

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

פגיעה בזכויות אדם בשם ההגנה על בריאות הציבור מפני הקורונה – איזון ושקיפות במבט משווה

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

פרופ' נדב דוידוביץ', אוניברסיטת בן גוריון בנגב
פרופ' אייל גרוס, אוניברסיטת תל אביב
דר' עינת אלבין, האוניברסיטה העברית בירושלים

מילות מפתח

מגפת הקורונה, הזכות לבריאות, הזכות לבטחון תזונתי, הזכות לפרטיות, הזכות לעבודה

תקציר

תקציר שאורכו עד **200 מילים**, אשר יכלול כותרים אלה: (1) רקע (2) מטרות (3) שיטה (4) ממצאים עיקריים (5) מסקנות (6) המלצות / השלכות לקובעי המדיניות

המשבר שיצרה מגפת הקורונה הציף מחדש את המתחים בין שמירת בריאות הציבור להגנת זכויות אדם, בממדים והיקפים חסרי תקדים. מחקר זה נועד לעמוד על מתחים אלו, במטרה למפות את השפעת צעדים שונים לבלימת המגפה על מספר זכויות אדם ולבחון את האיזונים שנעשו והחלופות הקיימות. המחקר שילב מומחיות ומומחים מתחום בריאות הציבור ומשפטים, תוך שימוש במתודות מגוונות שכללו בחינה של מסגרת זכויות האדם הרלוונטית, סקירה שיטתית של ספרות בריאות הציבור, סקירת התדייניות משפטיות, ומספר ראיונות משלימים עם מומחים ואנשי מקצוע.

השערות העבודה שהועלו בראשית המחקר - ועיקרן, שהתמודדות עם מגפת הקורונה הביאה לפגיעה במספר זכויות אדם בסיסיות, לרבות הזכות לבריאות עצמה, וכן הזכות לביטחון תזונתי, פרטיות ועבודה - התבררו כמבוססות. עוד עלה כי בתי המשפט ומקבלי ההחלטות בישראל תפסו את מושג הבריאות באופן צר, הממוקד במניעת תחלואה והידבקות במגפה. בה בעת, המחקר מדגים כיצד השפעת המגפה על הזכות לבריאות עצמה, כמו גם על שורת זכויות נוספות, הייתה רחבה ופוגענית בהרבה, בפרט בקרב אוכלוסיות מוחלשות ותרמה לעלייה במדדי אי השוויון.

מסקנתנו מהמחקר הנה כי בישראל, כמו גם במדינות רבות נוספות בעולם, יש חשיבות לאמץ תפיסה רחבה, רב מימדית ואינטרדיסציפלינארית של מושג הבריאות, אשר תיקח בחשבון גם היבטים נפשיים, חברתיים, כלכליים ותרבותיים של בריאות (דוגמת בטחון תזונתי או עבודה). אנו בעמדה, כי מימדים אלו חייבים להילקח בחשבון בעת התווית מדיניות המאבק בהתפרצות מגפות אחרות ובפרט במגפת הקורונה הן באמצעים לבלימת המגפה עצמה והן בתוכניות החברתיות להתמודדות עם נזקיה. יש לפעול ליישום בפועל של עקרונות "בריאות בכל מדיניות" וכן "בריאות אחת", להילחם באי השוויון בבריאות, ולבנות מחדש את אמון הציבור שנפגע במהלך המגפה.

Full title of research project

Protecting public health from COVID-19 while securing human rights: Balances and transparency from a comparative perspective

Investigators: full name and affiliations

Prof. Nadav Davidovitch, Ben Gurion University of the Negev
 Prof. Aeyal Gross, Tel Aviv University
 Dr. Einat Albin, Hebrew University of Jerusalem

Key Words

COVID-19 pandemic, Right to Health, Right to Food Security, Right to Privacy, Right to Work

Abstract

An abstract of up to **300 words** should include these headings: (1) Scientific Background (2) Objectives (3) Methodology (4) Findings (5) Conclusions (6) Policy Implications / recommendations

The COVID-19 crisis has revealed the tensions between protecting public health and safeguarding human rights. This study aims to explore these tensions and examine the balances struck between them, in a comparative view. It maps the effect of various pandemic-related measures on human rights while pointing to emerging alternatives. The research combined experts from the field of public health and law and utilized diverse methods, including examination of the relevant human rights framework; a systematic review of the public health literature; a review of relevant litigation; and a number of supplementary interviews with experts and professionals.

The research's working hypothesis suggested that measures to address the COVID-19 pandemic resulted in the violation of a number of basic human rights, including the right to health itself, as well as the right to food security, privacy and work, among others. This hypothesis was found to be well-founded. Israeli courts and decision-makers narrowly perceived health as focused primarily on preventing additional COVID-19 infections and mortality. However, the research demonstrates that the impact of COVID-19 on the right to health, and additional human rights, was far wider, particularly among vulnerable communities and groups.

Our conclusions are that in Israel, as well as in many other countries, the concept of health itself must be re-debated. Within this research, we call to recognize, adopt and promote health as a multidimensional and interdisciplinary concept, and protect its social, economic and cultural underlying determinants. These dimensions must be taken into account when devising pandemic policies, both in the direct measures to curb COVID-19 and in the social programs to deal with its social-economic burdens upon the population. The principles of "health in all policies" and "one health" must be implemented, while paying additional attention to addressing health inequalities and rebuilding public trust.

Scientific Background and Objectives

COVID-19 crisis has revealed the tensions between protecting public health and safeguarding human rights. This study aims to explore these tensions and examine the balances struck between them, in a comparative view.

Methodology

The research combined experts from the field of public health and law. It utilized diverse methods, including examining the relevant human rights frameworks, litigation, a systematic review of the public health literature, and ten supplementary informative interviews with experts and professionals.

Findings

The research's working hypothesis suggested that measures to address the COVID-19 pandemic violated numerous human rights, including the right to health, the right to food security, the right to privacy, and the right to work. This hypothesis was found to be well-founded.

First, the COVID-19 pandemic had drastically undermined the enjoyment of the right to health, beyond the pandemic itself. The pandemic and measures to counter it led to a significant decrease in the availability and accessibility of preventive health services, a decline in vaccination rates (for diseases other than COVID-19), and the postponement or cancellation of elective treatments. Along with increasing poverty and mental illness, a significant increase in mortality rates from non-communicable diseases has been observed in low-middle-income countries and among disadvantaged populations in high-income countries. In addition, during the pandemic, there was an increase in morbidity and mortality rates from infectious diseases such as AIDS, TB, and malaria, especially among low and middle-income countries. This increase was attributed to the vast impact of the pandemic: problems in the supply chain of medical equipment and medicine, the prioritization of COVID-19 over endemic diseases by domestic and international health bodies, the cessation of infection prevention campaigns, as well as a lack of medical staff and the fear of infection by patients and caregivers. These trends were also identified in Israel, that contribute to new outbreaks such as Polio.

Second, the COVID-19 pandemic has yielded a global increase in food insecurity, including in Israel. Border closures, movement restrictions, and closures have created severe hurdles in food supply chains. At the same time, closing the schools increased food insecurity among children and adolescents who relied on school nutrition programs. On the demand side, the growing poverty during the pandemic translated into difficulties in purchasing food intensified due to the soaring food prices worldwide. In Israel, school closures were not accompanied by social programs designed to ensure food security among children, in contrast to many other countries. The major initiative for food security included the distribution of vouchers. However, the program was criticized by experts and social organizations, arguably for eligibility criteria that excluded marginalized populations and those experiencing food insecurity for the first time. Moreover, the

vouchers raise additional concerns as they were not limited to purchasing food, let alone healthy food.

Third, the pandemic profoundly impacted the enjoyment of the right to work. Studies have shown how the right has been significantly limited as vast populations lost their place of work. Marginalized populations exposed to labor market discrimination even before the pandemic - women, people with disabilities, young people, migrant workers, and refugees and asylum seekers - were disproportionately and adversely affected by the pandemic. In this context, Israel's policy was to enable employers to send workers on unpaid leave, under their sole discretion, while providing unemployment benefits for those who lost their employment. An alternative was to give State subsidies, while preserving employment (as in other European Countries). This resulted in a more significant violation of the right to work in Israel. In addition, measures taken from a narrower public health approach, such as mandatory remote work, harmed disadvantaged population (mainly women) and increased labor market inequality.

Fourth, measures adopted to combat the pandemic had further infringed upon the right to privacy, due to the need for comprehensive epidemiological data collection. Violations of the rights to privacy were particularly prevalent in Israel, the only democracy that has integrated the surveillance capabilities of its internal security service (Shin Bet) for contact tracing. Additionally, Israel approved legislative proposals that allowed for the extensive transfer of personal information to local authorities for various purposes, including encouraging vaccination and supporting those isolated. These proposals were later limited or revoked.

More broadly, Israeli courts and decision-makers narrowly perceived health as focused primarily on preventing COVID-19 infections, mortality and burden on the health system. However, the research demonstrates that the impact of COVID-19 on the right to health, and additional human rights, was far broader, particularly among vulnerable communities and groups. Even more so, the Israeli court provided considerable latitude for decision makers and examined the legality of pandemic measures in isolation from the adequacy of social programs to mitigate such measures' harms. Further, decision-making processes had tended to sideline non-health experts, such as welfare, poverty, food security or labor experts, with only limited avenues for public participation.

Conclusions, Policy Implications, and Recommendations

In Israel, as well as in many other countries, we need to rethink and discuss the concept of health itself. Within this research, we call to recognize, adopt and promote health as a multidimensional and interdisciplinary concept, and protect its social, economic, and cultural underlying determinants. A broader understanding of public health will diminish the tension between public health and human rights. Thus, while discussing the imposition of restrictions or measures, decision-makers must examine the violations of relevant human rights; place the injury in the broad context of possible effects on public health and not just its effect on COVID-19; and ask whether this harm is necessary and obligatory. To the extent that measures are required, such decisions must integrally include appropriate social programs that will alleviate the vulnerabilities and social harms brought by the measure imposed.

To do so, decision-making processes must be made more inclusive. Additional and proactive monitoring of food security, poverty, employment, mental illness, and other aspects, is required. Such holistic social-economic monitoring should be presented to decision-makers together with pandemic-related data. As the pandemic disproportionately impacted disadvantaged groups, decision-makers must address health inequalities and rebuild public trust.

Further, there is a need to rethink the notion of pandemic emergency and emergency measures; in fact, coping with the pandemic is a continuation of the everyday challenges of public health systems. In Israel, decades-long underfunding of the health system has caused gaps and limitations. Fearing the collapse of Israel's health system, decision makers opted to reduce medical and health activities to focus on COVID-19, especially in the first year of the pandemic outbreak. Paradoxically, it harmed other dimensions of the right to health. Building a more robust health system will help Israel navigate public health challenges routinely and in the face of a sudden health crisis. Legally, permanent rather than ad-hoc legislation is required, which will integrate the treatment of the pandemic as part of a general concept of public health challenges.

חלק ה': דוח מדעי מפורט - עברית

1. רקע

ארגון הבריאות העולמי מגדיר בריאות לא רק כהעדר מחלה, אלא כמצב של שלומות (wellbeing), פיזית, נפשית וחברתית.¹ משמע, בריאות הינו מושג רחב הרבה יותר מאשר תפיסה רפואית קלינית, אלא כזו הכוללת מימדים חברתיים, כלכליים, תרבותיים, סביבתיים ופוליטיים, המשפיעים עמוקות על בריאותם של פרטים, קהילות, אוכלוסיות וחברות שונות.² בדומה לכך, הזכות לבריאות,³ המעוגנת באמנות בינלאומיות ואזוריות שונות,⁴ הינה זכות משמעותית הכוללת הגנה גם על underlying "determinants of health", קרי, גורמים בסיסיים המהווים תנאי לבריאות – כגון מזון, מים, דיור הולם, סביבה תומכת בריאות (כגון עבודה) וגורמים נוספים.⁵ כדי להגן על הזכות לבריאות נדרשת תפיסה פרואקטיבית, המגובה בחקיקה ובתקנות שונות ברמה הלאומית והבינלאומית.⁶ לאור זאת, בשנים האחרונות גובשה תפיסה "בריאות בכל מדיניות" (health in all policies), אשר נועדה לנתח כיצד מדיניות בתחומי החיים השונים – כלכלה, תעסוקה, דיור, חינוך, סביבה – משפיעה על בריאות ולקדם מימוש משמעותי יותר של הזכות לבריאות.⁷

בריאות הציבור הינו נדבך משמעותי בבריאות אשר מחייב איזון מתמיד בין זכויות אדם מתנגשות. בשם בריאות הציבור אנו לא פעם מגבילים זכויות של פרטים או של גופים שונים כגון תאגידים, כדוגמת החובה לחגור חגורות בטיחות או לחבוש קסדות בעת נהיגה על אופנוע, לאסור עישון או להטיל הגבלות בשל החשש מזיהום סביבתי. לכן, מדיניות בריאות עלולה לפגוע בזכויות אדם שונות, לרבות בזכות לבריאות עצמה.

המתח בין השמירה על בריאות הציבור ופוטנציאל הפגיעה בזכויות אדם שונות בולט במצבי חירום ובפרט בתקופה של מגפה, בהם ננקטים אמצעים דרסטיים בשם ההגנה על בריאות הציבור. אמצעים אלו יכולים לכלול הטלת אמצעי בידוד או הסגר, סגירת מסגרות חינוכיות, מתן כלים בידי מעסיקים לשמור על הבריאות במקום העבודה וכן להתמודד עם המשבר הכלכלי שנלווה למשבר הבריאות, באופן אשר יכול לפגוע בזכויות אדם שונות. חובת הדיווח על תחלואה מגפתית וביצוע חקירות אפידמיולוגיות גם הוא בעל פוטנציאל פגיעה בזכויות אדם כגון הזכות לפרטיות. במהלך מגפת ה-19-COVID נצפו ברחבי העולם ובישראל בפרט התנגשות בין הרצון לשמור על בריאות הציבור לפגיעה בזכויות אדם רבות החל מהזכות לבריאות עצמה, הזכות לפרטיות (בישראל למשל בעקבות תכנית האיכון על ידי השב"כ), הזכות לביטחון תזונתי, הזכות לעבודה וכן הזכות לקיום בכבוד בדגש על אוכלוסיות מוחלשות ועוד. כמו כן ההגבלות על חופש התנועה משליכות לא רק על עצם הזכות לחופש תנועה אלא גם על הזכות לחיי משפחה, לחופש הדת.

הדיון על הפגיעה בזכויות אדם בעתות מגפה נדון בספרות בריאות הציבור והספרות המשפטית בהקשר של האיידס והסארס.⁸ עם זאת, משבר הקורונה העלה את השאלה מחדש בממדים והיקפים חסרי תקדים והוא מקרה חשוב לבחינתה, בייחוד לאור העובדה שהיסטורית במקרים של פנדמיות

לא פעם התעוררו גלים נוספים של תחלואה, כמו גם מאבקים אודות פיתוח וחלוקת חיסונים ותרופות. חשוב לציין, שלאור השינויים הגלובליים כגון שינוי האקלים, שינויים אקולוגיים המשפיעים על יחסי הגומלין בין בני אדם לבעלי חיים, אנו עלולים בעתיד לחוות התפרצויות של תחלואה זיהומית אחרת אשר יתכן וידרשו שוב נקיטת התערבויות שיש להן פוטנציאל פגיעה בזכויות אדם שונות.

מדינות שונות מתמודדות עם הפנדמיה באופנים שונים, תוך התלבטות כיצד לאזן בין הרצון לשמור על בריאות הציבור ומצד שני להגן על זכויות אדם.⁹ הצורך להבין טוב יותר מה החלופות העומדות על הפרק וכיצד יש לאזן בצורה נכונה בין הזכויות השונות, הינו קריטי בבואנו להתכונן למצבים דומים בעתיד.

כפי שנרחיב לאורך דוח זה, אנו מבקשות ומבקשים לטעון כי ככל שבריאות הציבור בהקשר מגפת הקורונה נתפסת באופן צר, כממוקדת במניעת תחלואה והידבקות בקורונה בלבד, היא כמעט תמיד תמצא במתח עם זכויות אדם נוספות לרבות הזכות לבריאות עצמה (שכן הזכות לבריאות כוללת היבטים רבים נוספים ביחס לבריאות הפרט והציבור, גם בעת מגפה, שחלקם מפורטים בדוח זה).¹⁰ לעומת זאת, ראייה רחבה ורב מימדית של בריאות, המממשת את תפיסת "בריאות בכל מדיניות", תצמצם את ההתנגשות עם זכויות אדם ותבטיח טוב יותר את מימושן.¹¹

2. מטרות המחקר

- א. למפות הצעדים שננקטו לבלימת הפנדמיה והשפעתם על זכויות אדם, תוך השוואה בין מדינות שונות.
- ב. לבחון כיצד ליצור איזונים לצמצום הפגיעה בזכויות בשם פעולות למען בריאות הציבור בפנדמיות כמו COVID-19.
- ג. לפתח המלצות לבחינת צעדים המבוצעים לשמירת בריאות הציבור תוך יצירת מנגנונים כדי להבטיח פגיעה הכרחית ומידתית.

3. מתודולוגיית המחקר

המחקר עשה שימוש במגוון שיטות מחקר איכותניות המשלבות בין דיסציפלינות של מדיניות בריאות, משפט, מדיניות ציבורית ואתיקה של בריאות הציבור.

- בחינה וסקירת הספרות האקדמית המקצועית, פסיקה של בתי משפט, וכן ספרות אפורה בכל הנוגע להשפעת מגפת הקורונה על הזכות לבריאות וכן לגבי הזכות לביטחון תזונתי, בעולם ובישראל בפרט. ביחס לכל אחד משני אלו, בוצעו סקירת ספרות שיטתית (systematic review) באמצעות מאגרי מידע רפואיים (Scopus, PubMed, google scholar) ומשפטיים, וכן בספרות אפורה של ארגונים בריאותיים עולמיים, דוחות ממשלתיים ופרסומים שלא פורסמו במגזינים.

- עריכת 10 ראיונות עם אינפורמנטים בישראל ובעולם, כדי להשלים מידע שאינו קיים במאגרים רשמיים. אין מדובר בראיונות עומק איכותניים אלא בהשלמה של מקורות מידע עם אנשי מפתח השותפים לתהליכי קבלת החלטות בתחום הבריאות והמשפט. הגישה למרואיינים קיימת בשל

השותפות וההכרות של החוקרים הראשיים בתהליכי קבלת החלטות בישראל וברמה האירופית. לפני תחילת ביצוע הראיונות, הוכן על ידי צוות החוקרים שאלון חצי מובנה וטופס הסכמה מדעת שאושרו ע"י ועדת האתיקה של אוניברסיטת בן גוריון. כל המראיינים חתמו על טופס הסכמה מדעת ואישרו שניתן להקליט את הריאיון. בנוסף, נעשו מספר שיחות בלתי פורמליות עם מקבלי החלטות נוספים בנוגע לנושא זה.

- במקביל, ניתוח של חקיקה, פסיקה, תקנות ותוכניות התערבות להתמודדות עם הפנדמיה של הקורונה. נעשה שימוש במאגרי מידע השוואתיים שונים, כגון של ה - European observatory on health systems and policies וכן Lex - Atlas. זאת, תוך בחינת המסגרת הרלוונטית להגנה על זכויות אדם, בפרט בעת התמודדות עם מגפה במשפט זכויות האדם הבינלאומי וכן בחקיקה הישראלית. בשל רוחב היריעה, התמקד המחקר בזכות לבריאות במובנה הרחב; הזכות לביטחון תזונתי; הזכות לעבוד; והזכות לפרטיות. רשימת זכויות זו כמובן אינה ממצה, ואין בכך כדי לגרוע מעוצמת הפגיעה בזכויות נוספות אגב ההתמודדות עם מגפת הקורונה. עם זאת, אנו סבורים כי הזכויות בהם התמקדנו הינן זכויות מרכזיות שנפגעו במהלך המגיפה, הן מצויות בתחומי מומחיותם של החוקרות והחוקרים במחקר, וחלקן לא זכו לעיסוק נרחב דיו בספרות המקצועית עד עתה.

- בחינת הדרכים בהן מדינות פועלות במשבר הקורונה לאזן בין ההגנה על בריאות הציבור ושמירה על זכויות אדם, לרבות בחינת מגבלות שונות, תוך עמידה על אמצעים "מתקנים" לפגיעה בזכויות: סיוע כלכלי ורווחה, ומתן תשומת לב לתהליכי קבלת ההחלטות וזהות הגורמים המשתתפים בתהליך. גישות מרכזיות להתמודדות עם הפנדמיה: ניטור תחלואה, בידוד, הסגר, זכויות אדם, מידתיות ומדיניות עבודה.

4. ממצאים מרכזיים

במסגרת חלק זה, נפרט את השפעת המאבק בקורונה על מספר זכויות אדם, בראשן הזכות לבריאות; הזכות לביטחון תזונתי; הזכות לעבודה; והזכות לפרטיות. ביחס לכל אחת מזכויות אלו, נסקור את האופנים בהם השפיעה ההתמודדות עם מגפת הקורונה על מימוש הזכות ואת ביטויי הפגיעה בזכות. נציע גישות ומסגרות רלוונטיות להגנת הזכות, בפרט במבט משווה, ולאחר מכן נתמקד במדיניותה של ישראל. אנו נפתח בזכות לבריאות, הטומנת בחובה וקשורה באופן אינהרנטי ליתר זכויות האדם בהן בחרנו לעסוק.

4.א.1 הזכות לבריאות – השפעת ההתמודדות עם מגפת הקורונה על הזכות לבריאות

כפי שצינו קודם, בהתאם להגדרת ארגון הבריאות העולמי את המושג בריאות, וכן לאור פרשנותה הרחבה של הזכות לבריאות בדיני זכויות אדם הבינלאומיים, בריאות הינה מושג רחב ורב מימדי, הכולל לא רק היעדר מחלה או מגפה אלא גם נגישות לשירותי בריאות, ולגורמים חברתיים, כלכליים ותרבותיים המהווים תנאי לבריאות דוגמת מזון, מים, תנאי מחיה הולמים ותנאי רקע נוספים (ראה הערות 3-5).

ההתמודדות עם מגפת הקורונה הביאה לפגיעה עמוקה בשירותי ומערכות הבריאות בעולם ובישראל, ולפגיעה בזכות לבריאות – זאת לא רק עקב המגפה עצמה. פגיעה עמוקה זו כללה ירידה בזמינות ונגישות לשירותים רפואיים בקהילה ובבתי החולים, עלייה בשיעורי התחלואה הגופנית והנפשית התעצמות אי שוויון בבריאות הן בין מדינות שונות והן באופן פנים-מדינתי, כשקהילות מוחלשות מתמודדות עם השפעות בריאות קשות במיוחד. הממצאים שזכרנו להלן הינם תמצית קצרה של סקירה שיטתית ביחס לספרות המקצועית ואפורה על הגורמים והשינויים שחלו במערכות הבריאות בעולם ובישראל בעקבות התפרצות המגפה והשפעות שינויים אלו על הזכות הבסיסית של האדם לבריאות ושלומות (well being).

שירותי רפואה מונעת - הכוללים מתן חיסונים, בדיקות סקר תקופתיות וקידום אורח חיים בריא – חוו ירידה משמעותית בזמינותם ונגישותם, זאת בהתאם לדוחות של ארגון הבריאות העולמי ושורת מחקרים ברחבי העולם.¹³ כך, לדוגמה, נצפתה ירידה ניכרת בשיעורי ההתחסנות בקרב ילדים בתקופת מגפת הקורונה בעיקר בקרב מדינות בעלות הכנסה נמוכה¹² ובקרב משפחות במצב סוציאקונומי נמוך.¹³ בהערכה של תועלת סיכון עבור מחלות זיהומיות הניתנות למניעה דרך חיסונים (כגון, חצבת, דלקת קרום המוח ורוטה וכו') נמצא שעל כל מקרה עודף של מוות מקורונה ניתן יהיה למנוע 85,000 מקרי מוות של ילדים מתחת לגיל 7 שקיבלו חיסונים רוטיניים. למשל, ביחס של תועלת סיכון של ילדים מתחת לגיל 5 שקיבלו חיסון שגרתי למניעת מחלת החצבת, יהיה ניתן למנוע 5,000 מקרי מוות.¹⁴

מחלות זיהומיות ואנדמיות - מחלות זיהומיות כגון: HIV, מלריה, חצבת, שחפת ושיתוק ילדים (פוליו) היו בעבר אחד הגורמים העיקריים לתחלואה ולתמותה ברחבי העולם, אך בשל פיתוח חיסונים ותרופות שיעילות לטיפול במחלות אלו חלה ירידה משמעותית בשיעורי התחלואה והתמותה. מגפת הקורונה גרמה לירידה בשיעורי ההתחסנות, כולל שיעור התחסנות בזמן בשל דחייה בבצוע חיסונים, ובשל כך ירידה בכיסוי החיסוני של האוכלוסייה, בשל כך, נצפתה עלייה משמעותית בשיעורי התמותה והתחלואה ממחלות זיהומיות שכבר נמצאו בהכלה ואף לקראת בעור כגון: פוליו, חצבת ודיפתריה. מחקרים מצאו שככל שמשרדי הבריאות תעדפו רק את ההתמודדות עם מגפת הקורונה, מבלי להתייחס למחלות זיהומיות אחרות, שיעורי התחלואה והתמותה ממחלות זיהומיות אלו עלו בצורה ניכרת בעיקר במדינות עם הכנסה בינונית-נמוכה.¹⁵ עבור מחלות איידס שחפת ומלריה נצפתה במחקרים עלייה בשיעורי התחלואה והתמותה ממחלות זיהומיות אלו בעיקר במדינות עם הכנסה בינונית-נמוכה.¹⁶ עקב סיבות הקשורות למגפת הקורונה כגון, בעיות בשרשרת האספקה של ציוד רפואי (לרבות תרופות, חיסונים, ובדיקות אבחון) תעדוף משרדי הבריאות לטיפול בקורונה בלבד, הפסקת הקמפיינים למניעת הידבקות, וכן מחסור בצוותי רפואה ופחד מהידבקות בקורונה של המטופלים והמטפלים. גם בישראל, נצפתה ירידה בכיסוי החיסוני ובשיעור ההתחסנות בדגש על אוכלוסיות בהן קיימת התנגדות או הססנות חיסונים, שהינה קרקע פורייה להתפרצות מחודשת של מחלות זיהומיות כגון, פוליו.¹⁷

בריאות הנפש - מגפת COVID-19, כמו גם האמצעים שננקטו על מנת להתמודד עימה, השפיעו משמעותית על התחלואה הנפשית ברחבי העולם. בנוסף לפחד מהידבקות מקורונה, חלו שינויים מרחיקי לכת בחיי היומיום, הן בשל הטלת מגבלות שנועדו למנוע את הפצת המחלה דוגמת סגרים, שינויים בסביבת העבודה, ריחוק חברתי או סגירת מערכת החינוך, והן בשל עלייה באבטלה ופגיעה בתעסוקה. גלובלית, שינויים אלה הגבירו את הרגשות של לחץ, פחד, חרדה, מתח ודיכאון בקרב כלל האוכלוסייה, ילדים ומבוגרים, בריאים וחולים, עשירים ועניים.¹⁸ קבוצות מודרות יותר כגון נשים, ילדים ומיעוטים סבלו משיעורים גבוהים יותר של תחלואה נפשית.¹⁹ לדוגמא, נמצאה עליה של פי 7 בשיעורי תחלואת דיכאון בתקופת המגפה בהשוואה לשנים הקודמות.²⁰ בעוד התחלואה הנפשית והדרישה לקבלת טיפול נפשי עלתה משמעותית, רוב מדינות העולם צמצמו או הפסיקו חלקית את פעילות בריאות הנפש.²¹ שתי מגמות אלו נצפו גם בישראל. לדוגמא, בהתאם לדוח שפרסם הלמ"ס נמצא ש- 30% (1.7 מיליון איש) מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל דווחו שחלה החמרה במצבם הנפשי,²² ועליה של 39% בשיעורי הדיכאון בקרב ילדים ובני נוער.²³ בישראל, למרות ששירותי בריאות הנפש הוגדרו כחיוניים ונדרשו לעבוד כרגיל, בפועל שירותי בריאות נפש שונים צומצמו, בוטלו או עברו לטיפול בשירותי רפואה מרחוק.²⁴

תחלואה של מחלות לא מדבקות מהוות את עיקר עומס התחלואה, הנכות והתמותה בעולם, וכן עיקר הנטל הכלכלי למערכות הבריאות ברחבי העולם. (לרבות מחלות קרדיוסקולריות, סוכרת, יתר לחץ דם, סרטן, מחלות נשימתיות כרוניות ודלקת פרקים). מגפת הקורונה השפיעה רבות על זמינות ונגישות לשירותי בריאות הכוללות שירותי מניעה, אבחון וטיפול הן במרפאות הקהילה והן בבתי החולים. בהתאם לפרסום של OECD, נמצא שבתקופות של תחלואה גבוהה של קורונה, משרדי הבריאות החליטו לצמצם פעילות רפואית לא דחופה במרפאות הקהילה והן בבתי החולים. לכן נדחו והתבטלו שירותים אמבולטוריים רבים כגון: ניתוחים אלקטיביים, פרוצדורות רפואיות ופגישות פנים מול פנים מול צוות רפואי.²⁵ בנוסף, בשל הגבלות תנועה וסגר, חולים במחלות לא מדבקות סבלו מחרדה ודיכאון, לא ביצעו פעילות גופנית, לא אכלו תזונה בריאה, עישנו סיגריות ושתו אלכוהול בתדירות גבוהה יותר ובכך העצימו את גורמי הסיכון לתחלואה כרונית. לפיכך נצפתה עלייה משמעותית בשיעורי התחלואה התמותה ממחלות אלו, בעיקר באזורי הפריפריה הגיאוגרפית והסוציאקנומית ובמדינות עם הכנסה בינונית- נמוכה.²⁶

דחיית וביטול טיפולים רפואיים - במדינות העולם, לרבות בישראל, נצפתה הפרעה לשירותי בריאות כגון: בדיקות הדמיה, מעבדה, רופא יעוץ וכו' שעלולה בטווח הקצר והארוך לגרום לעלייה בתחלואה ותמותה ממחלות אלו.²⁷ עקב מגפת הקורונה, ממשלות ומשרדי בריאות ברחבי העולם ביקשו מתושביהם שלא להגיע למרפאות, למעט במקרים דחופים, ודחו טיפולים אלקטיביים. עד מהרה חלה עלייה בנזק הבריאותי של האוכלוסייה, בעיקר בקרב אוכלוסיות מיוחדות דוגמת קשישים, מטופלים עם ריבוי מחלות כרוניות, נשים בהריון, מהגרים, חסרי בית ונשים שחוו התעללות במשפחה.²⁸

4.א.2 גישות להגנת הזכות לבריאות אגב המאבק בקורונה ומדיניות ישראל

ארגוני בריאות גלובליים וגופי זכויות אדם קראו לניהול המאבק בקורונה מתוך תפיסה הוליסטית של בריאות, המביאה בחשבון את underlying determinants of health - בטחון תזונתי, דיור הולם, תנאי מחיה ראויים, סביבת עבודה בטוחה ויציבות תעסוקתית. זאת, לרבות בעת בחירת אמצעים ליישום מדיניות בריאות ציבור והטלת מגבלות שונות.²⁹ ארגוני בריאות גלובליים המליצו על יישום גישה של one health (בריאות בכל מדינות). One health הינה גישה שיתופית, רב-מגזרית וטרנס-דיסציפלינרית, הפועלת ברמה המקומית, הלאומית והעולמית במטרה להשיג תוצאות בריאותיות מיטביות מתוך הכרה בחיבור ההדדיות בין אנשים, בעלי חיים, צמחים וסביבתם המשותפת. בנוסף, הגישה מדגישה שעל מנת לשפר את בריאות הציבור, ישנה חשיבות של קיום תקשורת, העברת מידע ושיתוף פעולה בין המגזרים השונים לצורך תכנון ויישום תוכניות, מדיניות חקיקה ומחקר.

ישראל מהווה מקרה מובהק בו גישה זו לא יושמה בפועל במסגרת ההתמודדות עם מגפת הקורונה. במקום זאת, ישראל אופיינה, בעיקר בשלבים הראשונים של המגיפה ובפרט עד התחלת מבצע החיסונים, בתפיסה צרה של מושג הבריאות (כמו גם הזכות לבריאות והזכות לחיים) שעיקרה מניעת הדבקה ותמותה מקורונה, עומס על בתי חולים וקריסת מערכת הבריאות הלאומית, מבלי להביא מספיק בחשבון את ההיבטים הרחבים של בריאות או את הגורמים ההכרחיים לשמירת הבריאות, דוגמת תנאי מחיה הולמים, בטחון תזונתי ודיור ראוי. עם התקדמות המגיפה וביקורת שעלתה בתחום זה בן מתוך קהילת בריאות הציבור ומארגוני חברה אזרחית, החלו להילקח בחשבון היבטים רחבים של בריאות. בה בעת, בהתבוננות בדשבורד של נתוני הקורונה, היבטים רחבים של בריאות, כולל בריאות הנפש, והשפעה על משתנים חברתיים כלכליים לא נכנסו באופן מסודר עד היום – והדיון בהיבטים רחבים אלו נותר בלתי מספק. זאת, הן כעולה מניתוח של פסיקות בית המשפט הגבוה לצדק (בג"ץ) אגב מגפת הקורונה, והן מתהליכי קבלת ההחלטות והתוויות המסגרת החוקית להתמודדות עם מגפת הקורונה.

נסקור בקצרה שני היבטים אלו (להרחבה בנושאים אלו, ראו מאמרו של אחד החוקרים שנכתבו כחלק מתוצרי המחקר, והניתוח המוצע במסגרתו יובא בקצרה גם בדוח זה).³⁰

אגב ההתמודדות עם מגפת הקורונה, הובאו לפתחו של בית המשפט העליון עתירות רבות אשר תקפו את המגבלות שהוטלו למניעת המגפה, וכן את צעדי הסיוע. מניתוח פסקי הדין והכתיבה בסוגיה, דומה כי אומצה בבג"ץ תפיסה שזיהתה "בריאות" עם הגנה מפני נגיף הקורונה.³¹ ברי כי תפיסה כזו אינה מספקת; יש לשוב ולשאל האם תעדוף ההגנה על הבריאות מפני הקורונה אינה משליכה ופוגעת על היבטים אחרים של הזכות לבריאות או זכויות אדם נוספות. כך, למשל, בריאותם של רבים עשויה להיפגע מפגיעה בתעסוקה ובפרנסה או מסגירת בתי ספר, בשל השלכות הבריאות הנרחבות של פגיעה בביטחון תזונתי ובבריאות הנפש במציאות של עוני גובר. יתר על כן, ההגנה מפני נגיף הקורונה נתפסה בידי בג"ץ כחלק מהזכות אינדיבידואלית לחיים, אותה יש לאזן איזון אופקי למול זכויות מתחרות, ואשר ידה תמיד תהיה על העליונה. זאת, להבדיל מניתוח בו ההגנה מפני נגיף

הקורונה מהווה אינטרס קולקטיבי כחלק מתפיסה של בריאות הציבור, אותה יש לאזן איזון אנכי כנגד זכויות אדם הנפגעות בעטייה³².

כמו כן, בג"ץ העניק שיקול דעת נרחב למדינה בקביעת התוכניות החברתיות וצעדי הסיוע להתמודדות עם נזקי מגפת הקורונה. זאת, מבלי לבחון לגופם של דברים האם אמצעים אלו נותנים מענה ראוי לצרכים שנוצרו בשל המאבק במגפת הקורונה ומבטיחים הגנה מספקת על הזכות לבריאות במובנה הרחב, כמו גם על זכויות נוספות. בנוסף על כך, בג"ץ ניתק בין חוקיות אמצעים לטיפול במגפה משאלת מתן סעד חברתי או פיצוי בגין אמצעים אלו. כך, למשל, בעתירות רבות שהוגשו בהיבטים של סיוע כלכלי בגין פגיעות שהסב משבר הקורונה, נדחו העתירות ונפסק כי אין מקום להתערבות משפטית באמצעים הכלכליים ובהחלטות הכלכליות המתקבלות בידי הממשלה.³³ בפסק דין ביחס לחישוב מענק לעסקים, דחה בית המשפט את טענת העותרים לפיה מידתיות הפיצוי שניתן הינה חלק בלתי נפרד מבחינת חוקיות הטלת הגבלות על פעילות עסקית.³⁴ זאת, בלא דיון מעמיק בזכויות הנפגעות, במידת מתן מענה לצרכים חיוניים לקיום הולם ובטחון תזונתי אשר נפגעו עקב מגפת הקורונה, או בהשפעתן על הזכות לבריאות.

שנית, תהליכי קבלת ההחלטות ביחס להגנת הזכות לבריאות התמקדו, בעיקר בגלים הראשונים של הקורונה, בצמצום התפשטות התחלואה, מניעת תמותה מקורונה ועומס על בתי החולים, תוך דחיקת היבטי בריאות אחרים לשולי הדיון. עם התקדמות ההתמודדות עם המגיפה וכניסת גורמים מהחברה האזרחית לשולחנות העוסקים באוכלוסיות מסוימות כגון החברה הערבית והחרדית, ועם התגברות העיסוק של השלטון המקומי בהתמודדות עם הקורונה, ההתמודדות הפכה להיות בראיה יותר רחבה, אבל עדיין המימד הרפואי נותר בולט ומרכזי. תהליכים אלו אופיינו בבטחוניזציה משמעותית, מבחינת המסגרת המשפטית הרלוונטית, הגופים המעורבים, ואופן קבלת החלטות. משפטית, כפי שצוין לעיל, נעשה שימוש בעיקר בתחיקת חירום – תקנות שעת חירום ותחיקת חירום חדשה. במקביל, ניתנו סמכויות ניכרות לכוחות הבטחון, לרבות הסמכת השב"כ שאזכרה בהקשר איתור מגעים, מעורבות צה"ל הן בהפעלת חטיבת אלון והן באכיפת מגבלות תנועה או חלוקת מזון, מעורבות המוסד וכן קביעת המל"ל כגורם אחראי לתיאום וניהול ההתמודדות עם מגפת הקורונה.³⁵ תהליכי קבלת החלטות אלו אופייני בריכוזיות וחוסר שקיפות בקבלת החלטות, כפי שהעירה גם ועדת הקורונה של הכנסת, עת החלטות שונות התקבלו בידי פורום מקבלי החלטות מצומצם ופרוטוקולים של דיוני הממשלה נותרו חסויים לשלושים שנים על אף מאבק משפטי ממושך. בה בעת, מתהליכי קבלת החלטות אלו הודרו בצורה משמעותית גורמי רווחה, עבודה, חברה, בריאות נפש, חינוך וכן נעדרו אפיקים להשתתפות ציבורית מובנית; כך, למשל, צוות המומחים שהקים המל"ל להתמודדות עם מגפת הקורונה כלל מומחים מתחומים דוגמת כלכלה, מחשבים, מתמטיקה ופיזיקה, אך לא מומחי בריאות ציבור, רווחה, עבודה סוציאלית ועוני, או חינוך, ונשים הודרו ממנו לחלוטין. היבטים אלו עלו גם בפסיקת בג"ץ ביחס למגבלות על זכות ההפגנה וכן על היציאה והכניסה מישראל, במסגרתם בוטאה – במפורש או במשתמע – ביקורת על תהליכי התקנת התקנות שאופיינו בהיעדר תשתית עובדתית הנסמכת על מידע מדעי מדויק, שקילת שיקולים בלתי רלוונטיים וחשש משרירות.³⁶

4.ב הזכות לביטחון תזונתי

ביטחון תזונתי מהווה זכות אדם עצמאית, המעוגנת באמנות זכויות אדם בינלאומיות³⁷ ואזוריות כמו גם בחוקות וחקיקה מדינתית, והינה חלק בלתי נפרד מתפיסת מושג הבריאות והזכות לבריאות. הזכות כוללת לא רק התחייבות מיידית למניעת רעב, כי אם הבטחת תזונה נגישה פיזית וכלכלית, זמינה, ראויה תרבותית, ומספקת כדי לחיות חיים בריאים ומלאים. בשנת 1996 הרחיב ארגון המזון והחקלאות העולמי (FAO) של האו"ם את ההגדרה לביטחון תזונתי וציין שביטחון תזונתי מתקיים, כשלכל חברי האוכלוסייה יש בכל עת גישה פיזית וכלכלית למזון מזין ומספק, על מנת לענות על הצרכים התזונתיים וכדי לנהל חיים בריאים ופעילים. קרי, אי ביטחון תזונתי עלול להופיע בקרב אוכלוסייה הסובלת מתת תזונה, עודף משקל, השמנת יתר ואף במשקל תקין כרעב סמוי.³⁸

4.ב.1 השפעת ההתמודדות עם מגפת הקורונה על הזכות לביטחון תזונתי

שיעורי אי ביטחון תזונתי, רעב ורעב סמוי עלו בצורה משמעותית בכל רחבי העולם וביתר שאת במדינות עם הכנסה בינונית-נמוכה. יחד עם זאת נמצאו הבדלים בשיעורים, דרגות, ובסוגים השונים של אי ביטחון תזונתי. כך, לדוגמא, במדינות עם הכנסה בינונית-נמוכה, נצפתה עלייה משמעותית במיוחד בשיעורי תת התזונה ורעב ופחות ברעב סמוי, לעומת מדינות עם הכנסה גבוהה שם הסתמנה מגמה הפוכה. בהתאם לנתוני WHO, כמעט אחד מתוך שלושה אנשים בעולם נמנעה גישה למזון ראוי בשנת 2020, עליה של קרוב 329 מיליון איש בשנה אחת בלבד. הערכות נוספות כוללות שיעורים גבוהים אף יותר של אי בטחון תזונתי.³⁹ ישראל, שנחשבת מדינה עם הכנסה גבוהה התמודדה במהלך מגפת הקורונה עם עלייה משמעותית בשיעורי אי ביטחון תזונתי שפגע בעיקר באוכלוסיות מוחלשות.⁴⁰ בדוח הכנסת שפורסם בשנת 2021, צוין שלפני פרוץ המגפה כ-130,000 משפחות חיו באי ביטחון תזונתי, ובשנת 2020 (השנה הראשונה למגפה) כ-200,000 משפחות חיו באי ביטחון תזונתי.⁴¹ כמו כן, נצפו הבדלים בשיעורי אי ביטחון תזונתי בין המגזרים שונים לדוגמא, משקי בית מהמגזר הערבי חוו שיעורים גבוהים יותר של אי ביטחון תזונתי מאשר המגזר היהודי, 25% ממשקי הבית מהמגזר הערבי דיווחו על אי ביטחון תזונתי לעומת 15% ממשקי הבית של כלל האוכלוסייה. כמו כן נמצא שמשפחות מרובות ילדים, משקי בית עם השכלה נמוכה, מובטלים וקשישים דיווחו שהם ויתרו בשכיחות גבוהה יותר על ארוחות בהשוואה לשאר האוכלוסייה, ולכן הם נמצאים בסיכון מוגבר לחוות אי ביטחון תזונתי או רעב סמוי.⁴²

התמודדות עם מגפת הקורונה פגעה קשות במימדים שונים של בטחון תזונתי – זמינות המזון, גלובלית ולאומית; נגישות המזון הכלכלית, הפיזית והחברתית; יציבות הבטחון התזונתי; ואפשרות השימוש במזון.⁴³ חשוב להבין, כי פגיעת מגפת הקורונה הייתה שונה מאוד ממשברים קודמים, בשל מורכבות השפעות המגפה, כמו גם האמצעים שננקטו כדי להתמודד עימה, על מספר משתנים במקביל: בצד היצע המזון, חלה הפרעה משמעותית לשרשראות אספקת מזון, עלייה במחירי המזון לאומית וגלובלית, וצמצום תוכניות הזנה לילדים עקב סגירת מערכות החינוך.⁴⁴ חשוב לא פחות, בצד

הביקוש למזון, ירידה בשיעורי ההכנסה ועלייה בשיעורי האבטלה בקרב משקי הבית גרמה לעלייה בשיעורי העוני ואי היכולת של משקי הבית לרכוש מזון איכותי ומזין, אשר אך התעצמה נוכח מחירי המזון הגואים.

ראשית, שרשרת אספקת המזון הגלובלית נחשפה בתקופת מגפת הקורונה כשבירה במיוחד, עת אמצעים להתמודדות עם מגפת הקורונה – דוגמת מגבלות תנועה, סגרים, סגירת גבולות, והאטה כוללת בתנועת סחורות בינלאומית – השפיעו על גורמים חיוניים שונים. מחקרים בנושא מצאו שמדיניות הגבלת התנועה, הסגרים וסגירת גבולות שהופעלו ברוב מדינות העולם, גרמו לבעיות במשאבי כוח אדם, סחורות ומכונות. בעיות אלו הובילו להפרעה בביקוש, ייצור ושינוע מקומי וגלובלי של מזון.⁴⁵ בעיות בשרשרת האספקה נצפו בעיקר בקרב מדינות עם הכנסה בינונית-נמוכה, שרובן עוסקות בחקלאות ושליש עוסקות בייצור מזון מן החי ומייצאות את תפוקתן למדינות אחרות. שינויים אלו גרמו למדינות עם הכנסה נמוכה שמייבאות מזון ממדינות אלו לחוות משבר מזון קשה ועלייה ניכרת בשיעורי אי ביטחון תזונתי.⁴⁶ בנוסף, נצפו עליות מחירים של מוצרי מזון: למעשה, ככל שמדיניות הסגרים הייתה חמורה והדוקה יותר, כך העלייה במחירי מוצרי המזון הייתה גבוהה יותר.⁴⁷ בישראל, בניגוד לחלק ממדינות המערב, מרבית המזון הטרי שאנו צורכים מגיע מהחקלאות הישראלית אך יחד עם זאת, ישראל נסמכת על יבוא של מוצרי מזון אחרים כגון דגנים, שמנים מן הצומח וסוכר. בתקופת ה-COVID-19, בשל מגבלות התנועה, הסגרים וצמצום היצוא של מוצרי מזון של מדינות רבות בעולם, נראתה בישראל האטה בקבלת מוצרים, וכתוצאה מכך נראו עליות במחירי המוצרים.⁴⁸

שנית, סגירת מערכת החינוך ומעבר ללימודים מרחוק ברבות ממדינות העולם הביאה להפסקה תקופתית של תוכניות ההזנה לילדים ברוב מדינות העולם, ולפיכך גרמה לעלייה משמעותית בשיעורי אי ביטחון תזונתי בקרב ילדים ובני נוער.⁴⁹ בישראל, כתוצאה מסגירת מערכת החינוך, קרוב לחצי מיליון ילדים הפסידו בממוצע 75 ימים שבהם היו זכאים לקבלת ארוחה חמה ומזינה. עובדה זו גרמה לעלייה בשיעורי אי ביטחון תזונתי ורעב בקרב הילדים והנערים בישראל: אחד מתוך שלושה ילדים (31%) סובל מאי ביטחון תזונתי, ו-16% מהילדים סבלו מאי ביטחון תזונתי חמור כששיעורי אי ביטחון תזונתי ותת תזונה חמור בילדים גבוהים פי 5 בחברה הערבית לעומת בחברה היהודית.⁵⁰

במקביל, העלייה בשיעורי העוני וירידה בהכנסות של משקי הבית פגעה גם היא בביטחון התזונתי. השפעת המדיניות של מדינות העולם לטיפול ומניעת התפשטות מגפת הקורונה תרמה לעלייה של בן 15% ל 24% בעוני הגלובלי, זאת בפרט במדינות אפריקה שמעבר לסהרה ודרום אסיה.⁵¹ עוני ואי הכנסה הם הגורם העיקרי לאי ביטחון תזונתי ורעב סמוי, שכן משפחות רבות שחוו ירידה בהכנסה או איבדו הכנסה בעקבות המגפה לא יכלו להרשות לעצמם לקנות אוכל בריא, איכותי ומזין. ככל שמדינות ישמו את מדיניות ריחוק חברתי ומגבלות תנועה ולפרקי זמן ארוכים, כך הכלכלה העולמית נפגעה יותר ושיעורי העוני ואי ביטחון תזונתי עלו.⁵² אף בישראל, נצפתה עלייה בשיעורי העוני וירידה בשיעורי ההכנסה שהגיעה לשיא בשנת 2021 לאחר הפסקת מתן התמיכות

והקצבאות לאוכלוסייה. עליית שיעורי העוני השפיעה על העלייה במדדי אי ביטחון תזונתי ורעב סמוי בעיקר בקרב אוכלוסיות מוחלשות.⁵³

2.4. גישות להגנת הזכות לביטחון תזונתי אגב המאבק בקורונה ומדיניות ישראל

השפעת מגפת הקורונה על הזכות לביטחון תזונתי נידונה בידי סוכנויות או"ם, ארגונים בינלאומיים ומדינות רבות. בהתאם להנחיות שאומצו ע"י האו"ם,⁵⁴ הגנת הזכות לביטחון תזונתי אגב ההתמודדות עם המאבק בקורונה מחייבת מתן מענה לסיכונים החריפים ביותר של אי ביטחון תזונתי, באמצעות המשך והרחבת סיוע במזון ותזונה לקבוצות פגיעות, הגנה על שרשראות ייצור ואספקת מזון כשירות חיוני והרחבת ניטור והבקרה של מדדי הביטחון התזונתי באופן שוטף. בנוסף, יש לחזק את ההגנה החברתית על תזונה, תוך שימת מזון ותזונה בליבת תוכניות ההגנה החברתית, חיזוק מערכות בריאות ביחס לתזונה ראויה, ומתן תשומת לב לאוכלוסיות העשויות להיפגע. לבסוף, יש להבטיח התכוננות למשברים עתידיים, באמצעות יצירת תשתית למערכות מזון חסינות וירקות יותר.

בהתאם לכך, רבות ממדינות העולם הפעילו תוכניות להגנת בטחון תזונתי. שכללו מתן קצבאות, מענקי ותלושי מזון לאוכלוסיות מוחלשות בפרט, סגירת מערכת החינוך בתקופת ה-COVID-19, גרמה למדינות ורשויות מקומיות שונות לפתח תוכניות לאספקת ארוחות לילדים הנמצאים בבתייהם. בהקשר זה, מחקרים מצאו שארוחה שניתנת במסגרת מערכות החינוך בריאה ומזינה יותר מאשר ארוחות או סלי מזון שניתנים לכל משק הבית, ומהווה סיוע כלכלי משמעותי בשל חסכון של כ-15% בהוצאות משק הבית והפחתת הגרעון עימו מתמודדת המשפחה.⁵⁵ בהתאם לכך, דו"ח של תוכנית המזון העולמית (WFP) מצא כי נכון ליוני 2020, במדינות בהן נסגרו בתי הספר, למעלה מ-30 מדינות העניקו לילדים מנות לקחת הביתה, ו-9 מדינות אחרות בחרו ב-cash transfers לרכישת מזון או בשילוב מענקים או ווצרים לרכישת מזון עם סלי מזון הביתה.⁵⁶ כך, למשל, בארה"ב הממשל הפדרלי הקל את תנאי הסף לזכאות ארוחות לילדים והעניק למדינות והרשויות המקומיות גמישות בחלוקת ארוחות לילדים. הנחיות אלו תרמו לממשל המקומי להרחיב את תוכניות ההזנה גם לאוכלוסיות נזקקות נוספות ולא רק לילדים (כגון: אנשים עם מוגבלויות או תחלואה, קשישים, סטודנטים וכו'), בנוסף, הם הרחיבו והגדילו את סל המזון שהילד מקבל כך שיהיה אוכל מזין ובריא גם לשאר חברי הבית.⁵⁷ בהודו, מדינה בעלת הכנסה נמוכה בינונית בה מופעלת תוכנית רחבת היקף להזנה בבתי הספר, אומצו תוכנית נרחבת במסגרת חולקו למשפחות לילדי בית ספר מוצרי מזון, ארוחות מבושלות או מענקים לרכישת מזון.⁵⁸

בישראל, לעומת זאת, זכו סוגיות בטחון תזונתי לתשומת לב מועטה יחסית. ככל הידוע לנו, בישראל אין מערכת לניטור רציף של מידת הבטחון התזונתי של אזרח המדינה, וכן לא הופעלו תוכניות המכוונות לשמירת בטחון תזונתי של ילדים עם סגירת בתי הספר או הועברו תקציבים ייעודיים לטובת התוכנית הלאומית לביטחון תזונתי. באחד הראיונות שקיימנו עם מומחה בתחום הבטחון התזונתי, עולה כי עם סגירת בתי הספר, הועבר מיזם ההזנה בבתי הספר לטובת קשישים. האמצעי המרכזי שננקט בישראל היה מיזם שהוביל שר הפנים, ולא שר הרווחה, להבטחת בטחון תזונתי אגב מגפת

הקורונה באמצעות חלוקת כרטיסים נטענים. יוער, כי מיזם זה לא היה חלק מהתוכנית הלאומית לביטחון תזונתי. ביחס למיזם עלו טענות בידי גופי תזונה מקצועיים וכן ארגונים לא ממשלתיים כי הקריטריונים לחלוקת הסיוע נקבעו באופן מפלה העלול להדיר נזקים רבים, בפרט המתמודדים לראשונה עם אי בטחון תזונתי, תושבי יישובים לא מוכרים או קבוצות מוחלשות במיוחד, וכן צוין כי המיזם כלל לא מבטיח את ניתוב הסיוע לרכישת מזון ראוי ובריא או מזון בכלל (שכן בתחילה כרטיסים נטענים אלו אפשרו רכישת כל מוצר כמעט ברשתות השיווק).⁵⁹

בהמשך לניתוח הפסיקה ביחס לזכות לבריאות, גם הזכות לביטחון תזונתי לא זכתה להתערבות או דיון מעמיק בידי בית המשפט העליון. עתירה שהוגשה כנגד מיזם זה נדחתה על הסף בלא דיון לגופה. בהותירו את הנושא לשיקול הדעת הרחב של רשויות המדינה, בית המשפט סירב לבחון האם המיזם אכן מבטיח הגנה מספקת על הזכות לקיום בכבוד ולביטחון תזונתי למול הנזקים הכבדים של מגפת הקורונה והמאבק בה, או לעסוק בהיבטים הנרחבים יותר של האיוון בין המאבק בקורונה להגנת הזכות לביטחון תזונתי.⁶⁰

4.ג.1 הזכות לעבודה - השפעת ההתמודדות עם מגפת הקורונה על הזכות לעבודה

המשבר הבריאותי של הקורונה הוליד משבר כלכלי וחברתי עמוק ודרש רגולציה משמעותית בכל הקשור לשוק העבודה. מחקרים שנעשו בשנה וחצי האחרונות הראו כיצד הזכות לעבוד נפגעה בצורה משמעותית בכך שאנשים הוצאו ממקומות העבודה שלהם (הן אנשים במסגרת יחסי עובד-מעסיק והן עצמאיים),⁶¹ אוכלוסיות מיעוט כגון: נשים, אנשים עם מוגבלות, צעירים, מהגרי עבודה ופליטים ומבקשי מקלט שגם כך חוו לפני כן הפליה בשוק העבודה נפגעו יותר בתקופת המגפה.⁶² בנוסף, מחקרים אחרים הראו כי מי שהיה מאורגן על ידי ארגוני עובדים נפגע פחות מהקורונה שכן ארגוני עובדים סיפקו הגנה יותר משמעותית בהשוואה לרגולציה המדינית, וכי עובדים שהועסקו ישירות על ידי המעסיק ולא בתבניות העסקה שמבוססות על מיקור חוץ (כגון עובדי קבלן ועובדי חברות כוח אדם) נפגעו פחות בכל מיני מדדים לפיהם בוחנים פגיעה בתעסוקה (כגון שכר, רצף תעסוקתי וביטחון תעסוקתי).⁶³

4.ג.2 גישות להגנת הזכות לעבודה אגב המאבק בקורונה ומדיניות ישראל

המחקר שנעשה בתמיכת הקרן בכל הנוגע לזכויות עבודה עסק בשלוש סוגיות מרכזיות: 1. הזכות לעבוד; 2. החלת התו הירוק על השוק; 3. מחקר השוואתי שבחן מדיניות תעסוקה בחמש מדינות בעולם שאימצו מדיניות אחרת בקורונה ובחינתן לאור תיאוריות של דיני עבודה וכן של בריאות הציבור. להלן נתאר את הממצאים של המחקר הראשון והשני. המחקר השלישי עדיין בעיצומו. לפיכך נציג את שאלות המחקר ואת המדינות אותן אנו בוחנים במסגרתו, כאשר ממצאיו יאספו בחודשיים הקרובים, ובמידה והקרן מעוניינת בכך נוכל להעביר על ממצאים אלה דיווח נוסף.

הזכות לעבוד: המחקר שעסק בזכות לעבוד בחן אותה לאור האופן שבו זכות זו מוגדרת במסמכים בינלאומיים המכירים בזכות. במסמכים אלה ניתן למצוא תפיסה צרה של הזכות (שעיקרה הזכות להתפרנס, לקבל זכויות עבודה נאותים ולבחור את העבודה בה האדם עוסק), וכן תפיסה רחבה (שכוללת היבטים פסיכולוגיים וחברתיים של הזכות, כגון הזכות להיות חלק מקהילת עבודה, להשיג הגשמה עצמית, לתרום על ידי עבודה לחברה ולקהילה, הזכות שלא להיות מופלה בעבודה ועוד).⁶⁴ מחקרים מעולם בריאות הציבור מראים, כי אנשים שנותרו לעבוד בבית וכן אנשים שאיבדו את מקומות עבודתם במהלך המגפה חוו פגיעות משמעותיות יותר בבריאותם הנפשית ביחס לעובדים אחרים.⁶⁵ מחקרים אלה תומכים, לפיכך, בצורך לבחון את הזכות בצורה רחבה, שכן מהותה של עבודה אינה רק פרנסה אלא אף אותם היבטים רחבים שתוארו לעיל המשפיעים ישירות על בריאות הציבור. ברוב מדינות אירופה, אומצה מדיניות אשר כונתה "המודל הגרמני" במסגרתה ניתנו סובסידיות להמשך העסקתם של עובדים, דבר אשר איפשר פגיעה פחותה בזכות.

המחקר בחן את המדיניות הישראלית בזמן הקורונה לאור שתי הגדרות אלה ומצא כי בעוד המדיניות של הממשלה לגבי הזכות לעבוד הסתכלה עליה בצורה צרה ביותר (בעיקר במתן תמיכות של דמי אבטלה במידה ועובדים הוצאו לחל"ת על ידי מעסיקיהם וכן מתן מספר סובסידיות נמוכות ביותר לבעלי עסקים קטנים), אזי שדווקא במסגרת הסכמים קיבוציים, בעיקר אלו של המדינה, אומצה התפיסה הרחבה כלפי הזכות, כאשר במסגרת הסכמים אלה ניתנה הדעת לשמירה על מקום העבודה, לעשייה משמעותית, לתרומה למקום העבודה, ולהרגשת הקהילה. טענות המדינה בכל הנוגע לאימוץ התפיסה הצרה נגעו לשיקולי בריאות הציבור, כאשר אלה התמקדו במניעת הדבקה של אחרים במחלת הקורונה וכן במתן פרוטגטיבה למעסיקים להתמודד עם המשבר הכלכלי שנלווה למשבר הבריאותי באמצעות הוצאה לחל"ת.⁶⁶ הדיון לא כלל התייחסות להיבטים הרחבים יותר של בריאות הציבור כפי שפורטו בחלק הראשון של דו"ח זה.⁶⁷ ואולם ד"ר אלבין, אחת משותפות המחקר, טענה, כי במידה והמדינה היתה מאמצת את התפיסה הרחבה של הזכות, אזי לא רק שהזכות לעבוד היתה נשמרת בעבור הרבה יותר אנשים, אלא שבריאות הציבור לא היתה נפגעת יותר, ויתכן שלהפך - דווקא מתן הדגש על ההיבטים הפסיכולוגיים והחברתיים של הזכות היתה מאפשרת בריאות נפשית טובה יותר לעובדות ולעובדים. עוד טענה ד"ר אלבין, כי תפיסה רחבה של הזכות אף היתה עשויה להיות בעלת תרומה כלכלית למשק שכן אנשים היו ממשיכים לעבוד; אותם הכספים שהמדינה שילמה לדמי אבטלה יכלו לשמש למתן סובסידיות בדומה למודל הגרמני, מדיניות שאימוצה היה מאפשר את הגדלת התפוקה במדינה וזאת מבלי להוסיף עליה עלויות.⁶⁸

החלת התו הירוק על שוק העבודה: במחקר משותף שנעשה על ידי השותפים של מחקר זה הראנו כי המדינה פגעה בצורה בלתי מידתית בזכויות בסיסיות במסגרת החלת התו הירוק. דוגמא מובהקת לטענה זו היתה האופן שבו הוחל התו הירוק על שוק העבודה. הראינו במסגרת המחקר המשותף וכן בשורה של בלוגים שנכתבו על ידי שניים משותפי המחקר - פרופ' אייל גרוס וד"ר עינת אלבין - כי בתי הדין לעבודה נטו להעדיף את בריאות הציבור במובנה הצר, שמשמעותו מניעת תחלואה והדבקה, על פני הזכות לעבוד ולפיכך אישרו החלטות של מעסיקים להחיל את התו הירוק

בשוק העבודה.⁶⁹ זאת למרות שהמדינה עצמה לא קבעה את תחולתו של התו בשוק זה, לפחות לא בתקופה הראשונה של התו הירוק. הפגיעה הכלכלית הנובעת מפגיעה בתעסוקה עקב היעדר תו ירוק, עשויה לפגוע בבריאות הנפש או בבריאות במובנה הרחב גם באופן עקיף, עקב חוסר בטחון תזונתי או ירידה בתנאי הדיור.

יחד עם זאת, טענו, כי ניתן היה להפעיל בצורה טובה יותר את מבחן המידתיות ולעיתים לאפשר לאנשים להמשיך לעבוד גם אם לא היה להם תו ירוק וזאת כתלות במספר פרמטרים - ובעיקר השאלה האם ישנה סכנה אמיתית לבריאות הציבור כתוצאה מהעדרו של תו ירוק. כמו כן, יש לקבוע כי פיטורים בעקבות חשיפת מידע רפואי יהיו אמצעי אחרון שיינקט נגד עובד המסרב להתחסן בעת מגיפה. קודם לפיטורים יינקטו אמצעים פחות פוגעניים, ביניהם שינוי תפקיד בתוך הארגון או דרישת עבודה מרחוק.⁷⁰

מעבר למאמר המשותף שנכתב בנושא והבלוגים שנכתבו, ד"ר אלבין גם הובילה את כתיבתו של גילוי דעת מטעם 14 מרצות ומרצים לדיני עבודה בישראל בכל הנוגע לתחולת התו הירוק על שוק העבודה והאיזון הנדרש בין בריאות הציבור לזכויות העבודה שעשויות להיפגע. גילוי דעת זה אף תורגם לאנגלית והווה מקור משמעותי לרגולציה של שוק העבודה בכל העולם.⁷¹ הוא גם פורסם בכתב עת בדרום אפריקה.⁷²

מחקר השוואתי: כאמור, בימים אלה אנו מנהלים מחקר השוואתי לגבי הרגולציה של שוק העבודה בתקופת הקורונה. שאלת המחקר שלנו היא: עד כמה היבטים רגולטוריים של שוק העבודה עשויים להשפיע על בריאות הציבור במובן הרחב שלה (כולל בריאותם הנפשית של העובדות והעובדים וחשיפתם לסכנות בריאות מעבר לקורונה). זאת אנו עושים תוך התמקדות ברגולציה של שוק העבודה בחמש מדינות: ברזיל, הונגריה, לוקסמבורג, פינלנד וישראל. מדינות אלה נבחרו שכן בכל אחת מהן היתה רגולציה שונה לגבי מאפיינים מרכזיים של עבודה: התמודדות עם אבטלה, דפוסי העסקה שונים, מעורבות של ארגוני עובדים, תשומת לב לסוגיות של שוויון ועוד. עד עתה אספנו את כל המידע לגבי הרגולציה בכל הפרמטרים האמורים בכל חמשת המדינות. כמו כן אספנו מידע לגבי הפגיעה בבריאות הציבור לגבי עובדות ועובדים. בימים אלה אנו מקיימים ראיונות עם מומחים בדיני עבודה ובבריאות הציבור בכל אחת מן המדינות על מנת לוודא כי האינפורמציה שאספנו הנה מדויקת, וכן במטרה לשאול מספר שאלות נוספות שלא עלו מהחומרים עצמם. אחד מן הראיונות (עם מומחית לדיני עבודה מהונגריה) מדווחים בדו"ח זה. לאחר תום שלב הראיונות נוכל להסיק מסקנות לגבי שאלת המחקר.

1.ד.4 השפעת ההתמודדות עם מגפת הקורונה על הזכות לפרטיות

הזכות לפרטיות מעוגנת בשורה של אמנות זכויות אדם בינלאומיות ואזוריות,⁷³ כמו גם בחוקות וחקיקה מדינתית, ומוגדרת כזכותו של האדם למרחב פרטי פיזי או וירטואלי הנתון לשליטתו. זאת, מתוך ההכרה כי ישנם תחומים בחיי אדם שאינם אמורים להיות ברשות הרבים ללא הסכמתו

המפורשת, לרבות מידע רפואי. ההתמודדות עם מגפת הקורונה הביאה לפגיעה רחבה בזכות לפרטיות מכוח החלטות שלטוניות רבות. בדו"ח זה, נתמקד בשני היבטים בלבד: אמצעים לאיתור מגעים עם חולים מאומתים וחשיפת סטטוס תחלואה או חיסון.

איתור מגעים עם חולים מאומתים: עם התפשטות נגיף הקורונה נעשה בידי מדינות שונות שימוש באמצעים דיגיטליים לאיתור מגעים עם חולים מאומתים, על מנת לזהות מקרי הדבקה חדשים עוד לפני השלב בו מופיעים תסמיני מחלה ולצמצם את זמן הכניסה לבידוד מרגע ההדבקה. חרף הנחיות בנושא, רבות ממדינות העולם עשו שימוש באמצעים אלו תוך פגיעה חריפה בזכות לפרטיות.

ביום 1.2.2021 קבע ארגון הבריאות העולמי כי יישומים דיגיטליים מאפשרים איתור מגעים גם בעת הדבקה נרחבת וכן ביכולתם לאתר מגעים שאינם מוכרים לחולה המאומת. עם זאת, במטרה להגן על הזכות לפרטיות, הובהר כי יש לקדם שימוש וולנטרי בלבד ביישומים המאפשרים זיהוי קרבה אל חולה מאומת (להבדיל מיישומים המאפשרים זיהוי מיקום).⁷⁴ עבור מדינות האיחוד האירופי פרסמה The eHealth Network (יוזמה משותפת להתמודדות עם בריאות דיגיטלית) "ארגז כלים" להפעלת יישומים דיגיטליים במטרה לאתר מגעים עם נשאי נגיף הקורונה.⁷⁵ לאור חשיבות השמירה על הזכות לפרטיות, הומלץ על בין היתר על התקנת יישום דיגיטלי רק בהסכמה ותוך מתן מידע מלא בנוגע למטרות השימוש במידע. בהתאמה להנחיית ארגון הבריאות העולמי, התבקשו אזרחי אוסטרליה להתקין (וולנטרית) יישום COVIDSafe שאוסף מידע על מכשירים סלולריים שהיו בקרבת המכשיר הסלולרי בו מותקן היישום. במקרים בהם בעל המכשיר מאובחן כחיובי לקורונה, אזי בכפוף להסכמתו נשלח המידע אל רשויות הבריאות על מנת שיוכלו ליצור קשר עם מחזיקי המכשירים הסלולריים שהיו בקרבתו.⁷⁶ בסינגפור נעשה שימוש ביישום דומה – TraceTogether.⁷⁷

לעומת זאת, במדינות מזרח אסיה ביניהן סין וטאיוואן, יישומים דיגיטליים ("Health Code") חשפו מידע רחב בפני רשויות השלטון, הכולל קיומם של תסמינים לקורונה, מקום המגורים, נתוני מיקום ונתוני מפגשים עם מאומתים לנגיף. התקנת היישומים נדרשה כתנאי כניסה לרוב מוחלט של המקומות הציבוריים ולפיכך לא הייתה וולנטרית.⁷⁸

בישראל, איתור המגעים בוצע תחילה באמצעות חוקרים אפידמיולוגיים מטעם משרד הבריאות, שנעזרו בחיילי פיקוד העורף של צה"ל ("מפקדת אלון"). עם זאת, נוכח עלייה במספר המאומתים לנגיף בחודש מרץ 2020, הסמיכה הממשלה את שירות הביטחון הכללי לסייע למשרד הבריאות. שב"כ, באמצעים שלא פורסמו, העביר למשרד הבריאות את מסלול התנועה של החולה ב-14 הימים שלפני אבחון, וכן פרטים לגבי מגעים רלוונטיים הכוללים את מועד החשיפה ומיקום החשיפה. בג"ץ, בפסק דין מיום 26.4.20, קבע כי את הסדר הסמכת שב"כ יש לעגן בחקיקה ראשית; ואילו בפסק דין נוסף מיום 1.3.21 הוגבלה ההסמכה מכוח החוק רק לאותם מקרים שבהם החולה המאומת אינו משתף פעולה בחקירה האפידמיולוגית, או שלא מסר כלל דיווח על מגעים. החוק המסמך את שב"כ לסייע בצמצום התפשטות נגיף הקורונה פקע ביום 6.7.21.⁷⁹

איסוף מידע פרטי (נתוני מיקום, נתוני קרבה למאומתים) שלא בהסכמת הפרט ואף לא בידיעתו פוגע בזכות לפרטיות. דרך זו של איסוף מידע, מלבד היותה פגיעה בזכות יסוד בדמוקרטיה ליברלית,

מבטאת חוסר אמון מצד רשויות הבריאות בנכונות הציבור לשתף פעולה עם מאמצי השליטה במגיפה, אשר עלולה לערער את המאמצים להתמודד עם מגפת הקורונה, כפי שנרחיב בהמשך.

חשיפת סטטוס תחלואה או חיסון: שאלת הפגיעה בפרטיות עולה גם בהתייחס לחשיפת סטטוס תחלואה או חיסון של הפרט, מכוח החלטה שלטונית. בהתאם לחקיקה ליברלית כדוגמת רגולציית האיחוד האירופי להגנה על המידע General Data Protection Regulation (GDPR) Article 9, מידע המתייחס לבריאות הוא מידע פרטי.

בדין הישראלי מגדיר סעיף 7 לחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 את "מצב בריאותו של אדם כ"מידע רגיש" ובפסיקה צוין כי "פרטים רפואיים מצויים בליבת הפרטיות, ועל כן יש לצמצם במידת האפשר את חשיפתם". מומחית למשפט רפואי הבהירה בראיון אינפורמטיבי כי גם מידע דיכטומי אם אדם התחסן/לא התחסן או מידע אם אדם חולה או החלים הוא מידע רפואי פרטי.

בניסיון להתמודד עם המגיפה נדרש במדינות שונות "אישור חיסון" ("Vaccination Certificate") בכניסה לעסקים ומקומות ציבוריים וכן בכניסה למקומות עבודה. בארה"ב, נדרשה הוכחת חיסון מעובדי הממשל הפדרלי וכן מעובדים בחברות גדולות כגון: Google, Facebook, Walmart; באנגליה, NHS Covid pass ובאוסטרליה Covid-19 digital certificate המהווים אישור קבלת חיסון או החלמה מקורונה, נדרשו מעובדים לפי שיקול דעת המעסיקים, אם האחרונים הוכיחו כי יש בכך צורך במקום העבודה.⁸⁰

כפי שצינו מוקדם יותר, גם בישראל הוחלט כי חלק מהעסקים והמקומות הציבוריים יפתחו רק בפני מי שהציג אישור "תו ירוק", המהווה אישור חיסון או החלמה מהנגיף, במטרה לאפשר פתיחה בטוחה של המשק בצד קידום היענות לחיסונים. חקיקה המסדירה את הנושא קבעה כי עובד לא ייכנס למקומות העבודה הבאים: מוסדות רפואיים, מוסדות רווחה או עסק הפועל בדרך של פתיחתו לציבור, אלא אם הציג "תו ירוק" או תוצאה שלילית בבדיקת קורונה.⁸¹

ראשית, בחזר מנכ"ל משרד הפנים נקבע נוהל לפיו מנהל המחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית יקבל רשימת חולים החייבים בבידוד ביתי, הכוללת פרטים מזהים ופרטי יצירת קשר, במטרה לסייע למבודדים בקשיי הבידוד לרבות "מציאת מקום בידוד חלופי". הנוהל קבע גורם אחראי לשמירת המידע, ניהולו ומחיקתו, וכן נקבע כי מורשי הגישה למידע יתחייבו לשמור על סודיות.⁸² על אף שהובהר בגוף הנוהל כי אין בו כדי לאפשר לרשויות המקומיות לעשות שימוש במידע לצורך הזהרת הציבור, נמצאו בבני ברק שלטים המתריעים על נוכחות חולה קורונה. השלטים לא הזכירו אמנם את שמות החולים, אך בקהילה מצומצמת, זיהוי המבוסס על שמועות הוביל לתופעת ביוש ("שיימינג") של החולים או בני משפחתם.

שנית, אושר בישראל תיקון חקיקה שהסמיק את מנכ"ל משרד הבריאות להעביר מידע מזהה ופרטי קשר על מתחסנים ועל מי שטרם התחסנו (או התחסנו באופן חלקי) אל הרשויות המקומיות ביחס לתושביהן, אל משרד החינוך ביחס לצוותי חינוך ואל משרד הרווחה, במטרה שיפעלו "לעודד אנשים להתחסן". בעקבות עתירה שהוגשה לבג"ץ בנושא, ניתנה ביום 19.3.21 הודעה לפיה לעת עתה החוק לא ייושם.⁸³

2.ד.4 הגנת הזכות לפרטיות אגב המאבק בקורונה ומדיניות ישראל

חשיפת מידע פרטי ללא הסכמה, כפי שנעשה בישראל, הינה הפרת זכות יסוד בדמוקרטיה ליברלית. בדומה לדברינו ביחס לזכות לבריאות, גם הזכות לפרטיות מוסגרת כמי שנדחית מול הזכות לחיים ולבריאות במאבק לקורונה. כך, בדיון בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות הציג יו"ר הוועדה, חה"כ חיים כץ, את הזכות לפרטיות כעומדת בניגוד לקדושת החיים במאבק בקורונה: "תסביר לי העברת מידע מול כמה מתים. עשרה מתים – העברת מידע זה שווה או לא שווה?"; הגנת הפרטיות יותר חשובה מחופש החיים?".⁸⁴ שוב, הזכות לחיים ולבריאות הוגדרה באופן צר, כממוקדת במניעת תחלואה והדבקה בקורונה. המאבק בקורונה מוסגר לא כאינטרס קולקטיבי לבריאות הציבור, כי אם כביטוי לזכות אינדיווידואלית לחיים אשר הזכות לפרטיות נסוגה מפניה. מסגור זה בהכרח פוגע באפשרות לבחון את הפגיעה בזכות לפרטיות לעומקה, ולהגיע לאיזונים מול הצורך הציבורי במאבק במגפת הקורונה.

יתר על כן, תוצאת הפגיעה בפרטיות היא פגיעה באמון הציבור במחויבותה של מערכת הבריאות להגן על פרטיות המידע הרפואי. פגיעה זו באמון הציבור עלולה להפחית את נכונות הציבור לשתף פעולה עם הנחיות רשויות הבריאות, דוגמת הנחיות התחסנות, ביצוע בדיקות או דיווח על תחלואה.⁸⁵ ובכך להשפיע על בריאות הציבור.

במקרים בהם נחשפים נתוני תחלואה, עלולה הפגיעה בפרטיות להוביל לביוש ("שיימינג") של הפרט מושא המידע, או לסטיגמה על אוכלוסייה בה קיים שיעור תחלואה גבוה, גורמים שהוכחו כמגדילים סיכון לקשיים נפשיים⁸⁶ או מביאים להסתרת תחלואה המונעת מחולה לקבל טיפול לו הוא זקוק.⁸⁷

4.ה ממצאים נוספים שעלו מראיונות אינפורמט שבוצעו במסגרת המחקר

בעבודה זו ערכנו 10 ראיונות עם אנשי מקצוע, אקדמאים, ואנשי חברה אזרחית מתחומי המשפט, הבריאות, הבטחון התזונתי ומדיניות עבודה, מרביתם בישראל.

ניכר שמרואיינים שונים לא תופסים באופן זהה את משמעות המונח בריאות הציבור, וניתן היה לאתר שתי גישות מרכזיות בנושא: מחד, חלק מאנשי המקצוע והמומחים ראו את בריאות הציבור בעיקר כמניעת התפשטות מגפת הקורונה, שמו דגש מופחת על בריאות במובנה הרחב כמו גם הגנת זכויות אדם נוספות, ותפסו סוגיות דוגמת אמון ושיתוף ציבור בעיקר אמצעי להתמודדות עם המגפה, קרי אימצו תפיסה "צרה" יותר של מושג הבריאות. לעומת זאת, היו אנשי מקצוע ומומחים שראו את בריאות הציבור בראייה רחבה, עמוקה וארוכת טווח, שלא הסתכמה במניעת מגפת קורונה, סברו שנושא האמון ושותפות הציבור הינם חלק קריטי מעקרונות השמירה על בריאות הציבור. בנוסף, אנשי מקצוע ומומחים אלו התייחסו להפרה של זכויות הפרט והקהילה כצעדים שלא פעם היו לא מידתיים.

התפיסות השונות ביחס למושג הבריאות התבטאו גם בעמדת המרואיינים ביחס לאמצעים שהוטלו להתמודדות עם מגפת הקורונה. חלק מהמרואיינים סברו כי מערכת הבריאות נתנה עדיפות עליונה למניעת התפשטות וטיפול בחולי קורונה ולא לקחה בחשבון השפעות ופגיעות קצרות וארוכות טווח

בבריאות הפרט והקהילה, בדגש על היבטים נפשיים וחברתיים (דוגמת צמצום וסגירה חלקית של שירותי הרפואה האלקטיבית בקהילה ובמרפאות חוץ בבתי החולים, סגירת מחלקות פנימיות וניוד צוות רפואי למחלקות קורונה, פגיעה וצמצום שירותי בריאות הציבור, שהובילו לירידה בכיסוי החיסוני של ילדים, ועד עלייה חדה ומשמעותית בשיעורי התחלואה הנפשית, עלייה באי ביטחון תזונתי, רעב, ורעב סמוי בעיקר בקרב אוכלוסיות מוחלשות וילדים). לעומת זאת, חלק מאנשי המקצוע והמומחים סברו כי לישראל לא הייתה ברירה אלא להטיל מגבלות קשות, לרבות סגרים, בשם ערך החיים וההגנה על הבריאות. בין המרואיינים בישראל, הייתה אי הסכמה אודות נחיצותן של מגבלות שונות, דוגמת הסגר השלישי שהוטל בישראל. חלק מאנשי המקצוע והמומחים סברו כי אמצעי זה לא היה נחוץ והוטל בשל לחץ פוליטי, בעוד אחרים ראו בו הכרחי וציינו מפורשות כי כל האמצעים כשרים לצורך מניעת התפשטות המגפה ויש לתעדף זאת מעל לשיקולי wellbeing של האוכלוסייה והפרט.

רבים מאנשי המקצוע והמומחים ציינו כי לראותם הייתה פוליטיזציה וביטחוניזציה בתהליכי קביעת המדיניות בממשלה, ריכוזיות בקבלת החלטות, ואת הבעייתיות של עירוב גורמים צבאים ובטחוניים במאבק בקורונה (דוגמת מעורבות חטיבת אלון בצה"ל, פיקוד העורף, והשב"כ - שפעילותו הוגבלה לאחר מכן בפסיקות משפטיות). עם זאת, חלקם ראו בכך הכרח בלתי נמנע, לכל הפחות בשלביה הראשוניים של ההתמודדות עם המגפה. תהליכי קבלת ההחלטות והחקיקה אגב המאבק בקורונה נתפסו בידי חלק מאנשי המקצוע והמומחים שרואיינו כלא שקופים, תוך מעורבות פוליטית שהביאה לדעתם לפגיעה משמעותית באמון הציבור.

חלק מהמרואיינים גרסו שיש צורך בתהליכי קבלת החלטות מכילים יותר, בהן ישמעו מגוון של מומחים מתחומים נוספים וכן נציגי ציבור, תוך מתן ייצוג הולם יותר לחלקים מגוונים יותר מהחברה, והביעו ביקורת על כך שהנושא לא קודם. מומחים בתחום בטחון תזונתי, למשל, סברו כי היבטי בטחון תזונתי לא זכו לדיון מספק ולא הייתה פלטפורמה מובנית או ניטור רציף של הנושא. חלק מהמרואיינים ציינו שלחקיקה ומערכת המשפט תפקיד קריטי בשמירה על הזכויות השונות ויש צורך בדיאלוג יותר הדוק בין אנשי בריאות, משפט וזכויות אדם. אחת המרואיינות, חוקרת מובילה בתחום של דיני עבודה בהונגריה, הדגישה את הסמכות הרחבה שנתנה המדינה למעסיקים במדינתה לקבוע בעצמם את הזכויות שיחולו על עובדיהם בעת המגפה, תוך מתן אפשרות לפגוע בזכויות קוגנטיות ותוך פגיעה במעמד של משפט העבודה הקיבוצי, וזאת ללא מתן הגנה כלל לעובדים עצמם – לא באמצעות חקיקה מדינתית ולא באמצעות רגולציה קיבוצית חלופית. היא הדגישה את העדרם של מנגנוני דיאלוג עם הגורמים החשובים בעולם העבודה ביצירת ההסדרה האמורה ואת הפגיעה, כתוצאה מכך, בזכויות עבודה רבות של עובדים. ביחס להונגריה, שאימצה מדיניות קיצונית, המדיניות הישראלית היתה טובה יותר. ואולם הונגריה הנה חריג מבין מדינות אחרות שאנו בוחנים במחקר ההשוואתי.

רבים מהמרואיינים עמדו על ההבדלים בין הגלים השונים של מגפת הקורונה. חלק המרואיינים ציינו שבתקופת הגל הראשון והשני של מגפת ה-COVID-19 רמת האי וודאות הייתה גבוהה והיה מחסור במידע מהימן ואיכותי. על רקע אי וודאות זו, נתקבלו החלטות שפגעו בזכויות רבות אך עם הזמן

נעשו איזונים משמעותיים יותר. לעמדת חלק מהמוראיינים, לפני כניסתם של החיסונים, הטלת מגבלות ואמצעים לא תרופתיים כגון הגבלות, ריחוק פיזי ואף הגעה לסגר התקבלו ביתר קלות. המוראיינים שראו את בריאות הציבור בראייה רחבה סברו שפקודת בריאות העם שנחקקה לפני הקמת המדינה מיושנת ולא מתאימה לאורח החיים המתקיים כיום בישראל. הפקודה מאופיינת באי גמישות, ריכוזיות וכוח לא סביר למקבלי ההחלטות, וכן בקושי מובנה לאזן בין זכויות הפרט למניעת התפשטות מגפות. לכן מוראיינים אלו סברו שיש לבטל את פקודת בריאות העם ולחוקק במקומה חוק בריאות הציבור, בדומה לקיים במדינות מערביות רבות, שיוכל לאזן בין זכויות הפרט ושמירה על בריאות הציבור. חוק זה יכלול מנגנונים שיוכלו לשמור על זכויות אלו הן בשגרה והן בחירום וידע להבדיל בין מצבי בריאות שונים (כגון, אסונות טבע או מגפות).

יוער, כי החל מתחילת שנות ה-2000, ובייחוד לאחר מגיפת הסארס וכחלק מיישום תקנות הבריאות הבינלאומיות, משרד הבריאות - בשותפות עם גורמים שונים ביניהם חיל רפואה ומערכת הבריאות - הכין פרוטוקול והנחיות לטיפול בהתפרצות מגפה. פרוטוקול זה הושתת על עבודת גורמים כמו הצוות לטיפול במגיפות והאגף לשעת חירום של משרד הבריאות, תוך התייעצות עם גורמים בינלאומיים ובהתבסס על מידע מדעי לדרכי פעולה. נערכו תרגילים שונים ואף נעשתה חשיבה לגבי פעולות כאשר תהיה התפרצות שאין לה טיפול תרופתי או חיסון. סוגיה זו עלתה באחד הראיונות, ולגביה צוין כי כשהחלה התפרצות מגפת הקורונה בסין והתפשטה ברחבי העולם, קובעי המדיניות לא פעלו באופן ברור להנחיות שנקבעו מבעוד מועד. זאת, הן ביחס להנחיות שגובשו בידי משרד הבריאות עצמו והן ביחס להנחיות של ארגון הבריאות העולמי שבתחילת התפרצות המגפה ציין שיש להשתדל להימנע מסגרים ככל האפשר, ולתת מענה רחב להתמודדות עם המגיפה.

5. דיון ומסקנות

השערות העבודה שבוטאו בראשית המחקר - ועיקרן, הוא שהתמודדות עם מגפת הקורונה הביאה לפגיעה במספר זכויות אדם בסיסיות, לרבות הזכות לבריאות עצמה, וכן הזכות לבטחון תזונתי, פרטיות ולעבודה, בין היתר – התבררו כמבוססות. למעשה, הפגיעה במספר זכויות בישראל מתחדדת במבט השוואתי המלמד כי מדיניות מערביות רבות אימצו מדיניות שפגיעתן בזכויות הייתה פחותה. כך, המדיניות הישראלית של הוצאת אנשים ממעגל העבודה לחופשה בשכר בסקטור הציבורי ולחל"ת בשאר המשק, תוך מתן תמיכה של דמי אבטלה, במקום סובסידיות לשימור תעסוקה (דוגמת המודל הגרמני) הביא בישראל לפגיעה משמעותית יותר בזכות לעבוד.⁸⁸ מדיניות התעסוקה הישראלית בשם בריאות הציבור אף פגעה בזכות לשוויון של אוכלוסיות מוחלשות אשר נפגעו יותר מהצעדים שננקטו (ובראשן נשים), ומעוררת את השאלה בכל הנוגע לקבלת ההחלטות והגורמים המעורבים בהן. ביחס לזכות לפרטיות, ישראל הינה הדמוקרטיה היחידה אשר שלבה יכולות מעקב של השב"כ לצורך קבלת נתונים אפידמיולוגיים בכדי לבודד אנשים אשר באו במגע עם חולים מאומתים, והמשיכה את השימוש באמצעי זה חרף ביקורת מצד אנשי מקצוע, משפטנים ואף בית המשפט הישראלי.⁸⁹ אף ביחס לזכות לביטחון תזונתי, ישראל החליטה על סגירת

מערכת החינוך מבלי להבטיח תוכניות הזנה קונקרטיות לתלמידים שנסמכו טרם המגפה על תוכניות ההזנה בבתי הספר, וזאת בניגוד למדינות רבות בעולם. ולבסוף, סוגיית ההגנה על הזכות לבריאות מפני פגיעה בשם בריאות הינה קריטית במיוחד. בהיבט זה, מגפת הקורונה הביאה לפגיעה עמוקה בהיבטים רבים של בריאות, הן במישרין (עקב דחיית טיפולים רפואיים, צמצום שירותי רפואה ופעילות מניעה, תחלואה נפשית גוברת, ואי תעדוף משברים בריאות נמשכים ואנדמיים), והן בעקיפין, בשל עלייה בשיעורי העוני ואי הבטחון התזונתי.

תחילה, דומה כי בישראל, כמו גם במדינות רבות נוספות בעולם, יש **לדון לעומק במושג הבריאות עצמו ולאמץ תפיסה רחבה, רב מימדית ואינטרדיסציפלינארית של מושג הבריאות**, אשר תיקח בחשבון את כלל היבטיה של הזכות לבריאות – לרבות היבטים חברתיים, כלכליים ותרבותיים. פגיעה בפרנסה ותעסוקה, למשל, עשויה להשפיע על בריאות הציבור בשל תחלואה נפשית וירידה בבטחון תזונתי. לפיכך, גם מימדים אלו חייבים להילקח בחשבון בעת התווית מדיניות המאבק בקורונה, בחירת אמצעים למניעת המגפה ותוכניות רווחה להתמודד עם נזקי המגפה והמאבק בה. יש לפעול ליישום בפועל – ולא רק על הנייר – של עקרונות "בריאות בכל מדיניות" וכן "בריאות אחת". משפטית, חשוב להמשיך ולאתגר את התפיסה הצרה ביחס לזכות לבריאות ולזכות לחיים אשר התבטאה בפסיקות בית המשפט העליון. זאת, בין היתר, על בסיס שיתוף מידע רפואי, בריאותי ומדעי אודות השלכות המאבק בקורונה על הבריאות עצמה – דוגמת הסקירה הנרחבת שבוצעה במסגרת מחקר זה.

שנית, יש **צורך בחשיבה מחודשת על ההבנה של שגרה וחירום; במקום מעברים חדים בין שני קטבים דיכוטומיים, ההתמודדות בחירום היא המשך של אתגרי מערכת הבריאות בשגרה**. בהקשר זה, הממצאים אודות פגיעת ההתמודדות עם מגפת הקורונה בזכויות השונות מלמדת כי השלכות המגפה הינן ארוכות טווח, מתרחבות והולכות בזמן ובמרחב, וכי יש חשיבות להוסיף ולהתמודד עימן – בצד נסיון להיערך למשברים עתידיים.

בישראל, אי תקצוב מתאים למערכת הבריאות במשך עשרות שנים גרמה למחסור במשאבים רבים, לרבות בתקני כוח אדם, מיטות אשפוז, מיטות טיפול נמרץ וציוד רפואי (כגון מכונות הנשמה ואקמו). החשש מקריסת המערכת הובילה את מקבלי ההחלטות וקובעי המדיניות לצמצום פעילות רפואית ובריאותית שאינה קורונה, בעיקר בשנה הראשונה לפרוץ המגפה, ובאופן פרדוקסלי, פגע במימדים אחרים של הזכות לבריאות. בנייתה של מערכת בריאות איתנה יותר תסייע לישראל, כמו גם למדינות נוספות, לנווט את אתגרי בריאות הציבור הן בשגרה והן מול משבר בריאות פתאומי. יתר על כן, פגיעה בבטחון תזונתי למשל עלולה לטמון בחובה השפעות ארוכות טווח על בריאות (בפרט בריאות ילדים), כמו גם על הכלכלה והחברה. מכאן ישנה חשיבות גדולה שמדינת ישראל תיצוק תוכן משמעותי יותר במיזמי הבטחון התזונתי העומדים לרשות האוכלוסייה, ובה בעת, תתכונן ותבנה תוכניות פעולה לתרחישי אסון שיוכלו להשפיע על אספקת המזון לכלל האוכלוסייה ובפרט לאוכלוסיות נזקקות.

שלישית, **מגפת הקורונה חשפה את עומק הפערים החברתיים-כלכליים ואי השוויון בבריאות**. לאורך הממצאים אודות השפעות מגפת הקורונה והתמודדות עימה, הבחנו כי השפעות אלו היו חריפות במיוחד בקרב קבוצות פגיעות או מודרות, הן בישראל והן בעולם. גם ההתמודדות עם פנדמיית הקורונה כמשבר ושעת חירום שעתקה יחסי כוח בלתי שוויוניים, במסגרתם משברי הבריאות האנדמיים נדחקים לשוליים ואף מועצמים. זאת, בפרט במדינות בעלות הכנסה נמוכה-בינונית, וכן ביחס לאוכלוסיות מוחלשות גם בתוך מדינות בעלות הכנסה גבוהה דוגמת ישראל. בעת אימוץ תפיסה רחבה של מושג הבריאות, וכן בניית תוכניות שישמשו לשגרה ולחירום כפי שהצענו מעלה, יש להטמיע את ההתייחסות לקבוצות מודרות או מוחלשות ולפעול להבטיח שוויון בבריאות. רביעית, וכפי שעלה בעוצמה מהראיונות שהתקיימו במסגרת מחקר זה, **סוגיות של אמון הציבור היו מרכזיות בעת ההתמודדות עם המגפה**. יחד עם זאת, אי השקיפות בין מקבלי החלטות לציבור התושבים בישראל (ואף לדברי חלק מהמראיינים, אי שקיפות בתוך מערכת הבריאות) הובילו לכרסום באמון הציבור במערכת הבריאות, ולכך שעם הזמן ירדה הנכונות הציבורית יישם את הנחיות והמלצות של הממשלה ומשרד הבריאות.

6. היבטי מדיניות והמלצות

מבחינת החלטות מהותיות בעת הדיון אודות הטלת מגבלות או אימוץ תוכניות סיוע להתמודדות עם מגפת הקורונה (או משברי בריאות אחרים), יש להתחיל ולבחון מהי הפגיעה בזכויות אדם, בדגש בחינת הנטל כפי שהוא משפיע על קבוצות שונות ומה החלופות האפשריות להפתחת הנטל בייחוד על קבוצות מוחלשות; למקם את הפגיעה בהקשר הרחב השפעות אפשריות על בריאות הציבור ולא רק מה השפעתה על מגפת הקורונה; ולשאול האם פגיעה זו הינה הכרחית ומתחייבת ויש לה ביסוס מדעי, ולא ניתן להשיג את היתרון הרפואי של האמצעי בדרך חלופית שפוגעת פחות. בהקשר זה יש מקום להתבסס על הקריטריונים המפורטים בתקנה 43 לתקנות הבריאות הבינלאומיות. ככל שנדרשים צעדים ויש פגיעה הכרחית, יש להכריע כחלק אינטגרלי מההחלטה להטלת אמצעי מסוים גם על תוכניות חברתיות מתאימות שיתמודדו עם פגיעות ונזקי המאבק בקורונה, דוגמת תוכניות חברתיות לאספקת מזון, להבטחת הזכות לעבודה וכיו"ב. כך, למשל, אם הוחלט על סגירת מוסדות חינוך כאמצעי מתחייב להגנת בריאות הציבור – יש להבטיח את המשך הבטחון התזונתי של תלמידים באמצעים חלופיים, וזאת כחלק בלתי נפרד מתהליך קבלת החלטה זו והביקורת השיפוטית לגביו. בישראל לא היה עיסוק מספק בכך, הן בידי מקבלי ההחלטות והן בידי גופי פיקוח וביקורת. משפטית, גם בג"ץ נטה להפריד שאלות אלו, ולבחון את הטלת אמצעים ומגבלות למאבק במגפה, דוגמת סגרים, במנותק מהשאלות של תוכניות רווחה וסיוע שיתמודדו עם הנזקים הקשים של אמצעים ומגבלות אלו. קרי, מוכנות למגפה - Pandemic preparedness - חייבת לכלול הסתכלות בטווח מיידי כיצד לתת מענה לא רק למגפה עצמה אלא לפגיעות המשניות, הנוצרות עקב המאבק במגפה; מוכנות למגפה חייבת לכלול גם מוכנות להגנה על זכויות אדם.

ביחס לתהליכי קבלת החלטות, נדרש שילוב דיסציפלינות וגורמים מגוונים יותר בתהליכי קבלת החלטות, תוך מתן מקום נרחב יותר למומחי עוני, רווחה, עבודה, בטחון תזונתי ופרטיות, כמו גם אפיקים מובנים וסדורים יותר להשתתפות ציבור, ארגוני עובדים וארגוני החברה האזרחית. על מנת לאפשר שיח כזה בחירום, יש לקיים שיתופי פעולה ושיח שוטף באופן שגרתי ותכוף. על מנת לאפשר קבלת החלטות על בסיס מידע מדעי מבוסס, נדרשים מדדים ואינדיקטורים נוספים מעבר למדידת היבטי המגפה בלבד (המגולמים בדשבורד משרד הבריאות): נדרש ניטור שוטף וזמין, המוצג יחד עם נתוני המגפה, של נתוני בטחון תזונתי, עוני, תעסוקה, תחלואה נפשית והיבטים נוספים.

בהיבט מסגרת חקיקתית נדרשת חקיקה שאינה אד הוק לצרכי מגפה מסוימת וכן אינה מוגבלת למצבי חירום, אלא חקיקה רחבה המתייחסת לבריאות - המשלבת את הטיפול במגפה כחלק מתפיסה כללית של העיסוק בבריאות הציבור (לרבות חובות התייעצות עם גורמים מגוונים, פיקוח, שיתוף במידע עם הציבור וכיו"ב).

אמון הציבור הוא משתנה חשוב ומהותי בתקופות שגרה וביתר שאת בתקופות חירום. משרד הבריאות צריך לקיים שיח רצוף, פשוט, ברור ואחיד ושיותאם למגזרים השונים בישראל הם מבחינה תרבותית - חברתית והן מבחינה שפתית תוך התייחסות לעובדות מדעיות. בנוסף, על מנת לנסות להגביר את אמון הציבור יש לשקול להגביר את השקיפות של המידע, פתיחת הדיונים במשרד הבריאות ובוועדות הכנסת לציבור.⁹⁰

ביבליוגרפיה

1. About WHO, WORLD HEALTH ORG., <https://www.who.int/about> (last visited Jul 26, 2022).
2. Social determinants of health, WORLD HEALTH ORG., <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health> (last visited Jul 26, 2022).
3. THE RIGHT TO HEALTH AT THE PUBLIC/PRIVATE DIVIDE: A GLOBAL COMPARATIVE STUDY, (Colleen M. Flood & Aeyal Gross eds., 2014); Frank P. Grad, *The Preamble of the Constitution of the World Health Organization*, 80(12) Bulletin of the World Health Organization [WHO] 981, 981-4 (Jan. 2002).
4. G.A. Res. 217 (III) A, Universal Declaration of Human Rights art. 25 (Dec. 10, 1948); International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights art. 12, Dec. 16, 1966, 993 U.N.T.S. 3 [hereinafter ICESCR]; G.A. Res. 61/106, Convention on the Rights of Persons with Disabilities art. 25 (Jan. 22, 2007); Convention on the Rights of the Child art. 24, Nov. 20, 1989, 1577 U.N.T.S. 3; **Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women art. 11(1)(f), 12, 14, Dec. 18, 1979**, 1249 U.N.T.S. 13. For regional conventions anchoring the right to health, see European Social Charter (Revised) art 11, May 3, 1996, E.T.S 163; Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights, opened for signature art. 10, Nov. 17, 1988, O.A.S.T.S. 69, 28 I.L.M. 161; [African Charter on Human and Peoples' Rights art.16](#), Jun. 27, 1981, 1520 U.N.T.S. 217; African Charter on the Rights and Welfare of the Child art.14, Jul. 11, 1990, CAB/LEG/24.9/49 (1990).
5. , *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant)*, ¶ 4, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (Aug. 11, 2000).
6. Navanethem Pillai, *Right to Health and the Universal Declaration of Human Rights*, 372(9655) THE LANCET 2005, 2005-6 (Dec. 2008).
7. 8th Global Conference on Health Promotion, *The Helsinki statement on Health in All Policies*, (2013)
8. Health and Human Rights (Eds Jonathan Mann et al., 1999)
9. Sue Albertyn & Dan Rosengarten, *HIV and AIDS: Some Critical Issues in Employment Law*, 9(1) SAJHR 77 (1993)
9. Global Responses to COVID-19: Rights, Democracy, and the Law Archives, BILL OF HEALTH, <http://blog.petrieflom.law.harvard.edu/category/blog-symposia/global-responses-covid19/> (last visited Jul 25, 2022)
- COVID 19 and States of Emergency, VERFASSUNGSBLOG, <https://verfassungsblog.de/category/debates/covid-19-and-states-of-emergency-debates/> (last visited Jul 25, 2022).

- Howard B. Degenholtz & Megan V. Davis, *Review of Health and Human Rights*, 29 Health Education & Behavior 136–138 (2002).
- Yannai Kranzer et al., *A health in all policies approach to promote active, healthy lifestyle in Israel*, Isr. J. Health Policy 2, (2013).
- COVID-19 pandemic leads to major backsliding on childhood vaccinations, new WHO, UNICEF data shows, UNICEF, <https://www.unicef.org/press-releases/covid-19-pandemic-leads-major-backsliding-childhood-vaccinations-new-who-unicef-data> (last visited Jul 25, 2022).
- Kate Causey et al., *Estimating global and regional disruptions to routine childhood vaccine coverage during the COVID-19 pandemic in 2020: a modelling study*, 398 Lancet 522–534 (2021).
- Anita Shet et al., *Impact of the SARS-CoV-2 pandemic on routine immunisation services: evidence of disruption and recovery from 170 countries and territories*, 10 Lancet Glob. Health e186–e194 (2022).
- 13 "התכנית הלאומית למדדי איכות בתי חולים כלליים וגריאטריים, בתי חולים לבריאות הנפש, טיפות חלב ושירותי חירום (אמבולנסים) - דוח מסכם לשנים 2013 – 2020" (מינהל איכות ושירות – משרד הבריאות (26.07.2021).
- Modupe Coker et al., *Things Must Not Fall Apart: The Ripple Effects Of The COVID-19 Pandemic On Children In Sub-Saharan Africa*, 89 Pediatr Res. 1078 (2021).
- 1564 (2020). James Shepherd & Gerald Friedland, *Preventing COVID-19 Collateral Damage*, 71 Clin. Infect. Dis. 1564 (2020).
- Muhammad Suleman Rana et al., *Emergence of measles during the COVID-19 pandemic threatens Pakistan's children and the wider region*, 27 Nat. Med. 1127–1128 (2021).
- WHO America Region, *Vaccine-preventable diseases (diphtheria, measles, yellow fever, and polio in the context of the COVID-19 pandemic: implications for the Region of the Americas* (Dec. 15, 2021), <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55636> (last accessed 27.7.22).
- James Shepherd & Gerald Friedland, *Preventing COVID-19 Collateral Damage*, 71 Clin. Infect. Dis. 1564–1567 (2020).
- Abdullahi Tunde Aborode et al., *Fighting COVID-19 at the Expense of Malaria in Africa: The Consequences and Policy Options*, 104 Am. J. Trop. Med. Hyg. 26–29 (2021).
- Stephen J. Rogerson et al., *Identifying and combating the impacts of COVID-19 on malaria*, 18 BMC Med. 239 (2020).
- Florian Amimo, Ben Lambert & Anthony Magit, *What does the COVID-19 pandemic mean for HIV, tuberculosis, and malaria control?*, 48 Tropical Med. & Health 32 (2020).
- C. F. McQuaid et al., *The impact of COVID-19 on TB: a review of the data*, 25 Int. J. Tuberculosis & Lung Dis. 436–446 (2021).
- 17 משרד הבריאות "מקרה של פוליו (שיתוק ילדים) התגלה בילד/ה בן/ת 4 בירושלים שלא חוסן/ה נגד פוליו במסגרת חיסוני השגרה" (הודעת דוברות (06.03.2022).
- Mental health and COVID-19, WORLD HEALTH ORG., <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-and-covid-19> (last visited Jul 26, 2022).
- Konstantinos Tsamakis et al., *COVID-19 and its consequences on mental health (Review)*, 21 Exp. Ther. Med. 244 (2021).
- Nikita Strelkovskii et al., *Implications of COVID-19 Mitigation Policies for National Well-Being: A Systems Perspective*, 14 Sustainability 433 (2022).
- 19 וצ'סלב קונסטנטינוב ואח' **צעירים בישראל בתקופת מגפת הקורונה – נתונים סטטיסטיים נבחרים** (מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל 2021); ראה עוד בהערה 18 לעיל.
- יצחק שגור קורונה וזקנים: השפעת מגפת הקורונה על בני 65 ומעלה בישראל (מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל 2020).
- "ילדים בישראל 2021" (השנתון הסטטיסטי של המועצה הלאומית לשלום הילד 01.2022).
20. Juan Bueno-Notivol et al., *Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies*, 21 Int. J. Clin. & Health Psychology 100196 (2021).
- World Health Organization [WHO], *Long-stay mental health care institutions and the COVID-19 crisis: identifying and addressing the challenges for better response and preparedness*, (2020).
- 22 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה "החוסן האזרחי בתקופת משבר הקורונה, בקרב בני 21 ומעלה: ממצאים מהגל הרביעי של הסקר שנערך בנובמבר בצל המשבר" (הודעה לתקשורת 16.11.2020).
- 23 ראו ה"ש 35 לעיל.
- 24 "היבטים בפעילות הרפואה השוטפת במהלך מגפת הקורונה" (חוות דעת של משרד מבקר המדינה ונציבות תלונות הציבור 31.08.2021).
- Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 Pandemic, OECD (2021), <https://doi.org/10.1787/9a5ae6da-en> (last visited Jul 26, 2022).
- Richard Williams et al., *Diagnosis of physical and mental health conditions in primary care during the COVID-19 pandemic: a retrospective cohort study*, 5 Lancet Pub. Health e543–e550 (2020).
- Ray Moynihan et al., *Pandemic impacts on healthcare utilisation: a systematic review* (28 oct. 2020), <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.26.20219352v1> (last visited Jul 26, 2022).
- John N. Mafi et al., *Trends in US Ambulatory Care Patterns During the COVID-19 Pandemic, 2019–2021*, 327 Jama 237–247 (2022).
- Hans Henri P Kluge et al., *Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response*, 395 Lancet 1678–1680 (2020).
- Katie Palmer et al., *The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing*, 32 Aging Clin. Exp. Res. 1189–1194 (2020).
- Robert Marten et al., *Committing to implementation research for health systems to manage and control non-communicable diseases*, 9 Lancet Glob. Health e108–e109 (2021).
- World Health Org. [WHO], *Responding to non-communicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic* (sep. 4, 2020).

- Michael Anthonius Lim et al., *A wave of non-communicable diseases following the COVID-19 pandemic*, 14 *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clin. Res. & Rev.* 979–980 (2020).
- Jean He Yong et al., *The impact of episodic screening interruption: COVID-19 and population-based cancer screening in Canada*, 28 *J. Med. Screen* 100–107 (2021).
- ²⁷ משרד הבריאות, *התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דו"ח לשנת 2020* (2021). המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות *כנס ים המלח ה-20 מגפת הקורונה* (2021). ראו ה"ש 24 לעיל.
- Salman Rawaf et al., *Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide*, 26 *Eur. J. Gen. Prac.* 129–133 (2020).
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, *COVID-19 Guidance*, <https://bit.ly/3iiQ29t>; António Guterres, *COVID-19 and Human Rights: We are All in this Together* (Apr. 23, 2020); Committee on Economic, Social and Cultural Rights [OHCHR], *Statement on The Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic and Economic, Social and Cultural Rights* (Apr. 17, 2020).
- ³⁰ אייל גרוס "כמו חלום בלה דיסטופי: זכויות אדם, דמוקרטיה, פוליטיזציה וביטחוניזציה של הבריאות במשפט החוקתי והגלובלי בצל משבר הקורונה" *משפט וממשל* כד 463 (2022).
- ניר קוסטי ואיל גרוס "פרדוקס חקיקת הקורונה" *תרבות דמוקרטית* (צפוי להתפרסם).
- ניר קוסטי ואיל גרוס "פרדוקס חוק הקורונה" *ICON-S-IL Blog* (12.1.2021) <https://bit.ly/ICONKOG>.
- ³¹ להרחבה בנושא, מאמרו של גרוס לעיל.
- ³² בג"ץ 2435/20 ליונסה נ' ראש הממשלה, פס' 4 לפסק דינו של השופט עמית (נבו 7.4.2020); בג"ץ 2109/20 בן מאיר נ' ראש הממשלה, חוות דעתו של השופט סולברג (נבו 26.4.2020). בהקשרים נוספים, בג"ץ 2394/20 באמונתו יחיה נ' ראש הממשלה, פס' 6 לפסק דינו של השופט פוגלמן (נבו 16.4.2020), בג"ץ 2956/20 רוזנבלט נ' ראש הממשלה (נבו 10.5.2020).
- ³³ ראו בג"ץ 2397/20 דורון נ' ממשלת ישראל (נבו 12.5.2020); בג"ץ 2277/20 דקר נ' המוסד לביטוח לאומי (נבו 31.3.2020); בג"ץ 2589/20 לשכת רואי החשבון בישראל נ' ממשלת ישראל (נבו 30.4.2020); בג"ץ 2382/20 לשכת יועצי המס בישראל נ' ראש הממשלה (נבו 28.7.2020); בג"ץ 3008/20 עמותת הרצליה למען תושביה נ' המוסד לביטוח לאומי (נבו 21.6.2020); בג"ץ 1527/21 רונן נ' כנסת ישראל (נבו 30.6.2021).
- ³⁴ בג"ץ 5984/20 המון ווליים בע"מ נ' ממשלת ישראל (נבו 3.11.202).
- ³⁵ גרוס לעיל, הערה 30.
- עוד ראו הלל סומר "חקיקת הקורונה – פרק ראשון: מאפייני החקיקה" *IDC Law-Blog* (13.4.2020) <https://bit.ly/2C9bw9x>.
- ³⁶ בג"ץ 1107/21 שמש נ' ראש הממשלה (נבו 17.3.2021); בג"ץ 5469/20 אחריות לאומית ישראל הבית שלי נ' ממשלת ישראל (נבו 4.4.2021).
- ³⁷ International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights [ICESCR], *supra* note 3, art. 11; Committee on Economic, Social and Cultural Rights [CESCR], *General Comment No. 12: The Right to Adequate Food (Art. 11 of the Covenant)* (May 12, 1999).
- United Nations, *Human Rights*, <https://www.un.org/en/global-issues/human-rights> (last visited Jul 26, 2022).
- WHO. *The state of food security and nutrition in the world 2021*.
- U.N. Sustainable Development Group, *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Food Security and Nutrition*, (June 2020). <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-impact-covid-19-food-security-and-nutrition>.
- Vasilii Erokhin & Tianming Gao, *Impacts of COVID-19 on Trade and Economic Aspects of Food Security: Evidence from 45 Developing Countries*, 17 *Int. J. Env't. Res. & Pub. Health* 5775 (2020).
- ⁴⁰ יונת מייזל *מערך הביטחון התזונתי בישראל* (הכנסת, מרכז מחקר ומידע 2.8.2021).
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה "החוסן האזרחי בתקופת משבר הקורונה בקרב בני 21 ומעלה: ממצאים מהגל הרביעי של הסקר שנערך 12 בנובמבר בצל המשבר" (הודעה לתקשורת 16.11.2020).
- זהר אור שרביט ודנה ברנדר *אי-ביטחון תזונתי בישראל – מאפיינים, מענים ואתגרים* (מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל 2022). "תמונת מצב אי הביטחון התזונתי בישראל" (דוח של ארגון לתת 8.2021) https://fs.knesset.gov.il/24/Committees/24_cs_bg_607073.pdf.
- "מחסמים לסיכויים: אי ביטחון תזונתי בחברה הערבית" (דוח של עמותת סיכוי 8.2021).
- "תמונת מצב חברתית 2021: הקורונה ומגפת אי השוויון בישראל" (דוח של מרכז אדוה 21.3.2021).
- ⁴¹ ראו ה"ש 40 לעיל.
- ⁴² ראו ה"ש שגיא! הסימניה אינה מוגדרת. - שגיא! הסימניה אינה מוגדרת. לעיל.
- Stephen Devereux, Christophe Béné & John Hoddinott, *Conceptualising COVID-19's impacts on household food security*, 12 *Food Sec.* 769–772 (2020).
- Jennifer Clapp & William G. Moseley, *This food crisis is different: COVID-19 and the fragility of the neoliberal food security order*, 47 *J. Peasant Stud.* 1393–1417 (2020).
- Zhitao Xu et al., *The Compounded Effects of COVID-19 Pandemic and Desert Locust Outbreak on Food Security and Food Supply Chain*, 13 *Sustainability* 1063 (2021).
- Endashaw Workie et al., *Deciphering the impact of COVID-19 pandemic on food security, agriculture, and livelihoods: A review of the evidence from developing countries*, 2 *Current Rsch. Env't Sustainability* 100014 (2020).
- Assem Abu Hatab, Lena Krautscheid & Sofia Boqvist, *COVID-19, Livestock Systems and Food Security in Developing Countries: A Systematic Review of an Emerging Literature*, 10 *Pathogens* 586 (2021).
- Sube Singh et al., *Impact of COVID-19 on logistics systems and disruptions in food supply chain*, 59 *Int. J. Production Rsch.* 1993–2008 (2021).
- Kamel Mouloudj, Ahmed Chemseddine Bouarar & Hamid Fechit, *The Impact Of Covid-19 Pandemic On Food Security*, 36 *Les Cahiers Du Cread* 159–184 (2020).
- Sonia Akter, *The impact of COVID-19 related 'stay-at-home' restrictions on food prices in Europe: findings from a preliminary analysis*, 12 *Food Sec.* 719–725 (2020).
- ⁴⁸ דורית אדלר, סיגל טפר ואסף צחור *ביטחון תזונתי וחוסן לאומי בעידן של אקלים משתנה* (2021 INSS).

- UNICEF Office of Research- Innocenti, *COVID-19: Missing More Than a Classroom. The impact of school closures on children's nutrition* (June 2021).⁴⁹
ראו ה"ש 74 לעיל.⁵⁰
- Laborde, David et al., *COVID-19 risks to global food security*, 369 (6503) Sci. 500 (2020).⁵¹
David Laborde et al., *COVID-19 risks to global food security*, 369 Sci. 500–502 (2020).⁵²
- David Laborde, Will Martin & Rob Vos, *Impacts of COVID-19 on global poverty, food security, and diets: Insights from global model scenario analysis*, 52 Agric. Econ. 375–390 (2021).
- Abhijit Barman, Rubi Das & Pijus Kanti De, *Impact of COVID-19 in food supply chain: Disruptions and recovery strategy*, 2 Current Rsch. Behavioral Sci. 100017 (2021).
- מריה רבינוביץ ביטחון תזונתי בקרב ילדים בישראל: פעילות ממשלתית בשגרה ובמהלך מגפת הקורונה (הכנסת, מרכז המחקר והמידע 29.1.2021).⁵³
ארגוני חברה אזרחית, ביטחון תזונתי: המלצות ארגוני חברה אזרחית לתקציב המדינה 2023-2024 (2022), <https://mazon-israel.org/wp-content/uploads/%D7%94%D7%9E%D7%9C%D7%A6%D7%95%D7%AA-%D7%90%D7%A8%D7%92%D7%95%D7%A0%D7%99-%D7%94%D7%9E%D7%96%D7%95%D7%9F-%D7%9C%D7%AA%D7%A7%D7%A6%D7%99%D7%91-2023.pdf>.⁵⁴
ראו ה"ש שגיאה! הסימניה אינה מוגדרת. לעיל.⁵⁵
- U Convention on the Rights of the Child, Nov. 20, 1989. <https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text>.⁵⁶
World Food Prog., *State of School Feeding Worldwide 2020* (2020).⁵⁷
- Eliza W. Kinsey et al., *School Closures During COVID-19: Opportunities for Innovation in Meal Service*, 110 Am. J. Pub. Health 1635–1643 (2020).
- Gabriella M. McLoughlin et al., *Addressing Food Insecurity through a Health Equity Lens: a Case Study of Large Urban School Districts during the COVID-19 Pandemic*, 97 J. Urban Health 759–775 (2020).
McLoughlin, Gabriella M., et al., *Feeding students during COVID-19—related school closures: a nationwide assessment of initial responses*, 52(12) J. Nutrition Edu & behavior 1120 (2020).
- Janetta Azarieva, Elliot M. Berry & Aron M. Troen, *Child food insecurity in the wake of the COVID-19 pandemic: urgent need for policy evaluation and reform in Israel's school feeding programs*, 11 Isr. J. Health Policy Rsch. 13 (2022).⁵⁸
- הפורום הישראלי לתזונה בת-קיימא ואיגוד רופאי בריאות הציבור "קריאה לפעולה בעקבות הידיעה על העברת הכספים של השר דרעי לנזקקים וביטחון תזונתי בזמן הקורונה ובזמן שגרה" (21.7.2021) <https://bit.ly/3gFqYL6>.⁵⁹
מכתב מהפורום הישראלי לתזונה בת-קיימא ואיגוד רופאי בריאות הציבור בישראל, לה"כ מיקי חיימוביץ, יו"ר ועדת הפנים והגנת הסביבה, בעניין חיוניות הטמעתם של שיקולי ביטחון תזונתי במכרז משרד הפנים לאספקת תזונה לציבור ובריאות המזון (29.10.2020); מכתב מעדאלה, המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי בישראל, לאריה דרעי, שר הפנים, בעניין הנחה בארנונה כתנאי סף יחיד לחלוקת מענק בעבור ביטחון תזונתי (15.11.2020).⁶⁰
בג"ץ 9050/20 התנועה למען איכות השלטון בישראל נ' שר הפנים (נבו) (24.3.2021).
- שירות התעסוקה בישראל התמשכות משבר הקורונה: הצורך בהתערבות מהירה וממוקדת לטובת עידוד תעסוקה ופיתוח הון אנושי (2020); Einat Albin & Guy Mundlak, *COVID-19 and Labour Law: Israel*, 13 It. Labour L. E-J. (2020), <https://illeg.unibo.it/article/view/10794>.⁶¹
- שירות התעסוקה בישראל, שם; נהיה רימלט ואריאן רנן ברזילי "נשים וגברים בימי הקורונה: אי-שוויון מגדרי בעת משבר" (בהכנה); טלי קריסטל ואח' "לא כולם שווים בפני הווירוס: השפעת דפוסי העסקת שכירים ויחסי עבודה קיצוניים על תעסוקה בימי הקורונה" סוציולוגיה ישראלית כא(2) 122 (2021).⁶²
קריסטל, שם.⁶³
- לפירוט, ראו עינת אלבין "הזכות האנושית-רחבה לעבוד - הצדקות לאימוצה על רקע מדיניות ההוצאה לחופשה בעת משבר הקורונה" משפט, עבודה ורווחה (צפוי להתפרסם ב-2022).⁶⁴
- Krishnamoorthy, Yuvaraj et al., *WHO, ראה הערה 18. כמו כן ראה WHO, Prevalence of Psychological Morbidity Among General Population Healthcare Workers and COVID-19 Patients Amidst the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis*, 103 Psychiatry Res. (2020).⁶⁵
לאה שלף וגיל זלצמן "השלכות התפרצות נגיף הקורונה על בריאות הנפש" הרפואה 159(5) 320 (2020).
לאה שלף, מרים שיק וגיל זלצמן "השלכות התפרצות מגפה זיהומית על המצב הנפשי של הצוות הרפואי" הרפואה 159(5) 326 (2020).⁶⁶
שם.⁶⁷
ראו למשל מדינת ישראל דו"ח מסכם - צוות מנכלים לעידוד תעסוקה (2020).⁶⁸
אלבין, הערה 64 לעיל.⁶⁹
בר"ע (ארצי) 3955-04-21 סיגל אבישי - מועצה כוכב יאיר (נבו) (10.04.2021); בר"ע (ארצי) 15681-05-21 אורי חן - עיריית נתניה (נבו) (11.05.2021); בר"ע (ארצי) 22796-04-21 סיגלית (גינגול) פיקשטיין - שופרסל בע"מ (נבו) (13.04.2021); Einat Albin & Aeyal Gross, *First In First Out: The Rise and Fall of Israel's Green Pass*, Lex-Atlas: Covid-19 (Jun. 2, 2021), <https://lexatlas-c19.org/first-in-first-out-the-rise-and-fall-of-israels-green-pass/>; Einat Albin & Aeyal Gross, *Israel: is the "green pass" an example to follow?*, Lex-Atlas: Covid-19 (May 7, 2021), <https://lexatlas-c19.org/israel-is-the-green-pass-an-example-to-follow/>;
עינת אלבין, אייל גרוס ותמר לוטטר "איך זה שתו ירוק אחד מעז - על צדק מקומי וגלובלי בבריאות בעקבות בג"ץ מתי כספי" ICON-S-IL BLOG (9.12.2021).⁷⁰
A. H. Maslow, *A theory of human motivation*, 50 Psych. Rev. 370–396 (1943);
Liad Bareket-Bojmel, Golan Shahr & Malka Margalit, *COVID-19-Related Economic Anxiety Is As High as Health Anxiety: Findings from the USA, the UK, and Israel*, 14 Int. J. Cogn Ther. 566–574 (2021); Shelly Kamin-Friedman & Maya Peled Raz, *Lessons from Israel's COVID-19 Green Pass program*, 10 Isr. J. Health Policy Rsch. 61 (2021); COVID-19 vaccination: guide for employers, CIPD, <https://www.cipd.co.uk/knowledge/fundamentals/emp-law/health-safety/preparing-for-covid-19-vaccination> (last visited Jul 27, 2022).⁷¹
"מתחסנים ולא מתחסנים בשוק העבודה" (גילוי דעת של קבוצת משפטנים 18.3.2021).⁷²
Einat Albin et al., *Vaccinated and Unvaccinated Workers in the Labor Market*, 42 Indus. L. J. 2055, (2021).

- A (III), Universal International Covenant on Civil and Political Rights art. 17, Dec. 16, 1966, 999 U.N.T.S. 171; G.A. Res. 217⁷³ Declaration of Human Rights, at 12 (Dec. 10, 1948); For regional instruments see *Z v. Finland*, Eur. Ct. H.R., ¶ 95–96 (Feb. 25, 1997); American Convention on Human Rights art. 11, Nov. 22, 1969.
- World Health Organization [WHO], Contact tracing in the context of COVID-19: interim guidance, (Feb. 1, 2020),⁷⁴ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339128>
- E-Health Network, MOBILE APPLICATIONS TO SUPPORT CONTACT TRACING IN THE EU'S FIGHT AGAINST COVID-19 - COMMON⁷⁵ EU TOOLBOX FOR MEMBER STATES(2020), https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/covid-19_apps_en.pdf
- Australian Government Department of Health and Aged Care, AUSTRALIAN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH AND AGED⁷⁶ CARE, <https://www.health.gov.au/resources/apps-and-tools/covidsafe-app> (last visited Jul 27, 2022)
- TraceTogether, <https://www.tracetogogether.gov.sg> (last visited Jul 27, 2022)⁷⁷
- Weiwei Xu, Jing Wu & Lidan Cao, *COVID-19 pandemic in China: Context, experience and lessons*, 9 Health Policy Technol. 639–648 (2020);⁷⁸
- Alex Akinbi, Mark Forshaw & Victoria Blinkhorn, *Contact tracing apps for the COVID-19 pandemic: a systematic literature review of challenges and future directions for neo-liberal societies*, 9 Health Inf. Sci. Syst. 18 (2021).⁷⁹
- בג"ץ 2109/20 בן מאיר נ. ראש הממשלה (נבו 26.4.20); בג"ץ 6732/20 האגודה לזכויות האזרח בישראל נ. הכנסת (נבו 1.3.21).⁸⁰
- Data protection and Coronavirus-19 – relaxation of government measures, Information Commissioner's Office, <https://ico.org.uk/global/data-protection-and-coronavirus-19/> (last visited Jul 27, 2022); Coronavirus (COVID-19) Vaccinations: Understanding your privacy obligations to your staff, Australian government – Office of the Australian Information Commissioner, <https://www.oaic.gov.au/privacy/guidance-and-advice/coronavirus-covid-19-vaccinations-understanding-your-privacy-obligations-to-your-staff> (last visited Jul 27, 2022).⁸¹
- תקנות סמכויות מיוחדות להתמודדות עם נגיף הקורונה החדש (הוראת שעה) (תו ירוק לעובדים), תשפ"ב-2021.⁸²
- חוזר מנכ"ל מיוחד משרד הפנים מס' 6/2020 "נוהל מסירת מידע ממשרד הבריאות לרשויות המקומיות אודות חייבי בידוד" (24.12.2020).⁸³
- https://www.gov.il/BlobFolder/news/news-02-04-2020_3/he/news_2020_corona_news-corona_6-2020%20.pdf
- חוק לתיקון פקודת בריאות העם (מס' 36-הוראת שעה-נגיף הקורונה החדש), התשפ"א-2021, ס"ח התשפ"א 313, 314.⁸⁴
- פרוטוקול מס' 137 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, הכנסת העשרים ושלוש, 23.2.21.⁸⁵
- <https://main.knesset.gov.il/Activity/Legislation/Laws/Pages/LawBill.aspx?t=LawReshumot&lawitemid=2155506>
- Ingrid Gilles et al., *Trust in medical organizations predicts pandemic (H1N1) 2009 vaccination behavior and perceived efficacy of protection measures in the Swiss public*, 26 Eur. J. Epidemiol. 203–210 (2011).⁸⁶
- Sachiko Ozawa, Ligia Paina & Mary Qiu, *Exploring pathways for building trust in vaccination and strengthening health system resilience*, 16 BMC Health Serv. Rsch. 639 (2016).⁸⁷
- Carmen H. Logie & Janet M. Turan, *How Do We Balance Tensions Between COVID-19 Public Health Responses and Stigma Mitigation? Learning from HIV Research*, 24 AIDS Behav. 2003–2006 (2020).⁸⁸
- Kathleen F. Gensheimer, *Searching Eyes: Privacy, the State, and Disease Surveillance in America*, 14 Emerg. Infect. Dis. 1826–1827 (2008).⁸⁹
- Einat Albin & Guy Mundlak, *COVID-19 and Labour Law: Israel*, 13 It. Labour L. E-J. (2020), <https://illej.unibo.it/article/view/10794>
- בג"ץ 2109/20 בן-מאיר נ' ראש הממשלה (נבו 26.4.20).



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

רשימת פרסומים רלוונטיים למחקר בהם צוינה תרומת המכון.

Albin, Einat and Bar-Siman-Tov, Ittai and Gross, Aeyal and Hostovsky Brandes, Tamar. *Israel: Legal Response to COVID-19* (Eds. J. King & O. Ferraz), The Oxford Compendium of National Legal Responses to Covid-19 (Oxford University Press, forthcoming 2021), Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3834971>

Gross, Aeyal, *The Past, Present, and Future of Global Health Law Beyond Crisis*, 115(4) Am. J. Int'l L. 754 (2021)

Tamar Luster, Einat Albin, Aeyal Gross, Miriam Tabenkin, Nadav Davidovitch, *Promoting Vaccination from a Human Rights and Equity Perspective :Lessons from the Israeli 'Green Pass'*, 12(2) Euro. J. Risk Reg. 308 (2021)

אייל גרוס, "כמו חלום בלהה דיסטופי": זכויות אדם, דמוקרטיה, פוליטיזציה וביטחוניזציה של הבריאות במשפט החוקתי והגלובלי בצל משבר הקורונה, *משפט וממשל* כד – גליון מיוחד בנושא הקורונה (2022), זמין <https://law.haifa.ac.il/2020/10/29/2021kd>

ניר קוסטי ואייל גרוס, *פרדוקס חקיקת הקורונה, תרבות דמוקרטית (צפוי להתפרסם)*.

פרסומים רלוונטיים נוספים

ניר קוסטי ואייל גרוס, *פרדוקס חוק הקורונה, ICON-S-IL Blog* (12.1.2021) <https://bit.ly/ICONKOGGR>

עינת אלבין "הזכות האנושית-רחבה לעבוד - הצדקות לאימוצה על רקע מדיניות ההוצאה לחופשה בעת משבר הקורונה" *משפט, עבודה ורווחה* (צפוי להתפרסם ב-2022).

Gross, Aeyal & Nir Kosti, *The Paradox of Israel's Coronavirus Law*, *VerfBlog* (08.01.2021) <https://verfassungsblog.de/the-paradox-of-israels-coronavirus-law>

Albin, Einat & Aeyal Gross, *Israel: is the 'green pass' an example to follow?* *Lex-Atlas: COVID-19* (07.05.2021), <https://lexatlas-c19.org/israel-is-the-green-pass-an-example-to-follow/>

Albin, Einat & Aeyal Gross, *First In First Out: The Rise and Fall of Israel's Green Pass?* *Lex-Atlas: COVID-19* (02.06.2021), <https://lexatlas-c19.org/first-in-first-out-the-rise-and-fall-of-israels-green-pass/>

Albin, Einat, Aeyal Gross & Tamar Luster, *Rise Like a Phoenix: The Return of Israel's Green Pass – Questions of Domestic and Global Health Justice*, *Lex-Atlas: COVID-19* (14.09.2021),

Kamin-Friedman, Shelly & Peled Raz, *Lessons from Israel's COVID-19 Green Pass program*, 10(1) *Israel J.Health Pol. Res.* 1 (2022)

Einat Albin et al., *Vaccinated and Unvaccinated Workers in the Labor Market*, 42 *Indus. L. J.* 2055, (2021)

נספח 1: שאלונים חצי מובנים**קורונה והזכות לבריאות**

1. איך את/ה קשור/ה לטיפול בקורונה? ומה היה תפקידך?
2. אלו מתחים התקיימו מבחינתך במענה לקורונה בין הצורך למנוע תחלואה בקורונה לבין מתן מענה בנושאי בריאות אחרים?
3. מה עמדתך על שימוש בסגר ככלי להפחתת תחלואה? האם לדעתך היה ניתן להימנע מסגרים? ואם החליטו על סגר, איך לדעתך נעשה בו שימוש?
4. מה עמדתך בנוגע לשימוש באיכוני שב"כ ככלי לחקירות אפידמיולוגיות?
5. מה עמדתך בנוגע לשימוש בחוקי בתקופת מגפת הקורונה?
6. האם לפי דעתך היה ניתן להשתמש בחוק פקודת בריאות העם במקום בחקיקת חירום?
7. איזה כלים הייתה רוצה שהחקיקה תיתן לך?
8. מהי הדרך האופטימלית לדעתך לביצוע חקירה אפידמיולוגית? מי יבצע את החקירה? אלו צעדים יקדמו שיתוף פעולה של הציבור?
9. מהו לדעתך מידע רפואי פרטי? למי לדעתך שייך מידע רפואי סטטיסטי?
10. מה הייתה מטרת פרסום נתוני תחלואה לפי ישובים? כיצד השפיע פרסום נתוני תחלואה לפי ישובים על התחושות בישוב?
11. מדוע היה צורך להעביר לרשויות מקומיות מידע על מאומתים? האם המאומתים נתנו את הסכמתם להעברת המידע? מהו השימוש שעשתה הרשות המקומית במידע?

קורונה והזכות לבטחון תזונתי

1. איך את/ה קשור/ה להתמודדות עם מגפת קורונה? ומה היה תפקידך, בפרט ביחס לבטחון תזונתי?
2. את עוסקת בבטחון תזונתי – כיצד אתה מגדירה בטחון תזונתי? מה ההגדרה שמנחה אותך?
3. מה הייתה השפעת המאבק במגפה הקורונה על בטחון תזונתי, בעיניך?
4. ככל שהייתה פגיעה בבטחון התזונתי, כיצד התבטאה פגיעה זו (הן ברמת בטחון תזונתי לאומי, והן ברמת בטחון תזונתי משפחתי)? מה בעיניך היו הגורמים המרכזיים לפגיעה זו?
5. מה בעיניך הפתרונות המרכזיים שנקטה המדינה להבטחת בטחון תזונתי אגב ההתמודדות עם מגפת הקורונה? האם פתרונות אלו היו מספקים, ואם לא, מדוע ובמה? האם נדרשים פתרונות חלופיים?
6. מה היה היחס, בעיניך, בין המאמצים למניעת תחלואה בקורונה לבין שמירת הבטחון התזונתי? האם אלו מאמצים משלימים או שהיו מתחים בין שתי מטרות אלו?

7. איך מטמיעים את סוגי פתרונות להבטחת בטחון תזונתי בהתכוננות לקראת משברי בריאות עתידיים?
8. כיצד התרשמת מקבלת ההחלטות אגב מגפת הקורונה בהקשר בטחון תזונתי? האם נושא זה זכה לביטוי ולדיון מפורש? [לנציגי חברה אזרחית – מה היה הממשק בין מקבלי ההחלטות לנציגי החברה האזרחית, בעיניך?]

