

## הזכות לשירותי בריאות – יישומה בישראל

דוד א' פרנקל\*

חוק ביטוח בריאות ממלכתי נחקק בשנת 1994 לאחר שנים רבות של נסיונות והצעות לחקיקה בנושא של הבטחת שירותי בריאות לתושבי המדינה. החוק אינו מטיל על המדינה את החובה להבטיח את שירותי הבריאות, אלא מגלגל אותה על קופות-החולים כספקיות יחידות של זכות זו, ואחריותה של המדינה מתבטאת במימון חלקי, ההולך ופוחת עם השנים.

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי יש כמה אי-בהירויות, בין במכוון ובין בשוגג. למשל, קיימת אי-בהירות בשאלה מי הוא תושב הזכאי לשירותי הבריאות בישראל. החוק גם אינו קובע שיעור מינימלי קבוע של השתתפות הממשלה במימון שירותי הבריאות, אלא משאיר זאת, למעשה, להחלטתה של כל ממשלה. כמו-כן, החוק מאפשר לשנות את מקורות המימון, שהממשלה היא אחד מהם, והדבר אכן נעשה בפועל. כפי שניווכח, חלקה של הממשלה במימון הולך ופוחת. התוצאה היא שחלק משמעותי מנטל המימון של שירותי הבריאות הועבר לכתפי המבוטחים, מה שגרם לכך שלחלק מהם אין למעשה גישה לשירותי בריאות, אפילו לאלה הכלולים בסל הבריאות. זוהי פגיעה בכבודו של אדם, וספק אם הדבר תואם אף את העקרונות שנקבעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי עצמו. החוק אינו מאפשר לכפות על קופת-חולים מתן שירותים במקום כלשהו, ובכך אינו עונה על השאלה של אפשרות גישה לשירותי בריאות במקומות שבהם לא תימצא קופת-חולים שתצצה לתת שירותים.

חוק זכויות החולה נותן בעקיפין לגיטימציה ליצירת הפליה במה שנוגע להוספת שירותי בריאות לסל שירותי הבריאות, אף שייתכן כי אין מנוס מהצורך בהפליה כזו.

כלי התקשורת עוסקים רבות בסל שירותי הבריאות, שנהפך במקרים רבים מנושא לדיון מקצועי גרידא לנושא לוויכוח פוליטי, אך אין זה הנושא המהותי היחיד במה שנוגע לזכות התושב לשירותי בריאות. יש מקום לדון גם בשאלות אחרות שהחוק אמור לתת להן תשובה, ומוטב לדון ולהחליט בהן מראש ביישוב-דעת ובצורה

\* LL.D., פרופסור מן המניין, ראש תחום המשפט, המחלקה למינהל עסקים, בית-הספר לניהול, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר-שבע.

מקצועית, ולא להמתין עד אשר יתפרצו במלוא חריפותן ויהפכו את הדיון המקצועי למחלוקת פוליטית, שכן כל החלטה שתתקבל אז תהיה בבחינת כיבוי שרפה, שלא תמיד יצלה, ולא תושתת על תכנון ושיקולים מחושבים וברורים.

#### מבוא

פרק א: סקירה היסטורית

1. הצעת חוק ביטוח בריאות, התשל"ג-1973
  2. חיקוקים המקנים שירותי בריאות מיוחדים – שלב במהלך לקראת שירותי בריאות ממלכתיים
  3. הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשמ"א-1981
  4. ועדת נתניהו
  5. הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ג-1993
- פרק ב: יישומה של הזכות לבריאות בחקיקה הישראלית
1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994
    - (א) הזכאות לשירותי בריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי
    - (ב) האחריות למתן שירותי הבריאות
    - (ג) מקורות המימון
    - (ד) שמירה על כבוד האדם
    - (ה) מתן שירותי הבריאות בזמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח
    - (ו) שמירה על כבוד האדם, הגנת הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית
  2. זכות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי לקבלת שירותי בריאות שאינם כלולים בסל הבריאות
  3. הזכות לטיפול רפואי ואפשרות הפליה
- פרק ג: סיום

## מבוא

רבים מדברים על "זכות לבריאות" כזכות משפטית הנתונה לכל תושב, אלא שאין זו זכות משפטית. "זכות לבריאות" היא זכות חברתית, במסגרת הזכויות החברתיות האחרות השואפות להשגת יעדים ועקרונות שעליהם תושתת החברה. מזכות חברתית כללית כזו ניתן לגזור זכויות וחובות משפטיות כדי שייעצו בהשגת היעדים והעקרונות. בכך "הזכות לבריאות" דומה ל"זכות לכבוד" או ל"זכות לחיים", שגם הן זכויות חברתיות שניתן לגזור מהן זכויות וחובות, כאשר מול כל זכות ניצבת חובה ומול כל חובה ניצבת זכות. לדוגמה, החובה העיקרית הנגזרת מ"הזכות לכבוד" היא החובה לא לפגוע בכבודו של אדם. אך היא

יכולה לשאת גם אופי של זכות חיובית – הספקת שירותים מתאימים לאדם כדי שכבודו לא ייפגע. כך, הזכות לשירותי בריאות היא אחת הזכויות הנגזרות מהעיקרון של "הזכות לבריאות". זכותו של אדם להיות בריא יכולה להתבטא בחובה המוטלת על הזולת לא לפגוע בבריאותו של אדם, אך גם בזכות לקבלת שירותי בריאות כדי לשמור על בריאותו של אדם או לרפאו. בהמשך דבריי לא אדון בזכות החברתית הכללית לבריאות, אלא רק באחת הנגזרות שלה, הראויה להיות זכות משפטית, והיא הזכות לשירותי בריאות, ואבדוק כיצד יושמה זכות זו בישראל.

בטרם נביא סימוכין לזכות לשירותי בריאות – וכוונתי לאמנות ולהכרזות בין-לאומית – מן הראוי שנביא סימוכין ממקומותינו. זכות זו מצויה כבר ברשימתו של ז'אב ז'בוטינסקי, "הגאולה הסוציאלית", שאותה פרסם בשנת 1934.<sup>1</sup> ז'בוטינסקי ראה בהבטחת "הצרכים האלמנטאריים" של אדם רגיל לכל התושבים את תפקידה הסוציאלי של המדינה לפי גישתו:

"הדבר, שאנו מכנים אותו בשם 'הצרכים האלמנטאריים' של אדם רגיל... כולל חמישה דברים: אוכל, דירה, בגדים, האפשרות לחנך את הילדים והאפשרות להתרפא במקרה של מחלה. בעברית אפשר לסמן דבר זה בקיצור: מזון – מעון – מלבוש – מורה – מרפא: 'חמש פעמים מ'. ביחס לכל אחד מן הצרכים הללו קיים בכל מדינה ובכל תקופה מושג ידוע על מינימום מספיק. וחובתה של המדינה, על פי 'תרופתי', צריכה להיות: כל אדם, שמודיע, שהוא דורש את 'חמש המ'מין', צריך לקבל אותן. זהו הראשון משני החוקים 'שלי'. מכאן יש להסיק, שבידי המדינה צריכה להיות תמיד האפשרות לספק את 'חמש המ'מין' לכל אותם האזרחים, שידרשו אותן."

את המקור לעיקרון סוציאלי זה הוא מוצא במה שהוא מכנה "התורה היהודית".<sup>2</sup> אם נתמקד בשירותי הבריאות, גישתו של ז'בוטינסקי היא שהזכות לשירותי בריאות היא זכות-יסוד של כל אזרח, ומולה ניצבת חובת המדינה לממשה. בכך הייתה השקפתו של ז'בוטינסקי, שראה בשירותי בריאות זכות-יסוד של כל אזרח, שונה מזו של מנהיגים אחרים – כגון ברל כצנלסון ומשה בילינסון, ובעקבותיהם גם יעקב ויינשל ואחרים – שהקימו מערכות של שירותי בריאות שיוחדו רק לחברים בארגוני העובדים. מערכת ראשונה הייתה של חברי ההסתדרות הכללית של העובדים העבריים בארץ-ישראל (שאליה צורפו ארגוני עובדים קטנים שהיו קיימים באותה עת), והשנייה – של חברי ההסתדרות העובדים הלאומיים בארץ-ישראל. מתן שירותי הבריאות במסגרת מערכות אלה הותנתה בחברות בארגון העובדים ובתשלום סדיר של דמי חבר לארגון.

1 ז'בוטינסקי "הגאולה הסוציאלית" הירדן, 154, ב (בנובמבר 1934). פורסם גם בכתבים, כרך רשימות 295, 296-297 (הוצאת ערי ז'בוטינסקי והוצאת "עמיחי", תל-אביב, 1947).

2 שמואל קוטק מצביע על אחריותה של הקהילה האיסיית למתן שירותי רפואה לחבריה על חשבונה. ראו: Shmuel Kottak, *The Essenes and Medicine*, 18 Clio Medica 93 (1983).

ארבע-עשרה שנים לאחר שפרסם זאב ז'בוטינסקי את רשימתו, אימצה העצרת הכללית של האו"ם, ב-10 בדצמבר 1948, הכרזה לכל באי עולם בדבר זכויות האדם (Universal Declaration of Human Rights), שהכינה ועדת זכויות האדם של האו"ם שהוקמה בשנת 1947.<sup>3</sup> ההכרזה עוסקת בעשרים ותשע זכויות-יסוד של האדם, וביניהן הזכות לטיפול רפואי, כפי שקובע סעיף קטן 25(1) להכרזה:

"Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right of security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control."

בשנת 1997 פרסמה מועצת אירופה את האמנה בדבר זכויות האדם וביו-רפואה (Convention on Human Rights and Biomedicine), שעיקרה הגנה על זכויות הפרט במה שנוגע לפרטיות, לניסויים רפואיים, להשתלות איברים ועוד.<sup>4</sup> אך סעיף 3 לאמנה זו קובע גם:

"Parties, taking into account health needs and available resources, shall take appropriate measures with a view to providing, within their jurisdiction, equitable access to health care of appropriate quality."

לכאורה, סעיף זה חורג ממסגרת האמנה כי הוא אינו דן בזכויות האדם בהקשר של ביו-רפואה. אלא שבמבט נוסף ניווכח כי סעיף זה, המופיע בחלק הכללי, הוא חלק מרשימת זכויות-היסוד שהאמנה מניחה ודורשת את קיומן, יחד עם הדרישה שכל התערבות בשדה הבריאות תיעשה בהתאם לחובות ולסטנדרטים המקצועיים הרלוונטיים. מכאן שאפשרות הגישה או הזכות לשירותי בריאות היא תנאי מוקדם לכל ההליכים שהאמנה עוסקת בהם. אחרי ככלות הכל, הגנה מפני הליכים רפואיים בלתי-רצויים יוצאת מתוך הנחה שלפציינטים יש גישה אפקטיבית לשירותי בריאות, כי רק אז יש משמעות לכל ההוראות העוסקות בהליכים מסוימים. מכאן שההוראה בסעיף 3 לאמנה משנת 1997 אינה קביעת הוראה, אלא חזרה על חובות וזכויות קיימות.<sup>5</sup>

3 התקבלה בעצרת הכללית של האו"ם כהחלטה (III) 217A. את ההכרזה ערך John Humphrey,

ובכתיבתה ובניסוחה השתתפו Eleanor Roosevelt וחתן פרס נובל לשלום René Cassin.

4 אמנה זו מכונה גם "Biomedicine Convention" ו-"Oviedo Convention". האמנה נכנסה לתוקף בשנת 2000. עד כה חתמו עליה שלושים ושתיים מדינות, ותשע-עשרה מדינות אשררו אותה.

5 ראו: Rolf de Groot, *Right to Health Care and Scarcity of Resources, in Health Law, Human Rights and the Biomedicine Convention — Essays in Honour of Henriette Roscam Abbing 49* (J.K.M. Gevers, E.H. Hondius & J.H. Hubben eds., 2005).

בית-המשפט העליון בישראל הכיר בזכות לשירותי בריאות כחלק מזכויות-היסוד שנקבעו בחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו. כך תיאר זאת נשיא בית-המשפט העליון השופט ברק במשפט גמזו:<sup>6</sup>

"כבודו של האדם כולל בחובו... הגנה על מינימום הקיום האנושי... אדם המתגורר בחוצות ואין לו דיור, הוא אדם שכבודו כאדם נפגע; אדם הרעב ללחם, הוא אדם שכבודו כאדם נפגע; אדם שאין לו גישה לטיפול רפואי אלמנטרי, הוא אדם שכבודו כאדם נפגע; אדם הנאלץ לחיות בתנאים חומריים משפילים, הוא אדם שכבודו כאדם נפגע."<sup>7</sup> [ההדגשה הוספה]

במשך שנים רבות – למעשה, משנת 1911 – התפתחה השיטה של גישה לשירותי בריאות "ציבוריים" בארץ לא בתשלום נפרד, אלא כשירות המוגש במסגרת תשלום דמי חבר רחבים יותר. בתחילה הייתה זו נחלתם של חברים בארגוני עובדים בלבד, כגון הסתדרות הפועלים החקלאים ביהודה,<sup>8</sup> ולאחר-מכן שני ארגוני העובדים הגדולים – ההסתדרות הכללית של העובדים והסתדרות העובדים הלאומית. במקביל לשירותי בריאות אלה התפתחו צורות דומות של קבלת שירותי בריאות במסגרת "קופות-חולים" נוספות על בסיס מעין-ביטוחי, שאת שירותיהן היה אפשר לרכוש בדרך של הצטרפות בתשלום, כאשר בכל קופות-החולים הוטלו הגבלות – חמורות יותר או פחות – לגבי קבלת חברים. היקף השירותים שנתנה כל קופת-חולים היה שונה משל האחרות, וה"חבר" היה זכאי לקבל שירות רפואי רק כל עוד התמיד בתשלומיו לאותה קופה. בצד שיטה זו של "קופת-חולים" התפתחו שיטות של ביטוח רגיל, שבהן המבוטח היה זכאי להחזר מלא או חלקי בגין הוצאות שהוציא על שירותי בריאות, או לכיסוי דמי הטיפול הרפואי אם ניתן בידי רופאים או גופים רפואיים מסוימים. כאמור, בכל אלה לא הייתה מניעה לקבוע תנאים מגבילים לקבלה או להמשך חברות (ותנאים כאלה אכן נקבעו ב"קופות" השונות), וכן לקבוע את המסגרת של השירות הרפואי בהתאם לתקנון הקופה ולגובה התשלום.

כפי שניתן לראות, הזכות לשירותי בריאות בישראל יושמה אפוא בצורה חלקית ולקויה. בחלקו הראשון של מאמר זה אסקור את ההצעות השונות והנסיונות לחוקק בישראל חוק אשר יפתור קשיים אלה ויבטיח שירותי בריאות לכלל התושבים. בחלקו השני אבחן את חוק ביטוח בריאות ממלכתי משנת 1994. אעמוד על היישום של הזכות לשירותי בריאות כפי שבא לידי ביטוי בחוק זה, אצביע על תמיהות, קשיים ובעיות הכרוכים ביישומן של

6 רע"א 4905/98 גמזו נ' ישעיהו, פ"ד נה(3) 360, 375 (2001).

7 ראו גם ע"ע 1091/00 (ארצי י"ם) שטרית נ' קופת חולים מאוחדת, פד"ע לה 5, 23 (2000); ע"ע (ארצי י"ם) 001557/04 קופת חולים כללית נ' קפצן, נבו (2005).

8 ראו אצל שפרה שורץ קופת החולים הכללית 1911-1937 30 (הוצאת המרכז למורשת בן-גוריון, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, התשנ"ז).

9 מונח שתורגם ככל הנראה מה-krankenkassen הגרמני – הקופה למימון שירותים לחולים (להבדיל מקופה של חולים). דעה אחרת על מקור המונח "קופת-חולים" ראו שם.

זכויות אלה, ואבדוק אם בעקבות חקיקת חוק זה הזכות לשירותי בריאות אכן מיושמת בצורה הראויה.

## פרק א: סקירה היסטורית

### 1. הצעת חוק ביטוח בריאות, התשל"ג-1973

כפי שראינו, שירותי הבריאות בישראל לא ניתנו מכוח חקיקה, אלא על בסיס וולונטרי במסגרת קופות-חולים או חברות ביטוח. בחודש יולי 1973, חודשים מספר לפני מועד הבחירות שהיו אמורות להתקיים בנובמבר של אותה שנה, הגישה הממשלה לכנסת את הצעת חוק ביטוח בריאות, התשל"ג-1973.<sup>10</sup> הייתה זו ההצעה הראשונה שהוגשה לכנסת בנושא זה. במבוא להצעת החוק נכתב: "חוק זה בא להרחיב את מסכת החקיקה בתחום הביטוח הסוציאלי ושירותי הרווחה שהמדינה מעניקה לתושביה. הוא מציע ביטוח בריאות ארצי. הביטוח יהיה חובה על כל תושבי המדינה והוא יבוצע באמצעות קופות חולים מוסמכות." בהצעת חוק זו לא נקבעה זכות של תושבי המדינה לשירותי בריאות, אלא הוצע להטיל חובה על כל תושב להצטרף לקופת-חולים. יתרה מזו, מאחר שהצעת החוק קובעת במפורש חובת הצטרפות לקופת-חולים, היא גם קובעת שכל המפר חובה זו – כלומר, תושב שלא יצטרף לקופת-חולים – יהיה צפוי לקנס ששיעורו נקבע או למאה לירות. הצעת החוק לא קבעה מנגנון לצירוף תושב לקופת-חולים אם הוא אינו חבר באחת. התוצאה לפי הצעת חוק זו היא שמי שלא הצטרף לקופת-חולים לא יהיה זכאי לשירותי בריאות מכוח החוק. לפי אותה הצעה, מינימום השירותים ייקבע מכוח החוק, ולא יפחת מהשירותים שניתנו באותה עת בקופות-החולים, אך כל קופת-חולים תוכל לתת שירותים נוספים לצד המינימום הנדרש. כמו-כן יחויבו קופות-החולים לקבל כל תושב שירצה להצטרף אליהן, אך יש לזכור כי מי שרצה להצטרף לקופת-החולים הכללית או לקופת-החולים הלאומית לא היה יכול לעשות זאת אלא בדרך של הצטרפות לארגון העובדים שבמסגרתו הן פעלו – ההסתדרות הכללית של העובדים או הסתדרות העובדים הלאומית. הוראה חשובה המצויה בהצעת חוק זו (שלא חזרה בהצעות החוק שהוגשו בהמשך וכן לא בחוק שהתקבל בסופו של דבר) היא ששר הבריאות יהיה רשאי לחייב קופת-חולים לקיים שירותים רפואיים ישירים למבוטחים במקומות שיקבע ובהיקף שיקבע. כאשר אין במקום מגוריו של מבוטח מרפאה של קופת-חולים שהוא חבר בה, הוא יקבל שירות זה ממוסד או גוף ממשלתי עירוני או ציבורי או מקופת-חולים אחרת המקיימים את השירות באותו מקום – לפי הסכמים או בהעדר הסכמים – בהתאם לקביעת שר הבריאות. המימון יבוא משני מקורות – התושבים והמעבידים: על כל תושב תוטל חובת תשלום דמי

10 הצעת חוק ביטוח בריאות, התשל"ג-1973, ס"ח 380.

בריאות, כפוף לסייגים שלפיהם ניתן לתת פטורים והנחות בהתאם לתקנות שייקבעו, וכל מעביד יחויב בתשלום מס מקביל לפי חוק זה, שיחליף את חוק מס מקביל הקיים, שיבוטל. חלק מהתשלומים ייעשו במישרין לקופות-החולים, אך קופת-החולים תהא רשאית לגבותם גם באמצעות לשכת המס של ארגון העובדים או באמצעות ארגון גבייה, וחלק מהתשלומים ייעשו באמצעות המוסד לביטוח לאומי. הצעת החוק קראה גם להעניק לקופות-החולים סמכויות גבייה כסמכותו של המוסד לביטוח לאומי.

בסופו של דבר לא קיבלה הכנסת את הצעת החוק הזאת. באוקטובר 1973 פרצה מלחמת יום-הכיפורים, ובין היתר משום שמועד הבחירות לכנסת נדחה בשל אותה מלחמה, לא חזרה הכנסת לדון בהצעת חוק זו. מן הראוי להדגיש כי הממשלה, בהצעת חוק זו, לא ראתה בשירותי בריאות זכות-יסוד שכל תושב זכאי לה, ולא נטלה על עצמה אחריות למתן שירותי בריאות. הצעת חוק זו לא באה להטיל חובה על המדינה לספק שירותי בריאות. תוכנה של ההצעה סותר את הנאמר במבוא שלה. ההצעה אינה באה להרחיב את מסכת החקיקה בתחום השירותים שהמדינה מעניקה לתושביה, אלא להתנער ממתן שירותים אלה בדרך של העברת האחריות להם אל התושבים. הממשלה הציעה להטיל עליהם חובה להצטרף לאחת מקופות-החולים, כדי שקופת-החולים היא שתהיה אחראית למתן השירותים. העיקרון שההצעה מושתתת עליו, ואשר אותו ביקשה הממשלה לקבוע בחוק, הוא שלא המדינה תיתן את השירותים.

באופן לא-מפתיע,<sup>11</sup> דמתה הצעת חוק זו להצעה שהגישה קופת-החולים של ההסתדרות הכללית של העובדים העבריים בארץ-ישראל, בשנת 1930, לחקיקת חוק ביטוח בריאות חובה שיחייב את כל העובדים השכירים להצטרף לאחת מקופות-החולים,<sup>12</sup> וכן יאפשר לעצמאים להצטרף לאחת מקופות-החולים. הגבייה, בהתאם לאותה הצעה, הייתה אמורה להיעשות במישרין על-ידי קופות-החולים, ורשות בריאות ממשלתית הייתה אמורה לפקח על יישום החוק ולבקר את פעולותיהן של קופות-החולים ואת הוצאותיהן. דמי הביטוח היו אמורים להתחלק באופן שווה בין המבוטחים, המעסיקים (באמצעות מס מקביל) והממשלה. ההצעה קבעה כי סל הבריאות יכיל עזרה רפואית לפי המקובל בקופת-החולים הכללית, וכי השירות יינתן לחבר ולמשפחתו מייד עם הצטרפם לקופת-החולים. הנציב העליון, וכן הממשלה הבריטית, לא קיבלו את ההצעה, ודחו את היוזמה של קופת-החולים הכללית.<sup>13</sup>

11 במשך שנים רבות הייתה להסתדרות העובדים הכללית – שקופת-החולים הכללית הייתה חלק ממנה – השפעה רבה על הנעשה במדינה, במיוחד לנוכח הזהות בין מדיניותה של ההסתדרות לבין מדיניותן של המפלגות השולטות. יש להניח, אפוא, שהיה זה אינטרס משותף של ההסתדרות הכללית ושל הממשלה שמעמדה של קופת-החולים הכללית יחוזק ויעוגן בחוק, שאף ירחיב את שורותיה מכוח חובה חוקית להצטרף לקופת-החולים, ושהיא תישאר הספק העיקרי של שירותי הבריאות בישראל.

12 הרעיון היה לחייב הקמת קופות-חולים נוספות של ארגוני עובדים שונים, לרבות ארגונים של עובדים ערבים.

13 ראו שורן, לעיל ה"ש 8, בעמ' 149.

## 2. חיקוקים המקנים שירותי בריאות מיוחדים – שלב במהלך לקראת שירותי בריאות ממלכתיים

בשנים 1980-1981 התקיימו דיונים במשרד הבריאות לקראת הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אך במהלכם של דיונים אלה, בשנת 1980, הותקנו תקנות בשני נושאים שבהן נקבעה זכותו של תושב לשירותי בריאות ללא קשר להשתייכותו הארגונית או לחברותו בקופת-חולים. אפשר לראות בהן את התחלת היישום הישראלי של זכות הפרט לקבלת שירותי בריאות. הרקע לחקיקה מיוחדת זו היה בעיות שהתעוררו בנושאים אלה שהצריכו הסדר חקיקתי דחוף. בתקופה זו הייתה גישתה הפוליטית של הממשלה שונה מזו של ההסתדרות הכללית, והיא הכירה באחריותה של המדינה למתן שירותי בריאות לתושבים. החקיקה הראשונה הייתה הכרה בזכות לבדיקה לשם אבחנה – זכות לבדיקת מי שפיר – בתקנות בריאות העם (בדיקת מי שפיר).<sup>14</sup> תקנות אלה, שפורסמו ב-31 במרס 1980, קובעות את זכותה של כל אישה בהיריון שגילה שלוש שנים ושבע שנים לפחות בתחילת ההיריון – או שלדעתו של רופא שמונה לעניין תקנות אלה קיימת אפשרות סבירה שוולדה עלול לסבול מהפרעות גנטיות, מחלות או מומים מלידה הניתנים לאבחנה – לבדיקת מי שפיר בבית-חולים. זכות זו ניתנת לפי חיקוק, ולכן המדינה היא שחייבת לשאת בהוצאות הכספיות של הבדיקה. התקנות מאפשרות גביית תשלום אגרה רק בגין תעודה של תוצאות הבדיקה, שאת גובהה יקבע שר הבריאות, באישור ועדת הכספים של הכנסת.<sup>15</sup>

שבעה חודשים לאחר-מכן, ב-16 באוקטובר 1980, פורסמו תקנות בריאות העם (אשפוז בבית חולים).<sup>16</sup> תקנות אלה מטילות חובה על כל בית-חולים ציבורי<sup>17</sup> לבדוק כל חולה המגיע לחדר-מיון כדי לקבוע אם הוא זקוק לטיפול רפואי או רפואי-סיעודי, לרבות אשפוז. אם קבע רופא של חדר-המיון כי חולה זקוק לאשפוז וניתן לאשפוזו באותו בית-חולים, יורה לאשפוזו בבית-החולים. אם החולה זקוק לטיפול רפואי מיוחד או אינו יכול לקבל את

14 תקנות בריאות העם (בדיקת מי שפיר) (תיקון), התשמ"א-1980, ק"ת 1160; צו הבנקאות (אגרות) (תיקון), התש"ן-1989, ק"ת 379; תקנות בריאות העם (בדיקת מי שפיר) (תיקון מס' 2), התש"ן-1990, ק"ת 379. התקנות הותקנו מכוח פקודת בריאות העם, התש"ט-1940, ע"ר 191, ומכוח חוק הפיקוח על מצרכים ושירותים, ס"ח 49, לאחר ששר הבריאות הכריז על בדיקות מי שפיר כשירות בר-פיקוח (אכרות הפיקוח על מצרכים ושירותים) (בדיקת מי שפיר), תש"ם-1980, ק"ת 1159.

15 עד כה לא הוטל תשלום אגרה כזאת.

16 תקנות בריאות העם (אשפוז בבית החולים), התשמ"א-1980, ק"ת 76; תקנות בריאות העם (אשפוז בבית החולים) (תיקון), התשמ"א-1981, ק"ת 1082.

17 הגדרת "בית חולים ציבורי" בתק' 1 כוללת כל בית-חולים ממשלתי וכן כל בית-חולים שנתמך במישרין או בעקיפין בדרך של הקצבה, ערבות וכיוצא באלה, על-ידי הממשלה, מפעל או מוסד של המדינה, רשות מקומית, או כל מפעל, מוסד, קרן או גוף שהממשלה משתתפת בהנהלתם או תומכת בה, במישרין או בעקיפין, בדרך של הקצבה, ערבות וכיוצא באלה.



הטיפול הנדרש באותו בית-חולים, יורה הרופא של חדר-המיון להעבירו לבית-חולים שבו ניתן לתת אותו טיפול. התקנות קובעות אומנם כי אין בכך כדי לפגוע בהסדרים מנהליים בקבלת החולה לאשפוז, לרבות גביית דמי אשפוז או התחייבות לשלם בעבור האשפוז, אך בכל מקרה תשלום בפועל אינו תנאי לקבלת החולה לבדיקתו בחדר-מיון ולאשפוזו, בהתאם לצורך הרפואי.<sup>18</sup>

הן התקנות בדבר בדיקת מי שפיר והן התקנות בדבר אשפוז בבית-חולים הותקנו לנוכח מציאות שחייבה את התקנתן. הצורך בהתקנת התקנות בדבר הזכות לבדיקת מי שפיר נבע מהוראת סעיף 316(א)(3) לחוק העונשין,<sup>19</sup> שקבע כי אחת העילות למתן אישור ועדה להפסקת היריון היא אם "הולד עלול להיות בעל מום". הצורך בהתקנת התקנות בדבר אשפוז בבתי-חולים נבע ממקרים שבהם סירבו בתי-חולים לקבל חולים ללא הפניה מתאימה מראש מקופת-החולים. במקביל הוכנה הצעת חוק חדשה לביטוח בריאות ממלכתי.

### 3. הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשמ"א-1981

הממשלה שהוקמה לאחר הבחירות בשנת 1977 דגלה בעיקרון שעל המדינה לספק שירותי רווחה ובריאות כחלק מזכויות-היסוד של האזרח, ולא להשאירן בידי גופים אחרים על בסיס של הצטרפות וולונטרית. כתוצאה מכך הגישה הממשלה לכנסת בתחילת 1981 הצעה אחרת – הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי<sup>20</sup> – שהוכנה לאחר יותר משנה של דיונים פנימיים. במבוא להצעה נאמר:

"חוק ביטוח בריאות ממלכתי בא להגשים את העקרון כי הבטחת שירותי בריאות לתושב בדומה להבטחת חינוך וביטחון אישי, היא חובה המוטלת על החברה ועל המדינה."

בסוף המבוא נכתב:

"לא יהיו עוד חברים ומשלמי מס חבר למוסדות, אלא תושבים הזכאים לקבל שירותי בריאות בתוקף היותם תושבים במדינת ישראל."  
בכך הצעה זו שונה מההצעה משנת 1973. כזכור, ההצעה משנת 1973 הסירה מהמדינה את החובה למתן שירותי בריאות והעבירה אותה לפרט, בהטילה חובה על כל אחד להצטרף לקופת-חולים, ובקובעה כי קופות-החולים הן האחראיות למתן השירות הרפואי. ההצעה משנת 1981 נועדה להטיל את האחריות למתן השירות הרפואי על הממשלה, ולזכות בו כל תושב, ללא קשר להשתייכות ארגונית או מוסדית.  
בהצעת החוק משנת 1981 הוצעה רפורמה בארגון שירותי הבריאות. בהתאם לאותה

18 ס' 12 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, ס"ח 327 (להלן: חוק זכויות החולה).

19 ס' 316(א)(3) לחוק העונשין, התשל"ז-1977, ס"ח 226.

20 הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשמ"א-1981, ה"ח 184.

הצעה, יינתנו שירותי הבריאות במסגרת של ביטוח בריאות ממלכתי, שיהיה בעל אופי סוציאלי. שירותים אלה יובטחו ויתאמו על-ידי גוף מרכזי – מנהלת הבריאות הארצית – ועל-ידי הנהלות אזוריות, שיהיו אחראיות להבטחת השירותים כולם, על כל פרטיהם, לכלל התושבים, על בסיס של חלוקה גיאוגרפית אזורית. הארץ תחולק לאזורי בריאות, ובכל אזור יובטח מתן השירותים על-ידי הנהלת האזור. כדי להבטיח שצורכי התושבים בכל אזור ימולאו, תוקם בצידה של כל הנהלת אזור מועצת בריאות אזורית, שתפקידה יהיה לייצג להנהלת האזור בכל עניין הנוגע בצורכי הבריאות באזור. תפקידה של מנהלת הבריאות הארצית יהיה להבטיח הפעלת שירותי בריאות על בסיס בין-אזורי. ההנהלות האזוריות והמנהלה הארצית יפעלו על בסיס הסכמים עם כל גורמי הרפואה נותני השירותים הקיימים במדינה – קופות-החולים ומוסדות אחרים, ציבוריים ופרטיים. נותני השירותים, נכסיהם ומוסדותיהם, תפעולם וניהולם, יקוימו ברשות בעליהם, באחריותם ובאופן עצמאי.<sup>21</sup>

נותני שירותי הבריאות, בהתאם להצעת חוק זו, היו אמורים להיות בתי-חולים, מוסדות אחרים שמשרד הבריאות הכיר בהם לפי כל דין כמוסד רפואי הפועל לא לשם הפקת רווחים (כלומר, קופות-החולים השונות), וכן נותני שירותים אחרים שיאשרו לפי כללים ומבחנים שייקבעו בתקנות. כל מבוטח יהיה רשאי לבחור ולהחליף את נותני השירות מבין אלה שבאזורו. בחירה זו תחול על שירותי בריאות הניתנים במרפאות, במכונים, במעבדות ובשירותי רוקחות.<sup>22</sup>

בהתאם להצעת חוק זו, מימון שירותי הבריאות יבוא משלושה מקורות: (א) דמי ביטוח בריאות שיוטלו על התושבים, כאשר לגבי אותם תושבים שהם במעמד של עובדים – רק חלק מדמי הביטוח המוטלים עליהם ייגבה מהם, והיתרה תוטל על מעבידיהם; (ב) השתתפות המדינה; (ג) תשלומים בעד שירותים וכן תקבולים אחרים שייקבעו ויוטלו לפי החוק ותקנותיו. בהצעת החוק הוצע שהמדינה תשתתף בהוצאות התקציב בשיעור ובדרך שתקבע הממשלה, אך זאת בתקרה של 50% מסך דמי הביטוח החלים על כלל המעסיקים והמבוטחים.<sup>23</sup> בעת הדיונים היו כאלה שהציעו לקבוע את חלקה זה של המדינה כמינימום או כאחוז קבוע, ולא כמקסימום.

הצעת החוק קבעה כי זכותו של כל מבוטח לקבל שירותי בריאות כפופה למילוי חובותיו לפי החוק. עם זאת, בכל מקרה שבו הרופא המטפל סבור כי יש צורך בטיפול דחוף וכי עיכוב במתן השירות עלול לסכן את חיי המבוטח או לגרום נזק לבריאותו – יינתן השירות גם אם המבוטח לא מילא את כל חובותיו. ההצעה קבעה גם כי פיגור בתשלום דמי ביטוח עד שלושה חודשים רצופים לא ייראה כאי-מילוי חובה לעניין זה. הגבייה תיעשה באמצעות מנגנון הגבייה של המוסד לביטוח לאומי, ולא יהיה צורך בהקמת מנגנון חדש או נפרד. אדרבה, לא יהיה צורך אף במנגנונים הקיימים בקופות-החולים או בארגוני העובדים, כגון לשכות המס.

21 שם, ס' 6-22.

22 שם, ס' 6.

23 שם, ס' 24.

הצעת החוק מנתה שנים עשר תחומי שירותים (הכוללים גם בריאות השן), וקבעה כי היקף השירותים, סוגיהם ופירוטם ייקבעו על-ידי שר הבריאות בהסכמתם של שר האוצר ושר העבודה והרווחה, וכן באישורה של ועדת הכספים של הכנסת. לשר הבריאות ניתנה גם האפשרות לקבוע היקפים ופירוטים שונים לגבי קבוצות מבוטחים שונות. כעיקרון לא יידרש תשלום בעד שירותי בריאות הניתנים לפי חוק זה. יהיה אפשר לקבוע תשלומים בעד שירותים מסוימים, אך גם אלה ייקבעו בתקנות המחייבות הסכמה ואישור של כל הגורמים האמורים.<sup>24</sup>

שירותי הבריאות, בהתאם להצעת חוק זו, יינתנו בישראל, אולם מכוח הסדרים בין-לאומיים שייקבעו בתקנות, וכלו תושבי ישראל הנמצאים בחוץ-לארץ ליהנות משירותי בריאות הניתנים שם.<sup>25</sup>

כדי להביא לידי איחוד השירותים והפסקת פיצולם, הוצע ששירותי הבריאות הניתנים לפי חוקים שונים, כגון חוק הביטוח הלאומי וחוקים נוספים שייקבעו, יינתנו על-ידי נתוני שירות הבריאות לפי החוק המוצע, מבלי שהדבר יפגע בזכויותיהם של הזכאים לאותם שירותים לפי החוקים האחרים.

בהתאם להצעה יהיה אפשר לקבוע בתקנות הסדרים מיוחדים לגבי מתן שירותי בריאות, פטורים וסדרי תשלום לסוגי תושבים המצויים במצב או במעמד המצריך זאת, כגון חיילים, שוטרים, מבוטחים המתגוררים במעונות, תיירים או תושבים השוהים בחוץ-לארץ באופן זמני.

בסופו של דבר, אף שנערכו לגביה דיונים ארוכים והושגו הסכמות רבות, לא הובאה הצעה זאת להצבעה סופית בכנסת, מאחר שהממשלה החליטה לעכב את כל הנושא של ביטוח בריאות ממלכתי, ולא להמשיך את הדיון בו עד לסיום כהונתה של הכנסת באותה שנה (1981).

עם הפסקת הדיון בהצעה זו, נשאר המצב המשפטי בישראל במה שנוגע למתן שירותי בריאות כפי שהיה כל השנים. דהיינו, המדינה לא נטלה על עצמה כל חובה למתן שירותים אלה, והשאירה להכרעתו של כל תושב אם להצטרף לקופת-חולים או להיכנס להסדר ביטוחי כלשהו, או להישאר ללא כל ביטוח או הבטחה למתן שירותי בריאות. זאת, למעט שני שירותים – בדיקת מי שפיר וחובת בית-חולים לאשפוז במקרה של צורך רפואי – שאותם הסדיר משרד הבריאות בשנת 1980 כצעד ראשון לביטוח רפואי ממלכתי, שנשאר צעד יחיד תקופה ארוכה נוספת.

#### 4. ועדת נתניהו

ביוני 1988 החליטה הממשלה על מינוי ועדת חקירה ממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. על יסוד החלטה זו מינה נשיא בית-המשפט העליון דאז, השופט שמגר, ועדה בראשות השופטת נתניהו (ומכאן ניתן לה שמה – "ועדת נתניהו"). עיקר

24 שם, ס' 2-4.

25 שם, ס' 50.

תפקידה של הוועדה היה לא רק לבדוק את העבר, אלא "להגיש המלצות בדבר המדיניות הרצויה והשינויים הנדרשים במבנה מערכת הבריאות ובצורת תפקודה בעתיד".<sup>26</sup> הוועדה לא מונתה לצורך הכנה של חוק ביטוח בריאות, אך במסגרת פעילותה הכוללת היא הגיעה למסקנה שכחלק מהמדיניות הרצויה לגבי תפקודה של מערכת הבריאות בעתיד, יש להבטיח שכל האוכלוסייה תהיה זכאית לקבל שירותי בריאות. לנוכח זאת, אחת מהמלצותיה של ועדת נתניהו, שהוגשו בשנת 1990, הייתה לחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שבמסגרתו תהיה כל האוכלוסייה מבוטחת וזכאית לקבל שירותי בריאות. ההמלצה כללה גם הרחבה של שירותי הבריאות מעבר לאלה שניתנו באותה עת.<sup>27</sup> תשע שנים לאחר שהוגשה הצעת החוק משנת 1981 בדבר ביטוח בריאות ממלכתי – הצעה שהטיפול בה הופסק, כאמור – הגיעה ועדת נתניהו למסקנה כי יש לחזור ולאמץ את העיקרון שהיה בבסיסה של אותה הצעה.

### 5. הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ג-1993

בעקבות המלצתה של ועדת נתניהו, הגישה הממשלה בשנת 1993 את הצעת חוק בריאות ממלכתי, תשנ"ג-1993.<sup>28</sup> בהתאם לכתוב במבוא להצעת החוק:

"הממשלה החליטה לאמץ את המלצת הוועדה שמכוחה תהיה כל האוכלוסייה מבוטחת בשירותי בריאות מוגדרים שיסופקו תוך זמן סביר בתחומים מוגדרים ובנושאים מיוחדים. לגבי קבוצת אוכלוסייה מסוימת כגון ילדים או קשישים, המלצת הוועדה הייתה להרחיב את תחום השירותים מעבר לניתן היום."

ההצעה החדשה חוזרת לעיקרון שהיה בהצעה משנת 1973, שלפיו התושבים יקבלו את שירותי הבריאות במסגרת קופות-החולים בלבד. בהתאם להצעה זו, שהתקבלה אחר כך גם בחוק, כל תושב חייב להצטרף לקופת-חולים, ומי שלא הצטרף – יראו אותו כרשום בקופת-החולים שיקבע שר הבריאות בהתאם ליחס שבין מספרי המבוטחים בכל אחת מקופות-החולים.

בעניין זה בולט ההבדל בין שלוש הצעות החוק: ההצעה הראשונה, משנת 1973, באה להטיל חובה על כל תושב להצטרף לקופת-חולים, אך מי שלא הצטרף, מלבד העובדה שעבר בכך עברה, גם לא יהיה זכאי לשירותי הבריאות מכוח החוק; ההצעה השנייה, משנת 1981, קבעה את זכותו של כל תושב לקבל שירותי בריאות, שאותם יהיה זכאי לקבל בכל

26 לקוח מתוך ההקדמה לדוח.

27 שתי המלצות נוספות שהגישה הוועדה היו העברת בתי-החולים הממשלתיים למעמד של מוסדות בעלי אוטונומיה מנהלית כדרך תאגידים ארגוניים, וכן שינוי מבני של משרד הבריאות מגוף אשר נותן שירותים ומנהל שירותי בריאות ממשלתיים לגוף מיניסטריאלי המתווה מדיניות ומפקח על יישומה.

28 הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ג-1993, ה"ח 204.

גוף נותן שירותים, אף אם הוא אינו חבר בקופת-חולים או בארגון כלשהו; ואילו ההצעה השלישית, משנת 1993, חוזרת לעיקרון שבהצעה הראשונה, משנת 1973, שלפיה שירותי הבריאות יינתנו רק במסגרת קופות-החולים, ולכן על כל תושב להצטרף לקופת-חולים. ההבדל בין הצעה זו לבין ההצעה משנת 1973 הוא שבהצעה החדשה נקבע כי מי שלא הצטרף מרצון לקופת-חולים יצורף, בעל-כורחו, לקופת-חולים שיקבע שר הבריאות.

במהלך הדיון בכנסת חזרה בה הממשלה מהצעתה, לנוכח הוויכוח שניטש בשאלה אם יש להפריד את קופות-החולים הכללית והלאומית מהסתדרויות העובדים שבמסגרתן פעלו או להשאירן במסגרת ארגוני העובדים. משמעות אחת של הפרדתן מארגוני העובדים היא שדמי החבר לאותם ארגוני עובדים יפתחו בצורה משמעותית, כי יצא מהם הרכיב שאמור לממן את שירותי הבריאות. משמעות נוספת, שיש בה גם פן פוליטי חשוב, היא שחברים רבים של הסתדרות העובדים יעזבו את ההסתדרות, מאחר שיוכלו להיות חברים בקופת-החולים מבלי להיות חברים בהסתדרות, מה שיחליש את מעמדה של הסתדרות העובדים ככוח פוליטי.<sup>29</sup> על כך נוספה בעקיפין השאלה בדבר האפשרות לחייב אדם להצטרף לארגון עובדים, שהרי אם לא תופרד קופת-החולים מההסתדרות, אזי קבלת שירותי הבריאות במסגרת קופת-החולים תותנה בהצטרפות להסתדרות. תוצאה זו עומדת בסתירה לדינים העוסקים בארגוני עובדים.<sup>30</sup>

נראה כאילו המצב חוזר לקדמותו, כלומר, שירותי הבריאות אינם נכללים בשירותים שהמדינה חייבת בהם. אך זמן קצר לאחר שחזרה בה הממשלה מהצעת חוק בריאות ממלכתית, תשנ"ג-1993, הגישו שבעה-עשר חברי-כנסת את ההצעה מחדש כהצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתית, התשנ"ד-1994,<sup>31</sup> שהייתה זהה בעיקרה להצעת החוק שהכינה ועדת העבודה והרווחה לקריאות השנייה והשלישית ואשר הממשלה חזרה בה ממנה. הצעה זו זכתה בכנסת

29 קופת-החולים של ההסתדרות הכללית הייתה בעיקר מרכז כוח ארגוני, ובשלב מסוים בתולדותיה נעשה מרכיב הבריאות גורם משני בעבודתה של קופת-החולים. ראו שורץ, לעיל ה"ש 8, בעמ' 62.

30 על כך שאין לחייב אדם להצטרף לארגון עובדים אנו לומדים מעס"ק (ארצי י"ם) 400024/98 הסתדרות העובדים החדשה – האיגוד הארצי לקציני הים נ' צים חברת השייט הישראלית בע"מ, פד"ע לו 97 (2000). על העיקרון שהחברות בארגון עובדים היא וולונטרית ראו דב"ע (ארצי י"ם) מב/2-3 ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל נ' אגודת העובדים הבכירים בפז, פד"ע יד 367, 385 (1983); דב"ע (ארצי י"ם) נג/1-5 ההסתדרות הרפואית בישראל נ' ההסתדרות הכללית של עובדים בא"י, פד"ע כה 516 (1993); דב"ע (ארצי י"ם) מח/1-5 ארגון עובדי בנק המזרחי המאוחד בע"מ נ' ההסתדרות הכללית של העובדים בא"י – הסתדרות הפקידים, עובדי המנהל והשירותים, פד"ע כא 283 (1990); ובג"ץ 7029/95 הסתדרות העובדים הכללית החדשה נ' בית הדין הארצי לעבודה, פ"ד נא(2) 63, פס' 31 (1997). על כך שאין להתנות מתן שי בהצטרפות לארגון עובדים ראו דב"ע (ארצי י"ם) נה/4-24 ארגון המורים בבתי-הספר העל-יסודיים נ' מדינת ישראל, פד"ע לא 439, 447 (1996). התנאת קבלת זכויות של חבר בקופת-חולים בהצטרפות להסתדרות העובדים עלולה להיראות כהתנאת מתן "שי" בהצטרפות כזו.

31 הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתית, התשנ"ד-1994, ה"ח 230.

בהמשך דיון, שבו הוחלט על הפרדת קופות החולים מהסדרויות העובדים, ובסופו התקבל חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.<sup>32</sup>

## פרק ב: יישומה של הזכות לבריאות בחקיקה הישראלית

### 1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מפנה אותנו בעניינים מסוימים, מהותיים, לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995. כמו כן, בשנים האחרונות התפתחה "טכניקת חקיקה" משונה של תיקונים מהותיים בחקיקה הנעשים בעקיפין, כדרך אגב, במסגרת של חקיקת-שעה שנתית כביכול, במה שזכה בכינוי "חוקי הסדרים". כוונתי לחמישה מהם: חוק הסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1997);<sup>33</sup> חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה);<sup>34</sup> חוק התכנית להבראת כלכלת ישראל (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנות הכספים 2003 ו-2004);<sup>35</sup> חוק הסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2006);<sup>36</sup> וחוק הסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2007).<sup>37</sup> במסגרת חוקים אלה נחקקו שינויים מהותיים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שהשפעתם היא מעבר לשינוי התקציב. בשל כך נתייחס גם להוראות חוקים אלה, נוסף על חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק זכויות החולה (שגם בו מצויות הוראות בדבר יישומה של זכות הפרט לקבלת שירותי בריאות), כדי לברר את השפעתם על זכויות התושב לקבלת שירותי בריאות ועל דרך יישומן.

32 חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ס"ח 156 (להלן: חוק ביטוח בריאות ממלכתי או החוק).

33 חוק הסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1997), התשנ"ז-1996, ס"ח 16, כפי שתוקן בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 6), התשנ"ז-1997, ס"ח 191.

34 חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה), התשנ"ח-1998, ס"ח 48.

35 חוק התכנית להבראת כלכלת ישראל (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנות הכספים 2003 ו-2004), התשס"ג-2003, ס"ח 386.

36 חוק הסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2006), התשס"ו-2006, ס"ח 306 (להלן: חוק הסדרים משנת 2006).

37 חוק הסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2007), התשס"ז-2007, ס"ח 52 (להלן: חוק הסדרים משנת 2007).

לאחר שראינו כי הזכות לשירותי בריאות היא גם זכות-יסוד הנגזרת מחוק-יסוד,<sup>38</sup> נבדוק כיצד הבינו הממשלה, ובעקבותיה הכנסת, את משמעותה. ההוראה היסודית העקרונית נמצאת בסעיף 3 לחוק ביטוח בריאות:

"3. (א) כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מכוח חיקוק אחר.

(ב) המדינה אחראית למימון סל שירותי הבריאות מהמקורות המנויים בסעיף 31.

(ג) קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה.

(ד) שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 31.

(ה) שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית."

נבחן כעת את העקרונות שסעיף זה קובע:

#### (א) הזכאות לשירותי בריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי

עיקרון זה מורכב משני רכיבים: תושבות והיקף השירותים. נעסוק כאן רק ברכיב התושבות, שכן עיסוקנו ברשימה זו הוא רק בזכות לקבלת השירותים, ולא בהיקפם או בתוכנם של השירותים הניתנים.

כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אך הוא אינו זכאי להם אם הוא זכאי לשירותים מכוח חיקוק אחר. חיקוק אחר כזה הוא חוק הביטוח הלאומי, הקובע (בסעיפים 88 ו-89) את זכותם של נפגעי עבודה לריפוי, להחלמה ולשיקום. בכך החוק שונה מההצעה של שנת 1981, שקבעה כי כל תושב יהיה זכאי לכל שירותי הבריאות לפי החוק שהוצע, מבלי לגרוע מזכותו לשירותים מכוח חיקוקים אחרים, וכן שכל השירותים – גם מכוח חיקוקים אחרים – יינתנו על-ידי נותני השירותים לפי החוק המוצע. חוק ביטוח בריאות ממלכתי מוציא ממסגרת התושבים הזכאים לשירותיו את החיילים בשירות סדיר, בקובעו, בסעיף 55, שהחוק לא יחול על חייל בשירות סדיר במשך תקופת שירותו, למעט בתקופת שירות ללא תשלום, וכי החייל הסדיר יהיה זכאי לשירות בריאות מחיל הרפואה של צה"ל או ממי שפועל מטעמו.

<sup>38</sup> ראו לעיל ה"ש 6 והסקסט הסמוך לה.

השאלה הבסיסית שביסוד העיקרון היא מיהו "תושב". נושא זה אינו מוגדר בצורה חד-משמעית וברורה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. סעיף 2 לחוק קובע:

"תושב - מי שהוא תושב לענין חוק הביטוח הלאומי, לרבות תושב ישראל באזור כהגדרתו בסעיף 378 לחוק האמור."

אולם חוק הביטוח הלאומי אינו מגדיר את המונח "תושב". בטפסים של המוסד לביטוח לאומי מופיע "תושב ישראל" הינו אדם שמרכז חייו בישראל", ולגבי קביעת תושבות לחזור או לשובה בחוץ-לארץ מופיעה גם תוספת "ושהעדרותו ממנה הינה היעדרות ארעית בלבד".<sup>39</sup> השאלה מיהו "תושב" לענין חוק הביטוח הלאומי היא נושא שנידון בפסיקה של בתי-הדין לעבודה, אולם בפסיקה זו אנו מוצאים קביעות שונות.<sup>40</sup> פנייה בעניין כה מהותי לפסיקה שעלולה להשתנות, ואשר אינה מוגדרת בצורה ברורה, הינה מסוכנת, ואם הייתה מכוונת - הדבר חמור עוד יותר.

באתר הביטוח הלאומי באינטרנט אנו מוצאים:

"תושב ישראל - מי שמרכז חייו בישראל, לדוגמה מקום מגורים קבוע, מקום שהות המשפחה, מקום שבו מתחנכים הילדים, מקום עבודה עיקרי, מקום לימודים."<sup>41</sup>

בהגדרה זו יש קושי. הקושי נובע מכך שסעיף 378(ב) לחוק הביטוח הלאומי קובע כי השר, לאחר התייעצות עם המועצה העליונה של המוסד לביטוח לאומי, רשאי לקבוע זכויות וחובות לפי חוק הביטוח הלאומי - כולן או מקצתן, כפי שיקבע - לגבי שמונה סוגי אנשים, ביניהם "תושב ישראל הגר מחוץ לישראל".<sup>42</sup> לא נאמר תושב ישראל המתגורר או גר באופן זמני או ארעי מחוץ לישראל, או אפילו תושב ישראל כל עוד הוא גר מחוץ לישראל. כלומר, מנוסח החוק עולה כי אין מניעה שתושב ישראל יגור מחוץ לישראל.<sup>43</sup> ייתכן שמדובר פשוט בניסוח אומלל, אך זה מה שכתוב בחוק, גם אם יתקין השר תקנות שישללו מתושבי ישראל הגרים מחוץ לישראל את רוב הזכויות הנוגעות בביטוח הלאומי, אין בכך כדי לשלול מהם את הזכות

39 טפסים בל/627 ו-בל/628 של המוסד לביטוח לאומי - אגף הביטוח והבריאות. ראו: [www.btl.gov.il/NR/exeres/259925E2-6B4F-459C-8742-321D7CDB1AC2.htm](http://www.btl.gov.il/NR/exeres/259925E2-6B4F-459C-8742-321D7CDB1AC2.htm)

40 ראו טל גולן "מבחן התושבות בהענקת קצבת הזקנה - קהילות, גבולות ומדינת רווחה" בטחון סוציאלי 69, 32 (2005).

41 ראו: [www.btl.gov.il/NR/exeres/DC907C7E-CC84-44F6-A508-753E60A35337.htm?sec=1](http://www.btl.gov.il/NR/exeres/DC907C7E-CC84-44F6-A508-753E60A35337.htm?sec=1). הגדרה זו מסכמת את עיקרי הפסיקה של בית-הדין הארצי לעבודה בשאלה מיהו "תושב". ראו גם עב"ל 375/99 אייזן נ' המוסד לביטוח לאומי, פד"ע לח 781 (2002). אך קיימות גם הגדרות שונות של המונח "תושב", בלויית פרשנות. ראו גולן, לעיל ה"ש 40.

42 ס' 378(ב)(4) לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, ס"ח 2081.

43 לעניין זה, "תושב ישראל הגר מחוץ לישראל" אינו כולל "תושב ישראל באזור" (יהודה, השומרון וחבל עזה) בהתאם להגדרות שבס' 378, אלא תושב ישראל הגר מחוץ לישראל ולאזורי יהודה, השומרון וחבל עזה.



לשירותי בריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. גם אם מבחינה מעשית יישללו מתושב כזה כל טובות-ההנאה במסגרת התקנות, איני בטוח שיהיה בכך כדי לשנות את מעמדו לצורכי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לכל-היותר הוא יהיה תושב חסר זכויות או תביעות לעניין חוק הביטוח הלאומי, אך בכל-זאת הוא יהיה תושב.

סעיף 58 לחוק ביטוח בריאות, שתוקן עד כה כבר ארבע פעמים, דן בסוגיה של הגבלת זכותו של תושב ששהה מחוץ לישראל. סעיף זה מגדיר מהי היעדרות, וקובע שתושב ישראל ששהה מחוץ לישראל במשך תקופת היעדרות, כמפורט בחוק, לא יהיה זכאי לשירותי בריאות בחוזרו לישראל אלא לאחר תקופת המתנה, והפרטים מפורטים. אך סעיף קטן (א)(7) בסעיף 58 קובע כי אם אותו תושב שילם את דמי ביטוח הבריאות למוסד לביטוח לאומי כל תקופת העדרו, הוא לא ייחשב כמי שהיה בתקופת היעדרות, ויהיה זכאי לשירותי הבריאות בחוזרו לישראל.<sup>44</sup>

חוק מרשם האוכלוסין, התשכ"ה-1965,<sup>45</sup> מגדיר "תושב" לעניין חוק מרשם האוכלוסין כ"מי שנמצא בישראל כאזרח ישראלי או על פי אשרת-עולה או תעודת-עולה, או על פי רשיון לישיבת-קבע". לעניין חוק מרשם האוכלוסין יראו כתושב גם אדם אחר הנמצא כחוק בישראל, למעט מי שנמצא בה על-פי רשיון לישיבת-מעבר או רשיון לביקור או על-פי דרכון-חוץ דיפלומטי. כלומר, גם תושבים ארעיים הם בבחינת תושבים. אך הגדרה זו היא לצורכי חוק מרשם האוכלוסין בלבד, שחוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו מפנה אליו. לאחר התיקונים שנעשו בסעיף 58 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, יש לבטל לדעתי את ההפניה לחוק הביטוח הלאומי לשם הבנת המושג "תושב". במקום זאת מן הראוי להפנות להגדרת "תושב" בחוק מרשם האוכלוסין, בין שתוגבל לתושב-קבע ובין שתורחב גם לגבי תושב ארעי, כאשר ההגבלות לגבי קבלת שירותי הבריאות על-ידי מי שנעדר מן הארץ מצויות כבר בסעיף 58 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

#### (ב) האחריות למתן שירותי הבריאות

האחריות למתן שירותי הבריאות מורכבת אף היא משני רכיבים: האחד הוא המימון; והאחר – מתן השירות בפועל. החוק מטיל את מלוא האחריות למתן השירות על קופות-החולים. המדינה אינה אחראית למתן השירות, אלא רק למימון חלקי שלו. בית-המשפט העליון קבע זאת במפורש בפרשת מכבי שירותי בריאות:<sup>46</sup>

"תושבי המדינה זכאים לקבלת שירותי בריאות המנויים בחוק (סל שירותי

44 עב"ל 1334/01 המוסד לביטוח לאומי נ' עפרוני, פד"ע לט 529 (2003). מר עפרוני שהה שלוש שנים בשוודיה שבה למד, וחזר לאחרי-מכן לישראל. בית-הדין הארצי לעבודה קבע כי מעמדו כתושב לא נפגע מאחר שלא רכש תושבות בחוץ-לארץ ומרכז חייו המשך להיות למעשה בישראל, אף שביקר בארץ בתקופה זו רק פעמים מעטות, ואף זאת לרגל נסיבות משפחתיות בלבד.

45 חוק מרשם האוכלוסין, תשכ"ה-1965, ס"ח 270 (להלן: חוק מרשם האוכלוסין).

46 בג"ץ 2344/98 מכבי שירותי בריאות נ' שר האוצר, פ"ד נד(5) 729, 739 (2000).

הבריאות', וזכותם זו עומדת להם כלפי קופות החולים שבהן הם חברים. אשר למדינה, זו 'אחראית' למימון סל הבריאות מהמקורות המנויים בסעיף 13 לחוק.

מכאן שהמדינה אינה אחראית למתן שירותי הבריאות. בניגוד להצעה משנת 1981, חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו בנוי על העיקרון שלפיו כל פרט זכאי לשירותי בריאות ועל המדינה להבטיח זאת. במקום זאת, החוק מיישם את הזכות לשירותי בריאות בישראל על-ידי הטלת החובה והאחריות למתן שירותי הבריאות על קופות-החולים, ורק באמצעותן או רק בהן יוכל התושב לממש זכות זו. אחריותה של המדינה צומצמה לדאגה למימון שירותי הבריאות וכן לקביעת "סל שירותי הבריאות", אשר משפיע כמובן על חלקה של המדינה במימון שירותי הבריאות. במילים אחרות, התושב אינו זכאי לשירותי בריאות – מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי – מעבר לאלה שהוכללו בסל. משמעות הדבר היא גם שלא קופות-החולים יקבעו את תקרת השירותים שהן ייתנו, אלא הממשלה היא שתקבע את התקרה, בין שתנמיך אותה ובין שתגביהה. עם זאת, אין החוק מונע את קופות-החולים מלקבל מימון ממקורות נוספים. בכך בא החוק להנהיג אחידות בין קופות-החולים במה שנוגע לרשימת השירותים שניתן לקבל באמצעותן, ולמנוע תחרות ביניהן בכך שימנע אותן מלתת שירותים שאינם ניתנים בקופה אחרת.

#### (ג) מקורות המימון

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בגרסתו המקורית משנת 1994, קבע ארבעה מקורות מימון:

1. דמי ביטוח הבריאות שתושבי המדינה משלמים;
  2. המס המקביל ששילמו מעסיקים<sup>47</sup>;
  3. תקציבים ממשלתיים;
  4. תשלומים ישירים של חולים לקופת-החולים.
- החוק, כפי שהוא כיום, קובע שישה מקורות. לכאורה חלה הרחבה במקורות המימון, אך למעשה התוצאה הפוכה. כיום החוק מונה את המקורות הבאים:
- המקור הראשון הוא דמי ביטוח הבריאות שתושבי המדינה משלמים. פטורים מתשלום זה קטינים, עקרת-בית שבעלה משלם דמי ביטוח בריאות, תלמיד או מתגייס שחל לגביו פטור מדמי ביטוח בריאות, וכן אלה ששרי העבודה והבריאות פטרו אותם באמצעות תקנות שהותקנו מכוח החוק. גביית דמי ביטוח הבריאות נעשית על-ידי המוסד לביטוח לאומי. המוסד לביטוח לאומי רשאי לנכות מדמי ביטוח הבריאות הוצאות וסכומים בהתאם לפירוט שבחוק, וכן סכום כספי חודשי שיועבר למועצת הבריאות (שלא יעלה על 0.1%, כפי שיקבע שר הבריאות) וסכום כספי נוסף שיועבר למגן דוד אדום (שלא יעלה על 917,000 שקלים לחודש במחירי מדד יוקר הבריאות הממוצע לשנת 1998, כפי שיקבע שר הבריאות בהסכמת שר האוצר).
- המקור השני הוא ההקצאה השנתית שהמוסד לביטוח לאומי מקצה לטיפול במוסדות סיעוד.

47 מכוח חוק מס מקביל, התשל"ג-1973, ס"ח 689.

המקור השלישי הוא הסכום שנקבע בתקציב משרד הבריאות ב־1 בינואר 1994, אשר מתעדכן מדי שנה לפי המדד המשמש לעדכון תקציב המדינה. המקור הרביעי הוא סכום של 687 מיליון שקלים, שנקבע לשנת 1997 לפי מדד יוקר הבריאות הממוצע לשנת 1995, ואשר מעודכן מדי שנה בשיעור העדכון של עלות הסל לקופות.

המקור החמישי הוא סכומים שהמוסד לביטוח לאומי גובה חלף תקופת המתנה. בהתאם לסעיף 58 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מי שחזר ארצה לאחר תקופת היעדרות חייב בתקופת המתנה, שבה הוא משלם דמי ביטוח בריאות כדי שיהיה זכאי לשירותי הבריאות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי מאפשר "פדיון" של תקופת ההמתנה. תשלום זה נקרא "חלף תקופה ההמתנה".

המקור השישי הוא התקבולים של קופות־החולים מהמבוטחים בגין שירותי בריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות, אשר שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר והממשלה, רשאי לקבוע. שר הבריאות יכול לשנות את גובה התשלום בהסכמת שר האוצר ובאישורה של ועדת העבודה והרווחה של הכנסת.

מקור מימון חשוב שהיה בחוק המקורי ובוטל הוא המס המקביל. ביטול המס המקביל נעשה בשנת 1997 בחוק הסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1997), התשנ"ז-1996. בכך ביטלה הכנסת אחד ממקורות המימון מבלי שנתנה תחליף במקומו. המס המקביל היה משמעותי והיווה מקור חשוב למימון שירותי הבריאות. ביטולו חייב מציאת מקור מימון חלופי, שלא יוטל על מקבל השירות, אך הדבר לא נעשה. "תחליף" נמצא כעבור שנה בחוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה), התשנ"ח-1998. חוק זה תיקן את סעיף 8 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי באופן המתיר לקופות־החולים להציע תשלום תקופתי קבוע בעבור סל שירותי הבריאות או תשלומים של השתתפות עצמית בעבור שירותי בריאות. במקביל תוקן גם סעיף 13 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי באופן שהפחית את חובתה של המדינה להקצות סכומים למימון הטיפולים שנותרו באחריות משרד הבריאות, והעביר חלק מהנטל המימוני לכתפי המבוטחים, בדרך של חישוב התקבולים מתשלומי החברים לקופות כמקור מימוני הגורע מחלקו של משרד הבריאות, דהיינו – הממשלה.

תיקונים אלה גרעו באופן משמעותי מהכספים שנועדו לממן את שירותי הבריאות. תוצאה זו לא נראתה בעיני חלק מחברי־הכנסת, וחבר־הכנסת דוד טל, יושב ראש ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, דרש הקמת ועדת חקירה פרלמנטרית. ב־29 בנובמבר 1999 החליטה הכנסת למנות ועדת חקירה פרלמנטרית, לפי סעיף 22 לחוק־יסוד: הכנסת, "לבדיקת כל ההיבטים הקשורים במימון וביישום חוק בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994". הכנסת הסמיכה את ועדת העבודה והרווחה של הכנסת לשמש כוועדת החקירה הפרלמנטרית. את מסקנותיה הגישה הוועדה ביום 1 במרס 2000. מבין מסקנות הוועדה ראוי להביא את אלה:

"...הוועדה קובעת שמשרד האוצר גרם בהחלטותיו, מיום קבלת החוק, לשחיקת מקורות המימון שהוקצו להפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובכך פגע ביישום החוק וברוח עקרונות היסוד שעמדו בבסיס חקיקתו. הוועדה תובעת להחזיר את

מקורות המימון שעמדו לרשות מערכת הבריאות, עם החלת החוק ולהבטיח בחוק מנגנון עדכון שימנע שחיקה מתמדת נוספת במקורות החוק.

...הוועדה תובעת מהממשלה לבטל את השינויים שביצע משרד האוצר במקורות המימון ולהחזיר את המס המקביל. הוועדה נוכחה לדעת כי ביטול המס המקביל והחלפתו במימון מתקציב המדינה לא היה צעד טכני חסר חשיבות. היה זה צעד מהותי של החלפת מקור מימון ייעודי המוקצב לבריאות, צמוד לקצב הצמיחה של המשק ובעל רמת וודאות גבוהה ולטווח ארוך במקור תקציבי המנציח את תלות מערכת הבריאות בתמיכת המדינה. מהנתונים שהוצגו לוועדת החקירה עולה שביטול המס המקביל הביא בעקיפין להפחתת תקציב מערכת הבריאות בכ- 900 מיליון שקלים במונחי תקציב 2000. חשוב להבהיר שבהחזרת המס המקביל אין משום הטלת נטל נוסף על המעסיקים אלא הסבה של תשלומי הביטוח הלאומי לתשלום המיועד למימון שירותי בריאות. אימוץ העיקרון הקיים בכל מדינות המערב, ושהיה קיים בישראל עד שנת 1997, על פיו קיימת השתתפות של המעביד במימון בריאות עובדיו.<sup>48</sup>

לאחר פרסום קביעותיה של ועדת החקירה הפרלמנטרית, וכדי להגביר את מקורות המימון לאחר ששני מקורות נמחקו ממנו, נחקק חוק התכנית להבראת כלכלת ישראל (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנות הכספים 2003 ו-2004), התשס"ג-2003. למרות קביעותיה ודרישתה של ועדת החקירה הפרלמנטרית, לא הוחזר לתוקפו המס המקביל. במקום זאת תוקן חוק ביטוח בריאות ממלכתי על-ידי קיצוץ בזכאות להנחות או לפטור לפי סעיף 8(א1)(2)(ג) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בין היתר בוטלה הזכאות לפטורים ולהנחות של כל מקבלי הבטחת הכנסה (או מקבלי תגמולים לפי חוק תגמולים לאסירי ציון ולבני משפחותיהם, התשנ"ב-1992), אלא אם כן הם בגיל זקנה. בכך, למעשה, אנו רואים לגלוג של הוצאות המימון של סל שירותי הבריאות על החולים באופן ישיר ואפילו גרסיבי. כתוצאה מתיקוני חקיקה אלה עלה אחוז ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות, והוטל תשלום רבעוני בגין ביקור אצל רופא מקצועי ובמרפאות-חוץ. כלומר, בהעדר מקור מימון חיצוני, הוטל המימון על מקבלי השירות. מחקרים שנעשו במסגרת ג'וינט-מכון ברוקדייל מצביעים על עלייה בהוצאה של משק הבית על תרופות, ונמצא בהם כי כ-20% מהחולים ויתרו על תרופות או על שירותים רפואיים מקצועיים בשל הנטל הכספי.<sup>49</sup>

48 נגיש ב: [www.knesset.gov.il/committees/heb/docs/vaadat\\_chakira\\_briut.htm](http://www.knesset.gov.il/committees/heb/docs/vaadat_chakira_briut.htm).

49 ראו שולי ברמלי-גרינברג, ברוך רוזן ופרנסיס ווד "משקי בית, קופות-החולים והוצאות על תרופות" ג'וינט-מכון ברוקדייל (2003) נגיש ב: [brookdale1.pionet.com/files/PDF/406rr-households-heb.pdf](http://brookdale1.pionet.com/files/PDF/406rr-households-heb.pdf); רויטל גרוס ושולי ברמלי-גרינברג "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2001, והשוואה לשנים קודמות" ג'וינט-מכון ברוקדייל 31-34 (2003) נגיש ב: [brookdale1.pionet.com/files/PDF/421rr-perceptofhealthsys-heb.pdf](http://brookdale1.pionet.com/files/PDF/421rr-perceptofhealthsys-heb.pdf); אבי דגני ורינה דגני, "השלכות הנטל הכלכלי על ההוצאות בנושא בריאות", סקר של מכון גיאוקרטוגרפיה שנערך בעבור ההסתדרות הרפואית בישראל, דצמבר 2003.

**(ד) שמירה על כבוד האדם**

סעיף 3(ה) לחוק קובע כי "שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם". ראינו כי אדם שאין לו גישה לטיפול רפואי אלמנטרי הוא אדם שכבודו כאדם נפגע.<sup>50</sup> מה פירוש טיפול רפואי אלמנטרי בימינו? האם רופא מקצועי או תרופות המצויות בסל שירותי הבריאות אינם טיפול רפואי אלמנטרי?<sup>51</sup>

סעיף 21(ב) לחוק קובע כי "אי תשלום או פיגור בתשלום דמי ביטוח בריאות לא יפטר את קופת החולים מחובתה לתת את שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות" [ההדגשה הוספה]. משמעותו של הסעיף היא שאי-עמידה בתשלום בעבור שירות רפואי שאינו תשלום דמי ביטוח בריאות הנגבים באמצעות המוסד לביטוח לאומי – ודוגמה לכך יכול להיות התשלום הרבעוני לביקור אצל רופא מקצועי – יכול לפטור את קופת-החולים מחובתה לתת שירותי בריאות גם אם שירותים אלה כלולים בסל שירותי הבריאות.

תוצאה זו אינה מתיישבת עם העיקרון שנקבע בסעיף 1 של חוק ביטוח בריאות, האומר: "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית" [ההדגשה הוספה]. לדעתי, יש בכך פגיעה בעקרון השוויון, שלא לדבר על עקרון הצדק. חולה שידו אינה משגת לשלם את התשלום הרבעוני שקופת-החולים גובה בעבור ביקור אצל רופא מקצועי לא יקבל את הטיפול מידי הרופא המקצועי, אף ששירות זה כלול בסל הבריאות, גם אם שילם את דמי ביטוח הבריאות שהמוסד לביטוח לאומי גובה. בכך הוא מופלה לעומת אלה שידם משגת לשלם את התשלום הרבעוני האמור.

הנושא של "עזרה הדדית" נראה לי בלתי-מתאים לחוק בריאות ממלכתי. עקרון העזרה ההדדית לקוח מתקנותיה של קופת-החולים, כאשר המימון – כולו או רובו – בא מדמי החבר. כאשר מדובר בשירותי בריאות ממלכתיים, אין מקום לדבר על עזרה הדדית. שירותים הניתנים מכוח חוק אינם שירותים הנשענים על עזרה הדדית.

חוק הסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2006), התשס"ו-2006, מתקן את סעיף 18 בחוק ביטוח בריאות ממלכתי במה שנוגע לדרך שבה המוסד לביטוח לאומי מחשב את ההקצאות לכל קופת-חולים. סעיף 14 לחוק הסדרים זה קובע כי התיקון ייכנס לתוקפו ב-1 באוגוסט 2006. סעיף 1 לחוק הסדרים זה קובע כי "חוק זה בא לתקן חוקים שונים, לדחות את תחילתם של חוקים, לבטל חוקים וכן לקבוע הוראות נוספות במטרה להשיג את יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2006". שנת הכספים 2006 מסתיימת ב-31 בדצמבר 2006. ייתכן שיש מקום לטענה כי דרך חישוב זו של הקצאת כספי הביטוח הלאומי לקופת-החולים הסתיימה בחודש דצמבר 2006, שהרי יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2007 אינם נכללים בחוק ההסדרים משנת 2006. חוק ההסדרים משנת 2007, שנחקק במטרה להשיג את יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2007, אינו מתייחס לנושא זה כלל.<sup>52</sup>

50 ראו הלכת גמזו, לעיל ה"ש 6.

51 על שמירת כבודו של המטופל ראו להלן בס' ב(ו).

52 שאלת תוקפם וחוקיותם של חוקי ההסדרים טרם נידונה בערכאה משפטית כלשהי. השאלה חמורה במיוחד כאשר במסגרת חוקי הסדרים מבטלים או מתקנים חוקים בנושאים שאין להם

## (ה) מתן שירותי הבריאות בזמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח

סעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל". מכאן שתושב ישראל השוהה בחוץ-לארץ אינו זכאי לקבל שירות רפואי במסגרת חוק זה בחוץ-לארץ, אלא עליו לחזור לישראל כדי לקבלו כאן. מדינת-ישראל רשאית אומנם להתקשר בהסכמים עם כל מדינה בדבר מתן שירותי בריאות לתושביה כאשר הם שוהים בתחומה, אך קבלת שירות בחוץ-לארץ אינה כלולה בחובות שהחוק מטיל. חריגים לכך יכולים להיות מקרים שבהם יקבע שר הבריאות כי השירות יינתן במדינת-חוץ בהתקיים נסיבות רפואיות מסיימות. השר רשאי גם לקבוע שיעור השתתפות של המבוטח בעד השירות הניתן בחוץ-לארץ. בכך אין סטייה מן העיקרון היסודי של הבטחת מתן השירות לתושב באופן סביר.

השאלה שיכולה להציק בהקשר זה נוגעת בזכות הנתונה לכל תושב לבחור את קופת-החולים שבמסגרתה יקבל את שירותי הבריאות, לרבות האפשרות הנתונה לו להחליפה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע שהבחירה לאיזו קופת-חולים להירשם נתונה בידי כל תושב. כדי להבטיח אפשרות בחירה אמיתית, החוק מאפשר מעבר מקופת-חולים אחת לאחרת. המעבר נעשה בדרך של ביטול החברות בקופת-החולים המקורית ורישום בקופת-החולים האחרת. אך החוק קובע כי אין לבטל חברות בקופת-חולים אלא לאחר תקופה של שנה לפחות מהיום שנרשמו בה.<sup>53</sup> חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 27), התשס"ה-2004,<sup>54</sup> קבע שיהיה אפשר להחליף קופת-חולים ב-1 בינואר, ב-1 באפריל, ב-1 ביולי או ב-1 באוקטובר של כל שנה, אם ההודעה על הרצון להחליף קופת-חולים תימסר לא פחות מאשר חמישה-עשר יום לפני אחד התאריכים האלה, אך עדיין נשארה בתוקפה ההוראה כי מעבר מקופת-חולים אחת לאחרת לא ייעשה לפני חלוף שנה מעת שנרשם המבוטח לקופת-החולים. חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 28 והוראת שעה), התשס"ה-2005,<sup>55</sup> קיצר את התקופה משנה לשישה חודשים, אך זאת רק לתקופה שמיום 1.7.2005 עד 30.6.2007. כלומר, מ-1.7.2007 יהיה שוב המעבר לקופת-חולים אחרת אפשרי רק לאחר חברות של שנה לפחות בקופת-החולים המקורית. יש לקוות כי הוראת-שעה זו תיהפך להוראת-קבע, שאם לא כן יצא אדם העובר למקום יישוב אחר, שבו קופת-החולים המקורית שלו אינה ניתנת שירות, יהיה "מרותק" לקופת-החולים המקורית שלו גם אם עבר להתגורר במקום מרוחק מאוד ממנה, שלא לדבר על כך שמבוטח שאינו מרוצה מהשירות שהוא

כל קשר ליעדי תקציב ולמדיניות כלכלית. כך, למשל, ס' 15 ו-16 לחוק ההסדרים משנת 2006 מתקנים את פקודת הרוקחים כדי לאפשר לרוקח לנפק תכשיר מרשם לא על-פי מרשם חתום בידי רופא. מה לכך וליעדי תקציב ולמדיניות כלכלית? אציין כי התיקון בפקודת הרוקחים נועד להישאר בתוקף גם לאחר שנת הכספים 2006. באותה מידה עולה השאלה מה תוקפם של כל התיקונים שנעשים בחוקים שונים במסגרת חוק הסדרים מעבר לשנת התקציב שאותו חוק הסדרים קובע כי הם נעשים על-מנת להשיג את יעדי התקציב לאותה שנה.

53 ס' 5(ב) לחוק.

54 חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 27), התשס"ה-2004, ס"ח 26.

55 חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 28 והוראת שעה), התשס"ה-2005, ס"ח 132.

זוכה בו בקופת-חולים שלו יהיה חייב להמתין תקופה לא-קצרה עד אשר יוכל לעבור ממנה.

קיימת שאלה נוספת שלא נמצא לה פתרון במסגרת החוק. חוק ביטוח בריאות ממלכתי מאפשר לקופת-חולים לסגור מרפאה או להפסיק התקשרות למתן שירות רפואי, ובלבד שמסרה על כך הודעה לפחות שלושה חודשים מראש.<sup>56</sup> מכאן שעלול להיווצר מצב שבו לא תהיה שום קופת-חולים שתיתן שירותי בריאות ביישוב פלוני או בקבוצת יישובים. חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו מאפשר לשר הבריאות לחייב קופת-חולים לקיים מרפאה במקום כלשהו. סעיף 29 בנוסחו המקורי אפשר לשר הבריאות לפעול לסגירת מרפאות ביישובים קטנים שאוכלוסייתם אינה עולה על עשרת אלפים תושבים, אם עברו את המכסה שנקבעה בחוק (מרפאה אחת ביישוב עד חמשת אלפים תושבים, ושתי מרפאות ביישוב או בקבוצת יישובים שמספר התושבים הכולל בהם אינו עולה על עשרת אלפים). אולם בכיוון ההפוך, כאשר אין קופת-חולים שמוכנה לקיים מרפאה ביישובים כאלה, יוכל שר הבריאות לקבוע את הקופה או הקופות שיפעילו את המרפאות בדרך של מכרז בלבד. החוק אינו דן באפשרות שלא תימצא קופת-חולים שתסכים לגשת למכרז כזה. כמו-כן, הסדר כזה, אפילו באמצעות מכרז, אינו קיים לגבי יישובים שמספר תושביהם עולה על עשרת אלפים. סעיף 29(ג) לחוק תוקן בחוק ההסדרים משנת 2007.<sup>57</sup> התיקון מבטל את ההוראות הקודמות שהזכרנו, ובמקומן קובע רק כי "קופת חולים המפעילה מרפאה ביישוב שאוכלוסייתו אינה עולה של 10,000 תושבים, תיתן במרפאה שירות רפואי גם לחברי קופת חולים אחרת שאינה מפעילה מרפאה באותו יישוב, באופן שוויוני, בכפוף לסל השירותים והתשלומים של הקופה שבה הם חברים." נשאלת השאלה מה תוקפו של תיקון זה לאחר שנת הכספים 2007, אולם גם אם נניח שתיקון זה ימשיך לחול גם לאחר 31 בדצמבר 2007, אין בו כדי לענות על צורכיהם של תושבים ביישוב שאין בו קופת-חולים המפעילה מרפאה. מבחינה מעשית ייתכן שלא נגיע למצב כזה, אך מכיוון שהאפשרות קיימת, התוצאה עלולה להיות שתושבים אלה לא יזכו לקבל שירותי בריאות "בתוך זמן סביר ובמרחק סביר" ממקום מגוריהם, כנדרש בסעיף 3(ד) לחוק.

מן הראוי להזכיר כי הצעת חוק ביטוח בריאות, התשל"ג-1973, כללה שתי הוראות בנושא זה. האחת הייתה בסעיף 9(ב) להצעה, שבא לקבוע:

"9. (א)...

(ב) שר הבריאות, לאחר התייעצות במועצה, רשאי לחייב קופת חולים לקיים במקום פלוני שירותים רפואיים ישירים למבוטחים בהיקף שיקבע."

ההוראה האחרת הייתה בסעיף 10 להצעה, שבא לקבוע:

56 ס' 23 לחוק.

57 ס' 12 לחוק ההסדרים משנת 2007.

10. מבוטח שאינו יכול לקבל שירות רפואי במקום מגוריו משום שקופת החולים שהוא חבר בה אינה מקיימת באותו מקום שירות כאמור, יקבל שירות זה ממוסד או גוף ממשלתי, עירוני או ציבורי או מקופת חולים אחרת המקיימים את השירות באותו מקום, לפי הסכמים שבין קופת החולים לבין המוסד, הגוף או קופת החולים האחרת, ובאין הסכמים יקבע שר הבריאות באלו דרכים ינתן השירות.

(ו) שמירה על כבוד האדם, הגנת הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית

לעיקרון זה שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי לא נקבעו הוראות באותו חוק. דיון בעיקרון זה חורג ממוסגרת רשימה זו, ולכן לא נרחיב עליו את הדיבור. עם זאת, מן הראוי להזכיר כי את ההוראות המתאימות לכך אנו מוצאים בחוק זכויות החולה, שנחקק שנתיים מאוחר יותר. שמירה על כבודו ופרטיותו של המטופל מוסדרת בסעיף 10 לחוק זכויות החולה, הקובע:

10. (א) 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.

(ב) מנהל מוסד רפואי יקבע הוראות בדבר שמירה על כבודו ועל פרטיותו של המטופל הנמצא במוסד הרפואי.

שמירת הסודיות הרפואית מוסדרת בסעיף 19 לחוק זכויות החולה, הקובע:

19. (א) מטפל או עובד מוסד רפואי, ישמרו בסוד כל מידע הנוגע למטופל, שהגיע אליהם תוך כדי מילוי תפקידם או במהלך עבודתם.

(ב) מטפל, ובמוסד רפואי – מנהל המוסד, ינקטו אמצעים הדרושים כדי להבטיח שעובדים הנתונים למרותם ישמרו על סודיות הענינים המובאים לידיעתם תוך כדי מילוי תפקידם או במהלך עבודתם.<sup>58</sup>

## 2. זכות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי לקבלת שירותי בריאות שאינם כלולים בסל הבריאות

מכיוון שסל הבריאות אינו כולל את כל שירותי הבריאות שניתן לתת, חוק ביטוח בריאות ממלכתי מאפשר לכל קופת-חולים להציע לחבריה תוכנית למתן "שירותי בריאות נוספים" שאינם כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה.<sup>59</sup> כל מבוטח רשאי להצטרף לתוכנית

58 ס' 20 לחוק זכויות החולה מפרט את המקרים שבהם מותר בכל-זאת למסור מידע רפואי לאחר, כחריגים להוראות ס' 19.

59 ס' 10 לחוק.



כזאת בקופת-החולים שבה הוא חבר, ללא קשר למצבו הבריאותי או הכלכלי. עם זאת, לא ניתנה לקופות-החולים יד חופשית בנושא זה. כל תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים חייבת לקבל את אישורו של שר הבריאות, וכן אין לשנותה ללא אישורו. הצטרפות לתוכנית כרוכה כמובן בתשלום, אך מחיר התוכנית ייקבע לפי קבוצת-גיל, ובאותה קבוצת-גיל יהיה המחיר שווה לכולם. זוהי, למעשה, "קופת-חולים" במובנה ההיסטורי לגבי שירותים אלה, שאינה נכנסת למסגרת קופות-החולים הנותנות את שירותי הבריאות בהתאם לסל שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. ההבדל העקרוני בין התוכנית לשירותי בריאות נוספים לבין קופות-החולים ההיסטוריות הוא שאי-אפשר למנוע חבר קופת-חולים מלהצטרף אל התוכנית, ללא כל קשר למצבו הרפואי, למעט תקופות סבירות של הכשרה.

הפיקוח על תוכניות למתן שירותי בריאות נוספים נתונה בידי שר הבריאות, כחלק מסמכותו לפקח על פעולותיהן של קופות-החולים.<sup>60</sup>

התוצאה היא שאפשרות גישה לשירותים רבים שאינם בסל השירותים מותנית בתשלום, אלא שבכך אין באופן עקרוני סתירה לכלל-היסוד של שוויון, כי מדובר בשירות שהוא מעבר לשירותים הרגילים, אלא אם יהיו אלה שירותים רגילים שקופת-החולים תחליט לתיתם למבוטח רק במסגרת "שירותי בריאות נוספים" אף שהוא זכאי להם במסגרת סל השירותים הרגיל.

### 3. הזכות לטיפול רפואי ואפשרות הפליה

סעיף 3(א) לחוק זכויות החולה דן בזכות לטיפול רפואי, וקובע:

"3. (א) כל הנוקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו בהתאם לכל דין ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל."<sup>61</sup>

חוק זכויות החולה, בקובעו "בהתאם לכל דין", מפנה באופן זה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, על כל השינויים והתיקונים שהוכנסו בו במישרין או בעקיפין, וכן לתקנות שהותקנו מכוחו הן לגבי סל השירותים והן לגבי שירותי הבריאות הנוספים. ברור שחוק זכויות החולה אינו מונע מתן שירותים רפואיים מעבר למוסדר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אך אלה כבר אינם נכללים במסגרת העיקרון של הזכות לשירותי בריאות שעל המדינה לוודא כי יינתנו.

במקביל להוראה האמורה בסעיף 3 לחוק זכויות החולה, סעיף 4 לחוק זה קובע:

60 בעניין פיקוחו והתערבותו של בית-המשפט ראו ה"פ (מחוזי ת"א) 850/03 ד"ר דבי נ' שירותי בריאות כללית, נבו פסיקה (2005).

61 "טיפול רפואי" כולל גם פעולות אבחון רפואי, טיפול רפואי מונע, טיפול פסיכולוגי וטיפול סיעודי. ראו הגדרת "טיפול רפואי" בס' 2 לחוק זכויות החולה.

4. מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטיה מינית או מטעם אחר כיוצא באלה.<sup>62</sup>

חוק זכויות החולה אינו אוסר אפוא הפליה מחמת סיבות שאינן מנויות בסעיף 4, כגון גיל, מצב כלכלי, מעמד ציבורי, מעמד אישי וכן סוג מחלה. סעיף 21(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי קופת-חולים תיתן לכל מי שהיא אחראית כלפיו – דהיינו, כל מי שרשום בה – את כל שירותי הבריאות שהוא זכאי להם לפי חוק ביטוח בריאות, בין בעצמה ובין באמצעות נותני שירותים, "ללא כל הפליה". לכאורה נוצרה כאן סתירה בין שני החוקים, אך עיון מדוקדק בשניהם יראה לנו כי אין הדבר כך. מצירוף שני החוקים מתקבל כי הפליה במתן שירותי בריאות במסגרת קופת-חולים אסורה בכל מה שנוגע לסל התרופות והשירותים, אך אין היא אסורה אם מדובר במתן שירות שאינו כלול בסל.

כאן הגענו לנושא עדין ורגיש. חוק זכויות החולה מאפשר הפליה על רקע של מחלה או סוג מחלה. בכל החלטה על סל התרופות או על סל שירותי הבריאות, מפלים בהכרח בין חולים. השיקול הכספי בהכללת תרופות או שירותים במסגרת הסל נכבד מאוד. ככל שהאוכלוסייה הנוקקת לאותם שירותים או תרופות קטנה יותר, כך לשיקול הכספי יש משקל רב יותר. השאלה העולה היא אם סביר לנגוס בתקציב המוגבל ממילא לטובת תרופות יקרות מאוד המיועדות לאוכלוסייה קטנה, ובכך למעשה לנגוס בתרופות המיועדות לאוכלוסייה רחבה. בשאלה זו טמונה הפליה, אלא שהפליה זו אינה אסורה מכוח ההוראות של חוק זכויות החולה. יש בסיס מקצועי, משפטי ואולי אף אתי להפליה הנוצרת באי-הכללת תרופות בסל שירותי הבריאות, כך שיהיו חולים שלא יהיו זכאים, מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לקבל את כל התרופות המתאימות להם.

סעיף 21 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי אוסר הפליה רק במתן שירותי הבריאות לפי חוק זה – כלומר, הפליה במסגרת הסל המאושר – ואינו עוסק באיסור הפליה כללי. לא ידוע לי על שיטת ביטוח בריאות ממלכתי בעולם המערבי שלפיה כל חולה זכאי לקבל כל תרופה או כל שירות רפואי ללא הגבלה. כל הגבלה היא בהכרח הפליה, אך לעיתים אין מנוס מהפליה כזאת, עם כל הצער והכאב שעלול להיגרם לפרט.

62 מעניין כי סעיף העונשין בחוק זכויות החולה, ס' 28, השמיט את המילים "או מטעם אחר כיוצא באלה" מהגדרת העבירה. ס' 28(א) לחוק זכויות החולה קובע: "מטפל או מוסד רפואי המפלה בין מטופלים מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא או נטיה מינית, דינם – קנס כאמור בסעיף 61(א)(3) לחוק העונשין, התשל"ז-1977". הפליה "מטעם אחר כיוצא באלה" היא עבירת משמעת בלבד אך גם זאת לגבי רופאים, רופאי שיניים ופסיכולוגים. ראו והשוו בין ס' 7(7) לפקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976, נ"ח 594; ס' 7(7) לפקודת רופאי השיניים [נוסח חדש], התשל"ט-1979, נ"ח 614 וס' 35(6) בחוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977, ס"ח 158. כפי שתוקנו בס' 33-35 בחוק זכויות החולה.

## פרק ג: סיום

במסגרת מאמר זה לא דנתי בתוכנו של סל השירותים ובדרכים להוספת שירותים או להוצאתם, למעט הערתי בדבר אפשרות ההפליה במה שנוגע לתוכן הסל. כן לא דנתי בדרכי הפיקוח והאכיפה. נושאים אלה ראויים לדיון נפרד ועצמאי החורג ממסגרת מאמרי זה. ניסיתי להראות כי מעבר לנושאים הממלאים את העיתונים וכלי התקשורת בדונם בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, העוסקים ברובם בתוכנו של סל השירותים, קיימים עניינים נוספים, שעליהם הצבעתי, שהינם יסודיים לא־פחות. ההבדל ביניהם משמעותי במובן זה שבנושאים ה"בוערים" עוסקים כל הזמן, והם משמשים למעשה נושאים למשא־ומתן בין הכוחות השונים הפועלים בהם – מקצועיים ופוליטיים כאחד. בנושאים האחרים, כגון שאלת המימון של שירותי הבריאות ונגישותם, אין דנים כלל או שהדיון בהם אינו רחב דיו. אך מכיוון שהם קיימים, רצוי לתת להם את הדעת כבר עתה, ולדון בפתרונות האפשריים בטרם יתפרצו הבעיות במלוא חומרתן. שאם לא כן, יוטלו אז לתוך הלהבה שתפרוץ שיקולים שלא יתבססו בהכרח על נימוקים מקצועיים טהורים. עדיף למנוע התפרצות אש מאשר לנסות לכבותה בשלב מאוחר, מה־גם שלא כל נסיון כיבוי מוכתר בהצלחה.

