר, שנה לפני פרסומם).

מבחני התמיכה הסופיים שפורסמו ביום 2.1.2023 מצורפים ומסומנים "נספח 7" לבקשה זו.

61. מבחני התמיכה העדכניים מתייחסים לשבעה סוגי מענים טיפוליים בבריאות הנפש: הרחבת מגעים בטיפול מרפאתי; הפרעות אכילה; אספקת שירותי בית מאזן למבוטחי הקופה; אשפוז בית פסיכיאטרי וטיפול קהילתי אסרטיבי; צוותי משבר; תמיכה נפשית טלפונית – התערבות קצרת מועד; הכשרות בהפרעות אכילה. בקשה זו עוסקת במענה הראשון בלבד, והוא הרחבת מגעים בטיפול מרפאתי.

62. בהתייחס למענה זה, צוינה בסעיף 7(ב) למבחני התמיכה המטרה הבאה: "להרחיב את היקף המגעים, בדגש על טיפולי פסיכותרפיה, בשירותי בריאות הנפש בקהילה ולקצר את זמני ההמתנה לטיפול פסיכותרפי [ההדגשה אינה במקור – ש.א.ח.]. המשרד יבחן את השפעת התמיכה על תורי ההמתנה, בכדי לאמוד את הצלחתה בהשגת המטרות".

63. בהקשר של קיצור תורי ההמתנה לטיפול נפשי, סעיף 7(ג)(4) למבחנים קובע את תנאי הסף המרכזי הבא: "שיעור הגידול במספר המטופלים (תעודות זהות) שקיבלו טיפול מרפאתי בבריאות הנפש בשנת התמיכה גדל במכפלת 0.5 לפחות, בשיעור הגידול במגעים בהשוואה לשנת הבסיס".

64. סעיף 7(א) למבחני התמיכה, הוא סעיף ההגדרות, קובע כי מספר המגעים הבסיסי לשנה הינו "מספר המגעים במערך בריאות הנפש האמבולטורי שניתנו על ידי קופות החולים למבוטחיה בשנת הבסיס, בהתאם לנתונים במערכת BI אמבולטורי בבריאות הנפש של המשרד במכפלת שיעור הגידול המצטבר במספר המבוטחים המשוקלל של הקופה, ובמכפלת שיעור הגידול הנורמטיבי המצטבר". מערכת ה-BI הינה מערכת נתונים ממחושבת שמבוססת על דיווחי קופות החולים ברמת המגע הבודד. כפי שצויין בתגובת המשיבים 1-2 לעתירתה מיום 19.1.22, מערכת זו נמצאת בתהליכי אפיון, ובהתחלה של שיח והצגה לקופות החולים, ונכון להיום, אין ביכולתו של משרד הבריאות

⁶¹ מבחנים לחלוקת כספים לצורך תמיכה של משרד הבריאות בקופות חולים בתחום בריאות הנפש, ילקוט הפרסומים 10827, פורסם ביום 28.9.2022.

⁶² טיוטת תיקון למבחנים לחלוקת כספים לצורך תמיכה של משרד הבריאות בקופות חולים בתחום בריאות הנפש לפי חוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, פורסם באתר משרד הבריאות ביום 4.10.22.

⁶³ מבחנים לחלוקת כספים לצורך תמיכה של משרד הבריאות בקופות חולים בתחום בריאות הנפש, ילקוט הפרסומים 11019, עמ' 2619. פורסם ביום 2.1.23.

להשתמש בנתונים הנאספים בה על מנת להסיק על זמני ההמתנה לטיפול נפשי שמקיימים במרפאות באופן שוטף (סעיף 23 לתגובה).

בנוסף קובע סעיף 2 למבחנים כי "שנת הבסיס" היא השנה שמתחילה החל מיום 1.7.2021 ועד ליום 30.6.22.

65. מגע, כהגדרתו בסעיף 2 למבחני התמיכה, הוא שירות מתוך סל בריאות הנפש שניתן למבוטח, כמפורט בנספח א למבחני התמיכה, כגון: הערכה ראשונית, אינטייק, קביעת תכנית טיפול, הערכה תקופתית, טיפול יום, פסיכותרפיה פרטנית, טיפול/מעקב פסיכיאטרי תרופתי ועוד.

לעמדת המשיבים, מבחני התמיכה לא יובילו לפתרון מצוקת תורי ההמתנה מכמה סיבות מרכזיות:

1.1. מבחני התמיכה אינם הכלי המתאים לטיפול במצוקת תורי ההמתנה

66. הזכות לקבל שירותי בריאות מעוגנת בסעיף 3 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי כל תושב במדינה הנכלל בביטוח הבריאות הממלכתי זכאי לקבל, במימון המדינה, שירותי בריאות הכלולים בסל הבריאות. סעיף 3(ג) לחוק קובע, שקופות החולים, המשיבות 3-6, הן האחראיות לספק שירותים אלה. כאמור לעיל, בריאות הנפש הוא אחד מתחומי הבריאות הכלולים בסל הבריאות.

67. אשר לסטנדרט הטיפול, סעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי שירותי הבריאות יינתנו באיכות סבירה, **בתוך זמן סביר** ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח". כלומר, הזכות לקבלת טיפול רפואי בזמן סביר מטילה בצידה חובה המעוגנת בחוק.

68. מידי שנה משרדי הממשלה מעניקים תמיכות מתקציב המדינה לפי סעיף 3א לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985. מבחני תמיכה הם הוראות עקרוניות הקובעות קריטריונים אשר על פיהם ניתן להעניק תמיכה מתקציב המדינה למוסדות ציבור. המבחנים מגדירים את סוג מוסדות הציבור שרשאים להגיש בקשה לקבלת התמיכה, תנאי הסף לקבלתה, אמות המידה לפיהם היא תחולק, ועוד. החוק מורה על כך ששכום התמיכה הכולל יחולק על פי מבחני תמיכה שוויוניים, אותם קובע השר הממונה על סעיף התקציב, בהיוועצות עם היועץ המשפטי לממשלה.

69. על פי הנחיות היועץ המשפטי לממשלה בעניין תמיכת המדינה במוסדות ציבור, הענקת תמיכות אינה חובה המוטלת על המדינה אלא מתת רשות אשר המדינה, ברצותה לעודד או לקדם סוגי פעילות מסוימים, מעניקה למוסדות ציבוריים המקיימים סוגי פעילות אלה. לפיכך, נתונה בידי המדינה הרשות לקבוע תנאים למתן התמיכה, ובכלל זה דרישות מקצועיות ומינהליות, כל עוד תנאים אלה סבירים, אינם פוגעים בשוויוניות, בכלל המינהל התקין ובדרישות כל דין.⁶⁴

70. עוד מצויין בהנחיות היועץ המשפטי לממשלה, כי קיימות שלוש דרכי מימון פעילות גופים חוץ-ממשלתיים בהן המדינה יכולה לפעול בהתאם לעניין: תקצוב ישיר, בהתקשרות חוזית או באמצעות מבחני תמיכה. ההנחיות קובעות כי "ככלל, השימוש בתמיכות מיועד למקרים בהם מעוניינת המדינה לעודד ולהעצים פעילות מסוימת **שהיא אינה מחויבת בה על פי חוק** [ההדגשה אינה

⁶⁴ הנחיות היועץ המשפטי לממשלה, **תמיכת המדינה במוסדות ציבור לפי סעיף 3א לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985**. מספר הנחיה 1.2005, מיום 18.8.09, בעמ' 7

במקור, ש.א.ח.]. במקרים בהם מחויבת המדינה מכוח חוק לקיום פעילות או מימונה, הדבר ייעשה בדרך כלל באמצעות תקצוב, או רכישת שירותים על ידי התקשרות חוזית".⁶⁵

71. ודוק: בעוד סטנדרטים (כדוגמת אלה שפרסמו המשיבים) דורשים מהנמענים (במקרה דן – קופות החולים) למלא את חובתם, הרי שמבחינת תמיכה נותנים תוספת כספית, שנועדה לתמרץ עשייה זו או אחרת (במקרה דן – הוספת מטופלים וטיפוליים) בהתאם להיקפה. כלומר, מבחינת תמיכה אינם מחייבים לפעול – אלא מעודדים לפעול. מכאן, שגם על פי הנחיות היועץ המשפטי לממשלה, הם אינם הכלי המתאים למילוי חובה מפורשת מכוח חוק.

72. לשיטת משרד הבריאות, כפי שנמסרה למרכז המידע והמחקר של הכנסת, העברת כספים לקופות החולים באמצעות תמיכות, בנוסף לכספים שמועברים לקופות החולים במסגרת התקציב המיועד למימון סל שירותי הבריאות מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994, נדרשת מכמה סיבות: עידוד פעילות חדשה שאינה במסגרת סל שירותי הבריאות; הרחבה ועידוד של שיפור שירותים נוספים שאינם בסל שירותי הבריאות; השגת איזון תקציבי של הקופה על ידי התליית מתן כספי התמיכה בהשגת איזון תקציבי ויעדים תפעוליים אחרים; תקצוב הנחות או שירותים נוספים.⁶⁶ בענייננו, מבחינת התמיכה שנועדו לקיצור תורי המתנה לטיפולים נפשיים נועדו לתמרץ את הקופות לתת שירות שבו הן מחויבות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, במסגרת סל שירותי הבריאות בזמן סביר, ועל כן נראה כי גם לשיטת משרד הבריאות, מבחינת התמיכה אינם הכלי המתאים לטפל בקיצור תורי ההמתנה.

73. עוד יש לציין, כי לפי סעיפים 6.7-2.7 להנחיות היועץ המשפטי לממשלה, טיטוט מבחן התמיכה מגובשת על ידי הגורם המקצועי הנוגע לעניין במשרד הממשלתי הרלוונטי ובשיתוף פעולה מתמשך עם היועץ המשפטי לממשלה. בעת ההחלטה על התמיכה על המשרד "לשקול, בין היתר, האם ובאיזו מידה יסייע מתן התמיכה להשגת המטרות שיוגדרו. יש לשקול בנוסף אם ניתן יהיה לפקח כראוי על השימוש בתמיכה, באופן שאכן תגיע ליעדה ותגשים את מטרותיה." במסגרת ההתייעצות עם היועץ המשפטי לממשלה נבחנים היבטים הנוגעים לחוקיות המבחינים, למינהל תקין ולשוויון, והיבטים נוספים. אלא כפי שיפורט בהמשך, מבחינת התמיכה אותם פירסם משרד הבריאות במטרה להביא לקיצור תורי ההמתנה לטיפול נפשי אינם יכולים להגשים את המטרה שלשמה הם נועדו.

1.2. מעבר להעדר התאמה בין הכלי של מבחני התמיכה לטיפול בבעיה, עיון מעמיק במבחני התמיכה מלמד כי בנוסחם הנוכחי הם לא ישיגו את המטרה שלשמה הם נועדו בתחום זה, דהיינו, קיצור תורי ההמתנה לטיפול נפשי, וזאת מהסיבות הבאות:

(1) **העדר יעדים לצבירת זכאות לתמיכה אשר יבטיחו השפעה מירבית ומיטבית של מבחני התמיכה על קיצור זמני המתנה במקומות, וביחס לאוכלוסיות, שבהם המצוקה חריפה ביותר:**

74. כפי שהומחש לעיל, על פי הנתונים האקראיים, החלקיים והמעטים שיש בידי המבקשת 1 ובידי גופים אחרים נראה כי ישנם פערים גדולים בזמני ההמתנה לקבלת טיפול נפשי בין מקומות שונים

⁶⁵ שם, בסעיף 3.2א, בעמוד 4
⁶⁶ [תמיכות משרד הבריאות בקופות החולים לפי סעיף 3א לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985](#), הכנסת, מרכז המחקר והמידע, אוגוסט 2018, בעמ' 6.

בארץ ובין קבוצות אוכלוסיה שונות. פערים אלו מצביעים על הצורך לתת עדיפות בראש ובראשונה לקיצור זמני ההמתנה באיזורים מסויימים ובקרב קבוצות אוכלוסיה מסויימות על מנת לצמצם את הפערים הקיימים.

75. בנוסף, שיקול דעת מקצועי עשוי היה להביא את המשיב 2 לכלל החלטה כי יש לתת עדיפות לקיצור משכי ההמתנה לקבוצות גיל מסוימות. בהקשר זה יצוין כי בטיוטה הראשונה של מבחני התמיכה אכן ניתנה התייחסות נפרדת לתוספת מטופלים קטינים בהשוואה לבגירים (לכל הפחות 35% מתוספת המגעים החדשים היו צריכים להיות עבור ילדים ובני נוער), ככל הנראה מתוך שיקול דעת מקצועי לפיו יש לתעדף את קיצור תורי ההמתנה של ילדים ונוער לטיפול נפשי, בשל ההשפעה המכרעת שיש להמתנה ממושכת לטיפול על התפתחותם. תנאי זכאות זה לא נכנס בסופו של דבר לגירסה הסופית של מבחני התמיכה, ככל הידוע למבקשים, בשל כוונת משרד הבריאות להוציא לפועל את התכנית הלאומית לילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים, שכאמור לא יצאה לבסוף לפועל.

76. כך או כך, מבחני התמיכה כפי שפורסמו לא יאפשרו לצמצם את תורי ההמתנה היכן שהדבר נדרש ביותר, שכן הקריטריון לקבלת כספי התמיכה הוא גידול במספר המטופלים והטיפוליים ברמה הארצית עם תמרוץ מסויים לפריפריה. אין במבחנים התייחסות לאוכלוסיות שונות הסובלות ממצוקה מיוחדת (קטינים לעומת בגירים, אוכלוסיה ערבית, אוכלוסיה חרדית וכד'), או לאזורים גאוגרפיים בהם תורי ההמתנה ארוכים במיוחד. קריטריון זה עשוי אמנם להשפיע על משך התור, אולם מדובר במשך המתנה ממוצע לכלל המטופלים בכל הארץ, למעט תוספת כללית של 20% בסכום צבירת הזכאות עבור מגעים שיבוצעו למטופלים שמתגוררים בפריפריה (המהווה תמריץ כלכלי אך אינה תנאי מחייב).

77. בהתחשב בעובדה כי למשרד הבריאות, כפי שמפורט להלן אין את הנתונים הדרושים, המינימום המתבקש הוא כי קופות החולים עצמן יחוייבו להציג, יחד עם תכנית הפעולה שלהן, את הנתונים שעל בסיסם נבניתה התכנית, וכן לוחות זמנים ברורים להשגת היעדים, על מנת לוודא כי הקופות אכן משקיעות את המשאבים הדרושים, בדחיפות הנחוצה, במקומות ובקרב האוכלוסיות שבהם המצוקה היא החריפה ביותר.

78. אמנם מבחני התמיכה קובעים כי על קופות החולים להציג בפני האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות תוך 45 יום מפרסום המבחנים תכנית להרחבת השירות המרפאתי בבריאות הנפש, אשר צריכה להתייחס לשירותים שיורחבו, למיקומם הגאוגרפי, להיקפים בהם יסופקו, לאופן בו השירותים יורחבו וכן ללוח הזמנים המתוכנן לביצוע התכנית (סעיף 7ג) למבחני התמיכה). אולם, המבחנים אינם דורשים כי התכנית תהיה מבוססת על סדרי העדיפויות של הקופה בהתחשב בתורי ההמתנה ובמקומות בהם הקופה עצמה מדווחת על מצוקה קשה במיוחד של תורי המתנה לטיפול נפשי. קופות החולים אף לא נדרשות להציג נתונים עליהם יתבססו לצורך בניית התכנית ומדידה שתבטא את השיפור הצפוי.

79. בהעדר דרישה במבחני התמיכה לקיצור תורים לטיפול נפשי בהתאם לסדרי עדיפויות שיבטאו את מידת הדחיפות והנחיצות בקיצור התורים במקומות מסוימים או לאוכלוסיות מסוימות, עשויות קופות החולים להוסיף מטופלים וטיפולים בהתאם לשיקולים שאינם נוגעים בהכרח למשכי ההמתנה, כמו זמינות מטופלים במקומות שונים, תחרות מול קופות אחרות, ועוד.

(2) העדר מתודה ברורה למדידת תורי המתנה לטיפול נפשי

80. למרות השנים הרבות בהן סוגיית תורי המתנה לטיפול נפשי נמצאת על שולחן המשיבים 1 ו-2 ולמרות שחלף כבר כעשור מאז נחתם הצו המורה על העברת האחריות למתן שירותי בריאות הנפש לקופות החולים אין כיום בידי המשיב 2 מתודה ברורה למדידת זמני המתנה.
81. המשיבים 1-2 מודים כי "עד כה, הכלי המרכזי שנעשה בו שימוש על ידי משרד הבריאות למדידת זמני המתנה הוא עריכת סקרים במרפאות השונות, חלקן מרפאות ממשלתיות וחלקן מרפאות של קופות החולים" (סעיף 22 לתגובת משרד הבריאות לעתירה מיום 19.1.22). משרד הבריאות סבור כי סקרים אלה משקפים את מצב הדברים לאשורו. אלא שהנתונים המצויים בידי משרד הבריאות לגבי שנים עברו לא נאספו על בסיס מתודולוגיה אחידה ושיטתית לאיסוף נתונים לגבי משכי ההמתנה לטיפול נפשי שכן, כאמור לעיל, מתודולוגיה כזו אינה קיימת כיום בידי המשיב 2. בתגובתו מיום 19.1.22 לעתירה הודה המשיב 2 כי מערכת ה-BI נמצאת "בתהליכי אפיון ובהצגה של שיח והצגה לקופות החולים. הנתונים במערכת ה-BI מפורטים ברמת המגע הבודד והשאיפה היא כי ניתן יהיה לבנות מתודולוגיה שתאפשר להסיק מתוכם באופן שוטף את זמני המתנה שמתקיימים במרפאות" (סעיף 23 לתגובה).
82. בתשובת המשיב 2 למכתב מיצוי ההליכים מטעם המבקשים (נספח 10) הוא מודה מפורשות כי "על מנת למדוד את זמני המתנה בשירותי בריאות הנפש, נדרש פיתוח של מתודולוגיה מותאמת לתחום שאינה בנמצא "על המדף" (פסקה 4 לתשובת המשיב 2).
83. חרף הכרה מפורשת זו בדבר הצורך והחשיבות בפיתוח מתודולוגיה לאיסוף נתונים, וחרף העובדה כי חלף מעל עשור מאז קבלת ההחלטה על הרפורמה בבריאות הנפש וכמעט שמונה שנים מאז שנכנסה לתוקף, טרם עלה בידם של המשיבים 1 ו-2 לפתח מתודולוגיה כאמור.

(3) העדר נתונים לגבי תורי המתנה לטיפול נפשי בפילוח לפי משתנים שונים

84. כאמור לעיל, בהעדר מתודה ברורה למדידת משכי המתנה לקבלת טיפול, לא קיימים כיום בידי המשיב 2 נתונים מדוייקים ושיטתיים אודות מצב התורים, בחלוקה לפי קופות החולים, בפילוח לפי אזורים גיאוגרפיים, קבוצות אוכלוסייה, גיל או מגדר. זאת בשעה שכפי שצוין לעיל, מן הנתונים המאד חלקיים הקיימים, עולה חשש כבד כי קיימים פערים גדולים בתורי המתנה לטיפול נפשי בין מקומות שונים בארץ ובין קבוצות אוכלוסייה שונות.
85. מכאן עולה כי החשיבות של נתונים שיטתיים על תורי המתנה לטיפול נפשי, המבוססים על מתודולוגיה ברורה ובפילוחים השונים הינה קריטית. בהעדר נתונים אלו לא ניתן לדעת היכן (באיזה ישובים, בקרב איזה אוכלוסיות ובהתייחס לאיזה קבוצות גיל) מצוקת תורי המתנה היא החריפה ביותר ולפיכך לא ניתן לקבוע סדרי עדיפויות לקיצור משכי המתנה היכן שנדרש המענה הבהול ביותר. חמור מכך, סעיף 14(ג) למבחני התמיכה מתנה את קבלת התמיכה בדיווח של קופות החולים על נתונים מסויימים, ובהם "מידע פרטני לא מזוהה על כל מגע שהתקיים במערך בריאות הנפש האמבולנטוריי", "נתונים אודות האבחנות של כל מטופל", "רשימת המגעים המאושרים לקליטה במערכת ה-BI" וכן דיווחים אודות הוספת תקני כוח אדם חדשים או הסכמי רכש חדשים, אולם אין במבחני התמיכה כל חובת ניטור ודיווח על משכי המתנה עצמם לטיפול נפשי, לא כל

שכן על פי גיל, שיוך לאוכלוסיה ספציפית, או על פי ישוב. זאת בניגוד למדדים שצוינו בטיוטת חוזר המנכ"ל (נספח 4) ובניגוד למערכות ניטור ואיסוף נתונים בתחומים אחרים במערכת הבריאות.

86. בהעדר מתודה ברורה למדידת משכי ההמתנה ובהעדר איסוף נתונים שיטתיים, לא ניתן לקבוע סדרי עדיפויות למבחני התמיכה ולא ניתן יהיה לבחון את מידת ההשפעה של הגידול במספר המטופלים ובמספר הטיפולים על זמני ההמתנה, ודאי שלא בפילוחים שונים. כפועל יוצא ברי כבר כעת כי לא ניתן יהיה לעמוד על הצלחתם של מבחני התמיכה בהשגת המטרה של קיצור משכי ההמתנה, תוך מתן עדיפות למקומות ולאוכלוסיות בהם המצוקה היא החריפה ביותר והצורך הוא הרב ביותר.

87. נציין, כי בניגוד למצב בתחום בריאות הנפש, המשיב 2 מכיר בנחיצות ובחשיבות איסוף הנתונים לגבי זמני המתנה בתחומי בריאות אחרים, ואף מפרסם את חלקם לטובת הציבור. רק לאחרונה פרסם המשיב 2 את מפת זמני ההמתנה לרפואה יועצת בחמישה תחומים: עור, אורתופדיה, נשים, עיניים ואף אוזן גרון.⁶⁷ הנתונים שפורסמו אמנם אינם מופיעים בחלוקה לפי קופות חולים, אולם הם מאפשרים לדעת באופן כללי לא רק את משך הזמן הממוצע לקבלת תור בכל אחד מהתחומים הללו, אלא גם לקבל תמונת מצב לגבי איזורים שונים של הארץ. מערכת נתונים זו, על פי הכתוב בפרסום המשיב 2: "נחוצה לאיתור בעיות בזמינות שירותים רפואיים ופערים בין אזורים גיאוגרפיים, ולתכנון פעולות לקיצור זמני המתנה".

88. מערכת הנתונים מוכיחה את עצמה כיעילה ביותר. כך למשל, בתחום האורתופדיה המערכת מראה כי זמן ההמתנה הממוצע לתור לאורתופד באזור הר הנגב הצפוני הוא 72 יום – כמעט פי ארבעה מהממוצע הארצי.

89. בנייר עמדה שפרסם מכון "יסודות" לפני מספר חודשים, אשר עסק בשאלה כיצד ניתן לספק שירותי בריאות בזמן ובמרחק סבירים, צוין כי מדידת זמני המתנה לשירותי בריאות היא חלק מהפרקטיקה של מערכות בריאות רבות במדינות ה-OECD, מתוך תפיסה כי על מנת להבטיח זמני המתנה סבירים, או לפחות לקצר זמני המתנה ארוכים במיוחד, נדרש מידע מהימן ומקיף על המצב הקיים בשטח, אשר יאפשר לרגולטור לזהות מוקדים בעייתיים. מידע זה יכול לשמש את הרגולטור בתכנון ובהטמעה של מגוון צעדי מדיניות (כגון הוספת משאבים, אכיפה באמצעות תמריצים חיוביים ושליליים ועוד). בנוסף, קובע נייר העמדה כי ייתכן שעצם הנגשת המידע הרוחבי והפרטני בדבר זמני ההמתנה במערכת לספקים עצמם, לגופים המבטחים ולציבור המטופלים עשוי לווסת את הביקושים (באמצעות כוחות השוק), מספקים שבהם קיים עומס זמני המתנה ארוכים לספקים פנויים יותר, ובכך להביא לפיזור אחיד יותר של הביקושים בין הספקים.⁶⁸

90. עוד צוין בנייר העמדה של "יסודות" כי בעבר הוציא משרד הבריאות נייר מדיניות מקיף בנושא "הבטחת זמני המתנה סבירים במערכת הבריאות הציבורית", וכי "מסקנתו העיקרית של הנייר הייתה כי על מנת להתחיל כל מהלך לקיצור זמני ההמתנה, ובתוך כך גם קביעת זמני המתנה מקסימליים, נדרש ניטור שיטתי אחיד ורציף של זמני המתנה לניתוחים אמבולטוריים.. עוד המליץ הנייר על פרסום זמני ההמתנה השונים לציבור, על מנת לאפשר ויסות טבעי של הביקושים בין

⁶⁷ <https://www.gov.il/he/Departments/Guides/waiting-time-specialists?chapterIndex=1>
⁶⁸ הילה שואף-קולביץ, "החלמה מהירה - כיצד ניתן לספק שירותי בריאות בזמן ובמרחק סבירים?!", יסודות - למדיניות ציבורית ולצינונות מעשית, יולי 2022, בעמ' 32.

הספקים השונים על ידי המטופלים עצמם, וכן לייצר "תחרות" בין הספקים גם על ההיבט של זמן ההמתנה, אשר יהפוך למדד הצלחה נוסף עבורם, עם שיקוף שלו לציבור ולרגולטור".⁶⁹

(4) העדר התחייבות להמשך מתן התמיכה לאורך שנים

91. מנוסח מבחני התמיכה לא ברור לכמה זמן אלו יהיו תקפים. גידול במספר המטופלים בבריאות הנפש במהלך שנת התמיכה, ללא הבטחת אופק טיפולי למטופלים אלה כמו גם למטופלים ותיקים, עלול לפגוע בהם. זאת ועוד, בהעדר הבטחה להמשך התמיכה לאורך זמן, קיים חשש כי קופות החולים יהססו להרחיב את מספר המטופלים המועסקים על ידן, כאשר קיים ספק לגבי יכולתן להעסיק מטופלים אלה לאורך זמן. כפי שיפורט בהמשך, חשש זה אף עולה במפורש בתגובתה של קופת חולים מאוחדת לעתירה.

ז. פניות קודמות של המבקשים אל המשיבים

92. לאורך השנים שבו המבקשים ופנו אל המשיבים 1 ו-2 בכתב ובעל פה, ודרשו בהזדמנויות שונות כי יפעלו לפתרון מצוקת תורי ההמתנה לטיפול נפשי כך שאלו יהיו סבירים, תוך הבטחת איכות הטיפול, כמתחייב מחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

קובץ פניות עבר קודמות של המבקשים אל המשיבים מצורף לבקשה ומצורף "נספח 8"

93. עם פרסום מבחני התמיכה ברשומות לראשונה ביום 28.9.22, ומשהתחוויר למבקשים כי המשיב 2 לא ביצע בהם את התיקונים הדרושים, פנו המבקשים 1-3 אל המשיב 2 והעלו בפניו את הכשלים במבחני התמיכה ואת השינויים שנחוץ לעשות בהם על מנת שאלה יניבו את השינוי המיוחל בתורי ההמתנה לטיפול נפשי.

מכתב מיצוי הליכים מטעם המבקשים מיום 7.11.22 מצורף ומסומן "נספח 9"

94. ביום 9.1.2023 התקבלה תשובת המשיב 2 למכתב מיצוי ההליכים מטעם המבקשים. בתשובתו הלקונית, אשר לא כללה כל התייחסות לכשלים ולשינויים הנחוצים במבחני התמיכה שהועלו על ידי המבקשים בפנייתם, ציין המשיב 2 כי בהמשך לפרסום מבחני התמיכה הגישו קופות החולים תכניות עבודה. עוד נאמר כי משרד הבריאות עוסק בלימוד ותיקוף הנתונים שקופות החולים מעבירות למשרד, במטרה לבחון את האפשרות למדוד באופן אמין ואחיד את זמני ההמתנה במערך בריאות הנפש בקהילה. באותה נשימה ציין המשיב 2 כי "על מנת למדוד את זמני ההמתנה נדרש פיתוח של מתודולוגיה מותאמת לתחום שאינה בנמצא "על המדף" (בפסקה 4 לתשובת המשיב 2).

תשובת המשיב 2 למכתב מיצוי ההליכים מאת המבקשים מצורפת ומסומנת "נספח 10"

⁶⁹ שם, בעמ' 26

המצב המשפטי

א. הפגיעה בזכות לבריאות

א. 1 הזכות לבריאות כחלק מהזכות החוקתית לחיים ולשלמות הגוף

95. על אף שהזכות לבריאות אינה מנויה במפורש בחוקי היסוד בישראל, היבטים ממנה הוכרו על ידי בית משפט נכבד זה כבעלי מעמד חוקתי, כגון הזכות לקבל שירותי בריאות אמבולטוריים: "ניתן לומר כי הזכות לבריאות כוללת בוודאי בחובה – קבלתם של שירותי בריאות אמבולטוריים חיוניים ברמה הבסיסית ביותר הנדרשת להגנה על החיים והבריאות, וזאת כנגזרת של הזכות החוקתית לכבוד, ושל הזכות החוקתית לחיים ולשלמות הגוף, המעוגנות כיום בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו".⁷⁰

96. עמדת בית המשפט בנוגע לזכות לבריאות היא כי "אין מקום לבחון את מעמדה החוקתי של הזכות האמורה כמכלול אחד, אלא יש להתייחס לטעמים המונחים בבסיס הזכויות והאינטרסים השונים המוגנים במסגרתה, בהתאם לחשיבותם החברתית היחסית ובהתחשב בעוצמת זיקתם לזכויות החוקתיות המנויות בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו".⁷¹

97. בהתאם לכך קבע בית המשפט הנכבד, כי אדם שנמנעה ממנו גישה אל טיפול רפואי אלמנטרי הוא אדם שכבודו נפגע, עד כדי שלילת זכות יסוד הקבועה בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו.⁷² עוד קבע בית המשפט כי "ניתן לעגן זכות סוציאלית לאספקת שירותי בריאות בסיסיים בגדר הזכות לשלמות הגוף, הקבועה בסעיף 4 לחוק היסוד".⁷³

98. טיפול נפשי נכלל בתוך "סל שירותי בריאות אמבולטוריים בבריאות הנפש". סעיף 22א(ב) לתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר נושא את הכותרת "סל שירותים אמבולטוריים בבריאות הנפש" כולל בין יתר השירותים, גם: "(1) שירותי אבחון, הערכה, ייעוץ וטיפול פסיכותרפויטי, התערבות במשברים, טיפול אישי, משפחתי, קבוצתי, מעקב תמיכה ואחזקה, וביקורי בית". כפי שפורט לעיל, עלולים להיווצר נזקים שונים להעדר טיפול נפשי – בריאותיות, כלכליות, חברתיות ואחרות לאדם הזקוק לטיפול ולחברה כולה, ובמקרים קיצוניים עלול הדבר להוביל לאובדן חיים. מתוך הצורך לשמור על חייו של אדם ועל שלמות גופו, אפשר המחוקק במקרים חריגים וקיצוניים, מתן טיפולים בבריאות הנפש אף בניגוד להסכמתו של אדם.

99. אין חולק כי טיפול נפשי הינו שירות אמבולטורי חיוני שנדרש להגנה על החיים, על שלמות הגוף ועל כבודו של אדם, זכויות חוקתיות הנובעות מחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. שלמות הנפש היא חלק אינהרנטי משלמות הגוף, ומכאן, שהזכות לקבל טיפול נפשי הינה זכות חוקתית. היטיב לתאר זאת בית משפט נכבד זה במילים הללו:

"הזכות לחיים ולהגנה על הגוף מתפרשת גם על הזכות להגנה על בריאות הנפש, בהינתן הקשר הבל-ינותק בין גוף לנפש".⁷⁴

⁷⁰ בג"ץ 2902/11 העמותה לילדים בסיכון נ' משרד הבריאות (4.9.15), פסקה 37 לפסק דינו של כבוד השופט מלצר. וראו גם בג"ץ 4253/02 קריית נ' היועמ"ש, פ"ד סג(2) 86, 133 (2009), פסקה 59 לפסק דינה של השופטת ברלינר.
⁷¹ בג"ץ 3071/05 לוזון נ' ממשלת ישראל (28.7.2008), להלן: "בג"ץ לוזון". פסקה 9 לפסק דינה של כבוד הנשיאה בייניש
⁷² בג"ץ 4905/98 גמזו נ' ישעיהו, פ"ד נה(3) 360 (2001), בפסקה 20 לפסק דינו של השופט ברק.
⁷³ בג"ץ 494/03 עמותת רופאים לזכויות אדם נ' שר האוצר, פ"ד נט(3) 322 (2004), בפסקה 18 לפסק דינו של הנשיא ברק.
⁷⁴ ע"א 8650/08 רפאלוב נ' מדינת ישראל (17.7.13), בפסקה 18 לפסק דינו של השופט מלצר.

2.א. הזכות לטיפול נפשי מכוח חוק

100. החוקים המרכזיים המבססים את אחריות המדינה לאספקת שירותי בריאות הולמים הם חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996, וחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994. סעיף 3 לחוק זכויות החולה מסדיר את הזכות לקבלת טיפול רפואי, וסעיף 5 לאותו חוק, שכותרתו היא "טיפול רפואי נאות", מפרט אמות מידה לטיפול וקובע כי "מטופל זכאי לטיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית והן מבחינת יחסי האנוש".
101. סעיף 3 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע את הזכות של כל תושב במדינה הנכלל בביטוח הבריאות הממלכתי לקבל, במימון המדינה, שירותי בריאות הכלולים בסל הבריאות. סעיף 3(ג) לחוק קובע, שקופות החולים, המשיבות 3-6, הן האחראיות לספק שירותים אלה. כאמור לעיל, בריאות הנפש הוא אחד מתחומי הבריאות הכלולים בסל הבריאות.
102. אשר לסטנדרט הטיפול, סעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי שירותי הבריאות יינתנו באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח". סעיף 3(ה) מוסיף כי השירות יינתן תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על פרטיות ושמירה על סודיות רפואית. לעניין זה פסק בית המשפט: "בכך באים שירותי הבריאות להסתופף בצל קורתו של חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, תחת חופתם של עקרונות היסוד שלו ומטרתו...".⁷⁵
103. חובתם של המשיבים להגן על זכויות אלו מעוגנות בין היתר בחובתו של משרד הבריאות לפקח על פעילות קופות החולים לפי החוק ועל שירותי הבריאות שהן מספקות (סעיף 35(א)), ולצורך כך, אף הוטלה על קופות החולים חובת דיווח למשרד הבריאות (סעיף 35(ב)). כמו כן מנכ"ל משרד הבריאות הוסמך לנקוט אמצעים כנגד קופות החולים אשר אינן נותנות את שירותי הבריאות בהתאם לחוק (סעיף 37 לחוק).

3.א. הזכות לבריאות במשפט הבינלאומי

104. בנוסף לדין הישראלי, אמנות לזכויות בינלאומיות שעליהן חתמה מדינת ישראל ואשררה מעגנות את הזכות לבריאות, ובהן האמנה הבינלאומית לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות, האמנה בדבר זכויות הילד והאמנה הבינלאומית בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות.
105. סעיף 12 לאמנה הבינלאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות⁷⁶ קובע כי "מדינות שהן צד באמנה זו מכירות בזכות כל ליהנות מרמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה". סעיף 12(ד) לאמנה קובע כי המדינות החתומות על האמנה חייבות לפעול ל"יצירת תנאים נאותים אשר יבטיחו לכל שירותי בריאות וטיפול רפואי במקרה של מחלה".
106. הערה כללית מס' 14 של ועדת האו"ם לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות⁷⁷ מגדירה מהי נגישות לשירותי בריאות וקובעת כי היא נשענת על ארבעה אדנים: א. איהפליה — מתן שירותי בריאות לכלל האוכלוסייה, ובעיקר לאוכלוסיות החלשות; ב. נגישות פיזית לשירותי בריאות; ג. נגישות כלכלית - על שירותי הבריאות להיות בהישג ידה של כלל האוכלוסייה מבחינת עלותם; ד. נגישות

⁷⁵ ע"ע ארצי 1091-00 אלעד שטרית - קופת חולים מאוחדת, פד"ע לה (2000) 5, פסקה 24 לפסק דינה של השופטת ארד אומצה ביום 16.12.1966, נחתמה ביום 19.12.66, אושרה על ידי ישראל ביום 3.10.1991.

⁷⁷ CESCR General Comment No. 14: [The Right to the Highest Attainable Standard of Health](#) (Art. 12)

למידע רפואי: כפי שניתן לראות, אם כן, על פי הדין הבינלאומי שלו התחייבה מדינת ישראל, הדרישה לנגישות לשירותי בריאות ציבוריים כוללת בתוכה את עקרון השוויון. גם הפסיקה בישראל קבעה כי הפליה בהספקת שירותי בריאות עלולה לעלות לכדי פגיעה חוקתית בזכות לשוויון. על כן, כאשר נמנעת הנגישות לשירותי בריאות ציבוריים רק מחלק מסויים של האוכלוסיה, מדובר בפגיעה בעיקרון חוקתי.

107. האמנה בדבר זכויות הילד⁷⁸ מעגנת בסעיף 24 את זכותם של ילדים לשירותי בריאות וטיפול:

"המדינות החברות מכירות בזכותו של ילד ליהנות מבריאות ברמה הגבוהה ביותר הניתנת להשגה ולאמצעים לטיפול במחלות ושיקום הבריאות.

המדינות החברות יפעלו למימושה המלא של זכות כאמור, ובמיוחד ינקטו אמצעים על-מנת ...:

(ב) להבטיח אספקת סיוע רפואי חיוני וטיפול בריאותי לכל ילד תוך דגש על פיתוח טיפול רפואי

ראשוני."

108. ועדת האו"ם לזכויות הילד הכירה בהנחיותיה הפרשניות כי הזכות לשירותי בריאות כוללת גם שירותי בריאות הנפש, וכן קבעה כי על המדינות החברות באמנה חובה להבטיח טיפול ושיקום מתאים לילדים עם קשיים נפשיים ופסיכולוגיים ולנקוט את הצעדים הנדרשים לכך. בין היתר, על ידי הסדרת הנושא באמצעות קביעת מדיניות ופיתוח תוכניות התערבותיות שונות בהיבטים של חינוך, בריאות, הגנה ועוד.

109. בנוסף, הוועדה קבעה כי על המדינות להבטיח ששירותי הבריאות, ובתוך כך שירותי בריאות הנפש, הינם נגישים וזמינים לכלל הילדים באופן שוויוני, לרבות ילדים מאזורים מרוחקים גיאוגרפית ו/או ילדים המשתייכים לקבוצות מוחלשות.⁷⁹ קביעה זו מחזקת את המחויבות של ישראל לספק שירותי בריאות נפש לילדים ונוער תוך זמן סביר מרגע הפניה לטיפול, ללא תלות במיקום מגוריו של הילד.

110. גם האמנה בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות⁸⁰ קובעת בסעיף 25, שנושא את הכותרת "בריאות", כי מדינות שהן צד לאמנה תנקוטנה את כל הצעדים ההולמים כדי להבטיח לאנשים עם מוגבלויות גישה לשירותי בריאות. בכלל זה המדינות תספקנה לאנשים עם מוגבלויות: מגוון, איכות ורמה של טיפול; שירותי בריאות להם זקוקים אנשים עם מוגבלויות, לרבות אבחון מוקדם והתערבות לפי הצורך, ושירותים שנועדו למזער ולמנוע מוגבלויות נוספות, לרבות בקרב ילדים ואנשים קשישים; תדרושנה מאנשי מקצוע בתחום הבריאות להעניק לאנשים עם מוגבלויות טיפול באיכות זהה לזה הניתן לאחרים ותספקנה שירותים רפואיים אלה קרוב ככל האפשר לקהילותיהם.

111. ועדת האו"ם לזכויות אנשים עם מוגבלויות מציינת בהערותיה הפרשניות לאמנה כי שירותי בריאות כללים ומתקני בריאות צריכים להיות זמינים, נגישים, מותאמים ומקובלים עבור אנשים עם

⁷⁸ אומצה ביום 20.11.1989. נחתמה על ידי ישראל ביום 3.7.1990. אושררה ביום 4.8.1991.
⁷⁹ ר"י: UN Committee on the Rights of the Child (CRC), **General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health** (art. 24), par. 4, 25-29, 38-39, 17 April 2013, CRC/C/GC/15; UN Committee on the Rights of the Child (CRC), **General comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence**, 6 December 2016, par. 58, CRC/C/GC/2 (of the Child).

⁸⁰ <https://www.gov.il/he/departments/legalInfo/crpd> . אומצה ביום 13.12.06, אושררה על ידי ישראל ביום 28.9.2018

מוגבליות בתוך קהילותיהם, כולל תמיכה הנדרשת לחלק מהאנשים עם מוגבלויות כמו לדוגמה אנשים עם צרכי תקשורת מורכבים ועוד.⁸¹

112. לסיכום, המצב המשפטי המתואר לעיל לא משאיר מקום לספק באשר לחובותיו של משרד הבריאות לספק טיפול נפשי, מכוח הזכויות לחיים ולשלמות הגוף המנויות על חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, מכוח חקיקה מפורשת ומכוח התחייבויות בין לאומיות.

ב. הפגיעה בזכות לקבלת טיפול נפשי בזמן סביר מכוח הזכות לשוויון

113. הזכות לשוויון היא זכות יסוד מרכזית, עליה מושתת המשטר החוקתי הישראלי כולו הזכות נקבעת כחלק מזכות היסוד לכבוד האדם.⁸²

114. הזכות לשוויון עומדת בבסיס חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר מחייב את המדינה לשאת במימון שירותי הבריאות הציבוריים, באמצעות קופות החולים. תכלית החוק קבועה בסעיף 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי לפיו הביטוח יהא מושתת על עקרונות של צדק ושוויון, ומכאן ניתן ללמוד על החשיבות שייחס המחוקק לאספקת שירותי בריאות מתוך עקרונות אלה.⁸³

115. עוד קובע החוק בסעיף 21(א) כי "קופת חולים תיתן לכל מי שהיא אחראית כלפיו כאמור בסעיף 3(ג) את כל שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה, בין בעצמה ובין באמצעות נותני שירותים, ללא כל הפליה".

116. ביחס לשירותי בריאות ציבוריים קבע בית משפט הנכבד כי "לכל החולים דין אחד, והם זכאים ליחס שוויוני. את המשאב הגלום הן במתקני בתי החולים והן בכוח האדם המאייש אותם – יש לחלק כך, שכולם יהנו ממנו באופן שווה".⁸⁴

117. הזכות לשוויון בקבלת טיפול רפואי, ובנגישות לטיפול רפואי הוכרו בשיטת משפטנו פעמים רבות. בית משפט נכבד זה אף פסק כי "הפליה בהספקת שירותי בריאות עלולה לעלות לכדי פגיעה חוקתית בזכות לשוויון".⁸⁵ על כן, כאשר נמנעת הנגישות לשירותי בריאות ציבוריים מסויימים רק מחלק מסויים של האוכלוסייה, מדובר בפגיעה בזכות חוקתית.

118. בענייננו, משמעותם של חוקים אלה היא כי כל תושב בישראל זכאי לקבל טיפול נפשי ללא הפליה, על בסיס עקרונות הצדק, השוויון והעזרה ההדדית ותוך שמירה על כבודו. במקרים של פגיעה בנגישות לטיפול רפואי על רקע כלכלי, גאוגרפי או אחר, מדובר בפגיעה בשוויון, זכות חוקתית הנובעת מכבוד האדם.

119. כאמור לעיל, המשיבים 1-2 מודעים היטב ומכירים בפערי הבריאות הקיימים בחברה הישראלית ובקושי ליהנות משירותי בריאות הנפש בצורה שוויונית, בין היתר בשל חוסר זמינות ונגישות של חלק מהאוכלוסייה לשירותי בריאות הנפש בפרט.

⁸¹ The committee on the Rights of Persons with Disabilities; [General comment No 5 on Article 19- the right to live independently and be included in the community](#), 27.10.2017

⁸² לדוגמה: בג"צ 2671/98 שדולת הנשים בישראל נ' שר העבודה והרווחה פ"ד נב(3) 630 (1998); בג"צ 4541/94 אליס מילר נ' שר הבטחון פ"ד מט(4) 94, 133-134 (1995); בג"צ 6698/95 קעדאן נ' מינהל מקרקעי ישראל ואח', פ"ד נד(1) 258, 273-271 (2000); בג"צ 1113/99 עדאלה נ' השר לענייני דתות ואח', פ"ד נד(2) 164, 171-169 (18.4.2000).

⁸³ בג"צ לוזון, הי"ש 71 לעיל, סעיף 15 לפסק דינה של הנשיאה בייניש

⁸⁴ בג"צ קרייטי, הי"ש 70 לעיל, בפסקה 43 לפסק דינה של השופטת ברלינר.

⁸⁵ בג"צ 1105/06 קו לעובד נ' שר הרווחה, פסקה 59 לפסק דינה של השופטת ארבל (22.6.14).

120. יתרה מכך: המשיבים אף מצהירים כי קיים צורך לצמצם פערים אלה ופועלים לכאורה לצמצמם. אך לאחרונה פרסם המשיב 2 חוזר מנכ"ל חדש שבנושא "אמות מידה לקידום שוויון במערכת הבריאות".⁸⁶ מטרת החוזר הינה להגדיר אמות מידה לאספקת שירות וטיפול רפואי שוויוני למטופלים, במטרה להתאים שירותי בריאות למטופלים ולצמצם פערים בבריאות. החוזר חל על מוסדות הרפואה וקופות החולים בישראל. בפתח החוזר מציין המשיב 2 את זכויותיו של כל אדם שפונה לקבל שירותי בריאות לקבל אותו ללא הפליה על רקע כלשהו בהתאם להוראות הדין, לקבל מענה הולם לצרכיו תוך שמירה על פרטיותו וכבודו.

121. בין ההנחיות שבחוזר ראוי לציין את ההנחיות כי "הארגון [אשר על פי הגדרתו בחוזר מתייחס גם לקופות החולים - ש.א.ח] יפעל לעידוד פעילויות לקידום שיפור והנגשת שירות לאוכלוסיות מגוונות"; "יסייע במימוש זכויות של כלל מטופליו בדגש על קבוצות אוכלוסייה בהן יש מימוש בחסר של זכויות"; ו"יפעל למניעת אפליה והדרה כלפי מטופלים במסגרתו". דגש מיוחד ניתן למענים סוציאליים לאוכלוסיות במעמד כלכלי נמוך (עוני) וביניהם שירותי בריאות הנפש: נקבע כי הקופה "תספק מעטפת תומכת למטופלים לגביהם נדרשת תמיכה פסיכו-סוציאלית, בכלל זה זמינות ונגישות של שירותי בריאות הנפש, והכל בהתאם לסל הבריאות".

122. הנחיות ספיציפיות ניתנו לקופות החולים ובהן ההנחיה כי כל קופה תפעל "לניטור פערים בשימוש וזמינות השירות בקרב מטופליה", "תקפיד על עמידה בסטנדרטים מקצועיים של הספקת שירותים נגישים וזמינים באיזורים מרוחקים", "תנקוט בפעולות יזומות באמצעות תכניות תיעודיות לצמצום פערים בקרב מטופלים מרקע חברתי-כלכלי נמוך, אוכלוסיות מוחלשות ואוכלוסיות בסיכון".

123. זאת ועוד: המשיב 2 לא הסתפק בהנחיות אלא קבע מנגנון פיקוח ובקרה על מנת לוודא כי הגופים שעליהם חל החוזר, וביניהם כאמור קופות החולים, עומדים בהנחיותיו. על פי החוזר, קופות החולים אף נדרשות לדווח ליחידה לצמצום פערים במשרד הבריאות, אחת לשנה, על פי קריטריונים שהיחידה תגדיר, אודות תכנית הפעולה שלה בתחום קידום מדיניות, ואודות ממצאי הבקורות שהיא עורכת בנושא. הדיווח יכלול גם נתוני בריאות של אוכלוסיות שונות שיוגדרו כאוכלוסיות שבהן יש פערים בבריאות.

124. אלא שלצד ההצהרות בדבר הצורך לצמצם את הפערים בין האוכלוסיות בנוגע לנגישות לשירותי בריאות והצעדים שננקטים מצד המשיבים 1-2 לצורך צמצום, מן הנתונים שהוצגו לעיל עולה, כי מבחני התמיכה לא רק שלא יצמצמו את הפערים אלא אף עלולים ליצור שני סוגים של הפליה במימוש הזכות לטיפול נפשי. ראשית, הם מתעלמים מן הפערים הקיימים בין אוכלוסיות מיעוט ואוכלוסיות מוחלשות לאוכלוסית הרוב (ילדים מול בגירים, חרדים מול חילוניים, ערבים מול יהודים, ועוד). אמנם, מבחני התמיכה כוללים תמריץ כספי לקופות שיבחרו להשקיע את הכספים בפריפריה, אך הדבר נתון לשיקול דעתן המוחלט ואינו בגדר חובה, כך שקיים ספק אם מבחני התמיכה יצליחו לצמצם ולו את הפער הקיים בין פריפריה למרכז ואף עלולים להרחיב את הפערים (למשל, אם הקופות יחליטו לקצר את התורים במקומות שבהם יש זמינות גדולה יותר של מטפלים או במקומות שבהם קיימת תחרות בין הקופות).

⁸⁶ משרד הבריאות, [חוזר מנכ"ל מספר 10.2022: אמות מידה לקידום שוויון במערכת הבריאות](#), 31.10.22.

125. שנית, הפליה על רקע כלכלי: כפי שהומחש לעיל, כפועל יוצא של תורי ההמתנה הממושכים, מוסללים מטופלים, שיכולים להרשות לעצמם את ההשתתפות העצמית הגבוהה, מן המסלול הציבורי אל מסלול ההשתתפות עצמית לקבלת טיפול פסיכותרפי באמצעות מטפלים עצמאיים שבהסדר עם קופות החולים, והפערים ואי השוויון על בסיס כלכלי אך מתרחבים. מאחר שכמוסבר לעיל, מבחני התמיכה לא יהיו אפקטיביים בהגשמת תכליתם, קרי, קיצור תורי ההמתנה לטיפול נפשי, ותורי ההמתנה לטיפול נפשיים ימשיכו להיות ממושכים במקומות שבהם המצוקה מגיעה לשיאה, הם למעשה ינציחו ויעמיקו את אי השוויון הכלכלי בין אנשים שהפרוטה מצויה בכיסם ויכולים להרשות לעצמם לרכוש טיפול נפשי פרטי או במסלול ההשתתפות העצמית ובין אלה שלא.
126. בשל חשיבות הטיפול הנפשי, ובשל ההשלכות הקשות של העדר טיפול בזמן, שעלולות להגיע לכדי אובדנות – הפגיעה בשוויון של אוכלוסיות אלה הינה חמורה ועלולה להוביל לתוצאות הרסניות לא רק לפרט ולמשפחתו, אלא לחברה כולה.
127. מבחני התמיכה פוגעים איפוא בזכויותיהם של אנשים הזקוקים לטיפול נפשי לשוויון, כבוד, אוטונומיה, זכויות אשר נובעות מחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, מן החקיקה הבינלאומית ומן חוזרים שהמשיבים 1-2 קבעו בעצמם.

ג. הפרת החובה לאסוף תשתית עובדתית לפני נקיטת פעולה מינהלית

128. כחלק מחובתה של רשות מינהלית כנאמן ציבור לפעול בסבירות ובהגינות, כל החלטה של רשות מנהלית צריכה להתבסס על תשתית עובדתית מספקת.⁸⁷ הלכה פסוקה היא כי חובה על כל רשות מינהלית להניח תשתית עובדתית מתאימה ומספקת לכל החלטה שהיא מקבלת. בעניין **ברגר** קבע מ"מ הנשיא שמגר כי תהליך קבלת ההחלטה מורכב בדרך כלל ממספר שלבים בסיסים חיוניים:
- " איסוף וסיכום הנתונים (לרבות חוות הדעת המקצועיות הנוגדות, אם ישנן כאלה), בדיקת המשמעויות של הנתונים (דבר הכולל, במקרה של תזות חלופות, גם את בדיקת מעלותיהן ומגרעותיהן של התיזות הנוגדות) ולבסוף, סיכום ההחלטה המנומקת".⁸⁸
129. בעניין **עיריית רמלה**⁸⁹ קבע השופט אור כי "הלכה היא, שעל-מנת שרשות צבורית תמלא תפקידה כהלכה, עליה לדאוג תחילה שכל העובדות והנתונים הנוגעים לעניין יהיו לפניו. באין תשתית עובדתית הולמת, לא כל החשוב והדרוש להכרעה בעניין זה יהיו לנגד עיניה של הרשות".
130. בעניין **יורונט**,⁹⁰ סיכם השופט זמיר את ארבעת המבחנים בהם הרשות צריכה לעמוד על מנת ליצור תשתית עובדתית שתשמש בסיס להחלטה מנהלית: א. איסוף נתונים; ב. בחינת שייכות הנתונים והעובדות לעניין הנדון; ג. בחינת אמינות הנתונים שנאספו; ד. קביעה כי הראיות הן מהותיות ומוצקות במידה מספקת לצורך קבלת החלטה בעניין הנדון.
131. בתי המשפט לא היססו לפסול החלטות של רשויות מינהליות אשר לא הקימו תשתית עובדתית ראויה לפני קבלת ההחלטה המינהלית, ולא ביססו את החלטתן על תשתית עובדתית מספקת.⁹¹

⁸⁷ יצחק זמיר **הסמכות המנהלית**, הסמכות המינהלית (2011), בעמ' 1119.

⁸⁸ בג"ץ 297/82 **ברגר נ' שר הפנים**, פ"ד לז(3) 29, 47 (1983), בעמ' 48-49.

⁸⁹ בג"ץ 2013/91 **עיריית רמלה נ' שר הפנים**, פ"ד מו(1) 271, 279 (1991).

⁹⁰ בג"ץ 987/94 **יורונט קווי זהב (1992) בע"מ נ' שרת התקשורת**, פ"ד מח(5) 412, 423 (1994).

⁹¹ ראו לדוגמא: בג"ץ 448/87 **נקש נ' שר המשפטים**, מא(2) 813; בג"ץ 7074/93 **סויסא נ' היועץ המשפטי לממשלה**, פ"ד מח(2) 749; בג"ץ 1843/93 **פנחסי נ' כנסת ישראל**, תק-על(1) 95, 961, בג"ץ **יורונט קווי זהב**, ה"ש 90 לעיל, ועוד.

132. כפי שהומחש בהרחבה, המשיבים 1-2 לא ביססו את השיקולים המנחים במבחני התמיכה על תשתית עובדתית ראויה. ראשית, אין בידי המשיבים מידע עדכני, מלא ושיטתי אודות תורי ההמתנה לטיפול נפשי עד כה ואופן התפלוגתם על פי מדדים כגון סוג האוכלוסיה, מקומות בארץ, ועוד. כאמור לעיל, המדובר במידע חיוני שלא קיומו לא יכולים המשיבים 1-2 להבין היכן נמצאת מצוקת התורים החריפה ביותר ומכאן הם אף אינם יודעים כיצד לשפרה באמצעות מבחני התמיכה. שנית, המשיבים מציינים כי הקופות החלו לאסוף מידע אודות תורי ההמתנה אשר ידווח למשרד הבריאות, כפי שמחייבים המבחנים לצורך בדיקת האפקטיביות של מבחני התמיכה על תורי ההמתנה לטיפול נפשי, אולם בו בעת הם מודים כי כרגע, בהעדר מתודולוגיה מתאימה, אין ביכולתם להסיק מן הנתונים שיאספו מקופות החולים מסקנות אודות תורי ההמתנה.

ד. חובת המשיבים לקבוע סטנדרטים לזמן סביר לתורי המתנה

133. סמכותו של שר הבריאות לקבוע הוראות בדבר הקמת תשתיות למתן שירותי בריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לרבות אלה הקשורים לטיפול נפשי, קבועה בסעיף 29ב(ב)(3): "כללים ותנאים להקמת תשתיות למתן שירותי בריאות לפי חוק זה". בנוסף, בכל מקום שיש למשרד הבריאות סמכות לפעול בתחום מסוים, יש לו גם סמכות לקבוע הנחיות על מנת להנחות את פעולותיו באותו תחום.⁹²

134. הגם שהחוק אינו מחייב את השר לקבוע אמות מידה בלשון מפורשת, מחדלו של השר לקבוע אמות מידה לאיכות, זמן ומרחק סבירים לשירותי הבריאות שבסל, ובענייננו – לטיפולים נפשיים בבריאות הנפש, הינו בלתי חוקי ובלתי סביר מהסיבות הבאות:

ד.1. החובה לקבוע סטנדרטים לזמני המתנה לאור החובה ליתן שירות תוך זמן סביר

135. כאמור לעיל, סעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, קובע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות, וביניהם בריאות הנפש, יינתנו על-פי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח.

136. קביעת אמות המידה לזמן, איכות ומרחק אינה עניין הנקבע בחקיקה ראשית. המחוקק קבע במפורש בחוק כי שירותים רפואיים יינתנו בכפוף לסטנדרטים של סבירות. ככלל, "חזקה על המחוקק שאין הוא משחית מילותיו לריק".⁹³ מכאן מתבקש כי משרד הבריאות, כמי שמופקד על ביצועו של החוק, יפעל לקבוע מהם הסטנדרטים הסבירים ולחייב את קופות החולים לפעול לאורן.

137. החובה מתחדדת לאור המצב בשטח: מכיוון שמשרד הבריאות מודע לתורי ההמתנה הארוכים, מוטלת עליו חובה ברורה לפעול לצמצום תורי ההמתנה ולמתן שירות בזמן סביר - כפי שהחוק מחייבו. כלומר, לא זו בלבד שהחוק מחייבו לקבוע סטנדרטים, אלא העובדה כי בפועל מטופלים אינם מקבלים שירות תוך זמן סביר – מטילה על המשרד חובה לפעול ולקבוע סטנדרטים.

⁹² יואב דותן, הנחיות מנהליות (תשנ"ו), עמוד 119.
⁹³ ע"א 422/78 סלמון נ' תאגיד לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, פ"ד (2) 701, 702 – 703, פסק דינו של השופט חיים כהן; לניתוח מקיף ר' אהרון ברק, פרשנות החקיקה (תשמ"ג) 595-599.

ד.2. החובה לקבוע סטנדרטים לאור החובה ליתן שירות באופן שוויוני

138. כפי שהוסבר בהרחבה לעיל, תכליתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי והעקרונות שעל בסיסם הוא נקבע הם שוויון וצדק, משמע, ששירותי הבריאות יינתנו לכל אדם בצורה שוויונית ובאופן שאינו מפלה.

139. גם כאן, משרד הבריאות מודע לפערים בין אוכלוסיות ובין אזורים גיאוגרפיים שונים. גם מכאן צומחת חובה לקבוע סטנדרטים לצמצום הפערים.

140. בפועל, לא זו בלבד שמשרד הבריאות לא קבע סטנדרטים, למרות חובתו, אלא הוא בחר בדרך, שהלכה למעשה פוגעת בתכלית החוק ובזכויות המטופלים, שכן התוצאה הבלתי נמנעת של מבחני התמיכה שנקבעו היא אי שוויון זועק לשמיים בין הזמינות של טיפולים נפשיים בפריפריה אל מול המרכז, בקרב חרדים, ילדים, אוכלוסיות מרקע סוציאקונומי נמוך מול גבוה ועוד. דווקא קביעת סטנדרטים ברורים ומדוייקים עשויים להיות אמצעי יעיל ביותר למניעת הפגיעה בשוויון, למניעת העדפת קיצור תורים במקום אחד על פני מקום אחר וקבלת החלטות באופן שרירותי ובלתי מקצועי.⁹⁴

ד.3. החובה לקבוע סטנדרטים מטעמי שקיפות

141. בהעדר סטנדרטים, מבחני התמיכה אינם מספקים למטופלים כל דרך לדעת אם אינם מקבלים את הטיפול הנפשי שלו הם זכאים. במצב זה, המטופלים יתקשו לבקר את הקופה ולדרוש כי החוק ייאכף. עצם קיומם של סטנדרטים, נותנים בידי אדם בהירות וצפיות במקרה שנפגע מהחלטת הרשות עילה לדרוש הסבר, ומאפשרים לו לעמוד על זכויותיו בפני ערכאה שיפוטית.⁹⁵ נציין, כי חלק בלתי מבוטל מהאוכלוסיות העיקריות הנפגעות מאי קביעת קריטריונים בנושא תורי המתנה לטיפול נפשיים הן אוכלוסיות חלשות, אשר מתקשות לעמוד על מימוש זכויותיהן ואינן משתמשות בערכאות המשפטיות למיצוי זכויותיהן. אוכלוסיות חזקות יותר, שאינן מקבלות את השירות הרפואי מהקופה בזמן סביר מפעילות ביטוחים פרטיים שיש ברשותן או רוכשות את הטיפול הנפשי באופן פרטי ללא כיסוי ביטוחי.

ד.4. החובה לקבוע סטנדרטים לאור המלצת הגוף הסטטוטורי המייעץ

142. כאמור לעיל, מתוך ההכרה באפלייתן של אוכלוסיות מסוימות, כגון הפריפריה אל מול המרכז, המליצה מועצת הבריאות, שהינה גוף סטטוטורי שהוקם על פי חוק כי על המשיבים 1-2 לקבוע סטנדרטים לתורי המתנה לטיפול נפשיים. בתגובה ענה משרד הבריאות למועצה כי "זמני המתנה לטיפול נפשי הינם ארוכים מאוד במקרים רבים, וזאת כפי שגם שוקף לציבור ע"י המשרד באתר האינטרנט. אנו פועלים, כפי שגם הציעה המועצה, לקביעה של יעד ברור ומדיד של זמני המתנה מקסימליים לטיפול נפשי". אלא שלבסוף החליטו המשיבים 1 ו-2 לגנוז את החוזר.

143. אמנם, המשיבים כבעלי הסמכות רשאים שלא לאמץ "המלצה סטטוטורית" או "ייעוץ סטטוטורי" שקיבלו מאת המועצה לבריאות, אלא שבעשותם כן חובה עליהם לנמק את החלטתם. לעניין זה יפים דבריו של בית המשפט הנכבד בפרשת מכבי, בו התעלמה המדינה מהמלצת מועצת הבריאות:

⁹⁴ יואב דותן, הי"ש 92 לעיל, עמ' 451-450.
⁹⁵ שם, בעמ' 449

"ואולם אסור הוא בעל-הסמכות שלא להידרש כלל להמלצה ולייעוץ סטטוטוריים שקיבל, או לדחותם בקש מעל פניו. גם אם מוסמך הוא בעל-סמכות שלא להיענות להמלצה ולייעוץ שקיבל – ואין חולקים כי מוסמך הוא לכך – נצפה לשמוע ממנו מה טעם החליט כפי שהחליט".⁹⁶

144. בתגובת המשיבים לעתירה המשיבים מציינים בקצרה כי במסגרת דיוני התקציב התייקמה התייעצות עם כלל הגורמים המקצועיים הרלוונטיים וביניהם משרד האוצר וקופות החולים והוחלט כי חוזר המנכל אינו הפתרון הנכון ותחת זאת נבחר לעשות שימוש בכלי של מבחני התמיכה. אלא שהמשיבים לא הציגו כל טעם המנמק מדוע חוזר המנכ"ל אינו הכלי הנכון לעשות בו שימוש לשם קיצור תורי ההמתנה.

145. כפי שהוסבר לעיל, נראה כי הסיבה שעמדה בבסיס ההחלטה לגנוז את טיוטת חוזר המנכ"ל הינה תקציבית, שכן קביעת אמות מידה מחייבות הקצאת משאבים רבים שלגישת משרד האוצר אין הצדקה להקצותם, וזאת על אף החובה הקיימת בחוק לספק שירותי בריאות נפש בזמן סביר. לטענה זו נתייחס בקצרה בפרק הבא.

5. ד. החובה לקבוע קריטריונים לחלוקת משאב מוגבל – טיפולים נפשיים בבריאות הנפש

146. לשיטת המשיבים, טיפולים נפשיים הם משאב מוגבל. במטרה למצות את משאבי המערכת, המשיבים מעודדים לקצר טיפולים ולשלב שיטות טיפול קצרות מועד, מספקים הכשרות לשיטות טיפול קצרות מועד, ועוד.⁹⁷ זאת ועוד, כאשר אדם מבקש להאריך את משך הטיפול הנפשי שניתן לו הוא נדרש לקבל אישור משרד הבריאות להארכה. המשיבים טוענים כי אישור זה מתבקש על מנת "לוודא כי משאבי הטיפול המוגבלים מנותבים לאלה הזקוקים להם, וזאת כדי לשפר את זמני ההמתנה לטיפול".⁹⁸

147. ואכן, רשות, המחלקת משאבים ציבוריים מוגבלים, ובעניינו, משרד הבריאות, הקובע חלוקה של משאבים לקופות החולים המספקות טיפולים נפשיים, חייבת להבטיח כי קופות החולים יספקו את השירות לפי קריטריונים ברורים, עניינים ושוויוניים. אחרת, שיקול דעתן של קופות החולים עלול להיות חשוף ללחצים, לאינטרסים ולשיקולים לא עניינים אחרים.

148. בספרו "הנחיות מנהליות", מציין פרופ' יואב דותן כי במספר מקרים בתי המשפט חייבו את הרשות לקבוע הנחיות על דרך הוראה מפורשת כדי שהיא תוכל לפעול בתחום סמכותה. דותן מסביר כי מקרים אלה היו רובם ככולם בנושא של חלוקת משאבים או רשיונות והרציונל המנחה בהחלטת בית המשפט להתערב בשיקול הדעת של הרשות הוא עיקרון השוויון:

"בתי המשפט חזרו והדגישו את הדרישה שהרשות המינהלית תפעיל סמכותה באופן הוגן, עקבי ושוויוני בפועל ולמראית עין. בתחומים של חלוקת כספים, משאבים או רשיונות, בהיקף גדול, דרישת השוויון מחייבת למעשה פעולה על פי קריטריונים כלליים ומקדמיים".⁹⁹

149. בדומה, מצביע פרופ' יצחק זמיר על כך שהחובה לקבוע אמות מידה תתגבש כאשר מדובר בחלוקת כספים, הקצאת משאבים, ובכל מקום בו הרשות המינהלית נדרשת להקצות משאבים מוגבלים. זמיר טוען כי אף שבתי המשפט לא ציינו את מקור חובתה של הרשות לקבוע הנחיות כאשר ציון

⁹⁶ בג"ץ 2344/98 מכבי שירותי בריאות ואח' נגד שר האוצר ואח' (18.12.2000), פסקה 49 לפסק דינו של כבוד השופט חשין (להלן: "פרשת מכבי").

⁹⁷ תגובת משרד הבריאות לעתירה מיום 19.1.22 עמ' 15, פסקה 48.

⁹⁸ שם, שם

⁹⁹ יואב דותן, ה"ש 92 לעיל, עמ' 123 וכן בעמ' 465-466.

עליה לעשות כן, החובה נובעת מעקרונות היסוד של השיטה, המעמד של הרשות כנאמן הציבור, וכן מערכי השוויון, ההגינות והמינהל התקין.¹⁰⁰

150. ואכן, בית המשפט הנכבד חייב רשויות האמונות על מתן שירות או משאב מוגבל לקבוע סטנדרטים וזאת על מנת להימנע ממצב שבו השירות ניתן באופן מפלה.¹⁰¹ היטיב לבטא זאת בית המשפט הנכבד בעניין **נוף**: "מקום בו מבקשת הרשות לספק צורך ציבורי מסוים, והמשאבים העומדים לרשותה פחותים מן המשאבים שהיו נחוצים לסיפוקו של אותו צורך במלואו, מוטל על הרשות לקבוע אמות מידה להקצאת משאביה...אמות מידה אלה חייבות להיות שוויוניות; ובשום מקרה אין בקיומם של אילוצים תקציביים כדי להצדיק קביעת אמות מידה המפרות את שורת השוויון".¹⁰²

151. בית המשפט הנכבד לא נמנע מלהתערב, גם במקרים הנוגעים לשירותי בריאות הכלולים בסל בביטוח בריאות ממלכתי, ולא פעם חייב בהחלטותיו, במקרים שבהם המשיבים 1 ו-2 סירבו לעשות כן, את המשיבים 1 ו-2 לפעול על פי סטנדרטים שקבע בנוגע למרחק, זמן או איכות סבירים בתחום בריאות כזה או אחר. בפרשת **אבו עפאש** התייחס השופט רובינשטיין לקביעת כלים הנוגעים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי וציין, כי "ככלל סבורני שמערכת ממשלתית, כנאמנת הציבור, ראוי שיהיו לה הנחיות פנימיות ממוסדות. הדבר מבטיח, ככל הניתן, שקיפות, היעדר שרירות ואי הפליה, הוא מכניס סדר בחשיבה ובעבודה, הוא משפר את הסיכוי לניהול תקין ולהגינות, והוא מאפשר בקרה וביקורת".¹⁰³

152. אמנם, באותו מקרה נמנע בית המשפט מלחייב את משרד הבריאות בקביעת כללים שיבטיחו בניית מרפאות בפזורה הבדואית מאחר שמדובר ביישובים לא חוקיים, וציין כי לעת הזאת, קביעת כללים אינה התרופה הראויה. בית המשפט הדגיש כי הסיבה היא מורכבות הסוגיה גופא, כלומר הקושי בקביעת כללים אחידים לבניה בכפרים בלתי מוכרים, שעתיים לא הוכרע. מורכבות כזו אינה קיימת בענייננו.

153. במקרים אחרים שהגיעו לפתחן של הערכאות השונות נוצרו אמות מידה לזמן, מרחק או איכות השירות הרפואי הנדון בתביעה. כך למשל, בפרשת **עיאס**¹⁰⁴ יצר בית המשפט אמות מידה בנוגע למשך זמן ההמתנה לניתוח מעקפים, וקבע כי המתנה של 3 חודשים ומעלה היא בלתי סבירה. בפרשת **רביעה**¹⁰⁵ קבע בית המשפט כי דרישה לנסוע 20 ק"מ לקבלת טיפולי פיזיותרפיה היא סבירה. בפרשת **קבהא**¹⁰⁶ בחן בית המשפט, לצד המרחק, גם את זמינות שירותי התחבורה הציבורית ממקום מגוריהם של העותרים אל המקום שאליו הם אמורים להגיע על מנת לקבל את השירות הרפואי לו הם זכאים.

154. מבחני התמיכה לקיצור תורי ההמתנה לא רק שלא קובעים סטנדרטים, הם משאירים בידי קופות החולים את שיקול הדעת המוחלט היכן להשקיע את הכספים שיקבלו על מנת להוביל לקיצור תורי המתנה. כך למשל, קיים חשש שקופות החולים יוסיפו טיפולים במקומות בהם יש מטפלים (למשל

¹⁰⁰ יצחק זמיר **הסמכות המנהלית**, עמ' 781-782 (מהדורה ראשונה, 1996).

¹⁰¹ ר' למשל: בג"ץ 5023/91 ח"כ אברהם פורז נ' שר הבינוי והשיכון, פ"ד מו(3) 793 (1992); בג"ץ 5325/01 עמותת ל.כ.ן. **לקידום כדורסל נשים נ' המועצה המקומית רמת השרון**, פ"ד נח(5) 79 (2004); עע"מ 662/01 סלע נ' ראש המועצה המקומית כפר ורדים (מיום 9.9.14).

¹⁰² בג"ץ 205/94 נוף נגד משרד הביטחון, פ"ד נ(5), 449 (1997).

¹⁰³ בג"ץ 4540/00 לבאד אבו עפאש נ' שר הבריאות (מיום 14.6.06).

¹⁰⁴ ע"ע (ארצי) 342/03 עיאס נ' שירותי בריאות כללית (מיום 26.6.06).

¹⁰⁵ עב (חי) 1450/06 שמאלי רביעה נ' קופת חולים מאוחדת (מיום 28.4.08).

¹⁰⁶ בג"ץ 8094/15 קבהא ואח' נגד משרד הבריאות (ניתן ביום 9.5.16).

במרכז הארץ, או בערים גדולות), ולא דווקא באזורים בהם תורי ההמתנה ארוכים במיוחד. העדרם של סטנדרטים עלול לפתוח פתח גם להכנסת שיקולים לא ענייניים ופסולים שלא רק שלא מבטיחים חלוקה שוויונית של המשאבים המוגבלים אלא גם עלולים לגרום לפערי אי השוויון רק לגדול.

6.4 החובה לפרסם סטנדרטים ולא מבחני תמיכה

155. כאמור לעיל, עניינה של העתירה שבפנינו הוא בחובותיה של המדינה כלפי המבוטחים לפי החוק, שכן מדובר בשירותים שהמדינה היא האחראית לספקם, גם אם האחריות להפעלתם של שירותים אלה עברה לידי קופות החולים. המדינה היא האחראית, בראש ובראשונה על זכותם לשירותי בריאות (של תושבי ישראל) ואחראית על מימון סל שירותי הבריאות.

156. כאמור בהנחיות היועץ המשפטי למתן תמיכות "ככלל, השימוש בתמיכות מיועד למקרים בהם מעוניינת המדינה לעודד ולהעצים פעילות מסויימת שהיא אינה מחויבת בה על פי חוק. במקרים בהם מחויבת המדינה מכוח חוק לקיום פעילות או מימונה, הדבר ייעשה בדרך כלל באמצעות תקצוב, או רכישת שירותים על ידי התקשרות חוזית". כלומר, כאשר קיימת חובה לקופות החולים לספק שירות רפואי בחוק, ככלל, אין להעביר כספים לקופות החולים בדרך של מבחני תמיכה על מנת לתמרץ אותן לפעול על פי חובתן זו.

157. כאמור, נראה כי הסיבה המרכזית לבחירה לפרסם מבחני תמיכה ולא סטנדרטים היא משיקולי תקציב. בפרשת מכבי עתרו קופות החולים מכבי, מאוחדת וכללית נגד שר האוצר, שר הבריאות וממשלת ישראל כנגד החלטתם שלא לעדכן את עלות סל הבריאות לקופות החולים בשל השינויים הדמוגרפיים באוכלוסייה. המדינה טענה כי היא מעבירה לקופות החולים תמיכות כסף נכבדות באמצעות דרכים אחרות. קופות החולים טענו בעתירה כי הן "זכאיות למימון כעלותו הריאלית של סל השירותים שהן חייבות בהספקתן, ואין לרצות אותן במענקי-חסד על דרך של תמיכות והטבות שונות".¹⁰⁷ וכך קבע בית המשפט הנכבד :

"הכלל הוא אפוא חד-משמעי: במקום שבו מטיל חוק חובה מהותית עליה, לא תישמע המדינה בטענה של היעדר תקציב. המסע הוא מן החיוב אל התקציב; כך ולא אחרת".¹⁰⁸

158. באותה פרשה התייחס בית המשפט הנכבד אף לטיעונה של המדינה לפיה היא מעניקה מעת לעת לקופות החולים תמיכות כסף ניכרות וקבע כי :

"לא זה הדרך שהחוק מורה אותנו כי נלך בה. כך היה לפני היות החוק, אך משטר-תמיכות זה ביקש החוק להכרית. לא עוד משטר תמיכות; לא עוד הושטת-יד לקבלת תרומות; לא עוד התדפקות על דלת בבקשת עזרה; מעתה ואילך, כך הורנו החוק, משטר שירותי הרפואה יבנה עצמו על זכויות וחובות, על זכויות המוקנות למדינה, לקופות ולמבוטחים ועל חובות המוטלות על כל אחד מאלה כלפי הזולת, איש-איש בעניינו. משטר התמיכות גירשנוהו מביתנו וסגרנו את הדלת אחריו, והנה מוצאים אנו אותו בינותינו כאורח לא-קרוא. למותר להוסיף ולומר כי משטר של תמיכות מְקַבֵּץ את הפגם, שכן עלות הסל אינה מתעדכנת על-פי העלייה הריאלית בהוצאות, וכבסיס לחישובי השנה העוקבת נותרת עלות הסל ללא התמיכה והמענקים. כך הופכת עלות הסל לעלות שאינה אמיתית, ומשנה לשנה גדל והולך הפער בין עלות הסל על-פי חוק ובין עלותו במציאות".¹⁰⁹

¹⁰⁷ פרשת מכבי, ה"ש 96 לעיל, בפסקה 39 לפסק דינו של השופט חשין
¹⁰⁸ שם, בפסקה 36 לפסק דינו של השופט חשין
¹⁰⁹ שם, בפסקה 58 לפסק דינו של השופט חשין

159. אם כן, מתן תמריצים כספיים לעמוד בחובותיהן על פי חוק ולקצר את זמני ההמתנה לטיפול נפשי באמצעות "מענק חסד" על דרך של מבחני תמיכה, מנוגד לחוק ולפסיקה. זאת ועוד: מבחני התמיכה עלולים להוביל להגדלת הקשיים התקציביים של הקופות. היטיבה לתאר זאת קופות חולים מאוחדת בתגובתה לעתירה:

"מאוחדת אינה סבורה כי מבחני התמיכה הם בבחינת פתרון מוצלח לבעיה, ולא רק משום שהתמריצים הכספיים שנכללים בהם אינם מכסים את הפערים הקיימים בתחום. **מדובר בפתרון חלקי מאוד, שצפוי להזרים כספים נוספים לקופות החולים לפרק זמן קצר, ויותר אופן להתמודד עם מצוקה תקציבית הולכת וגוברת בתום תקופה התמיכה**, שעה שיצטרכו לממן בעצמן את השירותים הנוספים אותם יפתחו, בעיקר את כוח האדם המקצועי והאיכותי שיגוייס, ושאותו יהיה צורך להשאיר במערכת לאורך זמן. **לא ניתן לעשות כן על סמך תקציבים התלויים במבחני תמיכה שאין ודאות בצידם ובמשך הזמן שבו יינתנו. הפתרון הנחוץ לבעיית זמני ההמתנה לטיפול בתחום בריאות הנפש הוא, אם כן, תוספת תקציבית קבועה (בבסיס התקציב)**" [ההדגשה במקור – ש.א.ח.].¹¹⁰

160. כלומר, מבחן התמיכה, בשל התקציב הדל שהוא מעמיד לרשות קופות החולים, לצד אי הוודאות באשר להימשכותו, עלול לגרום לקופות להיקלע לקשיים כלכליים גדולים יותר. לא מן הנמנע, כי קופות החולים לא יצליחו להוסיף את המשאבים הנדרשים – ושוב נגלה, כי האוכלוסיות המוחלשות ביותר, הזקוקות לטיפול נפשי ואינם יכולות לממנו באופן פרטי – לא יקבלו את הטיפול לו הן זכאיות וזקוקות.

סיכום עמדת המבקשים:

161. המבקשים מצטרפים לסעד המבוקש על ידי העותרים בעתירה, והוא קביעת סטנדרטים מחייבים לזמני המתנה, מרחק סביר ואיכות הטיפול, לצד ניטור ודיווח על זמני המתנה לטיפול נפשי, תוך קביעת סדרי עדיפויות ברורים לקיצור משכי ההמתנה בהתאם למקומות בהם קיימת דחיפות גדולה במיוחד ותוך תוספת תקציבית הדרושה לכך, ובמסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. זאת בדומה לסטנדרטים למתן שירותי בריאות הנקובים בנהלים דומים, ואשר מתווים סטנדרטים אחידים של זמן, מרחק ואיכות לקבלת שירותים ובהם שירותי בריאות השן ושירותים בהתפתחות הילד.¹¹¹ כאמור לעיל, גם המועצה לבריאות שהינה גוף סטטוטורי שתפקידו ליעץ למשרד הבריאות המליצה על קביעת סטנדרטים מחייבים (נספח 3) כמו גם מבקר המדינה והמועצה לבריאות הנפש. כל פתרון אחר פוגע בכוונתיהם של אנשים שזקוקים לטיפול נפשי.

162. עמדתו המקצועית של המשיב 2 באשר לשאלה מהו זמן ההמתנה הסביר לטיפול נפשי באה לידי ביטוי בטיוטת חוזר המנכ"ל (נספח 4). זאת, כאמור בהסתמך על סטנדרטים מקובלים במקומות אחרים בעולם ועל מחקרים המצביעים על השפעת משכי ההמתנה על מצוקת הזקוקים לטיפול ועל

¹¹⁰ בפסקה 27 לתגובה מקדמית מטעם קופת חולים מאוחדת לעתירה מיום 14.4.22

¹¹¹ חוזר מנכ"ל 12/10, [שירותי רפואת השיניים לילדים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי- קווים מנחים לקביעת סטנדרט השירות](#), מיום 12.9.10; חוזר חטיבת הרפואה, 12/2021, [מתן השירותים בתחום התפתחות הילד על ידי קופות החולים](#), מיום 24.10.21.

יעילות הטיפול. על אף שהחוזר לא הפך לנוהל מחייב בשל התנגדויות שונות, הוא משקף את משכי ההמתנה הסבירים לאבחון ולטיפול פסיכותרפי, לדעתו המקצועית של המשיב 2.

163. כאמור לעיל, המשיב 2 החליט לבחור בדרך של מבחני תמיכה על פני סטנדרטים מחייבים לשם טיפול במצוקת תורי המתנה. כך או כך, ככל שהמשיב 2 בוחר בדרך שונה מפרסום נוהל המחייב עמידה באמות מידה מסויימות למשכי המתנה מירביים לטיפול נפשי לפתרון מצוקת תורי ההמתנה הממושכים, דרך זו צריכה להביא לתוצאה הדרושה – משכי המתנה סבירים, כמתחייב מחוק ביטוח בריאות ממלכתי. כפי שהומחש לעיל, מבחני התמיכה לא יובילו לתוצאה הצפויה.

164. לעמדת המבקשים, על מנת לפתור את מצוקת התורים בצורה משמעותית, על המשיבים 1 ו-2 לקבוע נוהל מחייב לקופות החולים הקובע את משך זמן ההמתנה המרבי לטיפול נפשי, ותחולה הדרגתית, על בסיס טיטוט חוזר המנכ"ל שפרסם המשיב 2 בנושא "משך המתנה מרבי לאבחון ולתחילת טיפול פסיכותרפי בתחום בריאות הנפש בקהילה" (נספח 4). זאת, לצד הגדלת תקציב עלות הסל של קופות החולים על מנת לאפשר להן לעמוד בסטנדרטים שייקבעו.

165. ככל שהמשיבים בוחרים להמשיך לפעול לקיצור תורי ההמתנה בדרך של מבחני תמיכה, עליהם להיות ממוקדים ומבוססי-נתונים, כדי שיביאו לקיצור תורי המתנה באזורים גאוגרפיים בהם המצוקה היא החריפה ביותר ולגבי אוכלוסיות שלהן הצורך הדחוף ביותר. לא ניתן להמשיך עם מבחני התמיכה הנוכחים ללא שננקטים הצעדים הבאים:

א. קביעת מתודה ברורה למדידת זמני המתנה. תנאי הכרחי למדידה אפקטיבית הוא יצירת מתודולוגיה ושפה אחידה של רישום דיגיטלי ודיווח. אלה צריכים לכלול תיעוד של מועד הפנייה הראשון של המטופל לקבלת טיפול (פניה יזומה או הפנייתו), משך ההמתנה עד לאינטייק ומשך ההמתנה עד לתחילת הטיפול.

ב. איסוף נתונים בנוגע למשכי ההמתנה הקיימים כיום בקופות החולים השונות, בחלוקה לפי מאפיינים שייקבעו, לרבות לפי אזורים גאוגרפיים וסוגים שונים של אוכלוסיות (כגון: ילדים, ערבים, חרדים); פרסום הנתונים שיאספו כאמור לעיני הציבור בדומה לנעשה בתחומי בריאות אחרים. איסוף נתונים זה יאפשר ניטור מצב תורי ההמתנה לאורך זמן וכן הפקת מידע לגבי השפעת הפעולות אשר ינקטו על ידי משרד הבריאות וקופות החולים על משכי ההמתנה. מדידת המרחק בין מקום מגורי המטופל למוקד קבלת השירות תאפשר, למשל, מעקב אחר עמידה בתנאי זמן סביר בפילוחים שונים של אוכלוסיית המטופלים. לצורך כך כמובן יש לכלול בין הקריטריונים לקבלת התמיכה הצגת נתונים אודות משכי ההמתנה לטיפול נפשי בכל קופה על פי פילוחים שונים כבר בתכנית הפעולה שלה ולוחות זמנים לקיצורם, חובת מדידה סדירה של הנתונים, במערכות המחשוב של הקופות, ובהמשך דיווח הנתונים שנאספים מידי שנה למשרד הבריאות. בכל אחד מהשלבים יהיה על קופות החולים להראות שיפור במדדים והתקדמות בהשגת כל אחד מהיעדים המוגדרים ביחס לשנה הקודמת. על מנת לשמור על השפעתה של התמיכה לטווח ארוך, על משרד הבריאות להקפיד לעדכן את היעדים על פי הביצועים בשטח.

ג. הבטחת המשכיותם של מבחני התמיכה בעתיד ככל הנדרש עד להשגת היעד של קיצור משכי ההמתנה כך שאלו יהיו סבירים.

166. ללא שילוב של כלל הצעדים המפורטים לעיל, מבחני התמיכה לא יובילו לקיצור תורי ההמתנה במקומות בהם המצוקה היא המשמעותית ביותר ולא ניתן יהיה להבטיח כי בסופו של דבר תיפסק הפגיעה המתמשכת בזכותם של אנשים לבריאות ולשוויון, וכי זמן ההמתנה לקבלת טיפול נפשי, לכלל האנשים הזקוקים לטיפול זה, יהיה סביר, כמתחייב מחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

167. כל דרך שבה יבחרו המשיבים 1-2 לקצר את תורי ההמתנה לטיפולים נפשיים צריכה לבוא בהלימה להנחיות חוזר המשיב 2 בנושא "אמות מידה לקידום שוויון במערכת הבריאות".

168. לצד קביעת מנגנון לקיצור תורי ההמתנה לטיפולים נפשיים יש לקבוע אמות מידה ברורות לאיכות הטיפול בבריאות הנפש על מנת לוודא כי קיצור זמני ההמתנה לא יבוא על חשבון איכות הטיפול ומשכו.

סוף דבר:

169. מערכת בריאות הנפש בקהילה סובלת מהזנחה שיטתית וארוכת שנים, תוך פגיעה קשה בזכויות לבריאות, לשוויון ולכבוד של האנשים הפונים לקבל טיפול, ובסתירה לחקיקה ולפסיקה המעגנות את אחריות המדינה למתן שירותי בריאות ולקביעת אמות מידה באשר לאופן שבו יסופקו לציבור. מצוקת תורי ההמתנה לטיפול נפשי ידועה למשיבים מזה עשרות שנים אולם הם לא עשו די על מנת לפתרה.

170. בבקשה זו הובא לראשונה לפני בית המשפט הנכבד תשתית עובדתית ומשפטית שיש בה תרומה משמעותית וייחודית לבירור העתירה, ובראשה הטענה המבוססת כי גם כעת האופן בו בחרו המשיבים לפעול אינו צפוי להביא לפתרון הבעיה.

171. בשל כל אלה, ולאור ניסיונם ומומחיותם רבי השנים של הארגונים המבקשים, זיקתם ומעורבותם הקודמת בפתרון הסוגיה בעבר, ונוכח הפגיעה האנושה בזכויותיהם של האנשים שבשם המבקשים פועלים בשל זמני ההמתנה הממושכים לקבלת טיפול נפשי, מתבקש בית המשפט הנכבד לקבל בקשת הצטרפות זו.

15 למרץ 2023

עו"ד שרונה אליהו חי

ב"כ המבקשים