

בבית המשפט המבוים בהרצליה

בשבתו כבית המשפט העליון לערעורים

רע"א 2008/20

בפני הרכב השופטים :

כב' השופט נעם סולברג

ד"ר אורן אסמן

עו"ד מירה היבנר-הראל

אורלי אברהם

ע"י ב"כ קסם גמליאל

מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272

(להלן: "המבקשת")

-נגד-

1. היועץ המשפטי לממשלה
2. הפסיכיאטר המחוזי-מחוז מרכז
3. הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית-מחוז מרכז

כולם ע"י ב"כ ענבר סמו

מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272

(להלן: "המשיבים")

עיקרי טיעון מטעם המשיבים

הפסיכיאטר המחוזי מחוז מרכז והוועדה הפסיכיאטרית המחוזית מחוז מרכז (להלן: "המשיבים"), מתכבדים בזאת להגיש את תגובתם לבקשת רשות הערעור שהוגשה לבית משפט נכבד זה. בית המשפט הנכבד מתבקש להותיר על כנה את ההחלטה שהתקבלה בבית המשפט המחוזי, לפיה נדחה ערעורה של המבקשת, החלטה נכונה וצודקת בנסיבות העניין, לנוכח כל אחד מן הטעמים שיפורטו בכתב תשובה זה, וכן לאור בחינת משקלם המצטבר יחדיו.



ענבר סמו

ב"כ המשיבים

א. פתח דבר

1. בפתחם של דברים, יוער כבר כעת, כי לבית-המשפט הנכבד הוגשה תגובה מנומקת, אשר מפרטת את כל טענותיהם של המשיבים. משכך, עיקר טיעוני התשובה המובאים להלן, הם בבחינת "תמצית" החומר הכתוב ויש לקראם בצוותא עם האסמכתאות וכתב התשובה.
2. אשפוז כפוי פוגע אמנם בזכויות יסוד מסוימות של המאושפז, אך אם הוא נעשה למטרה ראויה, הוא **עונה** על דרישת החוק (**פרשת התנועה לאיכות השלטון**). המשיבים יטענו כי הוראת האשפוז אשר הוצאה על ידי המשיב 2 בעניינה של המבקשת נעשתה לשם תכלית ראויה. המשיב 2, שלו שיקול הדעת המקצועי בעניין, השתכנע מחומר הראיות שהונח לפניו, כי המבקשת נמצאת במצב פסיכוטי פעיל ומהווה מסוכנות לעצמה ולעובר, בכך הוא יישם את הוראות סעיף 9(א) לחוק תוך שהוא התבסס על חוות הדעת של הרופא המטפל במבקשת. לדעה זו הגיעה גם המשיבה 3.
3. המשיבים מבקשים להדגיש כי עניינה של המבקשת אינו מתמצה רק בה, שכן היא נושאת ברחמה עובר, וההחלטה הנדרשת שמשמעותה הפסקת ההיריון הינה בלתי הפיכה, וככזו מחייבת את שקילת מלוא השיקולים הרלוונטיים בכובד ראש, וזאת בשעה שספק אם המבקשת מבינה את השלכותיה.
4. אכן, יש לבחון את **מידתיות הפעולה**. כלל הוא שהחלטה שלטונית היא כדין רק אם האמצעי שנקט, לשם הגשמת התכלית היא במידה הראויה, ולא מעבר לנדרש. מבחן המידתיות מתרכז ביחס שבין התכלית לבין האמצעים להגשמתה, הוא בודק האם האמצעי שנקט לשם הגשמת התכלית הראויה עומדים ביחס ראוי למטרה שאותה מבקשים להגשים. לשם כך הוא מצריך קביעתם של שלושה מבחני משנה עקרוניים, אשר ידריכו את הרשות בהפעלת שיקול הדעת: מבחן הקשר הרציונלי, מבחן האמצעי שפגיעתו פחותה, ומבחן מידתיות במובן הצר (**פרשת בן-עטייה**).
5. הוראת האשפוז הכפוי שהוצאה בעניינה של המבקשת, אשר נועדה להשיג שיפור במצבה הנפשי של המבקשת, מקיימת יחס ראוי וסביר בין המטרה האמורה לבין הפגיעה בזכות החירות. עוד יוסיפו המשיבים ויטענו כי הפגיעה בחירותה של המבקשת הינה מידית, זאת בשים לב כי הוראת האשפוז הכפויה תקפה למשך ימים ספורים (סעיף 10(א) לחוק).
6. לטענת המשיבים, הונחה לפנייהם תשתית עובדתית מספקת לצורך הוצאת הוראת האשפוז. הרופא המטפל בבית החולים, אשר בחן את מצבה הנפשי של המבקשת, קבע כי היא שרויה במצב פסיכוטי וכי כושר שיפוטה לביקורת המציאות פגום. הבסיס לכך הוא כי המבקשת מעוניינת להפסיק את ההיריון בטענה כי העובר מכושף ובשל כך הוא הוא עלול להיוולד עם מום. כמו כן, נחשף הרופא המטפל לדיווח של בני משפחתה של המבקשת אשר מסרו לו מידע שממנו הוא הסיק על מסוכנותה של המבקשת. עוד טען הרופא המטפל, כי העובדה שהמבקשת מעוניינת לבצע הפסקת הריון, עומדת בסתירה מוחלטת להתנהגותה, לאחר שביצעה טיפולי הפריה רבים, מחזקת את קיומו של ההתקף הפסיכוטי. הוראת האשפוז שהוצאה תחת ידו משיב 2, נסמכת על הערכות עדכניות אודות מצבה הפסיכוטי הפעיל של המבקשת, והן על גילויים חיצוניים של התנהגותה. בכך, ההחלטה הלמה את עמדת בית החולים בו אושפזה

המבקשת, אשר התרשם כי לא חל שיפור של ממש במצבה של המבקשת במהלך אשפוז, וכי היא ממשיכה לחוות את המחשבות הפסיכוטיות שהובילו לאשפוז מלכתחילה.

7. המשיבים דוחים את טענת המבקשת כי דחיית הוועדה השנייה להפסקת הריון את בקשתה נובעת מפאת חלוף הזמן ובשל השלב בו מצוי עובר. בית החולים הפנה את המבקשת לוועדה השנייה להפסקת הריון, אשר לה הסמכות לדון בבקשות להפסקת הריון בשלב החיות. בדחיית הבקשה ציינה הוועדה כי אין לאפשר למבקשת לבצע הפסקת הריון, זאת **נוכח מצבה הנפשי**. רוצה לומר, במקרה זה סברה הוועדה השנייה, שמצבה הנפשי של המבקשת לא מתיר לה לקבל החלטה על הפסקת ההריון. דעת המלומדים בוועדה זו תואמת את דעתם המקצועית של המשיבים. ענינו רואות שמתוך רשימה לא מבוטלת של ארבעה גורמים: הרופא המטפל, הפסיכיאטר המחוזי, הוועדה הפסיכיאטרית, וועדה להפסקת הריון בשלב החיות, מצאו כולם שהמבקשת איננה יכולה לקבל החלטה מושכלת בשל מצבה הנפשי. ארבעה גורמים אלה הם רוב מוחץ לעומת הוועדה הראשונה, ואליהם הצטרף גם בית משפט קמא שנתן אישור להחלטות המשיבים.

8. עוד יוסיפו המשיבים לטעון, כי אין להשליך ממתן הסכמתה של המבקשת להתאשפז מרצון על יכולת שיפוטה לבקשת הפסקת ההיריון (חוזר מנכ"ל 51.002). על אף שמדובר במבקשת השרויה במצב פסיכוטי, יש לשמור ככל הניתן על הליך של הסכמה מדעת. וישנם עניינים או זמנים בהם כושר שיפוטם של הלוקים בנפשם תקין, ובעניינים או זמנים אחרים הם אינם מסוגלים לחשוב ולהתנהג בדרך שקולה ורציונלית. החלטתה של המבקשת נבעה מהאמונה כי העובר מכושף ומתוך כך הוא עלול להיוולד עם מום. החלטה זו של המבקשת להפסיק את הריונה אינה נבחנה בדרך רציונלית. עוד יטענו המשיבים כי כשירותה של המבקשת תיבדק ביחס לכל טיפול וטיפול.

9. בבואה של המשיבה 3 להעריך את מסוכנותו של מטופל רשאית היא להסתמך על מכלול הנתונים, בשים לב לעברו, לתהליך הטיפול ולתוצאותיו, ולגורמי הסיכון המלווים אותו אף היום ובמיוחד במצב בו ישוחרר מאשפוז, כן עמדת הרופאים המטפלים. (רע"א 9716/10 **פלוגי נ' היועץ המשפטי לממשלה**). בהערכת מסוכנותה של המבקשת הסתמכה המשיבה 3 על מצבה הנוכחי של המבקשת כפי שנשקף מגילויים חיצוניים של התנהגותה ומטיעוניה בעת הדיון בערר, וכפי שנשקף בעמדת הרופא המטפל וכן עמדתו של משיב 2. עמדות אלה היו מנומקות דיו באופן שאפשר למשיבה 3 להתרשם כי המבקשת שרויה במצב פסיכוטי ומהווה מסוכנות לעצמה ולעובר.

10. בהקשר זה, משיבה 3 דוחה את טענת המבקשת לפיה רקע אשפוזיה הקודמים של המבקשת עומדים כשלעצמם כשיקול מכריע בהחלטת האשפוז, ותיטען כי אלה שיקולים המתווספים למכלול השיקולים בעניינה של המבקשת, וראוי שיילקחו בתשומת לב מיוחדת, שכן מדובר בדפוס חוזר של אשפוזים פסיכיאטריים (רע"א 9716/10 **פלוגי נ' היועץ המשפטי לממשלה**).

11. כן יטענו המשיבים כי אין דרישה בדין שתנבע מן המחלה אפשרות להתנהגות הגוררת אסון כטענת המבקשת (ע"ש (ת"א) 1186/08 **פלוגי נ' הפסיכיאטר המחוזי ת"א**). הוכחת המסוכנות של המבקשת מכח הוראות סעיף 6(א)(2) מעידה כי המחוקק ראה לנכון להצדיק אשפוז במצב בו קיימת רק האפשרות למצב של סכנה מצד החולה.

ב. עיקרי העובדות הדרושות לעניין

12. המבקשת, צעירה בת 30, עם רקע באשפוזים פסיכיאטריים קודמים, לאחר שעברה טיפולי הפריה רבים בשל רצונה להיות אם, הצליחה להיכנס להריון. כשהייתה בשבוע העשירי להריונה, ביקשה המבקשת להפסיק את ההריון וזאת בנימוק שהאחות שביצעה בה את ההפריה, כישפה את העובר, ולטענתה הוא עשוי להיוולד עם מום בלתי הפיך.
13. בעקבות פניית בני משפחתה לגורמים רפואיים בחשש כי המבקשת תפגע בעובר לאור מצבה הנפשי של המבקשת, החליט משיב 2 על אשפוז של המבקשת בכפייה, מכוח סמכותו בסעיף 9(א) לחוק.
14. המבקשת הגישה ערר על החלטת משיב 2. המשיבה 3 המשתמשת כערכאת ערעור מכוח סמכותה לפי סעיף 12(א) לחוק, דנה בערר ואישרה את האשפוז. בקובעה כי קיים סיכון גבוה לפגיעה בעובר, זאת נוכח מחלת הנפש ממנה סובלת המבקשת.
15. על החלטת המשיבה 3 הגישה המבקשת ערעור לבית המשפט המחוזי, אשר נדחה. בית המשפט קמא קבע, כי אכן קיים קשר בין המסוכנות של המבקשת לבין מחלת הנפש ממנה היא סובלת.
16. במהלך אשפוז ביקשה המבקשת להופיע בפני וועדה להפסקת הריון לצורך ביצוע הפסקת הריון (סעיף 35(ד) לחוק). הרופא המטפל קבע כי המבקשת נמצאת במצב פסיכוטי ועל כן היא אינה מבינה את משמעות בקשתה, ולכן דחה את בקשתה (סעיף 35(ט) לחוק). בנימוקו ציין כי, בקשתה להפסקת ההריון, מנוגדת למאמציה הרבים להיכנס להריון, ומחדדת את אבחנתו בדבר ההתקף הפסיכוטי שבו מצויה המבקשת.
17. בהמשך, ומשחל שיפור במצבה, נשלחה המבקשת מטעם בית החולים לוועדה להפסקת הריון, אשר אישרה את בקשתה. ואולם, לאחר אישור הוועדה, סבר הרופא המטפל מטעם בית החולים כי המבקשת עדיין במצב פסיכוטי, ולכן אינה יכולה להביע הסכמה מדעת להפסקת ההריון כנדרש, ועל כן דחה את בקשתה.
18. המבקשת הסכימה להמשך אשפוז מרצון למשך כחודש בהתאם לסעיף 4(א) לחוק, על מנת לאפשר להתקף הפסיכוטי לחלוף בטרם תבצע את שאושר לה בוועדה להפסקת הריון. עם שיפור במצבה של המבקשת, ביקשה לבצע את הפעולה. אך בשל העובדה כי היא הגיעה לשבוע 24 להריונה, נדרש כעת לקבל את אישורה של וועדה להפסקת הריון בשלב החיות (להלן: "הוועדה השנייה").
19. הוועדה להפסקת הריון אשר דנה בבקשת המבקשת, התרשמה שאין לאפשר למבקשת להפסיק את ההריון זאת בשל מצבה הנפשי. כעת ביקשה להשתחרר מאשפוז שניתן מרצון, אך בשל מצבה הנפשי המעורער, כפי שמצאו גם חברי הוועדה השנייה, פעל מנהל בית החולים מכח סמכותו, וקבע כי מתקיימים התנאים לאשפוז כפוי כאמור בסעיף 9(א) לחוק, על כן פעל משיב 2 להוציא הוראת אשפוז למבקשת (סעיף 4(ד) לחוק).
20. המבקשת הגישה ערר על החלטת משיב 2, מכוח סעיף 12(א) לחוק, ופנתה למשיבה 3, שבחנה את טיעוניה ודחתה את הערר מכוח סמכותה כאמור בסעיף 12(ג) לחוק, בקובעה כי המבקשת מסוכנת לעצמה ולעובר. על החלטת הוועדה כאמור לעיל, הגישה המבקשת ערעור לבית המשפט המחוזי, אשר מכוח סמכותו כאמור בסעיף 29(א) לחוק, דחה את הערעור ובצדק, וקבע

שהמבקשת מהווה סכנה לעצמה ולעובר. על רקע החלטה זו של בית המשפט המחוזי הגישה המבקשת בקשת רשות הערעור.

21. המבקשת נבדקה על ידי מומחים שונים ובלתי תלויים. כל המומחים הללו בנפרד, הגיעו למסקנה כי בנסיבות המקרה בו הופיעה בפניהם המבקשת היא נמצאה מסוכנת לעצמה ולעובר, והדרך היעילה לטפל במבקשת הינה באמצעות אשפוז והגנה עליה מפני מצבה הנפשי.

ג. שמירה על זכויות היסוד של המבקשת

22. הוראות החוק לטיפול בחולי נפש מבטאים את השינויים שחלו בתחום הפסיכיאטריה, בתחום זכויות הפרט והמשפט. חקיקתו של החוק החדש בשנת 1991 סימנה העתקת משקל משמעותית לתכליות שעניינן זכויות המאושפז וחירויותיו.

23. למבקשת נתונות החירות והאוטונומיה על גופה, עם זאת, זכויות אלה אינן מוחלטות, ניתן לפגוע בחירותו של חולה הנפש לשם הגנה עליו, לטיפול בו, או להגנה על שלום הציבור, כחלק מצורך ובמידתיות (**פרשת וילנצ'יק**).

24. הפגיעה בזכויותיה של המבקשת נעשתה באופן מידתי, תוך איזון בין המטרה, הרצון להביא לאיון המסוכנות ולשיפור במצבה הנפשי מחד, לבין שמירה על זכויותיה של המבקשת. זאת, לאורם של שלושה מבחני משנה: מבחן האמצעי המתאים בין הקשר למטרה, מבחן האמצעי שפגיעתו פחותה, ומבחן קיומו של יחס ראוי בין התועלת לבין המטרה (**פרשת יונס**).

25. בבחינת התקיימות **הקשר הרציונאלי** בין האמצעי הנבחר לבין המטרה, יטענו המשיבים כי הוראת האשפוז שהוצאה בעניינה של המבקשת נועדה להשיג שיפור במצבה הפסיכוכטי הפעיל. אשפוז כפוי מביא במקרים רבים להטבה במצב המחלה, תוך הפחתה של עוצמת הפגיעה בכושר שיפוטו לביקורת המציאות של החולה, עד כי ניתן יהיה להחזירו למסלול חיים מחוץ למסגרת של אשפוז (ע"ו 34339-04-19 **פלוני נ' מרכז לבריאות הנפש שער מנשה**).

26. לטענת המשיבים, המסוכנות המיידית כהגדרתה בסעיף 6(2) לחוק, הנשקפת מהמבקשת מצריך את אשפוז הכפוי על מנת להגן עלייה ועל העובר שהיא נושאת ברחמה. בית המשפט הנכבד פסק, כי במצב בו החולה מסכן את עצמו או זולתו, טובת החולה מחייבת פעולה מהירה של הפסיכיאטר, שיקול זה דוחה מפניו אפילו זכות בסיסית כחירות הפרט (**פרשת ירמלוביץ**).

27. באשר **למבחן האמצעי שפגיעתו פחותה**, יטענו המשיבים כי נבחנו חלופות שונות בטרם הוצא צו אשפוז בעניינה של המבקשת. עם זאת, אין בחלופות שנבחנו להשיג את התכלית שלשמה נועדה האשפוז, שיפור ממשי במצבה של המבקשת. טיפול מרפאתי כפוי דרש שיתוף פעולה מצד המטופל והמבקשת נעדרת כל תובנה למצבה. על כן, אשפוז הכפוי היה האמצעי שפגיעתו פחותה בנסיבות העניין. חיזוק לכך הוא העובדה שכאשר ניתן היה, ביקשו המשיבים את אישורה של המבקשת לאשפוז ולא פעלו באופן אוטומטי בדרך של אשפוז בכפייה. בחינת המידתיות אין פירושה שאין מקום לאשפוז בכפייה, שיש בו, בנסיבות המתאימות, לא רק שלילה של חירות, אלא הגנה נדרשת על זכויות אחרות, וכלל זה, הזכות לחיים ולשלמות הגוף של המבקשת (רע"א 3527/13 **פלוני נ' היועץ המשפטי לממשלה**).

28. עוד יטענו המשיבים, כי הוראת האשפוז הכפוי שהוצאה בעניינה של המבקשת, שמטרתה כאמור לעיל השגת שיפור במצבה של המבקשת, **מקיימת יחס ראוי וסביר** בין המטרה האמורה

לבין הפגיעה בזכות החירות. בעניין זה מבקשים המשיבים להוסיף שבמצב דברים אחר, אם המשיבים היו מאפשרים למבקשת לבצע את החלטת הוועדה הראשונה ולשים קץ להריונה, הנזק שעשוי היה להיגרם לה עם חלוף מצבה הפסיכוטי והתייצבות מצבה הנפשי, על איבוד העובר, גדול בהרבה.

29. בעניין אחר, הנוגע לזכות לשוויון, כבר מצא בית המשפט שלעיתים יש לנהוג בחוסר שוויון על מנת להשיג שוויון (**פרשת אליצור**). ניתוח זה של בית המשפט לעניין זכות השוויון יפה גם לעניין זכות החירות. ובעניינה של המבקשת יטענו המשיבים שלעיתים יש מקום לפגיעה מסוימת וקצובה בזמן של חירותה למען השגת חירותה ועצמאותה. בכך, האשפוז הכפוי יש בו תועלות ששיגו בעבור המבקשת הגשמה של זכויות נוספות בתום תקופת האשפוז, לא רק חירותה, עצמאותה אלא גם חייה, בריאותה וכבודתה.

ד. חובת הנמקה והתבססות על תשתית עובדתית

30. המשיבים ידגישו כי עומדת להם חזקת תקינות המנהל, לפיה החזקה היא שהם פעלו בתום לב ומילאו את תפקידם בסמכות וכדין. המבקשת לא הצליחה להוכיח היעדר הנמקה ובחינה של מצבה הנפשי.

31. המשיבים אספו נתונים השייכים לעניין, אמינים, רלוונטיים ומהותיים. באיסוף הנתונים המשיבים שקלו רק את השיקולים השייכים לעניין, וכן התשתית העובדתית שעמדה לפנייה הייתה מוצקה במידה מספקת כדי לתמוך בהחלטתם (**פרשת יורונט**).

32. המשיבים דוחים את טענת המבקשת כי לא נעשתה כל בדיקה בעניינה. הרופא המטפל בדק את מצבה הנפשי של המבקשת וקבע כי המבקשת מצויה במצב פסיכוטי המצריך את אשפוז. בהתאם לסעיף 1 לחוק, הבדיקה הפסיכיאטרית יכול שתיעשה על-ידי הפסיכיאטר המחוזי או מי מטעמו. כמו כן, משיבה 3 בחנה את מצבה הנפשי של המבקשת בעת הדיון בערר, בחנה סימנים וסימפטומים של מחלת נפש, רצף דיבורה של המבקשת, טענותיה ואת שפת גופה (פרקים נבחרים בפסיכיאטריה).

33. משיבה 3 תוסיף לטעון כי היא אינה נדרשת לבצע בדיקה פיזית למבקשת (סעיף 26(ב) לחוק). בנסיבות המקרה דנן, די היה להתרשם מטיעוניה של המבקשת בעצמה בנוגע למצבה ולמצב העובר כדי להכריע כי המבקשת שרויה במצב פסיכוטי ואינה מודעת למצבה, וכי מסוכנותה לעצמה ולעובר גבוהה.

34. כמו כן, אין המשיבה 3 מחויבת לשמוע את בני משפחתה של המבקשת במסגרת תהליך קבלת ההחלטה, הסמכות לזמן עדים היא סמכות שברשות. שכן תמונת המצב הכוללת לגבי מצבה הנפשי של המבקשת התבססה היטב עד החלטת המשיבה 2 בעניינה (סעיף 9(א)(1) לחוק ועדות חקירה; ע"ו 19-11-62900 **פלוגית נ' מרכז בריאות הנפש מזרע**).

35. המשיבים יטענו כי החלטת הוועדה הראשונה להפסקת היריון אשר קבעה כי יש רמסיה במצבה של המבקשת, אין בה כדי לאיין את מסוכנותה של המבקשת בבדיקות אחרות. העובדה שמצבה של המבקשת השתפר מהווה אמנם נתון חשוב בבחינת מסוכנותה, אך אינה בהכרח נתון מכריע (רע"א 9716/10 **פלוני נ' היועץ המשפטי לממשלה**). שחרור המבקשת בטרם הושלם טיפולה עלול לדרדר את מצבה ולהחזיר את רמת הסיכון אל הרמה הגבוהה (ע"ש (ת"א) 1186/08).

36. המשיבים קיימו את דרישת חובת ההנמקה. הערכתם למסוכנות גבוהה אצל המבקשת, לה ולעוברה, מבוססת ומנומקת. המשיבה 3 בחנה את הוראת האשפוז שהוצאה בעניינה של המבקשת ונסמכה על עובדות ספציפיות ונתונים קונקרטיים, המשיבה פירטה את העובדות שלדעתה מבססות את המסקנה לפיה המבקשת מהווה סכנה לעצמה ולעובר.

37. המשיבה 3 תבקש להזכיר כי לפי סעיף 42(א) לתקנות טיפול בחולי נפש, רשאית המבקשת להזמין לדיון בעניינה עדים, לרבות מומחים רפואיים. ככל שהמבקשת התנגדה להחלטה בעניינה, היה עליה לכל הפחות להציג חוות דעת נגדית של מומחה מטעמה במועד הדיון בעניינה, דבר אשר לא נעשה מצידה, דבר המעיד על קבלתה את סמכותה המקצועית של הוועדה.

ה. שיקול דעתם של המשיבים

38. בבחינת שיקול הדעת של מקבלי ההחלטות בעניינה של המבקשת יטענו המשיבים, כי העובדה שהמחוקק העמיד בפני המבקשת את האפשרות להגיש ערר על החלטת משיב 2 בפני משיבה 3, מחזקת את כלל עצמאות שיקול הדעת של המשיבים. כלל זה עליו עומדת המבקשת בכתב הטענות, החל ב**בג"ץ מיכלין**. אך מתעלמת המבקשת מהעובדה שבמהלך השנים מצאו בתי המשפט מקום לסטות מהלכה זו.

39. כך, בין היתר, מצא בג"ץ שקיימת אפשרות לגורם המינהלי המוסמך להיוועץ בגורמים חיצוניים (**פרשת בוקבזה**). שם מצא בית המשפט שאין כל פגם שגורם מינהלי אחד מתייעץ או מסתמך על דעתו של אחר ואף שמדובר בתיאום עמדות. על זה הוסיף בית המשפט באותו עניין שהיוועצות זו נדרשת ואף הכרחית במקרים מסוימים. אמנם שיקול דעתה של משיבה 3 הוא שלה בלבד, אך אין פגם בכך שמשיבה 3 הסתמכה על חוות דעתו של משיב 2. וראו גם בעניין של הסתייעות במומחים, בבג"ץ 678/88 **כפר ורדים נ' שר האוצר**, פ"ד מג(2) 501 (1989)). דחה כב' השופט אור את הטענה שהסתייעות במומחה אחר היא בבחינת פגם בהליך המינהלי ובשיקול הדעת. יפים דבריו:

"כשפועלת רשות מינהלית בתחום סמכותה, ועליה להפעיל את שיקול-דעתה, עליה להפעיל שיקול-דעת עצמאי משלה, והדברים ידועים. ואולם אין כל פסול בכך, שלצורך הפעלת שיקול-דעתה ... תסתייע הרשות באינפורמציה ובחוות-דעת של מומחים בדבר, אשר... הקריטריונים הראויים לבחינתו וקביעתו נהירים להם" (שם, בפס' 6).

דברים אלה נכונים גם לעניינינו. לטענת המשיבים, כששניהם גורמים בעלי מומחיות, אין כל פסול בכך שמשיבה 3 תסתייע באינפורמציה ובחוות דעת של משיב 2 ורופא בית החולים, שניהם בעלי מומחיות. להיפך, יש בחוות דעתם שניתנה לאחר התבוננות ארוכה במבקשת, כדי להאיר בפני משיבה 3 את התשתית העובדתית הרלוונטית לבקשתה.

40. המבקשת אף טוענת כנגד משיבה 3 שלא אספה לבד את המידע אודות המבקשת, באופן שלא ערכה לה בדיקה מקיפה באופן עצמאי. והנה גם בעניין זה מצא בית המשפט שאין כל מניעה שגורם מוסמך ייעזר בגורמים אחרים חיצוניים באסיפת עובדות שיהוו את התשתית להחלטה שייקבל, להיפך מדובר בפרקטיקה מקובלת (ע"ב 2/84 **ניימן נ' יו"ר ועדת הבחירות**, פ"ד לט(2)

225, 254 (1985)). גם בעניינינו לטענת משיבה 3 לא נפל פגם בהפעלת שיקול דעתה כשלא הובאו בפניה הראיות באופן ישיר אלא הוצגו באופן עקיף ובהתבסס על חוות דעת של גורמים בעלי מומחיות אחרים.

41. המשיבים יוסיפו לטעון כי החלטותיהם היו סבירות בנסיבות העניין. בין היתר נבחנו חלופות שונות בעניינה, אך לא היה בחלופות אלה כדי להתאים למבקשת, זאת נוכח מצבה הפסיכוי של המבקשת אשר פוגם ביכולתה לבקר את המציאות. בית המשפט הנכבד קבע, כי ככל שהוועדה הפסיכיאטרית סבורה כי לא ניתן למנוע את המסוכנות של המטופל בלא לאשפוז אשפוז כפוי, הרי שרק במצבים חריגים יתערב בכך בית המשפט (רע"א 2967/16 פלוני נ' הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית).

42. משיבה 3 היא וועדה מקצועית, אשר ממונה בידי שר הבריאות ומורכבת משלושה חברי וועדה: משפטן בדרגת סמכות שופט בית משפט שלום המכהן כיושב ראש הוועדה; פסיכיאטר מומחה משירות המדינה; ופסיכיאטר מומחה שאינו משירות המדינה (סעיף 24 לחוק). האבחון הפסיכיאטרי דורש במקרים רבים שילוב של ידע רפואי נרחב ועדכני עם ניסיון מעשי עשיר ומגוון.

43. הרכבה הייחודי של חברי הוועדה הפסיכיאטרית נועד להביא לכך שהחלטותיה יסמכו על ממצאים רפואיים המבוססים על מסקנותיהם של גורמים רפואיים-פסיכיאטריים המחזיקים במומחיות הדרושה לצורך גיבוש מסקנות בדבר מצבו של מטופל (רע"א 8000/07).

44. למשיבה 3 קיים מתחם סבירות, ומתוך כך טווח של החלטות שונות שהיא רשאית לקבל (**פרשת מכבי**). ההחלטה שניתנה בעניינה של המבקשת לא חרגה ממתחם סבירות זה. המשיבים יטענו כי מדובר בהחלטה טיפולית מקצועית נכונה, אשר נעשתה במטרה להבטיח רצף טיפולי למבקשת.

ו. התערבות בהחלטות המשיבים

45. בזיהירות המתבקשת המשיבים מפנים את בית המשפט הנכבד לכך שעל פי ההלכה המקובלת, ובייחוד כאשר מדובר ברשות מומחית או מקצועית, מצא בית המשפט במקרים אחרים, שיש מקום לפעול בריסון בהתערבות בשיקול דעתה של הרשות המנהלית (**פרשת חכם**; **פרשת ארגון גמלאי מבטחים**). ריסון שיפוטי זה לדעת בית המשפט, מודגש אף יותר בהקשר הספציפי של הוועדות הפסיכיאטריות. נקבע כי, ככל שמדובר בהחלטות שעניינן במומחיות רפואית, הביקורת השיפוטית היא מסויגת ומרוסנת (רע"א 8000/07; רע"א 1704/12 פלוני נ' הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית).

46. המשיבים מבקשים להדגיש כי אינם מקלים ראש באף מטופל ובאף החלטה מסוג זו הניתנה בעניינה של המבקשת. למעלה מן הצורך, יוסיפו ויטענו כי אף במקרים בהם נפלו פגמים בהליכים של וועדה פסיכיאטרית, בית המשפט הנכבד הכשיר החלטות שניתנו על ידה, בקביעתו כי פגמים אלו אינם מצדיקים את שינוי ההחלטה.

ז. סוף דבר

47. המבקשת לא הרימה את נטל ההוכחה המוטל עליה, כל שעשתה הוא לטעון בעלמא כי החלטות המשיבים אינן סבירות ללא כל תימוכין לטענתה.

48. המשיבים יטענו כי דין הבקשה להידחות. אשפוזה של המבקשת נעשה בהתאם להוראות החוק והתקנות, ולאור קיומם של התנאים המצטברים הקבועים בסעיף 9(א) לחוק.

49. לצורך אשפוז המבקשת, הוכחה קיומה של מחלת נפש, מסוכנות מיידית, וקשר סיבתי ביניהם, אשר הצדיקו את אשפוזה של המבקשת על פי הדין, וזאת באבחון שבוצע על ידי מספר גורמי מקצוע בלתי תלויים, אשר הגיעו כל אחד בנפרד לקביעה, כי המבקשת שרויה במצב פסיכופי פעיל ונשקפת ממנה מסוכנות מיידית לעצמה ולעובר, וכן על ידי ערכאה שיפוטית בהמשך, שהותירה אף היא את החלטות המשיבים על כנן. המשיבים מבקשים להדגיש בפני בית משפט נכבד זה, כי זכויותיה של המבקשת נשמרו, שיקול הדעת שהופעל היה סביר בנסיבות העניין וההחלטות בעניינה מידתיות.

50. בשולי הדברים ראוי לציין את הפן החיובי שבכפיית האשפוז על חולה הנפש, המסגרת המוגנת, הטיפול אותו הוא מקבל, ועבודתם המסורה של הרופאים הפסיכיאטרים בבתי החולים לחולי נפש, כל אלה אינם זוכים, ככלל, להדגשה ולהערכה ראויה.

51. אשר על כן, ומכל הטעמים שפורטו לעיל, בית המשפט הנכבד מתבקש לדחות את בקשת הערעור של המבקשת ולהותיר את החלטת בית המשפט המחוזי על כנה.



ענבר סמו

ב"כ המשיבים

רשימת אסמכתאות ומקורות –

רע"א 2008/20 אורלי אברהם נ' היועץ המשפטי לממשלה

חקיקה

1. חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, ס"ח 1391.
2. החוק לתיקון סדרי המינהל (החלטות והנמקות), תשי"ט-1958.
3. חוק ועדות חקירה, תשכ"ט-1968.
4. חוק העונשין, התשל"ז-1977.
5. חוק לטיפול בחולי נפש, תשנ"א-1991.
6. חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.

חקיקת משנה

7. תקנות העונשין (הפסקת היריון), התשל"ח-1978.
8. תקנות טיפול בחולי נפש, תשנ"ב-1992.

הצעות חוק

9. דברי ההסבר להצעת חוק לטיפול בחולי נפש, התש"ן-1990, ה"ח 239.

פסיקה

10. בג"ץ 70/50 מיכלין נ' שר הבריאות, פ"ד ד' 319 (1950).
11. בג"ץ 296/80 בוקובזה נ' מדינת ישראל, פ"ד לה (1) 492 (1980).
12. בג"ץ 389/80 דפי זהב בע"מ נ' רשות השידור, פ"ד לה (1) 421 (1980).
13. בג"ץ 734/80 חכם נ' מנכ"ל משרד הבריאות, פ"ד לה (4) 690 (1981).
14. בג"ץ 720/82 אליצור אגוד ספורטיבי דתי סניף נהריה נ' עיריית נהריה, פ"ד לז (3) 017 (1983).
15. בג"ץ 528/88 אליעזר אביטן נ' מינהל מקרקעי ישראל, פ"ד מג (4) 297 (1989).
16. בג"ץ 678/88 כפר ורדים נ' שר האוצר, פ"ד מג (2) 501 (1989).
17. בג"ץ 987/94 יורונט קווי זהב (1992) בע"מ נ' שרת התקשורת, פ"ד מח (5) 412 (1994).
18. בג"ץ 3477/95 ישראל בן-עטייה נ' שר החינוך, התרבות והספורט, פ"ד מט (5) 001 (1996).
19. בג"ץ 1715/97 לשכת מנהלי ההשקעות בישראל נ' שר האוצר, פ"ד נא (4) 367 (1997).
20. בג"ץ 5016/96 ליאור חורב נ' שר התחבורה, פ"ד נא (4) 1 (1997).
21. בג"ץ 2159/97 מועצה אזורית חוף אשקלון נ' שר הפנים, פ"ד נב (1) 75 (1998).
22. בג"ץ 6924/98 האגודה לזכויות האזרח בישראל נ' ממשלת ישראל, פ"ד נה (5) 15 (2001).
23. בג"ץ 4769/95 רון מנחם נ' שר התחבורה, פ"ד נז (1) 235 (2002).
24. בג"ץ 6427/02 התנועה לאיכות השלטון בישראל נ' הכנסת, פ"ד סא (1) 619 (2006).
25. בג"ץ 7611/01 מכבי מגן אגודה שיתופית לביטוח הדדי נגד מחלות בע"מ נ' שר האוצר (פורסם בנבו, 20.08.2006).

26. בג"ץ 7052/03 עדאלה המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי בישראל נ' שר הפנים, פ"ד סא(2) 202 (2006).
27. בג"ץ 5853/07 אמונה תנועת האישה הדתית לאומית נ' ראש הממשלה, פ"ד סב(3) 445 (2007).
28. בג"ץ 5934/09 ארגון גמלאי מבטחים נ' ראש ממשלת ישראל (31.03.2011).
29. בג"ץ 10662/04 סלאח חסן נ' המוסד לביטוח לאומי, פ"ד סה(1) 782 (2012).
30. בג"ץ 5304/15 ההסתדרות הרפואית בישראל נ' כנסת ישראל (פורסם בנבו, 11.09.2016).
31. רע"א 5277/01 פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה (פורסם בנבו, 17.07.2001).
32. רע"א 291/99 ד.נ.ד. אספקת אבן ירושלים נ' מנהל מע"מ, פ"ד נח(4) 221 (2004).
33. רע"א 9716/10 פלוני נ' היועץ המשפטי לממשלה (פורסם בנבו, 12.01.2011).
34. רע"א 1704/12 פלוני נ' הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית (פורסם בנבו, 18.03.2012).
35. רע"א 8000/07 היועץ המשפטי לממשלה נ' פלוני (פורסם בנבו, 02.05.2012).
36. רע"א 3527/13 פלוני נ' היועץ המשפטי לממשלה (פורסם בנבו, 29.05.2013).
37. רע"א 2967/16 פלוני נ' הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית (פורסם בנבו, 14.04.2016).
38. רע"ב 6956/09 מאהר יונס נ' שירות בתי הסוהר (פורסם בנבו, 07.10.2010).
39. רע"פ 2111/93 יוסף אבנרי נ' מדינת ישראל, מח(5) 133 (1994).
40. רע"פ 2060/97 כרמלה וילנצ'יק נ' הפסיכיאטר המחוזי – תל אביב, פ"ד נב(1) 697 (1998).
41. ע"ב 2/84 ניימן נ' יו"ר ועדת הבחירות, פ"ד לט(2) 225 (1985).
42. ע"א 219/79 ד"ר זאב ירמלוביץ נ' משה חובב, פ"ד לה(3) 766 (1980).
43. ע"א 2781/93 מיאסה עלי דעקה נ' בית החולים "כרמל" חיפה, פ"ד נג(4) 526 (1999).
44. ע"א 10419/03 דור נ' רמת הדר – כפר שיתופי להתיישבות, פ"ד ס(2) 277, 297 (2005).
45. ע"א 3901/11 דוד מחקשווילי נ' רשות המיסים בישראל (פורסם בנבו, 07.08.2012).
46. ע"א 7476/09 פלוני נ' מדינת ישראל, משרד הבריאות (פורסם בנבו, 22.08.2012).
47. ע"פ 8653/10 פלונית נ' מדינת ישראל (פורסם בנבו, 28.07.2011).
48. ע"ו (ת"א) 9219-07-17 פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה (פורסם בתקדין, 30.07.2017).
49. ע"ו (חי) 34339-04-19 פלוני נ' מרכז לבריאות הנפש שער מנשה (פורסם בנבו, 07.05.2019).
50. ע"ו (חי) 62900-11-19 פלונית נ' מרכז בריאות הנפש מזרע (פורסם בתקדין, 3.12.2019).
51. ע"ש (י-ס) 81/92 פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה (פורסם בתקדין, 17.01.1993).
52. ע"ש (י-ס) 2061/03 פלוני נ' היועץ המשפטי לממשלה (פורסם בתקדין, 19.8.2003).
53. ע"ש (ת"א) 1186/08 פלוני נ' הפסיכיאטר המחוזי ת"א (פורסם בנבו, 05.11.2008).

דוחות וחוזרים רשמיים

54. דו"ח משרד הבריאות הפסקות היריון על פי החוק, שנים 1990-2018 (2019).
55. דו"ח משרד הבריאות מיטות אשפוז ועמדות ברישוי (2018).
56. חוזר שירותי רפואה משרד הבריאות 76/94 "ועדות על-אזוריות להפסקת היריון בהריונות מעל שבוע 23" (28.12.94).
57. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 23/07 "ועדות להפסקת היריון בשלב החיות" (19.12.2007).
58. הוראת נוהל של משרד הבריאות 51.003 "הבטחת רצף טיפול" (1.3.2016).
59. הוראת נוהל של משרד הבריאות 51.002 "נוהל קבלה ואשפוז בבית חולים" (1.1.2016).

פרוטוקולים

60. פרוטוקול ישיבה מס' 113 של ועדת העבודה והרווחה, הכנסת ה-12 (30.1.1990).

ספרים

61. אבנר אליצור, שמואל טיאנו, חנן מוניץ, מיכה נוימן **פרקים נבחרים בפסיכיאטריה** (מהדורה חמישית 2010).
62. אהרון ברק **מידתיות במשפט** (2010).
63. אמנון כרמי **בריאות ומשפט** (מהדורה שנייה, מוחמד ס. ותד עורך, 2013).
64. יצחק זמיר **הסמכות המינהלית** כרך א (מהדורה שנייה, 2011).
65. כרמל שלו **בריאות, משפט וזכויות האדם** (2003).

מאמרים

66. אורי אבירם, צביה אדמון, מימי אייזנשטדט, ארלין קנטור "מגמות שינוי ושימור בחקיקה בתחום בריאות הנפש בישראל: תהליך חקיקתו של החוק החדש לטיפול בחולי נפש" **משפטים** לא 145 (2000).
67. גבריאל הלוי "בחינה מודרנית של סייג אי-שפיות-הדעת בדיני העונשין לאור התפתחותה של הפסיכיאטריה הדינמית- מקטגוריזציה לפונקציונליות" **משפט רפואי וביו-אתיקה** 3, 11 (2010).
68. מרדכי (מוטי) מרק "מבט מבעד לעדשה של תורת המשפט הטיפולי על אשפוז פסיכיאטרי בכפייה בישראל" **קרית המשפט** ט 84 (2011).
69. נעם סולברג "על ערכים סובייקטיביים ושופטים אובייקטיביים" **השילוח** 18, 37 (2019).
70. שמואל וולפמן, טלי שקד "מחלות הנפש בחקיקה ובפסיקה במשפט האזרחי בהתאם להתפתחותה של הפסיכיאטריה הדינמית-מקטגוריזציה לפונקציונליות" **משפט רפואי וביו-אתיקה** 3, 44 (2010).
71. שמואל וולפמן, טלי שקד, מרדכי מרק "סמכויות שיפוטיות של ועדות פסיכיאטריות מחוזיות מכוח החוק לטיפול בחולי נפש" **עלי משפט** ט 597 (2011).

מקורות אחרים

72. אתר משרד הבריאות- משר הבריאות "אשפוז כפוי וטיפול כפוי בפסיכיאטריה- בוגרים" www.health.gov.il/Subjects/mental_health/treatment/Hospitalization/Pages/Involuntary.aspx
73. אירנה בינדר בכרך, איילת גרינבאום אריזון, ד"ר ענת עקה זוהר "סקר חווית המטופל במרכזים לבריאות הנפש – מדידה שנייה – 2017", אגף השירות, מינהל איכות שירות ובטחון, משרד הבריאות.
- www.health.gov.il/publicationsfiles/satisfaction-patients-hosp-mental2.pdf

בבית המשפט המבוים בהרצליה

בשבתו כבית המשפט העליון לערעורים

רע"א 2008/20

בפני הרכב השופטים :

כב' השופט נעם סולברג

ד"ר אורן אסמן

עו"ד מירה היבנר-הראל

אורלי אברהם

ע"י ב"כ קסם גמליאל

מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272

(להלן: "המבקשת")

-נגד-

1. היועץ המשפטי לממשלה

2. הפסיכיאטר המחוזי-מחוז מרכז

3. הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית-מחוז מרכז

כולם ע"י ב"כ ענבר סמו

מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272

(להלן: "המשיבים")

כתב תשובה

הפסיכיאטר המחוזי מחוז מרכז והוועדה הפסיכיאטרית המחוזית מחוז מרכז (להלן: "המשיבים"), מתכבדים בזאת להגיש את תגובתם לבקשת רשות הערעור שהוגשה לבית משפט נכבד זה. בית המשפט הנכבד מתבקש להותיר על כנה את החלטה שהתקבלה בבית המשפט המחוזי, לפיה נדחה ערעורה של המבקשת, החלטה נכונה וצודקת בנסיבות העניין, לנוכח כל אחד מן הטעמים שיפורטו בכתב תשובה זה, וכן לאור בחינת משקלם המצטבר יחדיו.

א. פתח דבר

1. המורכבות המובנית בסוגיית האשפוז הכפוי תוארה היטב בפסקי דין של בית המשפט העליון, על ידי כב' הנשיא ברק ברע"פ 2060/97 **כרמלה וילנצ'יק נ' הפסיכיאטר המחוזי-תל-אביב**, פ"ד נ"ב(1) 697, 707 (1998):

"חולה הנפש מעמיד את המשפט והחברה בפני דילמות קשות. מן העבר האחד ניצב חולה הנפש. זכותו היא כזכותו של כל האדם. כבודו שלו הוא ככבודו של כל אדם אחר. פגיעה

בחירותו כמוה כפגיעה בחירותו של כל אדם אחר [...]. מן העבר השני, קיים הרצון לטפל בחולה ובנזקק. חולה הנפש אינו יכול להגן על עצמו. לעתים קרובות הוא מתקשה להביע את עצמו. החברה צריכה להגן עליו ולטפל בו. אשפוז כפוי הוא מכשיר חשוב לטיפול בחולה הנפש. בצד שני אלה עומד שיקול שלישי, והוא השיקול של שלום הציבור. חברה צריכה להגן על עצמה בפני נזקים שחולה הנפש עלול לגרום. זכותה של החברה המאורגנת ואף חובתה להגן על עצמה מפני חולי נפש העלולים לסכנה".

2. אשפוז כפוי במדינת ישראל נעשה בהתאם לחוק טיפול בחולי נפש, תשנ"א-1991 (להלן: "**החוק**"), ולתקנות טיפול בחולי נפש, תשנ"ב-1992 (להלן: "**התקנות**"), שהותקנו לפיו. החוק קובע, בין היתר, מתי ניתן לאשפוז אדם לצורך קבלת טיפול פסיכיאטרי אף בניגוד לרצונו (סעיף 9 לחוק), מי הם הגורמים המוסמכים על-פי דין להורות על האשפוז הפסיכיאטרי הכפוי ולהוציאו אל הפועל (סעיפים 5 ו-9 לחוק), ומה הם ההליכים שבהם יש לבצע אשפוז פסיכיאטרי כפוי (סעיפים 6, 7 ו-9 לחוק).

3. האחריות המלאה להחלטה לגבי הטיפול בחולי נפש הופקדה בידי המערכת הרפואית, תוך מתן עדיפות ברורה על פני בית המשפט (סעיף 9 לחוק; דברי ההסבר להצעת חוק לטיפול בחולי נפש, תש"ן-1990, ה"ח 239, עמ' 239 (להלן: "**דברי ההסבר**"). הגם שהחוק מדגיש את העליונות של שיקול הדעת הרפואי בנושאים אלה, סעיפים 12 ו-29 קובעים שהוראת האשפוז הכפוי נתונה לביקורת, הן על-ידי משיבה 3 והן על-ידי בית המשפט (אמנון כרמי **בראות ומשפט**, 936, 948-949 (2013)).

4. תכלית החוק, כפי שבאה לידי ביטוי בדברי ההסבר, לעגן בחקיקה ראשית את השינויים שחלו במהלך השנים בתפיסת הטיפול במחלות הנפש ואת המודעות הגוברת לזכויות אדם של החולים (דברי ההסבר, 239). ועוד, מטרת החוק לקבוע הסדר המאזן בין מספר תכליות. הצורך להגן על הציבור מפני אנשים הנתפסים כמסוכנים בגין מחלת נפש שבה הם לוקים, וגם הצורך להגן ולטפל באדם המסכן את עצמו או שאינו יכול לדאוג ולטפל בעצמו. זאת אל מול ההגנה על חירויות הפרט וזכויות האדם של החולים. האיזון ההולם בין מטרות אלה נעשה על ידי הגדרת העילות המאפשרות כפיית טיפול ואשפוז כפוי, ועל ידי קביעת נוהלי פיקוח ובקרה (אורי אבירם, צביה אדמון, מימי אייזנשטדט, ארלין קנטור, "מגמות שינוי ושימור בחקיקה בתחום בריאות הנפש בישראל: תהליך חקיקתו של החוק החדש לטיפול בחולי נפש" **משפטים** לא 145, 146 (2000) (להלן: "מגמות שינוי ושימור").

5. יאמר כבר בפתחם של דברים, כי המשיבים החליטו על אשפוזו של המבקשת מהטעם שנתמלאו שלושת התנאים המצטברים המנויים בסעיף 6 לחוק. המבקשת אובחנה כסובלת ממחלת נפש, קיים פגם בכושר שיפוטה לביקורת המציאות, ומסוכנות הנשקפת לעצמה ולעובר. כמו כן, מתקיים קשר סיבתי בין מחלת הנפש לבין מסוכנותה של המבקשת. עובדות המקרה ונסיבותיו, כפי שיפורטו בהמשך כתב תשובה זה, הם שהצדיקו את אשפוזו הכפוי של המבקשת על-פי דין, ועל כן יש לדחות את בקשת הערעור.

6. עוד יטענו המשיבים, כי פעלו על-פי כללי המשפט המנהלי, תוך הפעלת שיקול דעת בסבירות ובתום לב, בחנו באופן מושכל את החלופות העומדות לטיפול במבקשת, ונקטו במידתיות הנדרשת בנסיבות העניין. כל זאת בהתבסס על ניסיונם המקצועי, תוך התייחסות לעקרונות רפואיים

ומשפטיים כאחד (רע"פ 2060/97 כרמלה וילנצ'יק נ' הפסיכיאטר המחוזי – תל-אביב, פ"ד נב(1) 697, 712 (1998) (להלן: "עניין וילנצ'יק")). ובאופן פרטני, החלטת משיבה 3 התבססה על תשתית עובדתית מספקת, כללה את החלטת משיב 2, חוות דעתו של הרופא המטפל, וכן שמיעת השגותיה של המבקשת בטרם קיבלה את החלטתה המושכלת.

7. לשיטת המשיבים, לא זו בלבד שהחוק אינו פוגע במבקשת, אלא שהוראותיו מגנים על זכויותיה. החלטת המשיבים לאשפז את המבקשת, היא החלטה סבירה ומידתית ותואמת לעקרונות המשפט המנהלי, כמו גם לחובת המשיבים לשמירה על זכויות אדם. למעלה מן הצורך, ובהירות המתבקשת, ככל שייקבע בית המשפט הנכבד כי חלה פגיעה בזכויות האדם של המבקשת, יעמדו המשיבים על כך שמדובר בפגיעה סבירה ומידתית, אשר בצדה תכלית ראויה המצדיקה אותה, באמצעי שפגיעתו הפחותה ביותר, ובמידה שאינה עולה על הנדרש.

8. בית המשפט המחוזי אשר דן בערעור שהגישה המבקשת על הוראת האשפוז שהוצאה בעניינה, דחה את הערעור וקבע כי המבקשת מסוכנת לעצמה ולעובר. על כן, בית המשפט הנכבד מתבקש לדחות את בקשת רשות הערעור, מהטעמים של בית המשפט קמא וכן מהטעמים שבכתב תשובה זה.

ב. עיקרי העובדות הדרושות לעניין

9. המבקשת, צעירה בת 30, עם רקע באשפוזים פסיכיאטריים קודמים, עברה טיפולי הפריה רבים בשל רצונה להיות אם, והצליחה להיכנס להריון. כשהייתה בשבוע העשירי להריונה, ביקשה המבקשת להפסיק את ההריון וזאת בנימוק שהאחות שביצעה בה את ההפריה, כישפה את העובר, ולטענתה הוא עשוי להיוולד עם מום בלתי הפיך.

10. בעקבות פניית בני משפחתה לגורמים רפואיים בחשש כי המבקשת תפגע בעובר לאור רקע המחלות הנפשיות של המבקשת, החליט משיב 2 על אשפוז של המבקשת בכפייה, מכוח סמכותו להורות על אשפוז כפוי כאמור בסעיף 9(א) לחוק.

11. המבקשת אף הגישה ערר על החלטת משיב 2. המשיבה 3 המשמשת כערכאת ערעור מכוח סמכותה לפי סעיף 12(א) לחוק, דנה בערר ואישרה את האשפוז. בהחלטתה, נימקה המשיבה 3 כי מצאה שאכן קיים סיכון גבוה לפגיעה בעובר, זאת נוכח מחלת הנפש ממנה סובלת המבקשת.

12. על החלטת הוועדה הפסיכיאטרית הגישה המבקשת ערעור לבית המשפט המחוזי, אשר נדחה. בית המשפט קמא קבע, כי אכן קיים קשר בין המסוכנות של המבקשת לבין מחלת הנפש ממנה היא סובלת, כנדרש לפי הוראות סעיף 9(א) לחוק.

13. במהלך אשפוז ביקשה המבקשת להופיע בפני וועדה להפסקת הריון לצורך ביצוע הפסקת הריון (סעיף 35(ג) לחוק). הרופא המטפל קבע כי המבקשת נמצאת במצב פסיכוטי ועל כן היא אינה מבינה את משמעות בקשתה, ולכן דחה את בקשתה (סעיף 35(ט) לחוק). בנימוקו ציין כי, בקשתה להפסקת ההריון, מנוגדת למאמציה הרבים להיכנס להריון, ומחדדת את אבחנתו בדבר ההתקף הפסיכוטי שבו מצויה המבקשת.

14. בהמשך, ומשחל שיפור במצבה, נשלחה המבקשת מטעם בית החולים לוועדה להפסקת הריון, אשר אישרה את בקשתה. ואולם, לאחר אישור הוועדה, סבר הרופא המטפל מטעם בית החולים כי המבקשת עדיין במצב פסיכוטי, ולכן אינה יכולה להביע הסכמה מדעת להפסקת ההריון כנדרש, ועל כן דחה את בקשתה לבצע את הטיפול שאושר על ידי הוועדה.

15. המבקשת הסכימה להמשיך אשפוז מרצון למשך כחודש בהתאם לסעיף 4(א) לחוק, על מנת לאפשר להתקף הפסיכיאטרי לחלוף בטרם תחליט להוציא אל הפועל את שאושר לה בוועדה להפסקת היריון. עם שיפור במצבה של המבקשת, ביקשה לבצע את הפעולה. אך בשל העובדה כי היא הגיעה לשבוע 24 להריונה, נדרש כעת לקבל את אישורה של וועדה להפסקת היריון בשלב החיות (להלן: "הוועדה השנייה") (חוזר שירותי רפואה 76/94 "וועדות על-אזוריות להפסקת היריון בהריונות מעל שבוע 23" (28.12.1994) עמ' 1-2; חוזר מנכ"ל 23/07 "וועדות להפסקת היריון בשלב החיות" (19.12.2007), עמ' 1-2).

חוזר שירותי רפואה 76/94 "וועדות על-אזוריות להפסקת היריון בהריונות מעל שבוע 23" מיום (28.12.1994) מצורף כנספח לתגובה זו ומסומן בתור נספח מש/1.

חוזר מנכ"ל 23/07 "וועדות להפסקת היריון בשלב החיות" (19.12.2007) מצורף כנספח לתגובה זו ומסומן בתור נספח מש/2.

16. הוועדה להפסקת היריון אשר דנה בבקשת המבקשת, התרשמה שאין לאפשר למבקשת להפסיק את ההיריון זאת בשל מצבה הנפשי. זאת בשונה מהתרשמות הוועדה הראשונה ובדומה להתרשמות הגורמים הטיפולים. כעת ביקשה להשתחרר מאשפוז שניתן מרצון, אך בשל מצבה הנפשי המערער, כפי שמצאו גם חברי הוועדה השנייה, פעל מנהל בית החולים מכח סמכותו, וקבע כי מתקיימים התנאים לאשפוז כפוי כאמור בסעיף 9(א) לחוק, על כן פעל משיב 2 להוציא הוראת אשפוז למבקשת (סעיף 4(ד) לחוק).

17. המבקשת הגישה ערר על החלטת משיב 2, מכוח סעיף 12(א) לחוק, ופנתה למשיבה 3, שבחנה את טיעוניה ודחתה את הערר מכוח סמכותה כאמור בסעיף 12(ג) לחוק, בקובעה כי המבקשת מסוכנת לעצמה ולעובר. על החלטת הוועדה כאמור לעיל, הגישה המבקשת ערעור לבית המשפט המחוזי. בית המשפט המחוזי מכוח סמכותו כאמור בסעיף 29(א) לחוק, דחה את הערעור ובצדק, וקבע שהמבקשת מהווה סכנה לעצמה ולעובר. על רקע החלטה זו של בית המשפט המחוזי הגישה המבקשת בקשת רשות הערעור.

18. כפי שניתן לראות, המבקשת נבדקה על ידי מומחים שונים ובלתי תלויים, בהתאם להוראות החוק וההתקנות. תחילה נבדקה המבקשת על ידי משיב 2, ועל ידי הצוות הטיפולי בבית החולים, ובהמשך עמדו גם המומחים בוועדה להפסקת היריון על מצבה, שם יושבים שני רופאים מומחים, לפחות אחד מהם פסיכיאטר ועובדת סוציאלית (סעיף 315 לחוק העונשין). כל המומחים הללו בנפרד, הגיעו למסקנה כי בנסיבות המקרה בו הופיעה בפניהם המבקשת היא נמצאה מסוכנת לעצמה ולעובר, והדרך היעילה לטפל במבקשת הינה באמצעות אשפוז והגנה עליה מפני מצבה הנפשי.

ג. הפסקת היריון ואשפוז בכפייה - נתונים

19. הפסקת היריון מתאפשרת באמצעות פניה לוועדות להפסקת היריון מכח חוק העונשין, תשל"ז-1977, ומתוקף תקנות העונשין (הפסקת היריון), תשל"ח-1978. סעיף 314 לחוק העונשין מאפשר הפסקת היריון בשני תנאים: ביצועה במוסד רפואי מוכר; אישורה על-ידי וועדה להפסקת היריון.

20. הוועדה מוסמכת לאשר הפסקת היריון רק לאחר שנתקבלה הסכמתה המודעת של האישה לטיפול, ובהתמלא אחת מהעילות המפורטות בסעיף 316 לחוק העונשין. חשובה לענייננו ההסכמה מדעת הנדרשת בהליך זה, כתנאי הכרחי ומחייב להפסקת היריון בהתאם לחוק העונשין. סעיף 316(ב)

לחוק העונשין מבהיר כי הסכמה מודעת של האישה להפסקת הריונה משמעותה, הסכמה בכתב לאחר שהוסברו לאישה הסיכונים הגופניים והנפשיים הכרוכים בהפסקת ההיריון.

21. לפי דו"ח משרד הבריאות לעניין הפסקת היריון, בשנת 2018, היו 19,453 פניות של נשים לוועדות להפסקת היריון, 99% מהפניות אושרו, מתוכן 2,599 (13.36%) הפסקות היריון אושרו בשבוע ה-13 ומעלה ו-333 (1.7%) לאחר השבוע ה-23.

דו"ח משרד הבריאות לשנת 2019 – הפסקות היריון על פי החוק, שנים 1990-2018, עמ' 6 מצורף כנספח לתגובה זו ומסומן בתור נספח מש/3.

22. חוק הטיפול בחולי נפש קובע כי משיב 2 הוא הגורם המוסמך להוציא צווי אשפוז כפוי (סעיף 9 לחוק). החוק קבע שני מסלולים למתן הוראה לאשפוז כפוי אזורי: האחד, הוראת אשפוז כפוי דחוף (סעיף 9(א) לחוק) והשני, הוראת אשפוז כפוי שאינו דחוף (סעיף 9(ב) לחוק). הוראת אשפוז כפוי דחוף תצא לאחר ששוכנע משיב 2 כי מתקיימים התנאים המצטברים הקבועים בסעיפים 6(א)(1) ו-6(א)(2) לחוק וכאשר מתקיים קשר סיבתי ביניהם.

23. סעיף 6(א)(1) לחוק מחייב להצביע על קיומה של מחלת נפש, כתוצאה מהמחלה נפגם במידה ניכרת כושרו של החולה לביקורת המציאות, וסעיף 6(א)(2) מצריך להראות כי החולה מסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיזי מדי. כמו כן, נדרש קשר סיבתי בין מחלת הנפש לבין המסוכנות. בנסיבות המקרה דנן, הוראת האשפוז ניתנה לאחר שהמשיב השתכנע מחומר הראיות שהונח לפניו כי נתקיימו אצל המבקשת התנאים מצטברים כאמור בסעיף 9(א) לעיל.

24. סעיף 9(ב) לחוק, עוסק במקרים בהם אין רכיב של מסוכנות מידית. על-פי הסעיף, רשאי משיב 2 להורות על אשפוז כפוי, כאשר אדם חולה וכתוצאה ממחלתו נפגם במידה ניכרת כושר שיפוטו או כושרו לביקורת המציאות, ובנוסף מתקיים אחד מן התנאים החלופיים הקבועים בסעיף 7(2) לחוק: החולה עלול לסכן את עצמו או אחרים סיכון פיזי שאינו מדי; יכולתו לדאוג לצרכיו הבסיסיים פגומה קשות; הוא גורם לזולת סבל נפשי חמור הפוגע באורח חייו התקין; הוא פוגע פגיעה חמורה ברכוש.

25. משיבה 3 היא גורם מינהלי מקצועי בעלת סמכות מעין שיפוטית (שמואל וולפמן, טלי שקד, מרדכי מרק "סמכויות שיפוטיות של ועדות פסיכיאטריות מחוזיות מכוח החוק לטיפול בחולי נפש" **עלי משפט** ט 597, 608 (2011) (להלן: "**סמכויות שיפוטיות של ועדות פסיכיאטריות**"). משיבה 3 יושבת כסמכות ערר על החלטת משיב 2 (סעיף 12(א) לחוק). במסגרת הערר נדרש ממנה לבדוק האם התקיימו התנאים הרפואיים והמשפטיים שעל פיהם הוצאו הוראות אשפוז על-ידי משיב 2, וכן לבדוק את התקיימות התנאים להמשך אשפוז בכפייה (שם, בעמ' 600). כאשר רשאית הוועדה לאשר את ההחלטה, לבטלה או לשנותה כפי שתמצא לנכון כאמור בסעיף 12(ג) לחוק. על החלטת משיבה 3 ניתן להגיש ערעור לבית המשפט המחוזי (סעיף 29 לחוק).

26. משיבה 3 היא וועדה מקצועית, אשר ממונה בידי שר הבריאות ומורכבת משלושה חברי וועדה: משפטן בדרגת סמכות שופט בית משפט שלום המכהן כיושב ראש הוועדה; פסיכיאטר מומחה משירות המדינה; ופסיכיאטר מומחה שאינו משירות המדינה (סעיף 24 לחוק). האבחון הפסיכיאטרי דורש במקרים רבים שילוב של ידע רפואי נרחב ועדכני עם ניסיון מעשי עשיר ומגוון.

27. הרכבה הייחודי של חברי הוועדה הפסיכיאטרית נועד להביא לכך שהחלטותיה יסמכו על ממצאים רפואיים המבוססים על מסקנותיהם של גורמים רפואיים-פסיכיאטריים המחזיקים במומחיות

הדרושה לצורך גיבוש מסקנות בדבר מצבו של מטופל (רע"א 8000/07 **היועץ המשפטי לממשלה נ' פלוני**, עמ' 42-43 לפסק דינו של כב' השופט מלצר (פורסם בנבו, 02.05.2012) (להלן: "8000/07").

28. תקופת האשפוז הכפוי מוגבלת ל-7 ימים (סעיף 10(א) לחוק). משיב 2 רשאי להאריך את תקופת האשפוז ל-7 ימים נוספים, לפי בקשה מנומקת של מנהל בית החולים (סעיף 10(ב) לחוק). ומשיבה 3 רשאית להאריך את תקופת האשפוז מעבר ל-14 ימים האמורים, לתקופה נוספת שלא תעלה על 3 חודשים (סעיף 1(ג) לחוק).

29. בכל שנה יש כ-20,000 אשפוזים בבתי חולים פסיכיאטריים, מתוכם כ-15,000 אשפוזים בהסכמה וכ-5,000 אשפוזים כפויים (הנתונים מתוך אתר משרד הבריאות - משרד הבריאות "אשפוז כפוי וטיפול כפוי בפסיכיאטריה-בוגרים" www.health.gov.il/Subjects/mental_health/treatment/Hospitalization/Pages/Involuntary.aspx). המגמה הכללית בעולם כמו גם בישראל היא להקטין את שיעורי האשפוז הממושך של חולים במחלת נפש ולהרחיב בהתאם את המסגרות הטיפוליות והשיקומיות בקהילה (כרמל שלו **בריאות, משפט וזכויות האדם**, 98 (2003)).

30. לפי דו"ח משרד הבריאות לעניין מיטות אשפוז, בשנת 2018 היו 3,579 מיטות לאשפוז פסיכיאטרי בתקן, 0.41 ל-1,000 נפש, ירידה ב-4% משנת 2014, ירידה ב-11% מסוף שנת 2009.

דו"ח משרד הבריאות לשנת 2018 – מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, עמ' 4 מצורף כנספח לתגובה זו ומסומן בתור **נספח מש/4**.

31. סקר חווית המטופל במרכזים לבריאות הנפש שערך משרד הבריאות בין החודשים נובמבר 2016-מרץ 2017, מעלה ש-75% מהמטופלים דירגו את שביעות הרצון הכללית שלהם מהאשפוז בדירוג גבוה, 92% מהמטופלים הביעו את שביעות רצונם מהיחס והכבוד של הצוות המטפל, 81% מהמטופלים דיווחו כי הם הרגישו מטופלים בידיים טובות בעת אשפוזם, כמו כן 90% מהמטופלים הרגישו מוגנים ובטוחים במהלך האשפוז (אירנה בינדר בכרך, איילת גרינבאום אריזון, ד"ר ענת עקה זוהר "סקר חווית המטופל במרכזים לבריאות הנפש – מדידה שנייה – 2017", אגף השירות, מינהל איכות שירות ובטחון, משרד הבריאות).

סקר חווית המטופל במרכזים לבריאות הנפש – מדידה שנייה – 2017, של אגף השירות, מינהל איכות שירות ובטחון במשרד הבריאות, עמ' 5 מצורף כנספח לתגובה זו ומסומן בתור **נספח מש/5**.

32. הנתונים שהוצגו לעיל, משקפים את גישתם של הגורמים הרפואיים אשר רואים חשיבות רבה בשמירה על זכויותיהם של המטופלים. ומשקפים גם את הלך רוחם בבואם לבחון מטופל, ולקבל החלטה בעניינו. החלטות המשיבים בדבר הוראת האשפוז, בעניינה של המבקשת נעשתה לאור הלך הרוח שתואר לעיל.

ד. שמירה על זכויות היסוד של המבקשת

33. הוראות החוק לטיפול בחולי נפש מבטאים את השינויים שחלו בתחום הפסיכיאטריה, בתחום זכויות הפרט והמשפט. חקיקתו של החוק החדש בשנת 1991 סימנה העתקת משקל משמעותית

לתכליות שעניינן זכויות המאושפז וחירויותיו. החוק משקף איזון מתאים בין ההגנה על החולה ושמירה על זכויותיו, לבין ההגנה על הציבור (8000/07, בעמ' 16; מגמות שינוי ושימור, עמ' 150).

34. לאדם הזכות להחליט ולהכריע מה יעשה בגופו, כביטוי לאוטונומיה שלו, הנגזרת מזכותו החוקתית לכבוד (בג"ץ 5304/15 **ההסתדרות הרפואית בישראל נ' כנסת ישראל**, עמ' 37 לפסק דינו של כב' השופט רובינשטיין (פורסם בנבו, 11.09.2016)). זכויות אלה, המוגנות בסעיפים 4 ו-5 לחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, מכילות היבט של "זכויות שליליות", הקובעות כי אין להגביל חירותו של אדם, כמו גם היבט של "זכויות חיוביות" המטילות חובה על המדינה להגן על חייו וגופו של אדם. כמו כן, לכל אדם קיימת גם חירות מפני התערבות של רשויות הממשל בגופו ללא הסכמתו (ע"א 2781/93 **מיאסה עלי דעקה נ' בית החולים "כרמל" חיפה**, פ"ד נג(4) 526, 571 (1999). כתוצאה מכך, הוחלט בסעיף 35(א) לחוק כי לא תישלל זכות מזכויותיו של חולה הנפש ולא תוגבל בדרך כלשהי, אלא על-פי הוראות החוק.

35. למבקשת נתונות החירות והאוטונומיה על גופה, עם זאת, זכויות אלה אינן מוחלטות, ניתן לפגוע בחירותו של חולה הנפש לשם הגנה עליו, לטיפול בו, או להגנה על שלום הציבור, כחלק מצורך ובמידתיות (רע"פ 2060/97 **כרמלה וילנצ'יק נ' הפסיכיאטר המחוזי – תל-אביב**, פ"ד נב(1) 697, 708 (1998) (להלן: "עניין וילנצ'יק"); רע"א 3527/13 **פלוני נ' היועץ המשפטי לממשלה**, עמ' 10 להחלטתה של כב' השופטת ברק-ארז (פורסם בנבו, 29.05.2013)).

36. התבוננות במושג חירות טומן בחובו גם הסתכלות על הפן החיובי של הזכות. במסגרתה, האשפוז הכפוי, אינו אלא טיפול שמטרתו להשיב לחולה הנפש את מסוגלותו לחירות (מרדכי מרק "מבט מבעד לעדשה של תורת המשפט הטיפולי על אשפוז פסיכיאטרי בכפייה בישראל" **קרית המשפט** ט 84, 85 (2011)). כך, לטענת המשיבים, האשפוז הכפוי מגשים את החתירה לכדי השגת חירותה ועצמאותה של המבקשת, יותר מאשר פוגע בהם.

37. אשפוז כפוי פוגע אמנם בזכויות יסוד מסוימות של המאושפז, אך אם הוא נעשה למטרה ראויה, הוא עונה על דרישת החוק (בג"ץ 6427/02 **התנועה לאיכות השלטון בישראל נ' הכנסת**, פ"ד סא(1) 619, 48 (2006)). המשיבים יטענו כי הוראת האשפוז אשר הוצאה על ידי המשיב 2 בעניינה של המבקשת נעשתה לשם תכלית ראויה. המשיב 2, שלו שיקול הדעת המקצועי בעניין, השתכנע מחומר הראיות שהונח לפניו, כי המבקשת נמצאת במצב פסיכוטי פעיל ומהווה מסוכנות לעצמה ולעובר, בכך הוא יישם את הוראות סעיף 9(א) לחוק תוך שהוא התבסס על חוות הדעת של הרופא המטפל במבקשת. לדעה זו הגיעה גם המשיבה 3.

38. אכן, יש לבחון את **מידתיות הפעולה**. כלל הוא שהחלטה שלטונית היא כדין רק אם האמצעי שננקט, לשם הגשמת התכלית היא במידה הראויה, ולא מעבר לנדרש. מבחן המידתיות מתרכז ביחס שבין התכלית לבין האמצעים להגשמתה, הוא בודק האם האמצעי שננקט לשם הגשמת התכלית הראויה עומדים ביחס ראוי למטרה שאותה מבקשים להגשים. לשם כך הוא מצריך קביעתם של שלושה מבחני משנה עקרוניים, אשר ידריכו את הרשות בהפעלת שיקול הדעת: מבחן הקשר הרציונאלי, מבחן האמצעי שפגיעתו פחותה, ומבחן מידתיות במובן הצר (בג"ץ 3477/95 **ישראל בן-עטייה נ' שר החינוך, התרבות והספורט**, פ"ד מט(5) 1, 11-13 (1996)).

39. המבחן הראשון בודק **האם קיים קשר רציונאלי** בין האמצעי שהרשות בוחרת לבין המטרה שהיא שואפת להגשים (בג"ץ 1715/97 **לשכת מנהלי ההשקעות בישראל נ' שר האוצר**, פ"ד נא(4) 367, 409

- (1997). מבחן זה אינו דורש וודאות מוחלטת אלא מידה נאותה של הסתברות שהאמצעי ישיג את התכלית (בג"ץ 10662/04 **סלאח חסן נ' המוסד לביטוח לאומי**, פ"ד סה(1) 782, 843 (2012)).
40. הוראת האשפוז שהוצאה בעניינה של המבקשת נועדה להשיג שיפור במצבה הפסיכוכי הפעיל. אשפוז כפוי מביא במקרים רבים להטבה במצב המחלה, תוך הפחתה של עוצמת הפגיעה בכושר שיפוטו לביקורת המציאות של החולה, עד כי ניתן יהיה להחזירו למסלול חיים מחוץ למסגרת של אשפוז (ע"ו 34339-04-19 **פלוני נ' מרכז לבריאות הנפש שער מנשה**, עמ' 3 לפסק דינו של כב' השופט ברלינר (פורסם בנבו, 07.05.2019)).
41. הפגיעה בזכות החירות, אותה טוענת המבקשת, נעשתה על ידי המשיבים על מנת להעניק לה טיפול רפואי אשר יטיב עם מצבה הנפשי. עוד יטענו המשיבים כי המסוכנות המיידית כהגדרתה בסעיף 6(2) לחוק, הנשקפת מהמבקשת מצריך את אשפוז הכפוי על מנת להגן עלייה ועל העובר שהיא נושאת ברחמה. בית המשפט הנכבד פסק, כי במצב בו החולה מסכן את עצמו או זולתו, טובת החולה מחייבת פעולה מהירה של הפסיכיאטר, שיקול זה דוחה מפניו אפילו זכות בסיסית כחירות הפרט (דברי כב' השופט בן פורת בע"א 219/79 **ירמלוביץ נ' חובב**, פ"ד לה(3) 766, בעמ' 775 (1980)).
42. המבחן השני הוא **מבחן האמצעי שפגיעתו פחותה** - מבחן זה מטיל על הרשות חובה לבחור, מבין האפשרויות הסבירות העומדות לרשותה, את האמצעי, אשר בנסיבות הקונקרטיות, יש בכוחו להשיג את התכליות הראויות תוך פגיעה פחותה בזכויות. אין מוטלת על הרשות החובה לבחור באמצעי שבאופן מוחלט הוא הפוגעני פחות (בג"ץ 7052/03 **עדאלה המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי בישראל נ' שר הפנים**, פ"ד סא(2) 202, 62 (2006)).
43. לטענת המשיבים נבחנו חלופות שונות בטרם הוצא צו אשפוז בעניינה של המבקשת. עם זאת, אין בחלופות שנבחנו להשיג את התכלית שלשמה נועדה האשפוז, שיפור ממשי במצבה של המבקשת. טיפול מרפאתי כפוי דרש שיתוף פעולה מצד המטופל והמבקשת נעדרת כל תובנה למצבה. על כן, אשפוז הכפוי היה האמצעי שפגיעתו פחותה בנסיבות העניין. חיזוק לכך הוא העובדה שכאשר ניתן היה, ביקשו המשיבים את אישורה של המבקשת לאשפוז ולא פעלו באופן אוטומטי בדרך של אשפוז בכפייה. בחינת המידתיות אין פירושה שאין מקום לאשפוז בכפייה, שיש בו, בנסיבות המתאימות, לא רק שלילה של חירות, אלא הגנה נדרשת על זכויות אחרות, וכלל זה, הזכות לחיים ולשלמות הגוף של המבקשת (רע"א 3527/13 **פלוני נ' היועץ המשפטי לממשלה**, עמ' 10 להחלטתה של כב' השופטת ברק-ארז (פורסם בנבו, 29.05.2013)).
44. **מבחן המידתיות במובן הצר** קובע כי יש לקיים יחס ראוי וסביר בין הנזק שהאמצעי מסב לבין התועלת שצפויה מהשימוש באמצעי זה (בג"ץ 1715/97 **לשכת מנהלי ההשקעות בישראל נ' שר האוצר**, פ"ד נא(4) 367, 410 (1997)).
45. הוראת האשפוז הכפוי שהוצאה בעניינה של המבקשת, שמטרתה כאמור לעיל השגת שיפור במצבה של המבקשת, מקיימת יחס ראוי וסביר בין המטרה האמורה לבין הפגיעה בזכות החירות. עוד יוסיפו המשיבים ויטענו כי הפגיעה בחירותה של המבקשת הינה מיידית, זאת בשים לב כי הוראת האשפוז הכפויה תקפה למשך ימים ספורים (סעיף 10(א) לחוק). הנזק שייגרם בהמשך אשפוז של המבקשת לתקופה נוספת נמוך מהתועלת שתושג מהאשפוז, שיפור במצבה הנפשי ומתוך כך, תוכל המבקשת לקבל את החלטתה להפסקת ההיריון מתוך הסכמה מדעת כנדרש בסעיף 316(א) לחוק

העונשין. בעניין זה מבקשים המשיבים להוסיף שבמצב דברים אחר, אם המשיבים היו מאפשרים למבקשת לבצע את החלטת הוועדה הראשונה ולשים קץ להריונה, הנזק שעשוי היה להיגרם לה עם חלוף מצבה הפסיכוי והתייצבות מצבה הנפשי, על איבוד העובר, גדול בהרבה.

46. בעניין אחר, הנוגע לזכות לשוויון, כבר מצא בית המשפט שלעיתים יש לנהוג בחוסר שוויון על מנת להשיג שוויון (בג"ץ 720/82 אליצור אגוד ספורטיבי דתי סניף נהריה נ' עיריית נהריה, פ"ד לז(3) 15,017 (1983); בג"ץ 6924/98 האגודה לזכויות האזרח בישראל נ' ממשלת ישראל, פ"ד נה(5) 15, 29 (2001); בג"ץ 528/88 אליעזר אביטן נ' מינהל מקרקעי ישראל, פ"ד מג(4) 297, 302-303 (1989)). ניתוח זה של בית המשפט לעניין זכות השוויון יפה גם לעניין זכות החירות. ובעניינה של המבקשת יטענו המשיבים שלעיתים יש מקום לפגיעה מסוימת וקצובה בזמן בחירות המבקשת, למען השגת חירותה ועצמאותה. בכך, האשפוז הכפוי יש בו תועלות שישגו בעבור המבקשת הגשמה של זכויות נוספות בתום תקופת האשפוז, לא רק חירותה, עצמאותה אלא גם חייה, בריאותה וכבודה.

ה. אבחנתה של מחלת הנפש אצל המבקשת

47. אין מחלוקת שהמשיבים שניהם הוסמכו בחוק להורות על אשפוז כפוי (סעיפים 9(א) ו-10(ג) לחוק). כדי להוציא לפועל את סמכותם וכתנאי ראשוני להוראת אשפוז כפוי, יש לעמוד על קיומה של מחלת נפש. המחוקק סיפק לשון עמומה. סעיף 1 לחוק מגדיר את החולה: "אדם הסובל ממחלת נפש". סעיפים 6(1) ו-7(1) לחוק מגדירים את מחלת הנפש שבעטיה ניתן להורות על אשפוז כפוי או על טיפול מרפאתי כפוי כ"מחלה הפוגעת בבוחן המציאות של הפרט". בחירה זו של המחוקק היא מדעת, המחוקק העניק סמכותו למשיבים, מתוך תפיסה של מקצועיות.

48. המשיבים, כגורמים מינהליים, מצופה מהם שיפעילו שיקול דעת ויעניקו פרשנות בכל מקרה ומקרה. בדרך זו ביקש המחוקק לאפשר גמישות פרשנית שתתאים את עצמה להלך הרפואה והאבחנות המקובלות בה מעת לעת, והן תעניק במה לשיקול דעתם המקצועי של הגורמים הרלוונטיים. משכך, לגישתם של המשיבים, פעולתם נעשתה במסגרת סמכותם וללא חריגה מכך. ויודגש, בעניינה של המבקשת סבורים המשיבים שלא מדובר גם במקרה גבולי, האינדיקציות על מחלתה ואופן ההתנהלות שלה ושינוי דעתה בנוגע להריון שכה חפצה בו תחילה, כולם סממנים ריאליים למצבה הנפשי של המבקשת.

49. אכן, אמנם בדין הישראלי אין הגדרה ברורה למהי מחלת נפש, אך המבקשת עצמה בכתב הטענות שהגישה לבית משפט נכבד זה ציינה שבפרקטיקה נעשה שימוש בסיווג פסיכיאטרי אחיד המקובל מעבר לים.

50. הסיווג הפסיכיאטרי בישראל נעשה על-פי המהדורה העשירית של ICD (International Classification of Disease), שהוא סיווג רפואי בינלאומי למחלות (להלן: "ICD-10"). שיטת סיווג האבחון האמריקאי, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), משמשת בארץ לצורכי מחקר ולחיות-דעת מקצועיות (אבנר אליצור, שמואל טיאנו, חנן מוניץ, מיכה נוימן **פרקים נבחרים בפסיכיאטריה** 162 (2010) (להלן: "**פרקים נבחרים בפסיכיאטריה**")). הגדרתו של המונח פסיכוזה, הן בסיווג הבינלאומי והן בסיווג האמריקאי הוגדר בצורה זהה. בשתי שיטות הסיווג האמורות הודגש הצורך לשמור על התאמה, זאת על-מנת ליצור סיווג אחיד שיהיה שימושי, פשוט ומובן לקבוצות שונות של אנשי מקצוע ומקובל עליהן.

51. האופן בו בתי המשפט מגדירים "מחלת נפש" עבר שינויים עם התפתחות המחקרים בנושא. הגישה המקובלת היא, כי מצבי פסיכזה מהווים מחלת נפש, אבחנה הזו נעוצה בעובדה כי במצבי פסיכזה ישנה פגיעה חמורה בכושר תפיסת המציאות ופגם חמור בכושר השיפוט. לפי גישה זו, כדי שאדם ייחשב כחולה במחלת נפש נדרש להוכיח מצב פסיכוטי פעיל של החולה, ושכחוצאה ממנו נגרמת פגיעה קשה בכושר השיפוט או בתפיסת המציאות (רע"פ 2111/93 **יוסף אבנרי נ' מדינת ישראל**, פ"ד מח(5) 133, 142-143 (1994); אמנון כרמי **בריאות ומשפט**, 899-900 (2013); מרדכי מרק "מבט מבעד לעדשה של תורת המשפט הטיפולי על אשפוז פסיכיאטרי בכפייה בישראל" **קרית המשפט** ט 84, 99 (2011)). לגישתם של המשיבים, השינוי הדרסטי ברצונה של המבקשת באשר להריון זאת בשל מחשבתה כי העובר כושף, כמו גם עברה של המבקשת, די בהם כדי לבסס אבחנה לפגיעה קשה בכושר השיפוט או בתפיסת המציאות של המבקשת, קרי אבחנה של מצב פסיכוטי.

52. אבחנה זו תואמת גם לגישת הבחינה הפונקציונלית (בשונה מהבחינה הקטגוראלית) אליה התייחסה המבקשת בכתב טענותיה. המשיבים פעלו באופן המצופה מהם, בבחינת התנהגותה ותפקודה של המבקשת ביחס לעצמה (ע"פ 8653/10 **פלונית נ' מדינת ישראל**, עמ' 24-25 לפסק דינו של כב' השופט פוגלמן (פורסם בנבו 28.07.2011); ע"ו 9219-07-17 **פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה**, עמ' 6 לפסק דינו של כב' השופט קאפח (פורסם בתקדין, 30.07.2017); גבריאלי הלוי "בחינה מודרנית של סייג אי-שפיות-הדעת בדיני העונשין לאור התפתחותה של הפסיכיאטריה הדינמית- מקטגוריזציה לפונקציונליות" **משפט רפואי וביו-אתיקה** 11, 34 (2010); שמואל וולפמן, טלי שקד "מחלות הנפש בחקיקה ובפסיקה במשפט האזרחי בהתאם להתפתחותה של הפסיכיאטריה הדינמית-מקטגוריזציה לפונקציונליות" **משפט רפואי וביו-אתיקה** 44, 44 ו-61 (2010)).

53. לטענת המשיבים, הונחה לפנייהם תשתית עובדתית מספקת לצורך הוצאת הוראת האשפוז. הרופא המטפל בבית החולים, אשר בחן את מצבה הנפשי של המבקשת, קבע כי היא שרויה במצב פסיכוטי וכי כושר שיפוט לביקורת המציאות פגום. הבסיס לכך הוא כי המבקשת מעוניינת להפסיק את ההיריון בטענה כי העובר מכושף ובשל כך הוא הוא עלול להיוולד עם מום. כמו כן, נחשף הרופא המטפל לדיווח של בני משפחתה של המבקשת אשר מסרו לו מידע שממנו הוא הסיק על מסוכנותה של המבקשת. עוד טען הרופא המטפל, כי העובדה שהמבקשת מעוניינת לבצע הפסקת הריון, עומדת בסתירה מוחלטת להתנהגותה, לאחר שביצעה טיפולי הפריה רבים, מחזקת את קיומו של ההתקף הפסיכוטי. הוראת האשפוז שהוצאה תחת ידו משיב 2, נסמכת על הערכות עדכניות אודות מצבה הפסיכוטי הפעיל של המבקשת, והן על גילויים חיצוניים של התנהגותה. בכך, ההחלטה הלמה את עמדת בית החולים בו אושפזה במבקשת, אשר התרשם כי לא חל שיפור של ממש במצבה של המבקשת במהלך אשפוז, וכי היא ממשיכה לחוות את המחשבות הפסיכוטיות שהובילו לאשפוז מלכתחילה.

54. כמו כן, דוחים המשיבים את טענת המבקשת כי דחיית הוועדה השנייה להפסקת הריון את בקשתה נובעת מפאת חלופי הזמן ובשל השלב בו מצוי עובר. בית החולים הפנה את המבקשת לוועדה השנייה להפסקת הריון, אשר לה הסמכות לדון בבקשות להפסקת הריון בשלב החיות. בדחיית הבקשה ציינה הוועדה כי אין לאפשר למבקשת לבצע הפסקת הריון, זאת נוכח מצבה הנפשי. רוצה לומר, במקרה זה סברה הוועדה השנייה, שמצבה הנפשי של המבקשת לא מתיר לה לקבל החלטה על הפסקת ההריון. דעת המלומדים בוועדה זו תואמת את דעתם המקצועית של המשיבים. עיינו

רואות שמתוך רשימה לא מבוטלת של ארבעה גורמים: הרופא המטפל, הפסיכיאטר המחוזי, הוועדה הפסיכיאטרית, וועדה להפסקת הריון בשלב החיות, מצאו כולם שהמבקשת איננה יכולה לקבל החלטה מושכלת בשל מצבה הנפשי. ארבעה גורמים אלה הם רוב מוחץ לעומת הוועדה הראשונה, ואליהם הצטרף גם בית משפט קמא שנתן אישור להחלטות המשיבים.

55. עוד יוסיפו המשיבים לטעון, כי אין להשליך ממתן הסכמתה של המבקשת להתאשפז מרצון על יכולת שיפוטה לבקשת הפסקת ההיריון (חוזר מנכ"ל 51.002 "קבלה ואשפוז בבית חולים", עמ' 6 (1.1.2016)). על אף שמדובר במבקשת השרויה במצב פסיכוטי, יש לשמור ככל הניתן על הליך של הסכמה מדעת. וישנם עניינים או זמנים בהם כושר שיפוטם של הלוקים בנפשם תקין, ובעניינים או זמנים אחרים הם אינם מסוגלים לחשוב ולהתנהג בדרך שקולה ורציונלית. החלטתה של המבקשת נבעה מהאמונה כי העובר מכושף ומתוך כך הוא עלול להיוולד עם מום. החלטה זו של המבקשת להפסיק את הריונה אינה נבחנה בדרך רציונלית. עוד יטענו המשיבים כי כשירותה של המבקשת תיבדק ביחס לכל טיפול וטיפול.

חוזר מנכ"ל 51.002 "קבלה ואשפוז בבית חולים" מיום 1.1.2016, עמ' 6 מצורף כנספח לתגובה זו ומסומן בתור נספח מש/6.

56. כדי לעמוד על קיום התנאים לאשפוז של המבקשת נדרשת רמת הוכחה מסוימת בעיני המשיבים. ונקבע שעל הרשות הרפואית להפעיל את שקול דעתה בתוך המסגרת שנקבעה על-ידי המחוקק (ע"פ 219/79 ירמילוביץ' נ' חובב, פ"ד לה(3) 766, 779 (1980); ע"ש (י-ס) 81/92 פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה, תשנ"ג (3) 221, 225-226 (1993)).

57. הוכחת המסוכנות של המבקשת מכח הוראות סעיף 6(א)(2) מעידה כי המחוקק ראה לנכון להצדיק אשפוז במצב בו קיימת רק האפשרות למצב של סכנה מצד החולה. כן יטענו המשיבים כי אין דרישה בדין שתנבע מן המחלה אפשרות להתנהגות הגוררת אסון כטענת המבקשת (ע"ש (ת"א) 1186/08 פלוני נ' הפסיכיאטר המחוזי ת"א, עמ' 8 לפסק דינו של כב' השופט מודריק (פורסם בנבו, 05.11.2008)).

המשיבה 3 דוחה את טענת המבקשת לפיה רקע אשפוזיה הקודמים של המבקשת עומדים כשלעצמם כשיקול מכריע בהחלטת האשפוז, ותיטען כי אלה שיקולים המתווספים למכלול השיקולים בעניינה של המבקשת, וראוי שיילקחו בתשומת לב מיוחדת, שכן מדובר בדפוס חוזר של אשפוזים פסיכיאטריים (רע"א 9716/10 פלוני נ' היועץ המשפטי לממשלה, עמ' 8 להחלטתו של כב' השופט דנציגר (פורסם בנבו, 12.01.2011); רע"א 1704/12 פלוני נ' הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית, עמ' 13 להחלטתו של כב' השופט דנציגר (פורסם בנבו, 18.03.2012)).

58. בבואה של הוועדה הפסיכיאטרית להעריך את מסוכנותו של מטופל רשאית היא להסתמך על מכלול הנתונים, בשים לב לעברו, לתהליך הטיפול ולתוצאותיו, ולגורמי הסיכון המלווים אותו אף היום ובמיוחד במצב בו ישוחרר מאשפוז, כן עמדת הרופאים המטפלים. וכאשר היא נוהגת כך הרי שהערכתה אינה בגדר ספקולציה אלא בגדר הערכה מקצועית (רע"א 9716/10 פלוני נ' היועץ המשפטי לממשלה, עמ' 8 להחלטתו של כב' השופט דנציגר (פורסם בנבו, 12.01.2011)). בהערכת מסוכנותה של המבקשת הסתמכה המשיבה 3 על מצבה הנוכחי של המבקשת כפי שנשקף מגילויים חיצוניים של התנהגותה ומטיעוניה בעת הדיון בערר, וכפי שנשקף

בעמדת הרופא המטפל וכן עמדתו של משיב 2. עמדות אלה היו מנומקות דיו באופן שאפשר למשיבה 3 להתרשם כי המבקשת שרויה במצב פסיכוטי ומהווה מסוכנות לעצמה ולעובר.

59. המשיבים דוחים מכל וכל את טענתה של המבקשת, כי רצונה לבצע הפסקת הריון מהווה את יסוד המסוכנות בעיני המשיבים. מסוכנותה של המבקשת מתבטא במצב הפסיכוטי בו היא שרויה וישנו חשש כי תפגע בעובר בשל אמונתה כי הוא כושף. המשיבים מבקשים להדגיש כי הוראת האשפוז נועדה להשיג שיפור במצבה הנפשי וזו על-מנת שהמבקשת תקבל את החלטתה מדעת, זאת בייחוד לאור העובדה כי המבקשת היא זו אשר יזמה טיפולי הפריה מלאכותיים רבים.

60. התנאי השלישי לאשפוז כפוי הוא הקשר הסיבתי בין מחלת הנפש לבין המסוכנות (סעיף 9(א) לחוק; 8000/07, בעמ' 9; מרדכי מרק "מבט מבעד לעדשה של תורת המשפט הטיפולי על אשפוז פסיכיאטרי בכפייה בישראל" **קריית המשפט** ט 84, 121 (2011)). בעניין המבקשת, סבורים המשיבים שקיים קשר סיבתי מובהק בין מחלת הנפש לבין מסוכנותה של המבקשת לעצמה ולעובר. המבקשת נמצאת במצב פסיכוטי פעיל, מצב נפשי זה גורם לפגיעה בכושר השיפוט של המבקשת ולבחון מציאות לקוי. מצב נפשי זה, שמביא לכך שהמבקשת סבורה כי עובר כושף בידי האחות אשר ביצעה בה את טיפולי ההפריה ועל כן הוא עלול להיוולד עם מום, הוא שהביא את המבקשת לבקש להפסיק את ההיריון, והוא אשר מהווה את המסוכנות הנשקפת לעצמה ולעובר.

1. פעילותם של המשיבים בסמכות

61. לטענת המבקשת, המשיבים הפעילו את סמכותם באופן החורג מהוראות הדין. המשיבים סבורים שאין לקבל טענה זאת.

62. משיב 2 פעל במסגרת סמכותו בסעיף 9(א) לחוק. הוציא את הוראת האשפוז לאחר שהשתכנע על בסיס תשתית עובדתית מספקת כי מתקיימים במבקשת התנאים האמורים בחוק. הוראת האשפוז עברה מספר בחינות שיפוטיות, על-ידי ערכאות שונות, והתוצאה שנתקבלה הייתה זהה בכל פעם.

63. משיבה 3 היא גוף מעין שיפוטי אשר ממלאת תפקיד מכריע בהחלטה על אשפוז כפוי של אדם. (סמכויות שיפוט של וועדות פסיכיאטריות, עמ' 600; אמנון כרמי **בריאות ומשפט**, 947 (2013)). סעיף 12(א) לחוק מקנה לה סמכות לדון בערר שהוגש על הוראת אשפוז שהוציא משיב 2, לפיו: "על הוראת אשפוז או על הוראה לטיפול מרפאתי וכן על סירוב לתת הוראת אשפוז, רשאי כל אדם להגיש ערר לוועדה הפסיכיאטרית". במקרה דנן, החליטה משיבה 3 לדחות את הערר, זאת מכח סעיף 12(ג) לחוק.

64. עוד טענה המבקשת שמשיבה 3 לא הפעילה סמכותה כדין משלא פעלה לפי הוראות סעיף 26(א) לחוק. לשון הסעיף: "הובא ענינו של חולה בפני הוועדה הפסיכיאטרית, תבדוק הוועדה את החולה"; ובסעיף 26(ב) לחוק, מעניק המחוקק לוועדה סמכות רשות לבדוק את החולה בבדיקה גופנית. משיבה 3 סבורה שמדובר בלשון רשות שבשיקול דעתה, בביצוע בדיקה שהיא גופנית במבקשת. האבחון לו נדרשה משיבה 3, בזמן קצר, בביקורה של המבקשת בפניה, ראוי שיעשה בעיקר על מסמכים והתרשמותה הקצרה ממנה. לא ניתן לצפות ממשיבה 3 שתבצע אבחנה ארוכת טווח, ובעניינה של המבקשת עמד בפני משיבה 3 חוות דעת של הרופא המטפל ושל משיב 2. באופן

זה פעלה משיבה 3 בסמכות תוך שהיא בודקת את המבקשת בהתרשמות מהמידע שהוגש במסגרת הערר, הוא התשתית העובדתית שהונחה לפניו, וכן מהתנהגותה של המבקשת בדיון בערר.

65. לסיכום, ההסדרים הקבועים בחוק בדרך להוצאת הוראת אשפוז, דורשים שלבי ביניים בטרם מורים על אשפוז בכפייה (סעיף 9 לחוק), התהליך נעשה באמצעות פרוצדורה מוקפדת ומבוקרת מבחינה משפטית: לרבות בדיקה רפואית, נפשית וגופנית (סעיף 3 לחוק וסעיפים 11(א) ו-16 לתקנות). משיב 2 השתכנע כי התנאים לאשפוז כפוי הקבועים בחוק התקיימו בעניינה של המבקשת. הוראת האשפוז של משיב ב נתונה לביקורת של משיבה 3 (סעיף 12 לחוק). וכן, החלטתה של משיבה 3 נתונה לביקורת של בית המשפט (סעיף 29 לחוק). המשיבים יטענו כי פעלו על פי סמכותם בהתאם להוראות החוק וקיימו הליך מנהלי תקין.

66. החלטת המשיבה 3 אינה סופית, וניתן להגיש עליהם ערעור לבית המשפט המחוזי, כפי שעשתה המבקשת. בית המשפט המחוזי בשבתו כבית המשפט לערעורים מנהליים, דן בערעור, מצא שלא נפל פגם בהחלטות המשיבים, ודחה את ערעורה של המבקשת.

ז. חובת הנמקה

67. החוק לתיקון סדרי המינהל (החלטות והנמקות), תשי"ט-1958 מטיל על הרשות המנהלית חובת ההנמקה (סעיף 2א לחוק). תקנות הטיפול בחולי נפש, המסדירים את הליך האשפוז הפסיכיאטרי, קובעים כי החלטת הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית תימסר לצדדים מיד עם הינתנה. נימוקי החלטת הוועדה, יינתנו בתוך חמישה ימים מיום מתן החלטתה (סעיף 44(ב) לתקנות).

68. חובת ההנמקה אינה מצויה רק בחוק, אלא קיימת גם מכוח הפסיקה המנהלית (בג"ץ 2159/97 מועצה אזורית חוף אשקלון נ' שר הפנים, פ"ד נב(1) 75, 88-89 (1998). המטרה שביסוד חובת ההנמקה הינה מניעת החלטות מנהליות שרירותיות והנחת יסוד לקיום ביקורת מנהלית ושיפוטית על החלטות הרשות. כמו כן, היא מאפשרת שקיפות (רע"א 291/99 ד.נ.ד. אספקת אבן ירושלים נ' מנהל מע"מ, פ"ד נח(4) 221, 233 (2004) והיא מהווה אחד מיסודות כללי הצדק הטבעי (ע"א 10419/03 דור נ' רמת הדר – כפר שיתופי להתיישבות, פ"ד ס(2) 277, 297 (2005). בהקשרן של וועדות פסיכיאטריות נקבע, כי הוועדה נדרשת לפרט את נימוקיה אשר עמדו ביסוד החלטתה (8000/07, עמ' 42; ע"ש (י-ס) 2061/03 פלוני נ' היועץ המשפטי לממשלה, עמ' 6 לפסק דינו של כב' השופט ענבר (פורסם בתקדין 19.08.2003); רע"א 1704/12 פלוני נ' הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית, עמ' 14-15 להחלטה של כב' השופט דנציגר (פורסם בנבו, 18.03.2012)).

69. המשיבה 3 קיימה את דרישת חובת ההנמקה. הערכתה למסוכנות גבוהה אצל המבקשת, לה ולעובריה, מבוססת ומנומקת. המשיבה בחנה את הוראת האשפוז שהוצאה בעניינה של המבקשת ונסמכה על עובדות ספציפיות ונתונים קונקרטיים, המשיבה פירטה את העובדות שלדעתה מבססות את המסקנה לפיה המבקשת מהווה סכנה לעצמה ולעובר. וכן, נימקה מדוע אין בחלופות האשפוז שנבחנו בעניינה כדי לאיין את מסוכנותה של המבקשת.

70. לא ניתן אם כך לקבל את טענותיה של המבקשת על היעדר הנמקה מספקת מצד מי מהמשיבים.

ח. התבססות על תשתית עובדתית

71. עקרון חוקיות המנהל כולל בתוכו חובה על כל רשות מנהלית להליך הוגן ובמסגרתו עמד בית המשפט על אופי התשתית העובדתית שעליה צריכה להתבסס החלטה מנהלית, בהקשרן של וועדות פסיכיאטריות (8000/07, בעמ' 31-39 ; ע"א 7476/09 פלוני נ' מדינת ישראל, משרד הבריאות, עמ' 11 לפסק דינו של כב' השופט מלצר (פורסם בנבו 22.08.2012).

72. לצורך כך על הרשות המינהלית לאסוף נתונים השייכים לעניין, אמינים, רלוונטיים ומהותיים. באיסוף הנתונים על הרשות לשקול רק את השיקולים השייכים לעניין, וכן התשתית צריכה להיות מוצקה במידה מספקת כדי לתמוך בהחלטה (יצחק זמיר **הסמכות המינהלית**, עמ' 1125 (2011) ; בג"ץ 987/94 **יורונט קווי זהב (1992) בע"מ נ' שרת התקשורת**, פ"ד ח(5) 412, 423-425 (1994)). (להלן : עניין יורונט).

73. בהקשר של אשפוז כפוי - רמת ההוכחה המתחייבת לצורך הוראה על אשפוז הכפוי של אדם, היא ברמה של מאזן הסתברויות (8000/07, עמ' 35). נתון שאמור להשתקף בכמותן ואיכותן של הראיות המובילות להחלטת אשפוז, הכל כפי שיפורט להלן.

74. בפני משיבה 3 עמדו כל הנתונים הנדרשים לצורך קבלת החלטת האשפוז בעניינה של המבקשת (8000/07, בעמ' 36-37). המשיבה 3 פעלה באופן יסודי ורציני, קראה את הערר שהגישה המבקשת ואת חוות דעתו של הרופא המטפל, שמעה את המבקשת והתרשמה ממנה, בחנה הוראות אשפוז קודמות שהוצאו בעניינה של המבקשת ואת הנימוקים שנלוו להן, כל זאת בניסיון לקבל תמונה מקיפה, מלאה ואמינה בדבר מצבה של המבקשת, המבוססת על מקורות שונים.

75. משיבה 3 דוחה את טענת המבקשת כי לא נעשתה כל בדיקה בעניינה. שלא כטענת המבקשת בכתב הערעור, הרופא המטפל בדק את מצבה הנפשי של המבקשת וקיבל החלטתו בהתאם לסמכותו, כאשר קבע כי המבקשת מצויה במצב פסיכוטי המצריך את אשפוז. בהתאם לסעיף 1 לחוק, הבדיקה הפסיכיאטרית יכול שתיעשה על-ידי הפסיכיאטר המחוזי או מי מטעמו. המשיבים יטענו כי אין לומר כי לא נעשתה בדיקה בעניינה של המבקשת. משיבה 3 בחנה את מצבה הנפשי של המבקשת בעת הדיון בערר. המשיבה 3 בחנה סימנים וסימפטומים של מחלת נפש, רצף דיבורה של המבקשת, טענותיה ואת שפת גופה (פרקים נבחרים בפסיכיאטריה, בעמ' 157).

76. למען הסר ספק, יובהר כי המשיבה 3 אינה נדרשת לבצע בדיקה פיזית למבקשת (סעיף 26(ב) לחוק). בדיקה זו תיעשה בהינתן צורך ממשי ובהתאם לשיקול דעתה המקצועי של המשיבה 2. בנסיבות המקרה דנן, די היה להתרשם מטיעוניה של המבקשת בעצמה בנוגע למצבה ולמצב העובר כדי להכריע כי המבקשת שרויה במצב פסיכוטי ואינה מודעת למצבה, וכי מסוכנותה לעצמה ולעוברה גבוהה.

77. כמו כן, אין המשיבה 3 מחויבת לשמוע את בני משפחתה של המבקשת במסגרת תהליך קבלת ההחלטה, הסמכות לזמן עדים היא סמכות שברשות. שכן תמונת המצב הכוללת לגבי מצבה הנפשי של המבקשת התבססה היטב עד החלטת המשיבה 2 בעניינה (סעיף 9(א)(1) לחוק ועדות חקירה; ע"ו 62900-11-19 פלונית נ' מרכז בריאות הנפש מזרע, עמ' 4-3 לפסק דינו של כב' השופט ברלינר (פורסם בתקדין, 3.12.2019) ; 8000/07, עמ' 36).

78. המשיבים שקלו את הנתונים הרלוונטיים השייכים לעניינה של המבקשת, לצורך קביעת העובדות וקבלת ההחלטה (8000/07, בעמ' 37). הנתונים הרלוונטיים לעניין הם אלו הקבועים בסעיף 6 לחוק, קיומה של מחלת נפש, פגם בכושר השיפוט או בביקורת המציאות, ובפרט מסוכנותה לעצמה ולעובר, אשר התקיימו במבקשת והצדיקו את אשפוזה.

79. המשיבים דוחים מכל וכל את טענתה של המבקשת בכתב הערעור, כי הם נסמכו על נתון אחד, רצונה של המבקשת להפסיק את הריונה. המשיב 2 כאשר בחן את בקשת האשפוז שהוגשה מהרופא המטפל במבקשת, בחן את מצבה הנפשי ונסמך על חוות דעת המקצועית של הרופא המטפל בעניינה של המבקשת. החלטת האשפוז נבחנה במנותק מרצונה של המבקשת לבצע הפסקת הריון. משיב 2 קיבל מצב נתון של מטופלת הנמצאת במצב פסיכוטי וזקוקה לטיפול, ובחן את כל התיק כמכלול. ההחלטה לביצוע הפסקת הריון היא משנית להחלטת האשפוז.

80. התשתית הראייתית שהונחה בפני המשיבה 3 הינה תשתית אמינה ורלוונטית, אשר וועדה פסיכיאטרית סבירה בנסיבות המקרה הייתה סומכת עליו לצורך קבלת החלטה (8000/07, בעמ' 37). המשיבה 3 דוחה את טענת המבקשת כי לא נעשתה בדיקה עדכנית בעניינה. היא בחנה את מצבה הנפשי של המבקשת באופן מקצועי ובלתי אמצעי וסברה כי הינה במצב פסיכוטי המצדיק את אשפוזה. על הרשות המנהלית לאסוף נתונים הנוגעים לעניין, אשר יהוו תשתית לקבלת ההחלטה. על התשתית להיות במידה מספקת על-מנת שתתמוך בהחלטה. מדובר במבחן של סבירות קרי, התשתית העובדתית צריכה להיות כזאת, שרשות סבירה הייתה מסתמכת עליה לצורך קבלת ההחלטה הנדונה (יורונט, עמ' 425). משיבה 3 טוען כי יו"ר הוועדה, שהינו משפטן אשר על-פי החוק נדרש לעמוד בכישוריו של שופט מנוסה, עמד על מידת השכנוע של הראיות שהוצגו בפניה.

81. החלטת הוועדה הראשונה להפסקת הריון אשר קבעה כי יש רמסיה במצבה של המבקשת, אין בה כדי לאיין את מסוכנותה של המבקשת בבדיקות אחרות. העובדה שמצבה של המבקשת השתפר מהווה אמנם נתון חשוב בבחינת מסוכנותה, אך אינה בהכרח נתון מכריע (דברי כב' השופט דנציגר ברע"א 9716/10 פלוני נ' היועץ המשפטי לממשלה, בעמ' 8 (פורסם בנבו, 12.01.2011). העובדה שרמת הסיכון נמוכה, אינה אומרת בהכרח שיש לשחררה שכן, לא מן הנמנע ששחרור המבקשת בטרם הושלם הטיפול שהיא מקבלת עלול לדרדר את מצבה ולהחזיר את רמת הסיכון אל הרמה הגבוהה (ע"ש (ת"א) 1186/08 פלוני נ' הפסיכיאטר המחוזי ת"א, עמ' 8-9 לפסק דינו של כב' השופט מודריק (פורסם בנבו, 05.11.2008).

82. על המבקשת הטוענת נגד התקינות המנהלית של המשיבים להביא ראיות מספקות כדי להטיל ספק ממשי בשיקוליה של הרשות או כדי להצביע על אי-תקינות פרוצדוראלית אחרת, דבר אותו המבקשת לא עשתה (ע"א 3901/11 דוד מחקשווילי נ' רשות המיסים בישראל, בעמ' 10 לפסק דינה של דברי כב' השופטת ברק-ארז (פורסם בנבו 07.08.2012) (להלן: עניין "מחקשווילי"). בכך המבקשת לא הרימה את נטל הראייה הנדרש כדי להצדיק התערבות בהחלטות הקודמות בעניינה.

83. המשיבה 3 תבקש להזכיר כי לפי סעיף 42(א) לתקנות טיפול בחולי נפש, רשאית המבקשת להזמין לדיון בעניינה עדים, לרבות מומחים רפואיים. ככל שהמבקשת התנגדה להחלטה בעניינה, היה עליה לכל הפחות להציג חוות דעת נגדית של מומחה מטעמה במועד הדיון

בעניינה, דבר אשר לא נעשה מצידה, דבר המעיד על קבלתה את סמכותה המקצועית של הוועדה.

ט. שיקול דעתם של המשיבים

84. על המשיבים, כמו כל רשות מנהלית, להפעיל את שיקול דעתם בסבירות, תוך איזון ראוי בין השיקולים הרלוונטיים ומתן משקל יחסי ראוי לכל אחד מהם (בג"ץ 389/80 **דפי זהב בע"מ נ' רשות השידור**, פ"ד לה(1) 421, 445 (1980)). המשיבה 3 קיימה איזון ראוי בין האינטרסים הרלוונטיים בנסיבות העניין (בג"ץ 5853/07 **אמונה תנועת האישה הדתית לאומית נ' ראש הממשלה**, פ"ד סב(3) 445, 510 (2007)). המשיבה העניקה משקל ראוי לכלל השיקולים שבהם עליה להתחשב, בהם שמירה על זכויותיה של המבקשת והבטחת קבלת טיפול רפואי, ובין ההגנה על המבקשת ועל עוברה מפני מסוכנותה. החלטת האשפוז נעשתה לאחר בחינת חלופות אשפוז, וכן על מנת שהמבקשת תשקול את החלטתה לביצוע הפלה באופן מושכל ומחושב.

85. בבחינת שיקול הדעת של מקבלי ההחלטות בעניינה של המבקשת, המשיבים יטענו כי החלטותיהם היו סבירות בנסיבות העניין. בין היתר נבחנו חלופות שונות בעניינה, אך לא היה בחלופות אלה כדי להתאים למבקשת (כמו טיפול במסגרת הקהילה), זאת נוכח מצבה הפסיכוי של המבקשת אשר פוגם ביכולתה לבקר את המציאות. בית המשפט הנכבד קבע, כי ככל שהוועדה הפסיכיאטרית סבורה כי לא ניתן למנוע את המסוכנות של המטופל בלא לאשפוז אשפוז כפוי, הרי שרק במצבים חריגים יתערב בכך בית המשפט (רע"א 2967/16 **פלוני נ' הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית**, עמ' 5 להחלטתו של כב' השופט סולברג (פורסם בנבו, 14.04.2016)).

86. למשיבה 3 קיים מתחם סבירות, ומתוך כך טווח של החלטות שונות שהיא רשאית לקבל (בג"ץ 7611/01 **מכבי מגן אגודה שיתופית לביטוח הדדי נגד מחלות בע"מ נ' שר האוצר**, עמ' 19 לפסק דינה של כב' השופטת ביניש (פורסם בנבו, 20.08.2006)). ההחלטה שניתנה בעניינה של המבקשת לא חרגה ממתחם סבירות זה.

87. המשיבים יטענו כי מדובר בהחלטה טיפולית מקצועית נכונה, שכן החלטת האשפוז נעשתה במטרה להבטיח רצף טיפולי למבקשת, ואת איכות ושיפור הטיפול שקיבלה המבקשת באמצעות הגורמים המטפלים (חוזר מנכ"ל 51.003 הבטחת רצף טיפול מיום 1.3.2016; סמכויות שיפוטיות של ועדות פסיכיאטריות, בעמ' 627).

חוזר מנכ"ל 51.003 הבטחת רצף טיפול מיום 1.3.2016, עמודים 3-4 מצורף כנספח לתגובה זו ומסומן בתור **נספח מש/7**.

88. המשיבים ידגישו כי עומדת להם חזקת תקינות המנהל, לפיה החזקה היא שהם פעלו בתום לב ומילאו את תפקידם בסמכות וכדין. על המבקשת הטוענת לאי-תקינות להרים נטל לשם סתירת החזקה (מחקשווילי, בעמ' 10).

89. המשיבים הפעילו את שיקול דעתם באופן מידתי. הפגיעה בזכויותיה של המבקשת נעשתה באופן מידתי, תוך איזון בין המטרה, הרצון להביא לאיון המסוכנות ולשיפור במצבה הנפשי מחד, לבין הוראת האשפוז שהוצאה בעניינה של המבקשת מאידך, תוך שמירה על זכויותיה של המבקשת. זאת, לאורם של שלושה מבחני משנה: מבחן האמצעי המתאים בין הקשר למטרה, מבחן האמצעי שפגיעתו פחותה, ומבחן קיומו של יחס ראוי בין התועלת לבין המטרה (רע"ב 6956/09 **מאהר יונס**

נ' **שירות בתי הסוהר**, בעמ' 35-36 לפסק דינו של כב' השופט דנציגר (פורסם בנבו, 07.10.2010); אהרון ברק **מידתיות במשפט** 171 (2010)).

90. על פי **מבחן האמצעי המתאים** נדרש כי האמצעי שננקט מתאים להגשמתה של המטרה שהשגתה מתבקשת (בג"ץ 5016/96 **חורב נ' שר התחבורה**, פ"ד נא(4) 1, 53 (1997); ברק **מידתיות במשפט** 373-374 (2010)). מבחן זה אינו דורש וודאות מוחלטת אלא מידה נאותה של הסתברות שהאמצעי ישיג את התכלית (בג"ץ 10662/04 **סלאח חסן נ' המוסד לביטוח לאומי**, פ"ד סה(1) 843, 782 (2012)). החלטת המשיבה 3 להותיר את הוראת האשפוז בעניינה של המבקשת על כנה, מקיימת קשר רציונאלי עם מטרת האשפוז, שכן נועד להביא לשיפור במצבה הפסיכוכי של המבקשת.

91. גם בבחינת **מבחן האמצעי שפגיעתו פחותה** – בחנה המשיבה 3 את כל האלטרנטיבות הקיימות לטיפול במבקשת טרם קבעה את החלטתה. בחינת מצבה הנפשי הנוכחי, העלה כי לא מתאימות למבקשת חלופות לאשפוז כפוי. המבקשת נמצאת במצב פסיכוכי, ובהיעדר תובנה למסוכנות הנשקפת ממנה. על כן, האשפוז הכפוי הוא האמצעי שפגיעתו פחותה בזכויותיה של המבקשת בנסיבות העניין.

92. עוד ידגישו המשיבים, שאין הם מחויבים לבחור באמצעי הפוגעני פחות במושגים מוחלטים, אלא באמצעי הפוגעני פחות במצב הנתון והנדון בפני המבקשת (בג"ץ 4769/95 **רון מנחם נ' שר התחבורה**, פ"ד נו(1) 235, 280 (2002)). כך, במקום בו חלופות טיפול שונות לא מובילות בדיוק לאותה תוצאה של האשפוז, רשאים הם להורות על אשפוז כפוי (רע"א 9716/10 **פלוני נ' היועץ המשפטי לממשלה**, עמ' 10-11 להחלטתו של כב' השופט דנציגר (פורסם בנבו, 12.01.2011); רע"א 8000/07 **היועץ המשפטי לממשלה נ' פלוני**, עמ' 44-45 לפסק דינו של כב' השופט מלצר (פורסם בנבו, 02.05.2012)).

93. המשיבים יטענו כי ההחלטת האשפוז בעניינה של המבקשת הינה האמצעי שפגיעתו פחותה שכן הוראת האשפוז הכפוי תקפה למשך תקופה קצובה, בהתאם לסעיף 10(א) לחוק. הוראת האשפוז ניתנה על מנת להשיג שיפור במצבה הפסיכוכי, דבר אשר הוכח כבר כאפקטיבי גם בעניינה של המבקשת, שכן הייתה בעבר רמסיה במצבה.

94. למעלה מן הצורך, יטענו המשיבים כי פעלו בהתאם לרוח העקרון התשיעי מתוך עקרונות האומות המאוחדות, כפי שנקבע בדבר "קווי הנחייה לקידום זכויות אדם עבור בני אדם הסובלים מהפרעות נפשיות" (Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders) (אמנון כרמי **בריאות ומשפט**, בעמ' 962 (2013)). המעניק לכל מטופל זכות לטיפול שפגיעתו פחותה.

95. על-פי **מבחן היחס הראוי בין האמצעי למטרה**, נדרש יחס ראוי בין התועלת הצומחת מהפעלת האמצעי לבין הנזק העלול להיגרם בשל כך לזכות החוקתית. מבחן זה עניינו באיזון בין האינטרסים המתנגשים (בג"ץ 1715/97 **לשכת מנהלי השקעות בישראל נ' שר האוצר**, פ"ד נא(4) 367, 385 (2000); אהרון ברק **מידתיות במשפט** 419-420 (2010)). המשיבה טוען כי התועלת והצורך באשפוז בכפייה של המבקשת עולה על מידת הפגיעה בחירותה. מטרתה של הוראת האשפוז, היא להביא לשיפור ממשי במצבה הנפשי של המבקשת על מנת שזו תוכל לשקול את החלטתה להפסקת ההיריון באופן מושכל. הערכתה מקצועית של המשיבה 3 הייתה כי שחרורה

של המבקשת עלול בסבירות גבוה להכניסה למצבה של סכנה מאחר שהיא שרויה במצב פסיכוטי ובהיעדר תובנה בסיסית באשר למצבה.

96. לסיכום בחינת המידתיות, המשיבים ישובו ויזכירו כי עניינה של המבקשת אינו מתמצה רק בה, שכן היא נושאת ברחמה עובר, וההחלטה הנדרשת שמשמעותה הפסקת ההיריון הינה בלתי הפיכה, וככזו מחייבת את שקילת מלוא השיקולים הרלוונטיים בכובד ראש, וזאת בשעה שספק אם המבקשת מבינה את השלכותיה.

97. המשיבים דוחים את טענת המבקשת בכתב הערעור, כי המודל הרפואי המעוגן בחוק פוגע בזכויותיה של המבקשת. לנגד המחוקק הישראלי עמדו הגישה המשפטית והגישה הרפואית, והוא בחר להחיל את האחרונה בחוק הטיפול בחולי נפש. החוק משקף איזון מתאים בין ההגנה על החולה, על הציבור, לבין זכויות המטופל (מגמות שינוי ושימור, בעמ' 178; פרוטוקול ישיבה מס' 113 של ועדת העבודה והרווחה, הכנסת ה-12, עמ' 3-4, 13 (30.1.1990)).

העתק העמודים הרלוונטיים מפרוטוקול ישיבה מס' 113 של ועדת העבודה והרווחה, הכנסת ה-12, (30.1.1990), מצורף כנספח לתגובה זו ומסומן בתור **נספח מש/8**.

98. לגישתם של המשיבים, העובדה שהמחוקק העמיד בפני המבקשת את האפשרות להגיש ערר על החלטת משיב 2 בפני משיב 3, מחזקת את כלל עצמאות שיקול הדעת של המשיבים. כלל זה עליו עומדת המבקשת בכתב הטענות, החל בבג"ץ מיכלין (בג"ץ 70/50 **מיכלין נ' שר הבריאות**, פ"ד ד' 319, 323-324 (1950)). אך מתעלמת המבקשת מהעובדה שבמהלך השנים מצאו בתי המשפט מקום לסטות מהלכה זו.

99. כך, בין היתר, מצא בג"ץ שקיימת אפשרות לגורם המינהלי המוסמך להיוועץ בגורמים חיצוניים (בג"ץ 296/80 **בוקבזה נ' מדינת ישראל**, פ"ד לה(1) 492, 497 (1980)). שם מצא בית המשפט שאין כל פגם שגורם מינהלי אחד מתייעץ או מסתמך על דעתו של אחר ואף שמדובר בתיאום עמדות. על זה הוסיף בית המשפט באותו עניין שהיוועצות זו נדרשת ואף הכרחית במקרים מסוימים. אמנם שיקול דעתה של משיב 3 הוא שלה בלבד, אך אין פגם בכך שמשיב 3 הסתמכה על חוות דעתו של משיב 2. וראו גם בעניין של הסתייעות במומחים, בבג"ץ 678/88 **כפר ורדים נ' שר האוצר**, פ"ד מג(2) 501 (1989)). דחה כב' השופט אור את הטענה שהסתייעות במומחה אחר היא בבחינת פגם בהליך המינהלי ובשיקול הדעת. יפים דבריו:

"כשפועלת רשות מינהלית בתחום סמכותה, ועליה להפעיל את שיקול-דעתה, עליה להפעיל שיקול-דעת עצמאי משלה, והדברים ידועים. ואולם אין כל פסול בכך, שלצורך הפעלת שיקול-דעתה ... תסתייע הרשות באינפורמציה ובחוות-דעת של מומחים בדבר, אשר... הקריטריונים הראויים לבחינתו וקביעתו נהירים להם" (שם, בפס' 6).

דברים אלה נכונים גם לעניינינו. לטענת המשיבים, כששניהם גורמים בעלי מומחיות, אין כל פסול בכך שמשיב 3 תסתייע באינפורמציה ובחוות דעת של משיב 2 ורופא בית החולים, שניהם בעלי מומחיות. להיפך, יש בחוות דעתם שניתנה לאחר התבוננות ארוכה במבקשת, כדי להאיר בפני משיב 3 את התשתית העובדתית הרלוונטית לבקשתה.

100. המבקשת אף טוענת כנגד משיב 3 שלא אספה לבד את המידע אודות המבקשת, באופן שלא ערכה לה בדיקה מקיפה באופן עצמאי. והנה גם בעניין זה מצא בית המשפט שאין כל מניעה שגורם

מוסמך ייעזר בגורמים אחרים חיצוניים באסיפת עובדות שיהיו את התשתית להחלטה שייקבל, להיפך מדובר בפרקטיקה מקובלת (ע"ב 2/84 ניימן נ' יו"ר ועדת הבחירות, פ"ד לט(2) 225, 254 (1985)). גם בעניינינו לטענת משיבה 3 לא נפל פגם בהפעלת שיקול דעתה כשלא הובאו בפניה הראיות באופן ישיר אלא הוצגו באופן עקיף ובהתבסס על חוות דעת של גורמים בעלי מומחיות אחרים.

י. התערבות בהחלטות המשיבים

101. יודגש, המשיבים אינם מקלים ראש באף מטופל ובאף החלטה מסוג זו הניתנה בעניינה של המבקשת. למעלה מן הצורך, יוסיפו ויטענו כי אף במקרים בהם נפלו פגמים בהליכים של וועדה פסיכיאטרית, בית המשפט הנכבד הכשיר החלטות שנתנה משיבה 3, בית המשפט קבע כי פגם זה אינו מצדיק את שינוי ההחלטה של המשיבה 3 (רע"א 2967/16 פלוני נ' הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית (פורסם בנבו, 14.04.2016). מקרה בו נפל פגם בהליך האשפוז, בית המשפט קבע כי הוראת האשפוז בוססה והוצאה כדין (ע"א 7476/09 פלוני נ' מדינת ישראל, משרד הבריאות (פורסם בנבו, 22.08.2012); כן מקרה בו נפלו פגמים בהליך האשפוז, בית המשפט הותיר את הוראת האשפוז זאת משום שהמבקשת אובחנה כסובלת ממחלת נפש ומסוכנת לעצמה ולסביבתה (רע"א 5277/01 פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה (פורסם בנבו, 17.07.2001)).

102. עוד תוסיף ותטען המשיבה, כי כאשר מדובר ברשות מומחית או מקצועית, כך יגבר הריסון של בית המשפט מלהתערב בשיקול דעתה של הרשות המנהלית (דברי כב' השופט בייסקי בבג"ץ 734/80 חכם נ' מנכ"ל משרד הבריאות, פ"ד לה(4) 690, בעמ' 695 (1981); כן דברי כב' השופט ביניש בבג"ץ 5934/09 ארגון גמלאי מבטחים נ' ראש ממשלת ישראל, בעמ' 11 (פורסם בנבו, 31.03.2011).

103. ריסון שיפוטי זה מודגש אף יותר בהקשר הספציפי של הוועדות הפסיכיאטריות נקבע כי, ככל שמדובר בהחלטות שעניינן במומחיות רפואית, הביקורת השיפוטית היא מסויגת ומרוסנת (דברי כב' השופט מלצר ברע"א 8000/07 היועץ המשפטי לממשלה נ' פלוני, בעמ' 42-43 (פורסם בנבו, 02.05.2012); דברי כב' השופט דנציגר ברע"א 1704/12 פלוני נ' הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית, בעמ' 14 (פורסם בנבו, 18.03.2012).

104. כבוד השופט סולברג, עמד במאמרו על גבולותיו הראויים של שימוש בית המשפט בעקרון הסבירות, אשר ראוי לו לבית המשפט שייעשה בצמצום (נעם סולברג "על ערכים סובייקטיביים ושופטים אובייקטיביים" השילוח 18, 37 (54) (2019)). יפים דבריו:

"ודוק: עילת הסבירות המהותית בצמצומה עומדת. העדר מומחיות; חזקת התקינות המנהלית; מיצוי עילות הביקורת המסורתיות – כל אלו מחייבים כי בית המשפט לא יפנה אל הסבירות המהותית אלא כאשר כלו כל הקיצין. הסבירות המהותית אינה "פתרון קסם"; מכל מקום בכוחה לתת מענה באותם מצבים שאינם באים במובהק בגדרן של אחת העילות המסורתיות, אך מכלול נסיבות העניין מצדיק התערבות בשיקול הדעת".

יא. סוף דבר

105. המבקשת לא הרימה את נטל ההוכחה המוטל עליה, כל שעשתה הוא לטעון בעלמא כי החלטות המשיבים אינן סבירות ללא כל תימוכין לטענתה.

106. המשיבים יטענו כי דין הבקשה להידחות. אשפוזה של המבקשת נעשה בהתאם להוראות החוק והתקנות, ולאור קיומם של התנאים המצטברים הקבועים בסעיף 9(א) לחוק טיפול בחולי נפש.

107. לצורך אשפוז המבקשת, הוכחה קיומה של מחלת נפש, מסוכנות מיידית, וקשר סיבתי ביניהם, אשר הצדיקו את אשפוזה של המבקשת על פי הדין, וזאת באבחון שבוצע על ידי מספר גורמי מקצוע בלתי תלויים, אשר הגיעו כל אחד בנפרד לקביעה, כי המבקשת שרויה במצב פסיכוטי פעיל ונשקפת ממנה מסוכנות מיידית לעצמה ולעובר, וכן על ידי ערכאה שיפוטית בהמשך, שהותירה אף היא את החלטות המשיבים על כנן. המשיבים מבקשים להדגיש בפני בית משפט נכבד זה, כי זכויותיה של המבקשת נשמרו, שיקול הדעת שהופעל היה סביר בנסיבות העניין וההחלטות בעניינה מידתיות.

108. בשולי הדברים ראוי לציין את הפן החיובי שבכפיית האשפוז על חולה הנפש, המסגרת המוגנת, הטיפול אותו הוא מקבל, ועבודתם המסורה של הרופאים הפסיכיאטרים בבתי החולים לחולי נפש, כל אלה אינם זוכים, ככלל, להדגשה ולהערכה ראויה.

109. אשר על כן, ומכל הטעמים שפורטו לעיל, בית המשפט הנכבד מתבקש לדחות את בקשת הערעור של המבקשת ולהותיר את החלטת בית המשפט המחוזי על כנה.



ענבר סמו

ב"כ המשיבים

רע"א 2008/20

אורלי אברהם נ' היועץ המשפטי לממשלה

רשימת נספחים

נספח	שם הנספח	עמוד
מש/1	חוזר שירותי רפואה 76/94 "וועדות על-אזוריות להפסקת הריון בהריונות מעל שבוע 23" מיום (28.12.1994).	2-1
מש/2	חוזר מנכ"ל 23/07 "וועדות להפסקת הריון בשלב החיות" (19.12.2007)	2-1
מש/3	דו"ח משרד הבריאות לשנת 2019 – הפסקות הריון על פי החוק, שנים 1990-2018	6
מש/4	דו"ח משרד הבריאות לשנת 2018 – מיטות אשפוז ועמדות ברישוי	4
מש/5	סקר חווית המטופל במרכזים לבריאות הנפש – מדידה שנייה – 2017, של אגף השירות, מינהל איכות שירות ובטחון במשרד הבריאות	5
מש/6	חוזר מנכ"ל 51.002 "קבלה ואשפוז בבית חולים" מיום 1.1.2016	6
מש/7	חוזר מנכ"ל 51.003 הבטחת רצף טיפול מיום 1.3.2016	4-3
מש/8	פרוטוקול ישיבה מס' 113 של ועדת העבודה והרווחה, הכנסת ה-12, (30.1.1990),	13, 4-3

מש/1

חוזר שירותי רפואה 76/94 "וועדות על-

אזורים להפסקת הריון בהריונות מעל

שבוע 23" מיום 28.12.1994

מדינת ישראל - משרד הבריאות

החטיבה לעניני בריאות

שרותי רפואה

חוזר מס' 76/94

ירושלים, כ"ה בטבת התשנ"ה
28 בדצמבר 1994

תיק מס' 2/1/14

אל: מנהלי בתי החולים הכלליים
מנהלי מח' נשים ויולדות
ועדות להפסקת הריון

הנדון: ועדות על-אזוריות להפסקת הריון בהריונות מעל שבוע 23

בהתאם להמלצות המועצה הלאומית למיילדות גנטיקה ונאונטולוגיה, רצ"ב הנחיות להפעלתן של ועדות על-אזוריות להפסקת הריון מעל שבוע 23 להריון:

א. הועדות הרגילות להפסקת הריון הפועלות כיום בבתי-החולים והמרפאות שאושרו לכך ע"י שר הבריאות תהיינה רשאיות לדון רק בבקשות של נשים שגיל הריונן אינו עולה על 23 שבועות מתאריך הוסת האחרונה ועפ"י בדיקת אולטרהסאונד מיילדותי.

ב. תוקמנה 6 ועדות על-אזוריות שתדונה בהפסקות הריון שגילו מעל 23 שבועות.
הועדות העל-אזוריות תפעלנה במרכזים הבאים:

1. מרכז רפואי רמב"ם - חיפה
2. מרכז רפואי בילינסון - פתח-תקוה
3. מרכז רפואי ע"ש שיבא - תל-השומר
4. בי"ח ליולדות ע"ש סרלין - מרכז רפואי ת"א
5. מרכז רפואי הדסה עין-כרם - ירושלים
6. מרכז רפואי סורוקה - באר-שבע

ג. חברי הועדה יהיו:

1. מנהל המרכז הרפואי או ממלא מקומו
2. מנהל מחלקת נשים ליולדות או ממלא מקומו
3. מנהל מחלקה ניאונטולוגית או ממלא מקומו
4. מנהל מכון גנטי או ממלא מקומו
5. עובדת סוציאלית בכירה או ממלאת מקומה

פרופ' מ. שני, המנהל הכללי של משרד הבריאות, מינה את הועדות בהתאם בכל אחד מהמרכזים הנ"ל.

הועדה רשאית לצרף יועצים נוספים במקרים מיוחדים בהם השתתפות יועץ זה דרושה.

ד. נהל העבודה:

1. נשים הרות הפונות לועדות הרגילות להפסקת הריון בבתי-החולים המורשים לכך, תופנינה לועדה העל-אזורית אם יסתבר כי גיל ההריון גבוה מ-23 שבועות, מבלי שפנייתן תובא לדיון בועדה הרגילה.
 2. רופא נשים רשאי להפנות אישה הרה ישירות לועדה העל-אזורית, במידה וגיל הריונה מעל 23 שבועות מלאים.
 3. ניתן יהיה להפנות לועדות העל-אזוריות מקרים מיוחדים של הריונות שגילן נמוך מ-23 שבועות, בהם הועדה ה"רגילה" תתקשה להגיע להחלטה חד-משמעית.
 - הננו לציין כי הועדות העל-אזוריות לא תשמשנה כועדות ערר לועדות ה"רגילות" הקיימות.
 4. ניתן להפנות אישה הרה לכל ועדה על-אזורית (לאו דוקא לועדה העל-אזורית הקרובה).
 5. התשלום עבור הועדה יגבה בבית-בחולים שדן בהפסקת ההריון. במקרה ואישה תעבור מדיון בועדה הרגילה לועדה העל-אזורית, יועבר התשלום לועדה העל-אזורית.
- ה. באם הועדה המיוחדת העל-אזורית תחליט על הפסקת הריון שגילו מעל 23 שבועות מלאים, הפעולה תתבצע במחלקת נשים של בית-החולים העל-אזורי בו התקבלה ההחלטה.

ו. תוקף נהלים אלה החל מיום 1.1.1995.

הואילו להביא תוכן חוזר זה לידיעתם של כל הנוגעים בדבר.

בבית
ד"ר י. י. מלוביץ
ראש שרותי רפואה (בפועל)

העתק: שר הבריאות
המנהל הכללי
המשנה הרפואי למנהל הכללי
היועץ המשפטי
ראש שרותי בריאות הציבור
הממונה על רישוי מוסדות ומכשירים רפואיים
מרכזי קופות החולים
יו"ר המועצה הלאומית למילדות נאונטולוגיה וגנטיקה
ראש המנהל לאבטחת איכות
עו"ס ראשית
רופאים מחוזיים
קרפ"ר - צה"ל

י/ל/א/22058/2

מש/2

חוזר מנכ"ל 23/07 "ועדות להפסקת

הריון בשלב החיות" (19.12.2007)



חוזר המנהל הכללי

מס'

23/07

תאריך

י' טבת תשס"ח (19.12.07)

נושא

ועדות להפסקת הריון בשלב החיות

חוזר זה מהווה רענון והרחבה לחוזר שירותי רפואה 76/94 מיום 28/12/94 בנושא ועדות על אזוריות להפסקת הריון בהריונות שגילם מ- 24 שבועות מלאים, דהיינו 0/7 24 שבועות, וכן קוים מנחים מינהליים וקליניים לעבודת ועדות להפסקות הריון לגבי הריון בשלב החיות.

יובהר כי חוזר זה אינו מבטל את חוזר 76/94 אלא בא לתקן מספר נקודות בו, להדגיש נקודות אחרות ולהוסיף קווים מנחים להפעלת שיקול הדעת. חוזרי משרד הבריאות הינם בהתאם לחוק העונשין, ואינם גורעים או משנים מהוראותיו.

לפי חוק העונשין, ועדה להפסקת הריון רשאית לאשר או לדחות בקשה להפסקת הריון, אם ראתה, או לא ראתה, הצדקה לכך, וזאת על פי שיקול דעתה במסגרת העילות המצוינות בחוק. בעת חקיקת חוק זה, האפשרות של הפסקת הריון בשלב החיות, במשמעות של גרימת לידת עובר בר-חיות כשהוא ללא רוח חיים, לא עמדה על הפרק.

הפסקת הריון מאוחרת, בשלב החיות, היא פעולה מרחיקת לכת, ויש מדינות מערביות בהן, על אף השמירה הקפדנית על זכויות הפרט, הפסקת הריון בשלב החיות אסורה או כפופה לסייגים מחמירים.

לאחר ניסיון שהצטבר במשך יותר מעשר שנים בהן הופעלו "ועדות על אזוריות" להפסקות הריון מאוחרות – ובעקבות לקחים ומסקנות של צוות שבדק את הנושא מטעם משרד הבריאות, מובא להלן עדכון ורענון להנחיות הקיימות וכן מספר תיקונים, וקווים מנחים, מנהליים וקליניים, לפעילות ועדות להפסקת הריון בשלב החיות.

הקווים המנחים והתיקונים בהנחיות הם פרי המלצות של ועדה משותפת רב תחומית שדנה בנושא, בהשתתפות נציגי איגודים מקצועיים של ההסתדרות הרפואית בישראל (האיגוד הישראלי במיילדות וגינקולוגיה, החברה לרפואת האם והעובר, איגוד נאונטולוגים ואיגוד הגנטיקאים), אנשי ציבור (משפט ואתיקה רפואית, מחשבת ישראל, רפואה פנימית ושירות סוציאלי), ונציגי משרד הבריאות (הנהלת המשרד, המועצה הלאומית למיילדות, גנטיקה ונאונטולוגיה, התפתחות הילד והמחלקה המשפטית).

1. סמכות הדיון בהפסקת הריון מאוחרות – בשלב החיות

- 1.1 ועדות על אזוריות יקראו ועדות להפסקת הריון בשלב החיות.
- 1.2 הועדות הרגילות להפסקת הריון רשאיות לדון רק בבקשות של נשים שגיל הריון אינו עולה על 24 שבועות מלאים דהיינו 24 0/7 שבועות מתאריך וסת אחרונה, ו/או על סמך אולטרסאונד מילדותי המאשר את גיל ההריון. בקשות לביצוע הפסקת הריון לאחר מועד זה יש להפנות לוועדה להפסקת הריון בשלב החיות.
- 1.3 ביצוע בפועל של הפסקת הריון החל מ - 24 0/7 שבועות ואילך מחייב אישור של ועדה להפסקת הריון בשלב החיות, גם אם ועדה רגילה להפסקת הריון אישרה את הפסקת ההריון בשלב מוקדם יותר. ניתן לבצע בפועל הפסקת הריון לאחר 24 0/7 שבועות באישור ועדה רגילה, רק אם היא מבוצעת בתוך 3 ימים מיום החלטת הועדה הרגילה (שהתקבלה כדין לפני 24 0/7 שבועות).

2. הרכב ועדה להפסקת הריון בשלב החיות

- 2.1 ועדה להפסקת הריון בשלב החיות, ככל ועדה להפסקת הריון, כפופה להוראות פרק י' סימן ב' לחוק העונשין הקובע את העילות המותרות להפסקת הריון, ולתקנות והנהלים הקובעים, בין היתר, את תהליך הטיפול בבקשה וקבלת הסכמת האישה.
- 2.2 על ועדה להפסקת הריון בשלב החיות לכלול **תמיז** את הרכב הועדה להפסקת הריון הקבוע בחוק וחברים נוספים כמפורט בחוזר 76/94 ובסעיף 2.3 להלן.
- 2.3 לפיכך, בהתאם לחוק וכאמור בחוזר 76/94 – הרכב ועדה להפסקת הריון בשלב החיות יהיה של חמישה חברים, ובהם –

- (א) מנהל/ת המרכז הרפואי – ואם אינו בעל מומחיות מהמנויות בחוק (יילוד וגינקולוגיה, רפואה פנימית, פסיכיאטריה, רפואת המשפחה, או בריאות הציבור) – ימנה במקומו רופא מומחה באחד התחומים האמורים שהוא בעל ותק של 10 שנים כמומחה ובעל תפקיד בכיר בבית החולים.
- (ב) מנהל/ת מחלקת נשים ויולדות – (מומחה ביילוד וגינקולוגיה).
- (ג) עובד/ת סוציאלית/ת בכירה.
- (ד) מנהל/ת מחלקה נאונטולוגית.
- (ה) מנהל/ת מכון גנטי.

מש/3

**דו"ח משרד הבריאות לשנת 2019 –
הפסקות היריון על פי החוק, בשנים**

2018-1990

הפסקות הריון

על פי החוק

1990-2018

אגף המידע
משרד הבריאות
מדינת ישראל

ירושלים
דצמבר 2019
כסלו תש"ף

שיעור הפסקות הריון בישראל נמוך בהשוואה למרבית מדינות אירופה, הן בקרב צעירות עד גיל 20 והן בקרב נשים מעל גיל 35.

בשנת 2018, היו 19,543 פניות של נשים לועדות להפסקת הריון הפועלות בתוקף החוק, 99% אושרו. במהלך 2018 בוצעו 18,209 הפסקות הריון בהתאם לאישורי הועדות, 40% היו בבתי חולים ומרפאות בבעלות פרטית, ירידה מ-59% בשנת 2000, 36% בוצעו בבתי חולים ממשלתיים, עליה מ-25% בשנת 2000, 18% בבתי חולים בבעלות שירותי בריאות כללית, עליה מ-13% בשנת 2000 ו-6% בהדסה בירושלים.

כמחצית (53%) מהפסקות ההריון בשנת 2018 נעשו בהתאם לסעיף 2 בחוק "ההריון נובע מיחסים אסורים לפי החוק הפלילי, מגילוי עריות או שהוא מחוץ לנישואין", 18% בהתאם לסעיף 4 בחוק "המשך ההריון עלול לסכן את חיי האישה או לגרום לה נזק גופני או נפשי", 20% בהתאם לסעיף 3 בחוק "העובר עלול להיות בעל מום גופני או נפשי" ו-10% בהתאם לסעיף 1 בחוק "האישה היא למטה מגיל הנישואין המינימלי (17) או שמלאו לה 40 שנה".

שיעור הפסקות ההריון במגמת ירידה בעשורים האחרונים. בשנת 2018 שיעור הפסקות ההריון ירד ל-8.8 ל-1,000 נשים בגיל פריון (15-49), לפי סעיף 2 בחוק 4.6, לפי סעיף 3 בחוק 1.7, לפי סעיף 4 בחוק 1.6 ולפי סעיף 1 בחוק 0.8 ל-1,000 נשים בגיל פריון. השיעור ירד ב-1% משנה קודמת, ב-18% משנת 2010 וב-35% משנת 1990. ירידה נרשמה בכל סעיפי החוק. משנת 2010, השיעור בהתאם לסעיף 1 בחוק ירד ב-24%, בהתאם לסעיף 2 בחוק ירד ב-19%, השיעור בהתאם לסעיף 3 בחוק ירד ב-12% ולפי סעיף 4 בחוק ירד ב-17%.

הפסקות הריון לפי שבוע הריון

בשנת 2018, 64% מהפסקות ההריון היו עד השבוע ה-7 (כולל) בהשוואה ל-48% בשנת 2000, 22% היו בשבועות 8-12 ירידה מ-43% בשנת 2000 ו-14% היו בשבוע ה-13 ומעלה, אחוז יציב יחסית. בשנת 2018 היו 2,559 הפסקות הריון בשבוע ה-13 ומעלה, מהן 333 לאחר השבוע ה-23.

בשנת 2018 כשני שליש מהפסקות ההריון היו עד השבוע ה-7, 75% לפי סעיף 1 בחוק, 73% לפי סעיף 2 בחוק ו-67% לפי סעיף 4 בחוק בהשוואה ל-31% מהפסקות ההריון לפי סעיף 3 בחוק. לעומת זאת, 69% מהפסקות ההריון לפי סעיף 3 בחוק היו לאחר השבוע ה-7 ו-51% היו בשבוע ה-13 ומעלה.

מש/4

דו"ח משרד הבריאות לשנת 2018 –

מיטות אשפוז ועמדות ברישוי



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר



אגף המידע, חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר

מיטות אשכוז ועמדות ברישוי

ינואר 2018

סתות הלל, ציונה חקלאי

• רח' ירמיהו 39, ירושלים 93480 • טלפון: 02-5082177 • פקס: 02-6474261

www.health.gov.il • health.info@moh.health.gov.il

**ירושלים
02.2018
שבט תשע"ח**

ממצאים עיקריים

- מספר המיטות לאשפוז כללי: בינואר 2018 היו 15,812 מיטות לאשפוז כללי בתקן, 15,661 בבתי החולים לאשפוז כללי ו-151 בבתי חולים גריאטריים.
- שינוי במספר המיטות לאשפוז כללי: במהלך 2017 נוספו 242 מיטות לאשפוז כללי בלבד. מתחילת 2010 ועד סוף 2017 נוספו 1,207 מיטות בתקן, מהן 400 מיטות באגף הפנימי, 286 באגף הילדים, 282 ביולדות, 138 בטיפול נמרץ, 87 באגף הכירורגי ו-14 מיטות להשהיה.
- שיעור המיטות לאשפוז כללי: שיעור המיטות לאשפוז כללי ממשיך במגמת הירידה, 1.796 ל-1,000 נפש בסוף 2017, ירידה מ-1.803 בשנה שעברה ו-1.913 בסוף 2010. השיעור ירד בעשירית בעשור האחרון, ירידה ב-14% מסוף 2005 וב-7% מסוף 2009.
- אשפוז פסיכיאטרי: בינואר 2018 היו 3,579 מיטות לאשפוז פסיכיאטרי בתקן, תוספת 128 מיטות מסוף 2009. שיעור המיטות ירד ל-0.407 ל-1,000 נפש בסוף 2017, ירידה ב-11% מסוף 2009.
- אשפוז גריאטרי: בינואר 2018 היו 25,368 מיטות בתקן, מרביתן (21,331) לגריאטריה ממושכת (גריאטריה סיעודית, תשושי נפש) ו-4,037 לגריאטריה פעילה (גריאטריה שיקום, סיעודית מורכבת, טיפול תומך, גריאטריה תת-חרפה, הנשמה ממושכת, שחפת). שיעור המיטות במגמת ירידה ממחצית שנות האלפיים.
- אשפוז שיקומי: בינואר 2018 היו 855 מיטות לשיקום, כולל שיקום כללי, שיקום ילדים, שיקום אורתופדי, שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי וטיפול נמרץ שיקומי למחוסרי הכרה. שיעור המיטות עלה ל-0.097 ל-1,000 נפש בסוף 2017, עלייה מ-0.093 בסוף 2014.
- מיטות לאשפוז יום: בינואר 2018 היו 1,679 מיטות לאשפוז יום בתקן, מהן 1,171 מיטות לאשפוז כללי, 323 לאשפוז יום פסיכיאטרי, 105 לאשפוז יום גריאטרי ו-80 לאשפוז יום שיקומי, שיעור המיטות לאשפוז יום באשפוז הכללי יציב לעומת ירידה בשאר סוגי האשפוז.
- מקומות לטיפול יום: בינואר 2018 היו 705 מקומות לטיפול יום בבתי חולים, מהן 580 לטיפול פסיכיאטרי, 103 לטיפול אונקולוגי ו-22 לגריאטריה שיקום. כמחצית (355) היו בבתי חולים לאשפוז כללי ו-350 בבתי חולים פסיכיאטריים.
- עמדות לרפואה דחופה: בינואר 2018 היו 1,350 עמדות, תוספת 160 עמדות מסוף 2014 ו-228 עמדות מסוף 2009.
- עמדות דיאליזה: בינואר 2018 היו 1,517 עמדות דיאליזה, תוספת 353 עמדות מתוכם 220 היו עמדות דיאליזה במוסדות בקהילה מסוף שנת מסוף 2009.
- עמדות ניתוח: בינואר 2018 היו 453 עמדות ניתוח, תוספת 20 עמדות מסוף 2009.
- עמדות להתעוררות: בינואר 2018 היו 861 עמדות, תוספת 87 עמדות מסוף 2009.
- עמדות לידה: בינואר 2018 היו 285 עמדות לידה, תוספת של 50 עמדות מסוף 2009.
- עריסות ילודים: בינואר 2018 היו 1,665 עריסות ילודים, תוספת 283 עריסות מסוף 2009.

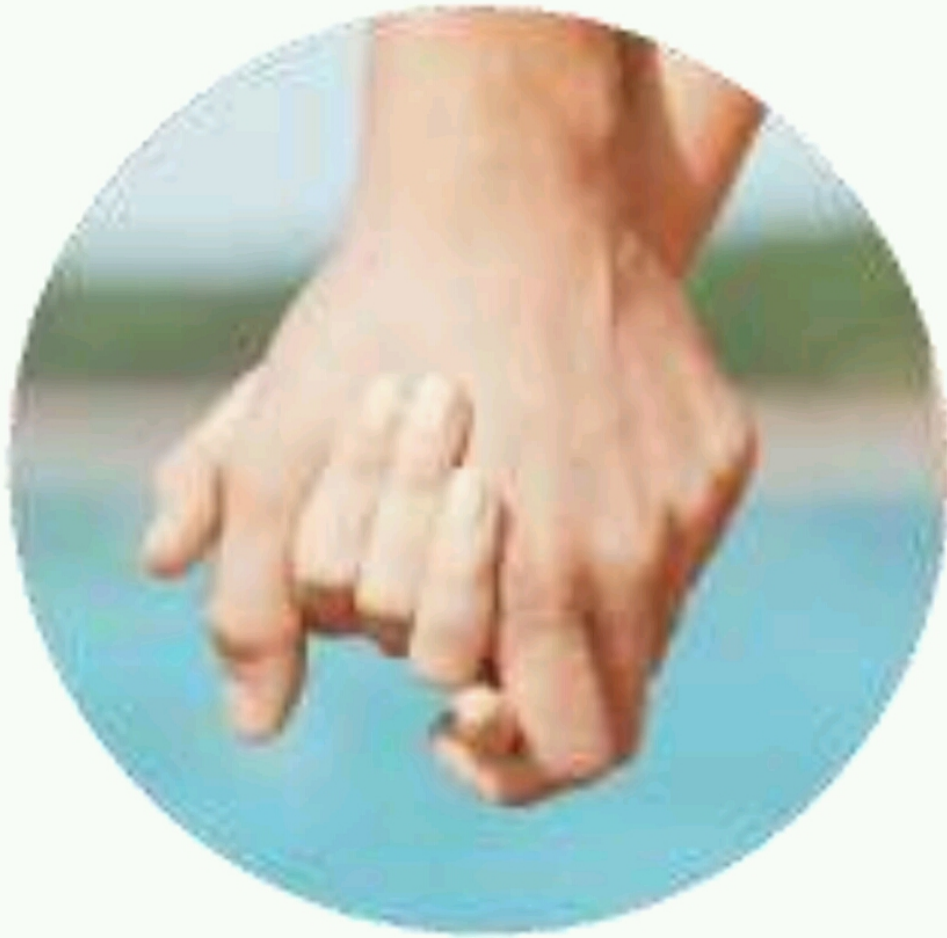
מש/5

סקר חווית המטופל במרכזים לבריאות

הנפש – מדידה שנייה – 2017, של אגף

השירות, מינהל איכות שירות ובטחון

במשרד הבריאות



סקר חווית המטופל במרכזים לבריאות הנפש

מדידה שנייה - 2017

2017

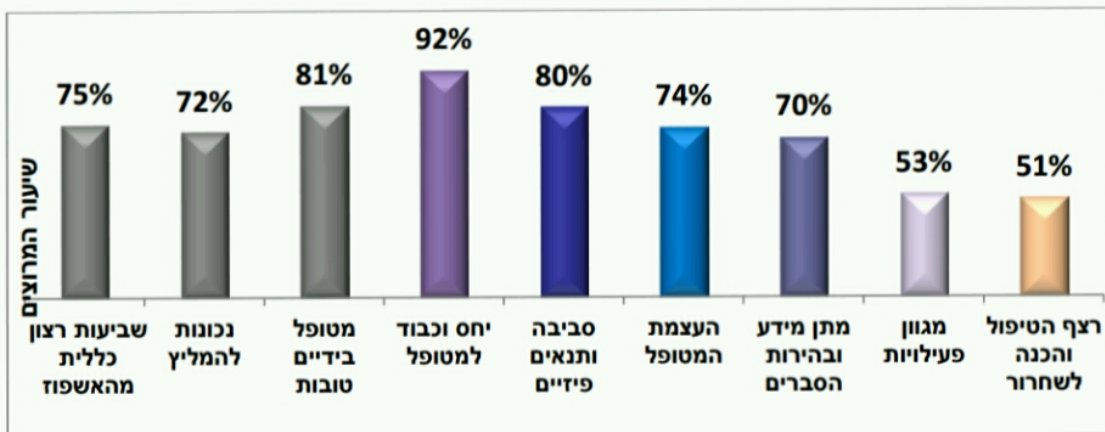
אגף השירות | מינהל איכות, שירות ובטיחות

אירנה בינדר בכרך
איילת גרינבאום אריזון
ד"ר ענת עקה זוהר

השאלון הכיל מעל 40 שאלות מעולמות תוכן שונים (יחס, מתן מידע, רצף טיפול, העצמת המטופל, תנאים סביבתיים ועוד). לצורך ניתוח הנתונים נבנו **מדדים רוחביים** למספר פריטים בשאלון (היו גם פריטים שלא נכללו בשום מדד). המדדים נבנו ללא חלוקה לסקטורים מקצועיים, עפ"י חוזר המנכ"ל לקידום חווית המטופל. כל מדד חושב כממוצע של שיעור המטופלים המרוצים (2TOP) בקרב בעלי הדעה בכל אחת מהשאלות הרלבנטיות. כמו כן, נבדקה המהימנות הפנימית של כל מדד (אלפא קרונברך).

75% מהמטופלים דירגו את שביעות הרצון הכללית שלהם מהאשפוז בציונים 8-10, ואילו 12% היו מאוד לא מרוצים ודירגו את השאלה בציונים 1-5.

מצורפים הציונים של עולמות התוכן השונים שנסקרו:



החזקות של בתי החולים הפסיכיאטריים, כפי שעולות בסקר, הן יחס הצוות למטופלים באדיבות ובכבוד (אחיות -94%, רופאים -94%, כח עזר-93%), התייחסות לשאלות ולחששות המטופל, והרגשת המטופלים שהצוות המטפל מאמין ביכולתם להשתקם (92%) ועושה הכל כדי לעזור להם (91%). 93% ציינו כי פרטיותם נשמרה בזמן בדיקות או כאשר שוחחו על מצבם.

81% מטופלים מדווחים כי הם הרגישו מטופלים בידיים טובות בעת אשפוזם. 92% חשו כי לצוות המחלקה אכפת מהם. 80% ציינו כי קיבלו מענה מהצוות המטפל לשאלות ולבקשות, ללא צורך להתאמץ.

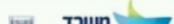
מדד **התנאים הפיסיים** מקבל ציונים גבוהים עם 80% מרוצים. המטופלים מרוצים מאוד מזמינות בגדים ומצעים (93%), משמירה על השקט בשעות הלילה (86%), התנאים שעמדו לרשות המבקרים נתפסים כנוחים ע"י 83%, 82% מרוצים מנוחות החדר. האוכל נתפס כחולשה כש38% מהמטופלים לא שבעי רצון מהאוכל המוגש.

90% מהמטופלים הרגישו מוגנים ובטוחים במהלך האשפוז.

מש/6

חוזר מנכ"ל 51.002 "קבלה ואשפוז בבית

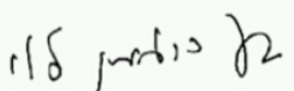
חולים" מיום 1.1.2016

נוהל מס': 51.002	אגף לבריאות הנפש	
מהדורה מס': 3		
דף 1 מתוך 13 דפים	הנושא: נהלי אשפוז בי"ח פסיכיאטריים	
תאריך תוקף: 01/01/2016		
הנדון: קבלה ואשפוז בבית חולים		

קבלה ואשפוז בבית חולים

רשימת עדכונים :

תאריך	שם המעדכן	תיאור העדכון	סעיף	מהדורה
08/01/2019	אילנה אהרנוביץ	נוהל זה מחליף את נהלים קבלת חולה- אשפוז מס' 02, קבלת חולה במחלקה מאשפוז מס' 03, שינוי בצורת אשפוז (סטטוס חוקי) מס' 09 מקובץ נהלים בתי חולים פסיכיאטרים דצמבר 1995.		2
09/07/2019	אילנה אהרנוביץ	מסמכים ישימים- נוהל עבודה עם משפחות של מטופלים באשפוז פסיכיאטרי	3.6	3
09/07/2019	אילנה אהרנוביץ	שיטה- רשומות רפואיות אופן הדיווח על קבלת מטופל.	6.8.2	
09/07/2019	אילנה אהרנוביץ	שיטה- העברת מידע למטופל ומשפחתו	6.2.7,6.2.10	
09/07/2019	אילנה אהרנוביץ	שיטה- אפיון הבדיקה הפסיכיאטרית	6.1,6.3.3.1.1,6.3.3.3.1	

אושר ע"י: ראש האגף לבריאות הנפש: ד"ר טל ברגמן-לוי	נערך ע"י: אילנה אהרנוביץ, דר' אהוד ססר, ראזק חוואלד, שרון בלו, ג'ני סגלוביץ' מזי כהן.
חתימה: 	

נוהל מס': 51.002 מהדורה מס': 3	 אגף לבריאות הנפש
דף 6 מתוך 13 דפים תאריך תוקף: 01/01/2016	הנושא: נהלי אשפוז בי"ח פסיכיאטריים הנדון: קבלה ואשפוז בבית חולים

6.3.3.2.2. באם לאחר הבדיקה כאמור לא נמצאה התוויה לאשפוז, ישוחרר המטופל מחדר מיון תוך יידוע הפסיכיאטר המחוזי שהוציא את הוראת הבדיקה עבורו.

6.3.3.2.3. באם נמצאה התוויה לאשפוז ואולם לא נמצאה התוויה לאשפוז כפוי אך המטופל הביע הסכמתו לאשפוז, ניתן לקבלו לאשפוז בהסכמה והדבר יפורט בהרחבה ברשומה הרפואית. ממצאי בדיקה והחלטה יועברו לפסיכיאטר מחוזי.

6.3.3.2.4. באם נמצאה התוויה לאשפוז כפוי, יפנה הפסיכיאטר המומחה לפסיכיאטר מחוזי על מנת לבקש ממנו הוראה לאשפוז כפוי.

6.3.3.3. הוראה לאשפוז כפוי

6.3.3.3.1. הובא חולה לבית החולים בתוקף הוראת אשפוז, ייבדק בדיקה רפואית, גופנית ונפשית לרבות התייחסות למסוכנות עצמה (אובדנות) ומסוכנות לזולת ויקבע הצורך לאשפוז. לפי שיקול דעתו רשאי בית החולים להחליט בהתאם לתוצאות הבדיקה האמורה, שלא לקבל את המטופל לאשפוז, בין בכפיה ובין בהסכמתו, בהעדר התוויה לאשפוז בכלל והעדר התוויה לאשפוז בכפיה בפרט.

6.3.3.3.2. הוחלט לקבל את המטופל לאשפוז בכפיה, בסמוך לקבלתו לאשפוז ובהתאם למצבו יקבל הסבר וטופס המפרט את זכויות וחובות המתאשפז ביחידה פסיכיאטרית.

6.3.3.3.3. לא היה החולה מסוגל להבין את תוכן הטופס מפאת מצבו, יתועד הדבר ברשומה ותוכנו של הטופס יוסבר לו מיד לכשיאפשר זאת מצבו הרפואי. בנוסף יש להביא לידיעת המטופל את זכותו לייצוג על ידי סיוע משפטי כשהוא מסרב לאשפוז.

6.3.3.3.4. בקבלת המטופל אחות/רופא יודאו שקיימת הוראת אשפוז, פרטי ההוראה תקינים לרבות מועדים.

6.3.3.3.5. חל שינוי במצב בריאותו של החולה וכתוצאה מכך חל שינוי בסטטוס המשפטי של האשפוז (מעבר בין צורות האשפוז: הסכמה, אשפוז דחוף בידי מנהל, הוראת פסיכיאטר מחוזי, צו אשפוז) יש לדווח על כך למשרד הבריאות (מב"ר 054).

6.3.3.3.6. באם החולה שהיה מאושפז לפי הוראה או צו אשפוז מעוניין להמשיך להתאשפז בתום תקופת האשפוז הכפוי, ומצבו מחייב זאת, יש להחתימו על טופס הסכמה מרצון

6.3.4. אשפוז בהליך פלילי

6.3.4.1. בהליך הפלילי יתכנו שני מצבים בהם יורה בית המשפט על אשפוזו של אדם, לצורך הסתכלות בהמשך או כתחליף לבדיקה אמבולטורית במרפאה או במלר"ד. בכל המקרים, יש צורך בצו בית משפט וקביעה של פסיכיאטר המחוז למקום הביצוע.

מש/7

חוזר מנכ"ל 51.003 "הבטחת רצף

טיפול" מיום 1.3.2016

נוהל מס': 51.003	 משרד הבריאות אגף לבריאות הנפש
מהדורה מס': 2	
דף 1 מתוך 8 דפים	
תאריך תוקף: 01/03/2016	הנושא: אשפוז ביה"ח פסיכיאטרי הנדון: הבטחת רצף טיפול

הנהלה - 88001115

הבטחת רצף טיפול

רשימת עדכונים :

תאריך	שם המעדכן	תיאור העדכון	הסעיף	מהדורה

נערך על-ידי: אילנה אהרונוביץ', דר' אהוד ססר, ראזק חוואלד, שרון בלו, מזי כהן, ג'ני סגלוביץ', חיה ישראל.	אושר על-ידי: ראש האגף לבריאות הנפש: ד"ר טל ברגמן-לוי חתימה: <u> </u>
---	---

נוהל מס': 51.003	 משרד הבריאות 
מהדורה מס': 2	
דף 3 מתוך 8 דפים	אגף לבריאות הנפש הנושא: אשפוז ביה"ח פסיכיאטרי
תאריך תוקף: 01/03/2016	
הנדון: הבטחת רצף טיפול	

הבטחת רצף טיפול

1. כללי

הבטחת רצף הטיפול במטופל ותיאום טיפול בין מטפלים שונים תסייע להבטחת הטיפול ושיפור איכות הטיפול במסגרת האשפוז בבית החולים ובשחרור. תיאום הטיפול והבטחת רצף הטיפול תעשה באמצעות ניהול מקרה כמפורט בנהל זה. העברת מידע נגיש וזמין לצוותים המטפלים במסגרות הטיפול השונות הינו מרכיב חיוני להבטחת המשכיות ואיכות הטיפול.

2. מטרה

- 2.1. לתכנן ולבצע תהליכים המיועדים להבטחת רצף טיפול במטופל במהלך האשפוז מחלקה/מחלקות ביה"ח ובשחרור.
- 2.2. להגדיר את תפקידי מנהל המקרה במסגרת האשפוז ולהבטיח טיפול כוללני איכותי.
- 2.3. להגדיר תהליך העברת מידע הקשור לטיפול במטופל לגורמים הרלוונטיים בבית החולים בעת שינויי במסגרת הטיפול האחראית בבית החולים.

3. מסמכים ישימים

- 3.1. חוק לטיפול בחולי נפש התשנ"א - 1991.
- 3.2. תקנות לטיפול בחולי נפש התשנ"ב - 1992.
- 3.3. חוק זכויות החולה התשנ"ו - 1996.
- 3.4. חוק שיקום נכי נפש בקהילה התש"ס - 2000.
- 3.5. נוהל שירות מרפאתי בבריאות הנפש - 2010.
- 3.6. חוזר מנהל הסיעוד מס' 103/14 "הבטחת רצף הטיפול הסיעודי בעת שחרור ממוסד רפואי".
- 3.7. התכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים פסיכיאטריים - מדדי איכות לשנת 2015.

4. הגדרות

- 4.1. תכנית טיפול - הגדרת הפעולות המתוכננות למטופל לצורך הבטחת טיפול איכותי במהלך אשפוזו.
- 4.2. ניהול מקרה (Case Management) - הינה שיטה המבוססת על ראייה מערכתית רחבה על מנת להעניק טיפול וליווי מקצועיים רב תחומיים לאנשים הזקוקים לטיפול. ניהול רב תחומי מטרתו לייצב את המצב עד כמה שניתן באותם אנשים הזקוקים לטיפול מורכב ממושך.
- 4.3. צוות רב מקצועי - צוות המופקד על טיפול במטופל: רופא, אחות, פסיכולוג, עובדת סוציאלית, מרפאה בעיסוק, אחר.
- 4.4. מנהל מקרה - איש צוות שהינו בעל רישיון באחד ממקצועות הבריאות שמונה על ידי מנהל המחלקה להיות מנהל מקרה.

נוהל מס': 51.003 מהדורה מס': 2	משרד הבריאות  אגף לבריאות הנפש
דף 4 מתוך 8 דפים	הנושא: אשפוז ביה"ח פסיכיאטרי
תאריך תוקף: 01/03/2016	
הנדון: הבטחת רצף טיפול	

5. אחריות וסמכות

עדכון הנוהל הינו באחריות ראש השירות או מי מטעמו.

- 5.1. קביעת תכנית טיפול והבטחת רצף טיפול הינה בסמכות מנהל המחלקה או מי מטעמו.
- 5.2. ביצוע תכנית הטיפול שנקבעה על ידי מנהל המחלקה הינה באחריות הצוות הרב מקצועי, תכלול הטיפול הינה באחריות מנהל המקרה.
- 5.3. העברת מידע הינה בסמכות ואחריות של איש צוות רפואי.

6. שיטה

- 6.1. מנהל המחלקה, או מי מטעמו יגדיר תכנית טיפול במהלך האשפוז, מעודכנת המעוגנת במדדי איכות בשיתוף הצוות הרב מקצועי המעורב בטיפול במטופל.
- 6.2. תכנית הטיפול תכלול את הרכיבים הבאים המתוכננים במהלך האשפוז: בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, פעולות אבחנתיות נוספות, טיפול תרופתי, ייעוציים, לרבות מעורבות גורמים פרה-רפואיים, הערכה פסיכוסוציאלית, טיפולים רלוונטיים אחרים, ארגונים ומסגרות טיפול אחרות וכדומה.
- 6.3. **תיאום טיפול**
 - מנהל המחלקה או מי מטעמו יקבע מנהל מקרה תוך 48 שעות מעת קבלת המטופל לטיפול, אשר שמו ופרטיו ירשמו ברשומת המטופל באופן מוגדר ומזוהה כמנהל המקרה וכמטפלו האישי מנהל המקרה:
 - 6.3.1. יעקוב אחר תהליך קליטתו של המטופל, יפקח על הטיפול במהלך כל שהות המטופל באשפוז במחלקה, יכיר את המטופל תולדות חייו וסביבתו, תוך איסוף מידע מגורמים שונים.
 - 6.3.2. יפעל כדי לזהות את מכלול יכולותיו של המטופל והבעיות המצריכות טיפול.
 - 6.3.3. ישפר את רצף הטיפול ואת התיאום בצוות המטפל ע"י קיום תהליך של רישום, דיווח ותיאום הטיפול מאדם אחד לאחר.
 - 6.3.4. יוודא שהוכנה תכנית טיפול על ידי אנשי הצוות הרב מקצועי בשיתוף עם המטופל בפרק זמן של 5 ימים מיום קבלת המטופל. וכן בנייה ו/או עדכון תכנית טיפול אחת לשלושה חודשים בנוגע למטופלים המאושפזים מעל 180 יום.
 - 6.3.5. יתעדכן ויעדכן באופן שוטף במתרחש בטיפול במהלך האשפוז.
 - 6.3.6. יעריך את מקום המשפחה ו/או האפוטרופוס של המטופל ויערבם באופן הולם בהסכמת המטופל. בהעדר הסכמת המטופל חילופי המידע הללו מול המשפחה שאינה אפוטרופוס, יתבצע רק במצבי חירום.
 - 6.3.7. יתאם, יתווך ויקשר בין הגורמים הטיפוליים במחלקה ומחוצה לה.
 - 6.3.8. יוודא שתוכנית שיקום נקבעת / ממשיכה / מתעדכנת בהתאם למצב המטופל עוד בשלבים מוקדמים של האשפוז.
 - 6.3.9. יוודא ביצוע התוכניות שנקבעו וידאג להתאמתן למצב המשתנה של המטופל.

מש/8

**פרוטוקול ישיבה מס' 113 של ועדת
העבודה והרווחה, הכנסת ה-12 מיום**

30.1.1990

פרוטוקול מס' 113

מישיבת ועדת העבודה והרווחה
יום שלישי, ד' בשבט התש"ן (30 בינואר 1990), שעה 09:00
(ישיבה פתוחה)

נכחו:

חברי הוועדה:

א' נמיר - היו"ר
ש' ארבל-אלמוזלינו
רן כהן
ע' פרץ
י' פרח
י' צבן
י' שמאי
י' שפרינצק

מוזמנים:

ח"כ י' קיסר - מזכ"ל ההסתדרות
ד"ר פ' וייל - סגן יו"ר החברה הפסיכיאטרית
ד"ר ג' סקלי - יו"ר הוועדה לבריאות הנפש, משרד הבריאות
ד"ר א' ברנשטיין - יו"ר הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה
קלינית, משרד הבריאות
ד"ר י' בראל - פסיכיאט מחוזי, משרד הבריאות
ד"ר ר' דיציאן - נציג קופת-חולים
מר מוניץ - המחלקה לבריאות הנפש, קופת חולים
ע' לוי - החברה הפסיכיאטרית
פרופ' י' גינת - מנהל בית החולים טלביה
ד' נצר - הסתדרות הפסיכולוגים
ד"ר ר' ישי - היו"ר היוצא של ההסתדרות הרפואית
ד"ר מ' צנגן - היו"ר הנכנס של ההסתדרות הרפואית
פרופ' ש' טיאנו - ההסתדרות הרפואית
עו"ד ש' קייזמן - מזכיר ההסתדרות הרפואית
א' בן-גרא - מזכיר איגוד העובדים הסוציאליים
ח' אורון - איגוד העובדים הסוציאליים
צ' לוין - היועץ המשפטי של משרד הבריאות
י' סגן - הלשכה המשפטית, משרד הבריאות
ע' אליצור - משרד המשפטים
ג' נויטל - משרד המשפטים
ד' כהן - משרד האוצר
ד' מילגרום - משרד האוצר
ר' רדל - משרד האוצר
פרופ' ר' בן-ישראל - יועצת הוועדה לחקיקת עבודה
י' ברק - היועץ המשפטי של משרד העבודה והרווחה
נ' אורי - משרד העבודה והרווחה
ר' כהנא - משרד העבודה והרווחה
ד' מנע - מנכ"ל שירות התעסוקה

- יועץ משפטי של משרד התעסוקה	א' רוזובסקי
- יו"ר לשכת הקשר של ההסתדרות	ש' בן-שמחון
- יו"ר מחלקת הארגון בהסתדרות	ג' בן-ישראל
- עוזר מזכ"ל ההסתדרות	ש' סולר
- עוזר מזכ"ל ההסתדרות	ד' לוי

יועץ משפטי לוועדה: מ' בוטון

מ"מ מזכירת הוועדה: י' שפירא

קצרנית: צ' ספרן

סדר היום: א. חוק לטיפול בחולי נפש, התשמ"ט-1989 - הצעת חוק של ח"כ ש' ארבל-אלמוזלינו.

ב. חוק שירות התעסוקה (תיקון מס' 7), התשמ"ח-1988 (נוסח לבן).

היו"ר א' נמיר:

אני מתכבדת לפתוח את ישיבת ועדת העבודה והרווחה.

אני מכריזה על ישיבה זו כפתוחה.

**א. חוק לטיפול בחולי נפש, התשמ"ט-1989
הצעת חוק של חברת-הכנסת ש' ארבל-אלמוזלינו**

אנחנו מתחילים היום את הדיון בחוק מאד חשוב ונדון בו מדי יום שלישי בשעה 09:00 עד אשר נסיים את הדיון בו. אני מקווה שעד הפגרה נצליח לסיים את הדיון בחוק ולהכינו לקריאה ראשונה, כאשר את רוב העדויות נשמע לקראת הקריאה הראשונה, ובין הקריאה הראשונה והקריאה השנייה והשלישית תהיה פחות עבודה של שמיעה. נרחיב מאד את היריעה בחוק זה ונשמע את כל הגופים שאנחנו חושבים שחשוב שנשמע אותם ושהם חושבים שחשוב שדבריהם יושמעו בפני הוועדה.

בהזדמנות זו אני רוצה לברך את ד"ר מרים צנגן, שנכנסה לתפקיד היושב-ראש של ההסתדרות הרפואית.

ש' ארבל-אלמוזלינו:

אני רוצה להודות ליושבת-ראש על החלטתה לקחת את החוק הזה ולטפל בו בצורה מעמיקה, יסודית ורצינית וגם להקדיש לו את הזמן הדרוש לכך פעם בשבוע.

אני רוצה לברך את יושב-ראש ההסתדרות הרפואית היוצא, ד"ר רם ישי, על שיתוף הפעולה שהיה לנו, על אף חילוקי הדעות שהיו. עשינו כולנו למען מטרה חשובה אחת: לקדם את הרפואה במדינת ישראל ולהאדיר את כוחו ומעמדו של הרופא.

אני מברכת את ד"ר מרים צנגן, שאנחנו מכירים הרבה שנים, לכניסתה לתפקיד, שהוא תפקיד קשה, מורכב ומסובך. אני בטוחה שבעזרת כל הרופאים מכל הגוונים היא תעשה עבודה מצויינת וטובה ותצעיד את ההסתדרות הרפואית קדימה.

גברתי היושבת-ראש, רבותי האורחים, חברי הוועדה, לידתה של הצעת חוק זו היתה קשה מאד. קודם כל היא הוכנה על ידי ועדה מיוחדת במשרד הבריאות, אשר היתה מורכבת מהחברים הבאים: היועץ המשפטי של משרד הבריאות מר לוי, ד"ר סקלי, פרופ' גינת, ד"ר בראל וד"ר וייל. בהזדמנות זו אני רוצה להודות להם על העבודה המצויינת שחם עשו. הם הקדישו הרבה מאד זמן לדיונים ולגיבוש ההצעות הללו. זאת לא היתה מלאכה כל כך קלה. גם כשכיהנתי בתפקיד שרת הבריאות קיימנו דיונים בנושא הזה והיו לא פעם חילוקי דעות על גישות כאלה ואחרות, אבל בסופו של דבר התגבשה הצעה אשר תואמת גם את התקופה שלנו, את השינויים שחלו בתחום הפסיכיאטריה, את השינויים שחלו בתחום זכויות האזרח, בתחום המשפטי וגם את מה שנעשה בעולם הגדול.

לפני שנה התקיים כנס בקנדה, שהשתתפו בו היועץ המשפטי של משרד הבריאות וד"ר בראל, ואחד הנושאים שנדונו בכנס הבינלאומי החוא היה הנושא הזה. ישראל באה כבר אז מוכנה עם הצעות וחידושים לגבי הצעת החוק אשר עמדה להגיש כתיקון לחוק הקיים מאז 1955. נדמה לי שזה התיקון הראשון שאנחנו עושים מאז נתקבל החוק ב-1955.

הגישה שהיתה בעבר בשנות החמישים, כאשר נחקק החוק, היתה גישה בה החולים ומשפחותיהם הטילו את יהבם על הרופאים. הם סמכו עליהם שהם דואגים לזכויותיו של החולה, ומה שאומר הרופא היה קדוש. אבל חלה התפתחות במשך השנים: היום החולה רוצה לדעת את זכויותיו, משפחתו רוצה לדעת מה הטיפול שינתן לו, הם רוצים להיות שותפים לדיונים ולקבלת ההחלטות ושלא יכפו על החולה לא טיפול ולא אישפוז מבלי שתהיה סיבה מוצדקת לכך.

מקרים שהתרחשו במשך השנים הביאו להציע את הצעות התיקון וכן פסקי דין שהיו בבתי המשפט. תרמה לכך גם הפעילות של האגודה לזכויות האזרח, שהתריעה מדי פעם על ליקויים ועל תופעות, שאמנם היו חריגות, אבל היו כואבות ופגעו בזכויותיו של החולה.

הצעת חוק זאת באה להחליף את החוק הקיים על מכלול הסעיפים שבו. מעט מאוד סעיפים נשארו מהחוק הקיים, רוב הסעיפים השתנו בהתאם לנסיבות שצינתי.

לגבי אישפוז החולה: אישפוזו ייעשה על פי בדיקה. לא יכולים לאשפז את החולה אלא אם נבדק תחילה בדיקה רפואית, נפשית וגופנית, בבית החולים ונקבע הצורך באישפוזו. אם זה קטין, צריך לבדוק אותו תחילה פסיכיאטר מומחה בפסיכיאטריה של הילד המתבגר.

לגבי האישפוז יש כמה סוגים: יש אישפוז מרצון, יש אישפוז כפוי של חולה המסכן את זולתו ויש אישפוז כפוי של חולה המסכן את עצמו. גם פה קובעים אישפוז שייעשה על ידי מנהל בית החולים. רשאי המנהל לאשפז חולה בניגוד לרצונו, לאחר שהחולה נבדק ונמצא שהוא ממלא את הדרישות המצדיקות אישפוז כפוי בהתאם לסעיפים 5 או 6 בהצעת החוק, אבל האישפוז הזה יהיה בתוקף עד 48 שעות. אחרי 48 שעות ישוחרר החולה אם לא ניתנה הוראת אישפוז על ידי הפסיכיאטר המחוזי.

בקשר לאישפוז הכפוי של חולה המסכן את עצמו או המסכן את זולתו נקבעו קריטריונים בהצעת החוק. אם הוא מסכן את זולתו נקבע: "אם נוכח פסיכיאטר מחוזי כי נתמלאו באדם כל התנאים הבאים: (1) הינו חולה במחלת נפש, שכתוצאה ממנה נפגמו במידה ניכרת כוח שיפוטו או כושרו לביקורת המציאות; (2) הוא עלול לסכן אנשים אחרים סיכון פיסי ומידי; (3) קיים קשר סיבתי בין מחלת הנפש ובין הסכנה; (4) הוא אינו מסכים או אינו מסוגל להסכים לקבל את הטיפול הדרוש, חייב הוא להורות בכתב על אישפוזו בבית החולים".

ואם החולה מסכן את עצמו נקבעו קריטריונים שדומים לקריטריונים אשר נקבעו לגבי אישפוז כפוי של חולה המסכן את זולתו.

יש גם אישפוז כפוי לא דחוף - זאת אומרת, אפשר להמתין ולא לאשפז מיד - וזה לגבי חולה במחלת נפש, שנתקיים בו אחד מהקריטריונים שמנויים בחוק.

מה שהכנסנו בהצעת החוק בסעיף 9 - הוראות לטיפול מרפאתי כפוי - הוא חידוש בנושא זה של טיפול כפוי. מאחר ובנושא הפסיכיאטריה התפתח בשנים האחרונות השירות הקהילתי והטיפול בקהילה ובמרפאה ונמנעים הרבה מאד מאישפוז ממושך בבתי החולים, באה הצעת החוק בסעיף זה וקבעה שקיימת אפשרות לתת לאדם את הטיפול הדרוש במסגרת מרפאה ורשאי הפסיכיאטר המחוזי "להורות בכתב, כי על האדם לקבל את הטיפול במרפאה שיקבע ובתנאים שיוורה". במידה שיהיה צורך לתת לו את הטיפול והוא איננו רוצה לקבל אותו, אפשר גם להורות על טיפול מרפאתי כפוי.

לחולה יש זכות לערער על אישפוז או טיפול במרפאה.

סעיף 13 מדבר על אישפוז חולה על פי צו בית משפט - כלומר, לא רק על פי קביעת הפסיכיאטר המחוזי אלא גם על פי צו בית משפט - ונאמר: "הועמד אדם לדין פלילי ובית המשפט סבור, אם על פי ראיות שהובאו לפניו מטעם אחד מבעלי הדין ואם על פי ראיות שהובאו לפניו ביוזמתו שלו, כי הנאשם אינו מסוגל לעמוד בדין מחמת היותו חולה, רשאי בית המשפט לצוות שהנאשם יאושפז בבית חולים, או יקבל טיפול במרפאה, אם סבר שמצבו מצריך זאת; החליט בית המשפט לברר את אשמתו של הנאשם לפי סעיף 170 לחוק סדר הדין הפלילי... יהיה הצו שניתן עליו כאמור בר-תוקף עד לתום הבירור" וכו'.

גם לגבי אישפוז עצור נקבעו הכללים וההנחיות כיצד ייעשה הדבר.

י' צבן:

לפי הצעת החוק, האישפוז על ידי פסיכיאטר הוא לעשרה ימים, עד לוועדה?

בחוק הקיים אין הבחנה בסטטוס, ברגע שאדם מאושפז, בין מאושפז בכפייה או מאושפז מרצונו. הדבר הזה עורר אצלנו הרבה מאד בעיות, בעצם הוא כאילו הפך את כל הוראת האישפוז הקיימת להוראת הבאה, להוראה להביא לאישפוז, ומרגע שהחולה באישפוז אין הבדל בסטטוס אם אושפז מרצונו או לא מרצונו. הדבר הוא פרובלמטי גם לגבי כל השאלה של טיפול בכפייה. בזכויות החולה דיברנו על כך שמטרת האישפוז היא טיפול. מה קורה עם חולה שאושפז בכפייה ומתנגד לקבל טיפול? החוק הקיים לא מתייחס בכלל לכל הנקודות האלה. אני חושב שהצעת החוק עושה הבחנה ברורה בין החולה שמאושפז מרצונו לבין החולה שאושפז בתוקף הוראת אישפוז, גם מבחינת היכולת שלו לדרוש אחרי כן להשתחרר, גם מבחינת היכולת לתת לו טיפול כפוי או אי היכולת לתת לו טיפול כפוי וכן הלאה. יש פה הבחנה ברורה בין שני הדברים האלה.

הדבר האחרון שנוגע לאישפוז כפוי ורציתי להזכיר הוא הגבלת התוקף של הוראת האישפוז, סעיף 8. החוק הקיים לא מתייחס בכלל לתוקף הוראת האישפוז מרגע שהיא בוצעה. הצעת החוק שמונחת פה מציעה להגביל את תקופת הוראת האישפוז שניתנת על ידי הפסיכיאטר המחוזי לשבעה ימים, עם אפשרות הארכה לשבעה ימים נוספים, ואחרי זה כל המשך של אישפוז כפוי מסור בידיה של הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית, שכוללת גם גורם משפטי.

היו"ר א' נמיר:

ממי מורכבת הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית?

פרופ' י' גינת:

מאדם שכשיר להיות שופט שלום ומשני פסיכיאטרים.

היו"ר א' נמיר:

מקפידים על זה?

פרופ' י' גינת:

מאד. מדובר בפסיכיאטרים מומחים ומאדם שכשיר להיות שופט שלום. בחלק מהמקומות זה שופט שלום עצמו, או איש של פרקליטות המחוז, או מישהו אחר. זה כבר גוף שיש בו גם אלמנט משפטי. עשינו פה מין מוצר פשרה בין המודל הרפואי הטהור לגבי אישפוז כפוי, שאומר שכל ההכרעות בנוגע לאישפוז כפוי הן בידי רופאים, לבין מודל משפטי שנהוג בהרבה מאד ארצות, שבהן ניתן לרופאים לאשפז אישפוז כפוי לתקופת זמן מאד מוגבלת, ואחרי זה הזכות להמשיך את האישפוז הכפוי עוברת לידי בית משפט שלום. לא הלכנו פה בדרך הזאת, למרות שיש הרבה דעות בכיוון הזה, בידענו קודם כל את העומס המוטל על בתי המשפט וכן את חוסר ההתמחות של בתי המשפט בנקודה הזאת דווקא. רוב השופטים אינם מתמצאים בחוק הספציפי הזה ובהפעלתו ולכן העדפנו שזה יהיה גוף קבוע, שיש בו גם גורם משפטי וגם גורם מקצועי, שהוא יושב באופן קבוע על הנושא הזה ומתמחה בו, שזה יהיה הגורם שיעמוד מעל הפסיכיאטר המחוזי לענין הוראות אישפוז ארוכות יותר.

לדעתי יש בהצעת החוק שינוי מאד גדול שנותן איזון מתאים בין ההגנה על החולה, על הציבור, לבין זכויות האזרח.

רן כהן:

אם החולה הוא בעל הכרה ושליטה על עצמו, או אם האפוסטרופוס מטעמו, קרוב משפחה או כל אדם, רוצה לערער על החלטת השופט או הרופא, האם יש איזו שהיא אינסטנציה, לבד מאותה אינסטנציה יותר גבוהה בתחום המשפטי, שבפניה הם יכולים לערער? כלומר, האם קיימת האפשרות ללכת לרופא אחר, לסמכות אחרת, למחוז אחר?