

1. חקיקה בתחום הבריאות

מאז קום המדינה הוסדרה מערכת הבריאות בחקיקה ראשית ובחקיקה משנית, וכן בהנחיות מינהליות שמפרסם משרד הבריאות. הפקודות המנדטוריות, העוסקות בעיקרן ברגולציה של נושאים שונים שיש להם השלכה על בריאות הציבור, כגון רישוי בתי-חולים (פקודת בריאות העם, 1940) ורישוי בעלי מקצוע (פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976; פקודת המיילדות, 1929; פקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א-1981), מהוות עדיין הבסיס לחקיקה בתחום הבריאות, אולם עם השנים הוכנסו בהן תיקונים כדי להתאימן למציאות המשתנה. נוסף על כך, הותקנו תקנות חדשות, כגון רישוי מוסדות רפואיים ועוסקים בסיעוד בבתי-חולים (תקנות מתוקף פקודת בריאות העם, 1940) ונחקקו חוקים שונים, כגון חוק מגן-דוד-אדום, התש"י-1950, חוק הפיקוח על מצרכים ושירותים, התשי"ח-1957, וחוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977.⁴

השינויים המרכזיים שחלו במסגרת החוקית המסדירה את מערכת הבריאות באו לידי ביטוי בחקיקה של שני חוקים מרכזיים: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, וחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, שנחקקו באמצע שנות ה-90 של המאה ה-20, ויצגו להלן:⁵

1.1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994⁶

ביוני 1994 אושר בכנסת בקריאה שלישית חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, והוא נכנס לתוקף בינואר 1995. בסעיף הראשון של החוק נקבע כי "ביטוח הבריאות יושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית". חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע חובת ביטוח בריאות לכל תושבי המדינה, וכל תושב זכאי לסל שירותי בריאות המוגדר בחוק. סל שירותי הבריאות שבחוק ביטוח בריאות מורכב משני סלי שירותים, וכל אחד מהם הוא באחריות מוסדית אחרת. התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מפרטת את סל שירותי הבריאות שהאחריות לאספקתו היא של קופות-החולים ואילו התוספת השלישית לחוק מפרטת את שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות.

להלן יוצגו עיקר השינויים במערכת הבריאות בעקבות חקיקת החוק האמור:

- **חובת הביטוח:** לפני חקיקת החוק האמור ביטוח הבריאות בישראל היה וולונטרי, ולכ-5% מן האוכלוסייה (כ-250,000 תושבים) לא היה ביטוח בריאות. שיעור גבוה של לא מבוטחים היה בקרב צעירים, בקרב העשירונים התחתונים ובקרב האוכלוסייה הערבית. עם כניסתו לתוקף של החוק האמור בינואר 1995 הפך ביטוח הבריאות לביטוח חובה, כלומר הוא חל על כלל התושבים ללא התניה כלשהי, למעט היותו של האדם תושב ישראל. קופות-החולים חייבות לקבל כחבר בהן כל תושב המעוניין בכך, ואינן יכולות להגביל את חברותן של אוכלוסיות כאלה או אחרות.
- **חופש בחירה:** חוק ביטוח בריאות מקנה לתושבי ישראל חופש בחירה בין קופות-החולים השונות, מאפשר מעבר של מבוטחים בין הקופות ואוסר על קופות-החולים להתנות קבלה של מבוטחים. הסדר זה נועד לצמצם תופעות בלתי רצויות, למשל סינון של מבוטחים על-ידי הקופה, וכן לתרום ליעילות המערכת ולהגביר את התחרות בין הקופות.

⁴ גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ, מרדכי שני, מערכת הבריאות בישראל, תל-אביב: עם עובד, 2010.

⁵ ש.ם.

⁶ ש.ם.



▪ **הגדרת סל שירותי בריאות:** לפני חקיקת החוק האמור, נקבע סל שירותי הבריאות שניתן למבוטחים באופן עצמאי על-ידי כל קופה וקופה. הגדרת הסל הייתה כוללת ולא אחידה באופייה, ואפשרה לכל קופת-חולים שיקול דעת וגמישות בקביעת זכויות המבוטחים וזכאותם לשירותים שונים. **חוק ביטוח בריאות שינה מצב זה, בין היתר על-ידי עיגון הזכויות לסל שירותים ולתרופות בחקיקה.** מעבר לשירותים המפורטים בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות, שאספקתם היא באחריות קופות-החולים, קבוע בחוק גם סל השירותים שבאחריות משרד הבריאות, המפורט בתוספת השלישית לחוק האמור, ונכללו בו שירותי בריאות הנפש, אשפוז סיעודי, רפואה מונעת אישית ומכשירי שיקום וניידות. שירותים אלה היו אמורים לעבור לאחריות קופות-החולים לאחר תקופת מעבר של שלוש שנים, כלומר בשנת 1997, בשל הרצון לרכז בקופות-החולים את האחריות הכוללת למתן שירותי הבריאות. מהלך זה נועד להבטיח רצף טיפולי, ונבע גם מהרצון להשאיר בידי משרד הבריאות רק את תפקידיו המיניסטריליים, בלי שיהיה מעורב ישירות במתן שירותי בריאות. אולם כוונה זו לא יושמה במלואה עד היום.⁷

▪ **דמי ביטוח בריאות:** לפני חקיקת החוק האמור נגבו מסי החבר בקופות-החולים ישירות מהמבוטחים, על-ידי הקופות או על-ידי ההסתדרויות הרלוונטיות. בהסדר זה היה לקופות-החולים שיקול דעת אשר לגובה מסי החבר וההנחות והפטורים שניתנו על-ידן. עם חקיקת החוק עברה גביית דמי ביטוח הבריאות ממנגנוני הגבייה של קופות-החולים לידי המוסד לביטוח לאומי. מהלך זה הוביל, בין היתר, להגדלת נפח ההכנסות וליצירת פרוגרסיביות בגבייה, שכן על-פי שיטת הגבייה כיום, דמי ביטוח הבריאות הנגבים מהמבוטחים גדלים עם עליית השכר. נוסף על כך, שינוי זה הוביל לניתוק הקשר בין הכנסות המבוטח להכנסות קופות-החולים.

▪ **שיטת הקצאת המקורות בין קופות-החולים:** לפני כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היו הכנסות מסי החבר של המבוטחים מרכיב מרכזי בהכנסות של כל קופות-החולים, ונוספו על ההכנסות מכספי המס המקביל ששילמו המעסיקים והעצמאים. לפיכך, קופות שבהן היו מבוטחים בעלי הכנסות גבוהות נהנו מהכנסות גדולות יותר. חוק ביטוח בריאות ממלכתי שינה הסדר זה וקבע כי הקצאת המקורות בין קופות-החולים תיעשה על בסיס "נוסחת הקפיטציה", המשקללת את מספר הנפשות המבוטחות בכל קופה לפי גיל (להלן: נפשות מתוקננות) ומאפשרת חלוקה יעילה יותר של מקורות התקציב וכן צמצום של התמריצים הקיימים ל"סינון" מבוטחים. **ב-1 בנובמבר 2010 נכנס לתוקפו תיקון לנוסחת הקפיטציה, ולפיו בחישוב נוסחה זו יינתן משקל לכל אחד ממבוטחי הקופות לא רק לפי גילו אלא גם לפי מינו ולפי ריחוק מקום מגוריו ממרכז אוכלוסייה.**⁸

▪ **אחריות המדינה להשלמת מימון עלות סל השירותים הקבוע בחוק:** לפני חקיקת החוק האמור שיעור ההשתתפות של הממשלה בתקציבי קופות-החולים לא היה מעוגן בחקיקה; הוא נגזר ממשא-ומתן בין הממשלה לקופות-החולים והיה מושפע מגורמים שונים, ובהם שיקולים פוליטיים קואליציוניים והתפתחויות מקרו-כלכליות במשק הישראלי. כתוצאה מכך, אופיינה התמיכה של תקציב המדינה בקופות-החולים בתנודתיות ובחוסר יציבות ואלה הקרינו על

⁷ מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הכנסת טכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות](#), כתבה: פלורה קנד דבידוביץ', 6 ביולי 2014.

⁸ להרחבה, ראו מסמך מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [המשתנה הגיאוגרפי בנוסח הקפיטציה שתוקנה ב-2010 והשפעתו על התקצוב בגין מבוטחים תושבי הנגב](#), כתבה: שלי לוי, 19 בדצמבר 2011.



יציבותה של כלל מערכת הבריאות. כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי צמצמה את חוסר הוודאות לגבי המשאבים העומדים לרשות קופות-החולים בטווח הקצר ובטווח הארוך, בין היתר, על-ידי הגדרה של "עלות הסל" – היקף ההוצאה המוכרת לקופות-החולים למתן סל השירותים הקבוע בחוק. בחוק מוגדרים המקורות למימון הסל, והם כוללים את דמי ביטוח הבריאות הנגבים על-ידי המוסד לביטוח לאומי וסכום נורמטיבי של השתתפות עצמית של המבוטחים עבור שירותי בריאות שונים. המימון מתקציב המדינה משלים את ההפרש בין עלות הסל ובין המימון הנובע משני מקורות אלה. מנגנון זה נועד להבטיח בחוק את השתתפות תקציב המדינה במימון ההוצאות שבמתן סל השירותים הקבוע בחוק ולקבוע תקרת הוצאות נורמטיבית שעל קופות-החולים לעמוד בה.⁹

1.2. חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996¹⁰

חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, מעגן את ההלכות והעקרונות שנקבעו בפסיקת בתי-המשפט, בקודים האתיים של המקצועות הרפואיים ובהוראות משרד הבריאות, בכל הנוגע לזכויות החולה. להלן יוצגו עיקרי הנושאים שבהם דן החוק האמור:

- **הזכות לקבל טיפול רפואי**: סעיף 3(א) לחוק קובע כי "כל הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו בהתאם לכל דין ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל". אולם "במצב חירום רפואי זכאי אדם לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התניה". כלומר, חוק זכויות החולה מתנה את מתן הטיפולים הרפואיים בהסדרים הקיימים במערכת הבריאות בישראל באותו מועד, אולם במצב חירום רפואי קובע החוק כי יש לתת טיפול רפואי, ללא קשר לסוגיית כיסוי הכספי לטיפול ולשאלה אם יהיה מי שישא בו. כך, חובה על מוסד רפואי לתת טיפול רפואי ככל ששידרש גם לחסרי ביטוח ולשוהים בלתי חוקיים, וגם כאשר ידוע מראש כי לא יהיה מי שישא בעלות הטיפול.
- **איסור אפליה**: סעיף 4(א) לחוק קובע כי "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטייה מינית או מטעם אחר כיוצא באלה". עוד קובע סעיף 4(ב) כי "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי גיל, ואולם אין רואים אפליה לפי סעיף זה כאשר ההבחנה נדרשת משיקולים רפואיים". בהקשר זה יש לציין כי שאלת מתן הטיפול והיקפו תלויה לעתים במעמדו של המטופל (אם הוא תושב או אזרח, אם הביטוח שלו מכסה את הטיפול וכו').
- **הסכמה מדעת לטיפול רפואי**: סעיף 13(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי "לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת". בחוק נקבע גם כי כדי לקבל את הסכמתו של החולה ימסור המטפל למטופל את המידע הדרוש לכך "באורח סביר כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע".¹¹ עוד יש בחוק פירוט לעניין המידע הרפואי שימסור הצוות המקצועי למטופל – בין היתר אבחנה, תיאור ההליכים הרפואיים, הסיכויים והסיכונים

⁹ גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ, מרדכי שני, **מערכת הבריאות בישראל**, עם עובד, 2010.

¹⁰ שם.

¹¹ חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, סעיף 31(ב).



בהליכים הרפואיים ומידע נוסף. בנסיבות מיוחדות מתיר החוק האמור למטפל להעניק טיפול רפואי ללא הסכמת החולה, אם מתקיימים תנאים שונים הקבועים בסעיף 15 לחוק האמור.¹²

- **הזכות לקבלת חוות דעת נוספת:** סעיף 7 לחוק קובע כי "מטופל זכאי להשיג מיוזמתו דעה נוספת לעניין הטיפול בו" וכי "המטפל והמוסד הרפואי יסייעו למטופל בכל הדרוש למימוש זכות זו".
- **שמירה על כבודו ופרטיותו של החולה:** סעיף 10(א) לחוק קובע כי "מטפל, כל מי שעובד בפיקוחו של המטפל וכן כל עובד אחר של המוסד הרפואי ישמרו על כבודו ועל פרטיותו של המטופל בכל שלבי הטיפול הרפואי". בסעיף 10(ב) נקבע עוד כי "מנהל מוסד רפואי יקבע הוראות בדבר שמירה על כבודו ועל פרטיותו של המטופל הנמצא במוסד רפואי".
- **זכות לנוכחות מלווה בטיפול רפואי:** בשנת 2014 תוקן חוק זכויות החולה ונקבע בו כי "מטופל זכאי לכך שאדם המלווה אותו, לפי בחירתו, יהיה נוכח בעת קבלת טיפול רפואי, ובלבד שהמלווה לא יתערב במתן הטיפול הרפואי". זאת, למעט מקרים, המנויים בסעיף 6(ב) לחוק, שבהם סבור המטפל כי אין לאפשר למלווה להיות נוכח בעת קבלת הטיפול, בין היתר בשל הפרעה ממשית לעבודת המטפל או הצוות המטפל.¹³

¹² התנאים הם: מצבו הגופני או הנפשי של המטופל אינו מאפשר קבלת הסכמתו מדעת; לא ידוע למטפל כי המטופל או אפוטרופסו מתנגד לקבלת הטיפול הרפואי; אין אפשרות לקבל את הסכמת אפוטרופסו או פסול דין. עוד קובע הסעיף האמור כי אם נשקפת למטופל סכנת חיים והוא מתנגד לקבלת טיפול רפואי, רשאי המטפל לתת טיפול במידה שוועדת האתיקה אישרה את מתן הטיפול.

¹³ חוק זכויות החולה (תיקון מס' 8), התשע"ה-2014.

