

ע"א 1111/20

בפני הרכב השופטים :

כב' השופט נעם סולברג

ד"ר אורן אסמן

עו"ד מירה היבנר-הראל

אורלי אברהם

ע"י ב"כ מאי ארלובסקי

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

(להלן: "המערערת")

- נגד -

1. הרופא המטפל

2. בית חולים לבריאות הנפש

ע"י ב"כ תמר אדרי

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

(להלן: "המשיבים")

עיקרי טיעון מטעם המשיבים

המשיבים מתכבדים בזאת להגיש לבית המשפט את תשובתם לערעור. בית המשפט הנכבד מתבקש לדחות את הערעור על כל היבטיו, מן הטעמים שיוצגו בתגובה זו. המשיבים יטענו כי צדק בית המשפט קמא כאשר דחה את תביעת הנזיקין של המערערת בשל רשלנות המשיבים, הפרת חובה חקוקה בשל אי ביצוע של החלטת הוועדה להפסקת היריון ובגין כליאת שווא שנגרמה מהשתהות בשליחת המערערת לוועדה בפעם השנייה.



תמר אדרי

ב"כ המשיבים

א. פתח דבר

1. המערערת היא צעירה בת 30, בעלת רקע של אשפוזים פסיכיאטריים. לאחר שיזמה טיפולי הפריה רבים, הצליחה המערערת להשיג את מבוקשה ולהיכנס להריון. בשבוע העשירי להריונה, ביקשה לפתע להפסיק את ההריון, וזאת על רקע אמונה כי האחות שביצעה בה את ההפריה כישפה את העובר. נוסף על כך טענה המערערת כי היא האמינה שהעובר עתיד להיוולד עם מום בלתי הפיך מסוג מחלת נפש תורשתית, וזאת בהסתמך על מספר מחקרים שהגיעו לידה והיא עיינה בהם. **וידגש כי חששות המערערת לבריאות עובריה מעולם לא אומתו בממצאים רפואיים, ולא אושרו על ידי יועץ גנטי, אלא התבססו אך ורק על אמונותיה.**
2. בשל הרקע הנפשי הקיים למערערת וחשש כי היא עתידה לפגוע בעובר שכה חפצה בו, פנו בני משפחתה לרשויות. פנייתם הביאה לאשפוז של המערערת בכפייה בהוראת הפסיכיאטר המחוזי, מכוח סמכותו הקבועה בסעיף 9 לחוק הטיפול בחולי נפש, תשנ"א-1991 (להלן: "**חוק הטיפול**"). ערר שהגישה המערערת על החלטת הפסיכיאטר המחוזי להורות על אשפוז הכפוי, נדחה על ידי הוועדה הפסיכיאטרית שדנה בו מכוח סמכותה שבסעיף 12 לחוק הטיפול. בהחלטת הוועדה נקבע שהפסיכיאטר המחוזי צדק בקביעתו כי נוכח מחלת הנפש ממנה סובלת המערערת היא מסכנת את העובר, וכי קיים סיכון גבוה לכך שהיא תפגע בו. על החלטת הוועדה הפסיכיאטרית הגישה המערערת ערעור לבית המשפט המחוזי, אשר אף הוא נדחה. בית המשפט המחוזי קבע כי לא נפלו פגמים בהחלטת הוועדה הפסיכיאטרית, ולגופו של עניין אכן קיים קשר בין המסוכנות של המערערת לבין מחלת הנפש ממנה היא סובלת.
3. במהלך אשפוז אצל משיב 2, ביקשה המערערת להופיע בפני וועדה להפסקת הריון (להלן: "**הוועדה**") לצורך ביצוע הפסקת הריון. בעקבות בקשתה, נבדקה המערערת על ידי משיב 1, אשר מצא אותה כבלתי כשירה לקבל החלטה רפואית כה משמעותית לחייה, וסבר כי היא שרויה במצב פסיכוטי שאינו מאפשר לה להבין את משמעות הבקשה. על כן, לא התיר משיב 1 את הופעתה בפני הוועדה, כיוון שסבר כי במצבה היא אינה מסוגלת להבין את משמעות ההליך, וכי בקשתה מנוגדת למאמציה הרבים להיכנס להריון.
4. כאשר חל שיפור במצבה של המערערת, פעלו המשיבים במהירות כדי לאפשר למערערת לגשת לוועדה להפסקת הריון. הבקשה נבחנה ואושרה על ידי הוועדה, אולם לאחר אישור הוועדה הבחינו המשיבים, שהמערערת הייתה נתונה להשגחתם, כי מצבה הנפשי התדרדר בשנית. בחינה זו העלתה לדעת המשיבים כי המערערת שוב מצויה בהתקף פסיכוטי שאינו מאפשר לה להביע הסכמה מדעת להפסקת ההריון. לכן, סברו המשיבים כי בשלב זה יש לחכות עם ביצוע הליך הפסקת ההריון עד ישתפר מצבה והיא תוכל להבין את משמעות הטיפול ולהביע הסכמה מודעת לו, והודיעו לה על דחיית הביצוע.
5. נוסף על כך, ייעצו המשיבים למערערת כי נכון יהיה שתמשיך את האשפוז בבית החולים מרצון על מנת שמצבה הנפשי ישתפר במהירות והיא תוכל לשוב לכשירות הנדרשת להבעת הסכמה מדעת להליך הפסקת ההריון. המערערת הבינה את מצבה הרפואי, והסכימה להמשיך האשפוז מרצון לשיפור מצבה למשך כחודש. כעבור חודש, חל שיפור במצב המערערת ואבחנתם המקצועית של המשיבים הייתה כי בשלב זה היא כשירה לביצוע הפסקת ההריון. לכן, המשיבים פעלו במהירות כדי לשלוח את המערערת לביצוע ההליך. המשיבים הצטערו לגלות כי המערערת, אשר הגיעה לשבוע 24 להריונה, כבר לא יכלה לבצע את החלטת הוועדה הראשונה וכי בשלב זה של ההריון נדרשה המערערת לבקש את אישור הוועדה להפסקת הריון בשלב החיות.
6. המערערת הופיעה בפני הוועדה להפסקת הריון בשלב החיות, ולאחר שנבחנה בקשתה, הוועדה החליטה כי להתרשמותה אין כל סיבה לאפשר למערערת לבצע הפסקת הריון בשלב זה, בו העובר כבר בר-חיות. החלטה זו ניתנה על בסיס שיקול דעתה העצמאי של הוועדה, כשלמשיבים אין כל נגיעה להחלטה.
7. המערערת הגישה תלונה על אי קבלת טיפול רפואי והפרת זכויותיה למחלקת פניות הציבור של משיב 2. התלונה נדחתה לאחר בירורה, בשל אופיין המקצועי של החלטות הגורמים הרפואיים. בהמשך, בחרה

המערערת להגיש תביעת נזיקין נגד המשיבים לבית המשפט המחוזי, בה ביקשה פיצויים בטענה כי המשיבים גרמו לה נזק כאשר השתהו בשליחתה לוועדה להפסקת הריון, ובהמשך כאשר החליטו שלא לאפשר את ביצוע החלטת הוועדה הראשונה. זאת תוך טענה כי החלטתם המקצועית של המשיבים המבוססת על חוות דעת פסיכיאטרית כי המערערת בלתי כשירה לבצע את הטיפול, עולה לכדי רשלנות, הפרת חובה חקוקה וכליאת שווא. בית המשפט המחוזי דחה באופן חד משמעי את תביעת המערערת, וקבע כי לא קיימת אחריות נזיקית למשיבים. בית המשפט קמא קיבל את מלוא טענות המשיבים וקבע כי המשיבים לא התרשלו בטיפולם במערערת, וכי החלטות המשיבים נשענות על אדנים מקצועיים שאין מקום לערכאה שיפוטית להתערב בה.

9. על החלטה זו של בית המשפט המחוזי הגישה המערערת את הערעור דנן, אשר בית המשפט הנכבד מתבקש לדחותו מהטעמים שיוצגו להלן, אשר התקבלו במלואם על ידי בית המשפט קמא.

ב. התשתית הנורמטיבית

10. האפשרות לבצע הפסקת הריון יזומה של עובר חי היא על פי הוראות חוק העונשין, תשל"ז-1977 (להלן: "**חוק העונשין**"). סעיף 313 לחוק העונשין קובע איסור כללי לביצוע הפסקת הריון, למעט אם מתקיימים שני התנאים הקבועים בסעיף 314 העוקב: (**א**) הפסקת ההריון נעשית במוסד רפואי מוכר; (**ב**) ניתן אישור על ידי וועדה להפסקת הריון בתנאי סעיף 316. מכוח סעיף 316, הוועדה מוסמכת לאשר ביצוע הפסקת הריון רק לאחר שהתקבלה הסכמתה מדעת של האישה להליך, ורק על סמך אחת מן העילות המנויות בסעיף.

11. הסכמה מדעת היא תנאי מהותי, מקדים ומחייב להפסקה חוקית של הריון בהתאם להוראות חוק העונשין. עקב חשיבותו של תנאי זה, הוסיף המחוקק לפרט בסעיף 316(ב) לחוק העונשין כי "**הסכמה מדעת**" של האישה להפסקת הריונה, תינתן אך ורק הסכמה **בכתב**, לאחר שהוסברו לה שלל הסיכונים הנפשיים והגופניים הכרוכים בהליך. החובה לקבלת הסכמה מדעת של האישה טרם ביצוע הפסקת הריון נקבעה בחוק העונשין טרם נחקק חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 (להלן: "**חוק זכויות החולה**"), בו עוגנה דוקטרינת ההסכמה מדעת לטיפול רפואי "הכללית", שהוכרה עד אז רק בפסיקה. מדברי ההסבר להצעת חוק לתיקון דיני העונשין (הפסקת הריון), תשל"ו-1975, עולה במפורש כוונת המחוקק לוודא כי הוועדה הסבירה לאישה את הסיכונים הכרוכים בהליך. כך, ביצוע ההליך יתאפשר רק לאחר שהוועדה השתכנעה שהאישה הבינה את אותם סיכונים, ולמרות זאת היא עודנה מעוניינת בהפסקת ההריון. ויודגש כי סעיף 313 לחוק העונשין קובע שביצוע הפסקת הריון ללא הסכמה מדעת הוא מעשה פלילי. הסכמתה מדעת של האישה להליך היא אחת מהסממנים המהותיים הנותנים להליך את הכשרו החוקי.

12. חוק זכויות החולה מעניק בכורה לעקרון אוטונומיית המטופל, וקובע כי הוא יועדף על פני אינטרסים ועקרונות אחרים. אף על פי כן, המחוקק הכיר כי במקרים מסוימים, בהתקיימות תנאים מצטברים יֵאבד עקרון האוטונומיה את הבכורה, וניתן יהיה לכפות טיפול רפואי על מטופל (כך בסעיף 15 לחוק זכויות החולה). גישה דומה לזו מצויה גם בסעיף 35 לחוק הטיפול, המגן על זכויות החולים הלוקים בנפש, אך מאפשר גם את הגבלתן. **סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, מתייחס לחולים שאושפזו בכפייה והוא הרלוונטי לענייננו**. הסעיף קובע כי ניתן לתת טיפול רפואי לחולה שאושפז בכפייה לפי מצבו הרפואי, על אף התנגדותו. חוק זכויות החולה, כאמור, מפרט את סוג המקרים שרק בהם ניתן לכפות טיפול רפואי ללא קבלת הסכמת החולה, ואת התנאים המצטברים הנדרשים להתקיים לשם כך. לעומתו, סעיף 35(ט) לחוק הטיפול אינו מפרט תנאים שצריכים להתקיים לשם מתן הטיפול הכפוי (למעט ביחס למתן טיפולים מיוחדים, אשר הוגדרו בדין כטיפול בנזע חשמלי (פרק ה' לתקנות טיפול בחולי נפש, תשנ"ב-1992)).

13. חוק הטיפול הוא הסדר פרטיקולרי לטיפול בבני אדם הסובלים ממחלת נפש, לעומת חוק זכויות החולה שהוא חוק כללי, החל על כל חולה בישראל. בפרשת פלונית בחן כב' השופט חשין את ההסדרים המקבילים בשני החוקים, וקבע שעל עניינו של חולה נפש יחול ההסדר הקבוע בחוק הטיפול, בשל היותו הסדר ספציפי המייחד ומתאים עצמו לחולי נפש. אשר לסוגיית ההסכמה מדעת, תמך כב' שופט בית המשפט המחוזי (בדימוס) בנאי, בעמדה המעניקה עליונות לחוק הטיפול על פני חוק זכויות החולה. זאת בשל היות חוק הטיפול, חוק ספציפי ומיוחד החל על מטופלי בריאות הנפש. דעתו של כב' השופט בנאי נשענת בעיקר על הנימוק כי חלק ניכר מחולי הנפש הם בעלי יכולת מוגבלת להבין נכון את המידע הרפואי הניתן להם – ויכולת זו הכרחית להבנה המאפשרת לחולה לגבש הסכמה מדעת.

14. תהליך קבלת ההסכמה מדעת של האישה על ידי הוועדה להפסקת הריון מפורט בהנחיות משרד הבריאות שפורסמו בחוזר שירותי אשפוז מספר 64/90, אשר קובע את ההנחיות לפעילות הוועדות על פי ההוראות הנוגעות להפסקת הריון בסעיפים 312-321 לחוק העונשין, ובתקנות העונשין (הפסקת הריון), תשל"ח-1978. כחלק מרכזי מתהליך זה נדרש שהאישה הפונה לוועדה תיפגש עם רופא מוסמך אשר יסביר לה את הסיכונים הכרוכים בהפסקת הריון, ולאחר מכן על האישה לאשר בכתב על גבי טופס ייעודי שאכן היא מסכימה מדעת להפסקת ההריון, זאת לאחר שקיבלה את הסברי הרופא והבינה את הסיכונים הכרוכים בהליך.

15. הדרישה להסכמה מדעת בהליך רפואי של הפסקת הריון אינה דומה לדרישה המקבילה והכללית להסכמה מדעת לטיפול רפואי הקיימת בסעיף 13 לחוק זכויות החולה, החלה ביחס לכל טיפול רפואי אחר. בהליך הפסקת הריון כוונת המחוקק ומחוקק המשנה, כפי שהיא באה לידי ביטוי בחוק, בתקנות ובחוזרי מנכ"ל משרד הבריאות, מצביעה על הרצון להעמיד את האישה על הסיכונים והסכנות הקיימים בהפסקת ההריון – סיכונים אשר לא יתקיימו אם היא תבחר שלא לבצע הפסקת הריון. נוסף על כך, הדרישה מכוונת לכך שיוצגו בפני הפונה כמה שיותר אלטרנטיבות לביצוע המעשה. כך למעשה, לא עולה החשש שמא עקב ריבוי מידע האישה תכנס למצב של חרדה ותסרב לטיפול הרפואי. מסירת המידע נעשית דווקא על מנת להרתיע את האישה מפני ביצוע המעשה, והכוונתה לבחירה באופציה חלופית אשר תמנע ממנה סיכונים מיותרים.

16. האמור עד כה מעיד על המטרה שביסוד דרישת ההסכמה מדעת בהפסקת הריון – הגנה על אינטרס האישה שלא תיפגע בריאותה הנפשית והגופנית, ושלא יעשה מעשה בגופה מבלי שתהא לה מודעות גמורה לכל ההשלכות הנובעות ממנו.

ג. המשיבים הפעילו את סמכותם החוקית ולאור חובותיהם המקצועיות

17. המשיבים יטענו כי המערערת לא יכלה להבין את משמעות בקשתה לגשת לוועדה להפסקת הריון, בשל ההתקף הפסיכוטי שהיא הייתה שרויה בו. על אחת כמה וכמה לא יכלה המערערת במצבה להסכים מדעת לביצוע הפעולה לאור מצבה הנפשי.

18. המשיבים יטענו כי משיב 1 הפעיל את סמכותו המפורשת מכוח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, כשהחליט להשהות את הפניית המערערת לוועדה, ובינתיים לדחות את הליך הפסקת הריון. משיב 1 ביקש לשפר את מצבה הנפשי, טרם תבוצע בה פרוצדורה רפואית בלתי הפיכה ללא הסכמתה המודעת לכך. פעולותיו של משיב 1 הבטיחו כי המערערת לא תקבל החלטות הרות גורל, בעת שהיא שרויה בהתקף פסיכוטי המונע ממנה אוטונומיה מלאה.

19. המשיבים יזכירו כי מטרתו של כל אשפוז כפוי היא קבלת טיפול רפואי (סעיף 35(ב) לחוק הטיפול) וכי המטרה הראשונית שבגינה אושפזה המערערת בכפייה הייתה למנוע ממנה לפגוע בעובר שלה באופן בלתי רציונאלי, ובייחוד לאור רצונה העיקש להיכנס להיריון. לפיכך, בפעולותיו, משיב 1 קיים הלכה למעשה את תכלית האשפוז הכפוי של המערערת, כמצופה ממנו על פי חוק.

20. נוסף על הסמכות המפורשת שהפעיל משיב 1 בפעולותיו, יטענו המשיבים כי קיימת להם חובה מקצועית ואתית להתערב בהתנהלות המטופלת המצויה תחת השגחתם הרפואית. בקשת המערערת לא שיקפה את בחירתה האוטונומית, ולכן מנע משיב 1 בפעולותיו נזק מהמערערת, וקיים את חובתו המקצועית. חובות אלו של משיב 1 עומדות בבסיס כללי האתיקה הרפואית.
21. מניעת נזק מהמטופל והטבה עם המטופל הם שני ערכי יסוד של האתיקה הרפואית. ערכים אלה דורשים מהרופא לפעול תמיד במטרה שלא ייגרם למטופל נזק בכוונה, לפעול לטובת המטופל ולעשות כל שביכולתו כדי למנוע כל פגיעה קיימת בבריאותו. כמו כן, הראשונה שבחובות הרופא המנויות בכללי האתיקה הרפואית היא חובתו לשים את טובת המטופל בראש מעייניו, קודם לכל עניין. כך, למרות שלרופא קיימת חובה לפעול תוך כיבוד זכויות האדם של המטופל, חובה זו נסוגה במקרים שבהם טובת המטופל מחייבת זאת.
22. המשיבים יטענו כי כללי האתיקה הרפואית המסדירים את מערכת היחסים ואת נאמנותו של הרופא כלפי המטופל, אינם כללים מנחים בלבד, אלא מחייבים. כללים אלה אינם מוסדרים מתוקף חקיקה ראשית, אך הם זכו למעמד חקיקתי נורמטיבי בפקודת הרופאים. חובת הרופא לנהוג לפי כללי האתיקה המקומית מתחייבת גם לפי כללי האתיקה הבינלאומיים. הצהרת סיאול של WMA, הנוגעת בין היתר לאוטונומיה מקצועית של רופאים, קובעת את החובה של רופא לפעול במסגרת הקוד האתי הנהוג במדינתו.
23. לחלופין, יטענו המשיבים כי כללי האתיקה הם בעלי מעמד מחייב מעצם היותם כללי מוסר מקצועיים. האתיקה המקצועית מחייבת את בעל המקצוע, גם בהעדר מעמד נורמטיבי רשמי, שכן "האתיקה המקצועית יכולה להיות מחייבת מכוח חוק, אבל גם אם אין לה תוקף כזה, היא ראויה להיקרא "מחייבת"."
24. בענייננו, יטענו המשיבים כי אבחון המקצועי של המשיב 1 לגבי מצבה התודעתי הלקוי של המערערת, חייב אותו למנוע ממנה נזק על ידי ביצוע הפסקת ההריון, בשל הסיכונים הכרוכים בהליך ולאור העובדה שהוא בלתי הפיך. השלילה הזמנית של אפשרות המערערת לביצוע הפסקת הריון, נבעה מחובתו הרפואית לשמור על טובתה האישית של המערערת ושלוש עובדה, זאת לאור אבחנתו המקצועית כי היא אינה כשירה לקבל החלטה מודעת, וברצון לקדם את האוטונומיה שלה. פעולות אלו תואמות את גישתו של אסף שילה, שאל מאמרו הפנתה המערערת. לגישת שילה, כשירות היא אינה סטטוס יציב וקבוע בקרב חולי נפש. לכן, באמצעות המתנה ל"רגע של כשירות" ישמרו זכויות חולי הנפש טוב יותר. המשיבים ידגישו כי בבסיס פעולותיהם עמד אותו הרציונל אשר עומד בבסיס טענותיו של שילה – להמתין שהמערערת תהיה כשירה לקבל החלטה הדורשת הסכמה מדעת.
25. כאמור, חוק הטיפול קובע הסדר פרטיקולרי לטיפול בבני אדם הסובלים ממחלת נפש, זאת לאור השוני הרלוונטי שקיים לאוכלוסיית חולי הנפש המצדיק את קיומו של חוק ספציפי עבורם. השוני של אוכלוסיית חולי הנפש ביחס לשאר המטופלים (הנכנסים בגדרו של חוק זכויות החולה) מתאפיין בהעדר כשירות ובלקות בשיקול הדעת של חולי הנפש, בכושר השיפוט המופחת ובבוחן המציאות המעורפל. על כן קיים הספק כי בחירתם של חולי נפש היא אינה בחירה אוטונומית.
26. במאמרה של ד"ר פלד-רז נסקרת באופן נרחב ההבחנה בין בחירה אוטונומית לבחירה שאינה אוטונומית. בחירה אוטונומית היא בחירה מיוחדת, הנסמכת על העדפות עמוקות של הפרט. לכן, במצבים בהם הפרט מבצע בחירות מוחצנות אשר מבטאות העדפות שטחיות ורגעיות ושאינן תואמות את העדפותיו העמוקות, יש מקום להתערב בהן במטרה לכבד ולקדם את העדפותיו העמוקות יותר. יכולת זו לגבש מערך רצונות של העדפות עמוקות, הייחודית לבני האדם, מתערערת במצבי אי-כשירות.
27. המשיבים יטענו כי בהתאם לתיאוריה זו, הצוות הרפואי של המערערת איבחן כי מצבה הפסיכוטי אינו מאפשר לה בחירה אוטונומית. בחירתה של המערערת הייתה החלטה שטחית ורגעית, שאינה בהכרח תואמת את העדפותיה העמוקות, ולכן היה ראוי להתערב בה כפי שעשו המשיבים. בהתאם לכך, לא ניתן לומר כי

התערבות שכזו של הצוות הרפואי מהווה פגיעה באוטונומיה של המטופל, שכן בידי המערערת לא הייתה קיימת אפשרות רפואית לבחירה אוטונומית ופעולות הצוות הרפואי היו פעולות שדווקא קידמו את מובנה העמוק של האוטונומיה. המשיבים יוסיפו שהנסיבות העובדתיות מלמדות על כך שהחלטת המערערת לפעול לסיום ההיריון היא החלטה המביעה העדפה רגעית ושטחית, ומחזקות את האבחון הרפואי והמקצועי שעמד בבסיס פעולות המשיבים. כך היה בפרשת **פלוני נ' אלמונית**, בה כפו טיפול רפואי על יולדת שבחירתה ייצגה העדפה רגעית ושטחית, המנוגדת להעדפותיה העמוקות בשל אי כשירותה, והתערערה היכולת שלה לבצע בחירה אוטונומית בסיטואציה שנדונה בפסק הדין. דוגמה נוספת לכך מצויה בפרשת **אלבז**, בה נקבע כי לרופאת משפחה הייתה חובה מקצועית להתערב בהתנהלות המטופל שלה שסירב להמשיך קבלת טיפול לאור היכרותם המעמיקה. התערבות הרופאה בהתנהלותו, הייתה מקדמת האוטונומיה שלו ולא ההפך.

28. המשיבים יוסיפו ויטענו כי בית המשפט הנכבד נדרש לקחת בחשבון את העובדה כי הטיפול הרפואי שלגביו נדרשת הסכמתה של המערערת הוא טיפול בלתי הפיך, אשר השפעותיו והשלכותיו הרוות הגורל, בייחוד לאור ניסיונה המתמשך של המערערת להיכנס להיריון באופן מלאכותי.

ד. פעולות המשיבים מנעו מהמערערת נזק ופגיעה באוטונומיה שלה

29. המשיבים יציגו בפני בית המשפט הנכבד את מצבם העגום של וועדות הפסקת ההיריון בישראל, ואי-הקפדתן על קיום דרישות החוק להסכמה מדעת של הנשים המבקשות לבצע הפסקות הריון. בהתאם, יידחו המשיבים את טענת המערערת כי הוועדה שקלה כראוי את מצבה הנפשי. המשיבים יטענו כי העדר הכשירות והלקות בשיקול הדעת של המערערת, כפי שאלה עלו מאבחון המקצועי של המשיב 1, בשילוב הפגמים העולים בשגרת הפעילות של הוועדות, מובילים למסקנה אחת ברורה – המשיבים פעלו כדין כאשר דחו את ביצוע הפסקת ההיריון של המערערת מכוח סמכותם בסעיף 35(ט) לחוק הטיפול. לטענתם, וועדה להפסקת הריון לא שקלה כראוי את אי-כשירות המערערת, ופעולות המשיבים מנעו אפוא מהמערערת נזק ופגיעה באוטונומיה שלה.

30. וועדות להפסקת הריון הינן גורם מנהלי מקצועי לו סמכות שבשיקול דעת לאשר בקשות להפסקת הריון, על בסיס הסיבות המנויות בסעיף 316 לחוק העונשין. הוראות החוק המסמיכות את הוועדות מצביעות על שיקול הדעת הנרחב הנתון להן. עם זאת, מלבד העובדה ששיקול דעת זה מוגבל למערך הנימוקים להפסקת הריון הקבועים בחוק העונשין, נדרשים חברי הוועדות להפעיל את שיקול דעתם המקצועי רק לאחר שקיבלו את הסכמתה המודעת של האישה לביצוע המעשה.

31. המשיבים יטענו כי לא רק שיש לדחות את טענת המערערת כי הוועדה להפסקת הריון שקלה כראוי את מצבה הנפשי, אלא שהלכה למעשה הוועדה לא ביצעה את המוטל עליה כדי לקבל את הסכמתה מדעת כנדרש. סימוכין לטענת המשיבים בדבר ליקויים בהתנהלות הוועדות, ניתן למצוא בדו"ח מבקר המדינה משנת 2016 בעניין הפסקות הריון יזומות. אחד הליקויים העיקריים שהוצגו בדו"ח התייחס לתנאים הלא מספקים שנמצאו ביחס להיקף המידע הנגיש לאישה הפונה לוועדות ואופן קבלת הסכמתה מדעת לביצוע הפסקת ההריון. כך עולה כי לא נותר לפונה זמן מספק לבחינת המידע הנמסר לה, להתייעצות ולשקילת ההחלטה טרם היא חותמת על טיפוס ההסכמה מדעת לביצוע ההליך. כמו כן, צוין בדו"ח מבקר המדינה כי קיימת אי-בהירות בנוגע להצגת מסמכים רפואיים הנוגעים למצבה הנפשי של הפונה. חלק מהוועדות במוסדות הרפואיים דורשות מהאישה הפונה חוות דעת על מצבה הנפשי מאת פסיכיאטר, ומנגד חלקן מסתפקות בחוות דעת של רופא המשפחה או בהצהרה של הפונה עצמה בדבר מצבה הנפשי.

32. המשיבים יוסיפו כי מדו"ח המבקר עולה בנוסף כי במוסדות הרפואיים המורשים פוגשת הפונה את הרופא המומחה שאמור להסביר לה על הסיכונים הכרוכים בהליך, רק לאחר שהוועדה אישרה את בקשתה. ליקויים משמעותיים אלו מצביעים על פגמים בעבודת הוועדות ביחס לאופן בו הן מקבלות את ההסכמה מדעת של הפונה, דרך שאינה עולה בקנה אחד עם הוראות חוק העונשין ועם הנחיות משרד הבריאות (שפורסמו בחוזר 23/93).
33. התנהלותן הלקויה של הוועדות ביחס לקבלת ההסכמה מדעת של הפונה, עלתה לדיון וביקורת גם עובר לפרסומם של דו"חות המבקר מהעת האחרונה. מבדיקתה של וועדת ריפטין שמונתה בשנת 1993, עלו עוד אז פגמים בהתנהלות הוועדות להפסקת היריון במוסדות הרפואיים השונים. פגמים הנוגעים, בין היתר, לאופן בו מקבלות הוועדות את ההסכמה מדעת של הפונות. המלצות וועדת ריפטין אומצו ופורסמו בחוזר 23/93, אשר הדגיש את החשיבות בדרישת ההסכמה המודעת של הפונה, והנחה את הוועדות להקפיד על מילוי הוראות אלו. אך כאמור, ליקויים דומים נתגלו שוב על אף המלצות הוועדה ופרסום חוזר 23/93.
34. המשיבים ידגישו כי כלל הפגמים שתוארו לעיל נוגעים להתנהלות וועדות הפסקת ההיריון ביחס לכלל אוכלוסיית הנשים הפונות לוועדות להפסקת היריון. ואולם בל נשכח כי **המערערת שייכת לקבוצה מיוחדת של נשים הפונות לוועדות, נשים הלוקות בנפשן**. התנהלות הוועדות ביחס לקבוצה זו, אשר נתונים לגביהן לא קיימים, מעלה חששות חמורים אף יותר ביחס לתקינות תהליך קבלת הסכמה מדעת של אותן נשים. פרופ' עמוס שפירא במאמרו הכליל את החולים הלוקים בנפשם כחלק מקבוצות האוכלוסייה שביחס אליהן עולות שאלות קשות במיוחד בנוגע להסכמה מדעת, בדומה לקטינים למשל. באופן דומה, כב' השופט בנאי, ייחס את דבריו של פרופ' אמנון כרמי על קטינים לחולי הנפש, שבשל מחלתם – רבים מהם אינם מסוגלים להעריך את המהות של המידע הרפואי, את מידתו ואת התוצאות הצפויות כנדרש ועל כן אינם מסוגלים לגבש הסכמה מדעת.
35. המגמה של אי הקפדה על קיום הדרישה להסכמה מדעת התקיימה גם במקרה הנדון בענייננו. כחלק מהחובה של הוועדה לקיים הליך מעמיק לבירור הסכמתה מדעת של המבקשת וקבלתה, היו יכולים חברי הוועדה, בעזרת שאלון הפרטים האישיים עליו חותמת הפונה לוועדה, לעמוד בהרחבה אחר ההיסטוריה הרפואית של המערערת שיש בה כדי להעלות חשד לעניין כשירותה להסכים מדעת. מכוח הגישה שניתנה להם להיסטוריה הרפואית של המערערת באמצעות חתימתה על השאלון, יכלה הוועדה להיחשף למצבה הנפשי הלקוי של המערערת, ולהיוועץ על כשירותה עם המשיבים. ואולם בענייננו, ניתן להסיק כי הדבר לא נעשה. אם אכן הוועדה הייתה פונה לבית החולים, אבחנת המשיב 1 כי המערערת איננה כשירה למתן הסכמה מדעת, הייתה מובאת לידיעתם. האחריות היא של הוועדה, לא של המשיבים, והייתה זו הוועדה שכשלה בביצוע סמכותה.
36. המשיבים יטענו כי כיוון שלאורך השנים הראו הממצאים הרשמיים מגמתיות של אי-הקפדה על הנחיות החוק ומשרד הבריאות, יש בכך כדי להטיל רבב בדבר תקינות ההליך בענייננו. ולאור הממצאים, אף בענייננו **הליך קבלת ההסכמה מדעת שביצעה הוועדה למערערת הוא שנוי במחלוקת – קל וחומר לאור העובדה כי המערערת לוקה בנפשה ואושפזה בכפייה בשל מחלת הנפש ממנה היא סובלת**. בעניינה של המערערת היה על הוועדה להפסקת היריון לקיים הליך מעמיק של קבלת הסכמה מדעת, כדי להבטיח שאכן ההסכמה לטיפול מתקבלת על בסיס רצונה החופשי והאוטונומי של המערערת. לאור הממצאים שפורטו לעיל, מהם עולה כי הליך ההסכמה מדעת של רב הנשים הפונות להפסקת היריון הוא לקוי, הרי שברירת המחדל המתבקשת היא כי לא נערך הליך מעמיק שכזה בעניינה של המערערת. על כן, יש לדחות את טענת המערערת כי "אין ספק" בכך שהוועדה להפסקת היריון פעלה כמוטל עליה ביחס לדרישת ההסכמה מדעת. לחברי הוועדה הייתה גישה מלאה למידע רפואי אודות מצבה הנפשי של המערערת, וכן אפשרות להיוועץ עם הגורמים הפסיכיאטריים המטפלים בה. ואולם, למרות שהתקנות מחייבות את חברי הוועדה להיות חשופים

להיסטוריה הרפואית של הפונה ולהתייחס אליה – חובה זו לא התמלאה בעניין המערערת. לשם ניהול הליך תקין, החותר לקבלת הסכמה מדעת רצונית ואמיתית של המערערת, על הוועדה היה להתייעץ עם משיב 1, אשר היה בקיא במצבה של המערערת, וידע על אי-כשירותה להסכים מדעת לביצוע הפסקת הריון.

ה. בחירת אחריות המשיבים בנוזיקין

37. **עוולת הרשלנות**, הקבועה בסעיפים 35-36 לפקודת הנוזיקין, מבוססת על ארבעה יסודות: (א) קיומה של חובת זהירות בין המזיק לניזוק; (ב) הפרה של חובה זו (התרשלות); (ג) נזק; (ד) קשר סיבתי בין ההתרשלות ובין הנזק. המשיבים יטענו שחלק מיסודותיה של עוולת הרשלנות אינם מתקיימים בענייננו, ולכן אין לקבל את טענות המערערת כי היא זכאית לפיצוי מכוח עוולה זו.

38. **חובת הזהירות** מחולקת לחובת זהירות מושגית וחובת זהירות קונקרטית. ככלל, בין רופא למטופל קיימים יחסי רעות המטילים על הרופא **חובת זהירות מושגית**. עם זאת, מטעמים של שיקולי מדיניות יש לצמצם את חובת הזהירות המושגית ביחסים שבין רופאים מטפלים לבין חולי נפש המאושפזים בכפייה, בכדי למנוע הרתעת יתר של הרופאים הפסיכיאטרים שעלולה להביא "לרפואה מתגוננת". הרתעת יתר זו תוכל להביא לסיכול מטרת האשפוז הכפוי, שהיא כאמור טיפול ושיפור מצבו הרפואי-נפשי של הפרט. כמו כן, המשיבים יטענו בהקשר זה כי לא קמה **חובת זהירות קונקרטית** למשיב 1 כיוון שלא היה יכול לצפות כי ייגרם למערערת נזק. המערערת אושפזה בכפייה בבית החולים הפסיכיאטרי על מנת שלא תפגע בעוברה. כך, אם היה הרופא טועה בהערכת מצבה הנפשי ומאפשר לה לבצע מעשה כלשהו שיובייל לפגיעה בעובר, הרי שאז הייתה קמה לו חובה זהירות קונקרטית. כך לדוגמה היה בפרשת **אלבז** בה נקבע כי קמה חובה מוגברת לרופא להתערב כאשר הוא מכיר את המטופל לעומק, ולא "להותירו" ללא מעקב ופיקוח בשל רצונו שלא להיות מטופל, על אף ההשלכות הקשות שיש לבריאותו בשל אי הטיפול. באופן דומה, הייתה קיימת חובה מקבילה למשיב 1 להתערב בהתנהלות המטופלת, שכן לולא התערב – אז הייתה קמה לו חובה. כך, גם לא הוכח שמשיב 1 שגה בהערכת מצבה הנפשי של המערערת, ולא הוכח שהמערערת הייתה כשירה לקבל החלטה לבצע הפסקת הריון – ויודגש כי בית המשפט קמא קבע בקשר לכך מסקנה עובדתית ברורה, ולא בנקל יתערב בית משפט של ערעור במסקנות העובדתיות של בית המשפט קמא.

39. כלל ידוע הוא כי אחריות הרופא למטופל תיבחן על פי האמצעים שנקט הרופא להבטחת שלומו של החולה, ולא על פי תוצאת הטיפול הרפואי, שכן "הרופא נדרש לנקוט אותם אמצעים שרופא סביר היה נוקט בנסיבות העניין". בענייננו, המשיבים יטענו כי לא הוכח שהרופא התרשל או חרג מדרך התנהלות של רופא סביר. מן המסכת העובדתית שהתבררה בפני בית המשפט קמא עולה כי פעולותיו של הרופא ננקטו כאמצעי זהירות סבירים על מנת להבטיח את שלומה של החולה, ואת בחירתה האוטונומית. כלומר, המשיבים פעלו על פי סטנדרט סביר של התנהגות המצופה מצוות רפואי במוסד פסיכיאטרי סגור, אשר נדרש להשגיח על מטופליו, ולפעול על מנת שאלו לא יסכנו את עצמם ואת בריאותם הנפשית והפיזית. לטענת המשיבים, אשר התקבלה אף בבית המשפט קמא, אם היה משיב 1 מאפשר למערערת את ביצוע ההליך, מבלי שהסכימה לכך מדעת, דווקא אז - היה מפר את החובה החלה עליו ומתרשל, כפי שהיה בפרשת **הדסה**. בהשוואה לענייננו, ניתן לציין כי המשיב 1 פעל בהתאם להלכה שנקבעה בפרשת הדסה, שכן הוא פעל על פי אבחון המקצועי, ונקט את כל האמצעים הסבירים להגנה על מטרת האשפוז שלה. על משקל חובתו של הרופא בפרשת הדסה – לשמור על המטופל בדיוק מאותו מעשה רצוני שהוביל אותו לפגוע בעצמו – הייתה קיימת חובתו של המשיב 1 לשמור על המערערת מהמעשה הרצוני אשר הוביל לאשפוזו, ולולא היה מונע זאת ממנה, היה מפר את חובתו הזו.

40. המשיבים יטענו שלא מתקיים יסוד הקשר הסיבתי, שכן גם אם תתקבל טענת המערערת לכך שתינוק בריא מהווה נזק (טענה לה מתכחשים המשיבים ונימוקים לדחייתה יוצגו בהמשך), הרי שמעשי המשיבים לא הם שהובילו ללידת הוולד. המערערת מנסה להטיל את האחריות להריון על המשיבים בשעה שדווקא מעשיה

ומאמציה להיכנס להריון הם אלו שהובילו להריון וללידה. המשיבים ידגישו שוב כי לא מנעו מהמערערת ביצוע הפסקת הריון אלא רק השוו את מועד ביצועה, לאור מצבה הנפשי ובשל סופיות המעשה. הוועדה היא זו שקיבלה את ההחלטה הסופית שלא לאשר את הפסקת ההריון, מטעמים שלה.

41. המשיבים יטענו כי במקרה דנן לא התקיים נזק, שכן לא ניתן לעלות על הדעת שתינוק בריא מהווה נזק למערערת. המשיבים ידגישו כי לא עולה מהעובדות כל חשש למום גופני בתינוק, קל או חמור. חששה היחיד של המערערת לאפשרות שהתינוק יחלה במחלת נפש תורשתית אינו הוכח, והוא לא יותר מספקולציה. חשש זה אינו מעוגן ביעוץ גנטי שקיבלה המערערת ממומחה רפואי בתחום או מבוסס בממצאי הבדיקות שערכה אלא הוא מבוסס אך ורק על אמונתה כי האחות כישפה את העובר שלה, בשילוב קריאה של מחקרים רפואיים לכאורה שהמערערת ביצעה באופן עצמאי. הסיבות שבגינן חפצה בהפסקת ההריון מבוססות על ספקולציה בלבד, והן פרי חוסר הכשירות והבנת המציאות הלקויה של המערערת, אשר בגינן אושפזה בכפיה ונמנעה ממנה זמנית האפשרות לבצע את הפסקת ההריון.

42. המשיבים יטענו כי יש לדחות את טענת המערערת לקיום עילה של הריון בעוולה. לטענת המשיבים קיים שוני מהותי ורלוונטי בין הנסיבות הייחודיות של המקרה הנדון בעניינו, ובין נסיבות המקרים שנדונו בפסיקה ובספרות ביחס לעילה זו, שאליהם הפנתה המערערת בכתב הערעור. כפי שטוען המלומד הרמן במאמרו, עילת ההריון בעוולה נובעת מרשלנות בעיקור האב או האם, מרשלנות בביצוע הפסקת ההריון, מרשלנות באבחון ההריון ומפגמים באמצעי מניעה הגורמים ללידתו של ילד לא מתוכנן. המקרים בהם אוזכרה או הוכרה עילה זו בספרות או בפסיקה הישראלית, זה נעשה בשל אחת מהנסיבות הללו, שכאמור לא התקיימו בעניינו. ההריון של המערערת נוצר בזכות טיפולי הפריה מלאכותיים שנעשו ביוזמתה, וכפי שטענה המערערת בעצמה – לטיפולים אלו היא הסכימה מדעת. על כן, לא ניתן להגיד שהילד "אינו מתוכנן" ונולד בשל רשלנות של גורם שלישי, וברור כי ההריון של המערערת לא נכנס תחת אותם המקרים המקימים את העילה של הריון בעוולה. טיפול המשיבים במערערת נעשה בסמכותם מכוח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול בחולי נפש, ובמסגרת טיפול זה – לא הופרה חובת הזהירות שלהם כלפיה, קרי לא התרחשה התרשלנות והטיפול שנכפה עליה הוא לא זה שהוביל בפועל ללידת התינוק ועל כן, לא קמה עילת ההריון בעוולה.

43. כמו כן, אופי המניע שהוביל את ההורים להימנע מהריון ולידה, הוא בעל חשיבות בנוגע לזכותם לתביעה בגין הריון בעוולה. כך, אם המניע להפלה או עיקור מושתת על צורך רפואי-בריאותי (למשל, בשל חשש למום או סכנה הנשקפת לאם), אזי גם אם נולד ילד בריא, ייתכן שיהיה מקום לפיצוי על מלוא הנזק. לעומת זאת, כאשר המניע אינו נובע מצורך רפואי ממשי, כמו בעניינו, ונולד לבסוף ילד בריא – הרי שאין מקום להכרה בנזק בר פיצוי. הדברים מקבלים משנה תוקף בעניינו, בו המערערת לא פעלה כדי להימנע מהריון (בדמות הליך רפואי ייעודי) אלא עשתה כל שבאפשרותה בכדי להיכנס להריון. התשתית העובדתית של המקרה הנדון שונה לחלוטין מנסיבות המקרים שנדונו והתקבלו בפסיקה (כמו בפרשת **דונין** ובפרשת **תמר קדוש**), ועל כן כל הדיון בראש הנזק של הריון בעוולה הוא שגוי בבסיסו.

44. המשיבים יטענו שתשלום פיצויים למערערת עבור הולדת ילד בריא פוגעת בתקנת הציבור. המערערת טוענת למעשה כי קיום חייו של בנה הילוד גרועים ממצב בו לא היה הוא בא לעולם. טענתה מעריכה את חיי בנה הבריא כ"נזק" רק כיוון שבא לעולם בניגוד לרצונה – טענה אשר המשיבים סבורים כי היא מנוגדת לתקנת הציבור ואין זה מוסרי כי בית המשפט בישראל יכיר בה. הכרה בעילת תביעה שכזו מהווה פגיעה בערכים הבסיסיים של ערך חיי האדם וקדושת החיים אשר הינם בעלי מעמד בכורה בדיון הישראלי.

45. המשיבים ידחו את טענתה של המערערת בגין קיומו של נזק מסוג פגיעה באוטונומיה בשל הולדת ילד בריא. לטענה זו יפים דבריו של כב' השופט עמית באומרו "כי את 'הנזק' של פגיעה באוטונומיה של ההורים, ניתן 'לקזז' בתועלת הסיכון שלא נמנע, קרי, בטובת ההנאה הגדולה שנגרמה להם בעקבות הולדת הילד הבריא".

46. המשיבים יוסיפו לטעון כי יש לדחות את הטענה לקיומו של נזק מסוג פגיעה באוטונומיה, כיוון שלא נעשתה במערערת אף פרוצדורה רפואית שלא בהסכמתה. בפרשת **דעקה** נקבע שפגיעה באוטונומיה היא נזק בר פיצוי כיוון שנקבע כי ביצועו של טיפול בלי הסכמה מדעת של המטופל הוא הנזק. ואולם בענייננו לא התרחש הדבר, שכן בחירתה של המערערת לבצע הפסקת הריון לא הייתה בחירה אוטונומית עמוקה, המאפיינת את בחירתה הרצונית. על כן, דווקא הפרוצדורות הרפואיות שנמנעו מהמערערת, הן אלו שהיו גורמות למערערת פגיעה באוטונומיה, שכן הן היו נעשות ללא הסכמה מדעת והבנה רציונאלית של הסכנות וההלכות שבהליך הרפואי. במעשיהם, שמרו המשיבים על האוטונומיה של המערערת ואף פעלו על מנת לקדם ולשמר אותה.
47. בנוסף, בענייננו, לא נפגעה האוטונומיה של המערערת בשל הפרת חובת הגילוי של המשיבים כלפי המערערת. טענות לכאוריות בגין הפרת חובת הגילוי יש להפנות לוועדה להפסקת היריון, שעליה חלה החובה הסטטוטורית לשתף את המערערת בסיכונים וההשלכות של מעשה הפסקת ההריון. על כן, בהעדר הפרה של חובת הגילוי מצד המשיבים, לא ניתן לטעון כי מתקיים נזק מסוג פגיעה באוטונומיה עקב הפרת חובת הגילוי. בנוסף, כיוון שהמשיבים הפעילו את סמכותם מכוח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, לא נדרשה הסכמתה מדעת של המערערת לטיפול הרפואי שניתן לה לשיפור מצבה הנפשי. וידגישו שוב המשיבים, כי לא בוצע בה שום פרוצדורה רפואית הדורשת את הסכמתה. מתוקף סמכותם שבסעיף זה פעלו המשיבים במתן הטיפול הרפואי למערערת לשיפור מצבה הנפשי טרם הפנו אותה לוועדה להפסקת היריון וכאשר השוו את ביצוע הפעולה, והכל על פי אבחונם המקצועי ומרצונם לשמור על זכותה לאוטונומיה ועל שלומה.
48. המשיבים ידחו את טענת המערערת להפרת חובה חקוקה על פי סעיף 63 לפקודת הנזיקין. המשיבים יטענו כי פעלו מכוח סמכותם לפי סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, ולכן הפנייתה של המערערת לסעיף 316 לחוק העונשין אינה רלוונטית לנדון. מעבר לכך, המשיבים יטענו כי יסודות עוולת הפרת חובה חקוקה לא מתקיימים.
49. **החיקוק לא הופר על ידי המשיבים**: המערערת הפנתה להוראות סעיף 316 לחוק העונשין, המטילות סמכות על הוועדה לאשר את הפסקת ההריון לאחר קבלת הסכמה מדעת של האישה להליך, ומחמת אחת מהסיבות המנויות בסעיף. אלא שהוראות הסעיף אינן מטילות חובה על המשיבים לבצע את הפסקת ההריון. הסמכות של הוועדה להפסקת היריון היא סמכות שבשיקול דעת לאשר או לדחות בקשות להפסקת היריון. סמכות זו אינה מקימה חובה שהרשות המנהלית חייבת להפעילה. גם אם קיימת חובה לוועדה מכוח סעיף זה, היא לא מבטלת את יכולתו של משיב 1 להפעיל את סמכותו מכוח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, לכפות טיפול רפואי על המערערת אשר ימנע זמנית ממנה את ביצוע הפסקת ההריון, על מנת לטפל במצבה הרפואי. כמו כן, לא קיימת חובה על משיב 2, שם מאושפזת בכפייה המערערת, לקיים את החלטת הוועדה, אם הוא סבור רפואית כי פעולה זו תפגע בסופו של דבר במערערת, שהייתה מטופלת שנמצאה בהשגחתם הרפואית של המשיבים.
50. **החיקוק אינו מהווה "חיקוק מיטיב"**: המשיבים יטענו כי מדברי ההסבר להצעת החוק עולה כי החיקוק נועד כדי להתאים את החוק לצרכי החברה הישראלית. החוק קובע כי הנסיבות בהן הוועדה מוסמכת לאשר לאשה לבצע הפסקת הריון מוגבלות לטעמים פטרנליסטיים של הגנה על בריאות האם, קידום האינטרס החברתי שבהולדת ילדים בריאים או הגנה על המוסר הציבורי. שיקולים הקשורים לרצון האישה וחירותה לבחור שלא להיות לאם אינם חלק ממניין השיקולים הלגיטימיים שהחוק מונה לביצוע הפסקת הריון. לכן, לא ניתן לטעון כי החיקוק מיטיב עם אוכלוסיית הנשים, לאור מגוון מגבלותיו ואחיותו הפטרנליסטית בהן.
51. **בהקשר לרכיבי העוולה הנוגעים לנזק**, יחזרו ויטענו המשיבים כי לא נגרם למערערת כל נזק. ראשית, תינוק בריא הוא איננו נזק, וכך גם לא התקיימה פגיעה באוטונומיה בענייננו. שנית, החיקוק התנה את קיום הפסקת ההריון קודם לכל, בהסכמתה מדעת של האישה לביצוע ההליך. קרי, החיקוק נועד למנוע נזקים מהסוג שיכלו להיגרם אם המשיבים לא היו נוקטים באמצעי הזהירות שנקטו כדי למנוע זמנית את הפסקת ההריון של המערערת, הנזק של ביצוע המעשה ללא הסכמתה מדעת, אשר נמנע בזכות פעולות המשיבים.

52. כפי שהוכח לעיל, על המשיבים לא חלה החובה מכוח החיקוק אליו הפנתה המערערת, ועל כן לא מתקיים היסוד השלישי לעוולת הפרת חובה חקוקה, הקובע כי נדרש שהמזיק יפר את החובה המוטלת עליו.

ו. טענה בדבר כליאת שווא

53. יש לדחות את טענת המערערת כי תקופת אשפוז עולה לכדי עוולת כליאת שווא לפי סעיף 26 לפקודת הנזיקין, שכן יסודות העוולה אינם מתקיימים בעניינינו. חירותה של המערערת נשללה, אך זו נעשתה כדין. אשפוז הראשוני של המערערת נעשה בסמכות, ותקינות ההליך אושר בערכאות הערעור השונות. המשך אשפוז נעשה על פי הסכמתה לפי סעיף 4(א) לחוק הטיפול, ועמדה לה הזכות להשתחרר מן האשפוז לפי הוראות סעיף 4(ב) לחוק הטיפול. עצם יציאת המערערת מבית החולים לשם הופעתה בפני הוועדה השנייה, מראה שאין ממש בטענתה לכליאת שווא. קרי, מהשלב בו המערערת התאשפזה מרצון, יכלה בכל שלב "לקום" ולעזוב את בית החולים, שכן כבר לא הייתה מאושפזת בכפייה. כך להבדיל מפרשת **כרמלי**, המשך האשפוז בעניינינו נעשה בהסכמת המערערת, ולכן לא ניתן לטעון לכליאת שווא ולשלילת חירות המערערת.

54. כמו כן, לאורך כתב הערעור המערערת טוענת לכך שהיא בעלת כשירות מלאה, בעלת יכולת להביע הסכמה מדעת, באופן שמעיד על יכולות בוחן מציאות וכושר שיפוט מלאים. ואולם, בפרק הדן בעוולת כליאת שווא נעלם לפתע כושר השיפוט של המערערת, יכולתה להסכים מדעת או לסרב לטיפול לאחר בוחן מציאות בריא. על כן, ידגישו המשיבים כי המערערת עושה שימוש ציני באבחון הרפואי של מצבה הנפשי הלקוי ומכירה בו רק כאשר זה תורם לטענותיה בדבר כליאת שווא, ודוחה אותו על הסף כאשר זה אינו מתיישב עם טיעוניה.

55. במצב בו בית המשפט יקבע שהתקיימה כליאת שווא, המשיבים יטענו שעומדת להם ההגנה הקבועה בסעיף 27(3) לפקודת הנזיקין. המשיבים יטענו כי בשל לקותה הנפשית, המשך אשפוז של המערערת היה נחוץ באופן סביר כדי להגן על המערערת מפני עצמה, ולהמשך מתן טיפול רפואי לשיפור מצבה הנפשי. על כל פנים המשך האשפוז נעשה בתום לב, על מנת לשפר את מצבה הנפשי של המערערת ולא על מנת למנוע את אפשרותה להפסיק את ההיריון – לא בכדי אפשרו המשיבים למערערת לבצע את הפסקת ההריון לאחר כחודש, עת חל שיפור במצבה הנפשי.

ז. הערה לעניין חובתם המנהלית של המשיבים

56. אין מחלוקת בין הצדדים שכגוף מנהלי, חלים על המשיבים כללי המשפט המנהלי ובין היתר עקרון חוקיות המנהל ושיקול הדעת המנהלי. לעניין זה טוענים המשיבים שכלל פעילותם נעשתה במסגרת החוק המסמך, הוא סעיף 35(ט) לחוק הטיפול. חוק זה לא רק שהוא גובר על כל הוראת חוק כללית אחרת, אלא הוא טומן בתוכו לשון סמכות חובה, לטפל במערערת על פי אבחון המקצועי של משיב 1.

57. במסגרת הפעלת סמכות חובה זו, הפעיל משיב 1 את שיקול דעתו המקצועי, באופן עצמאי, ומצא שהיות והמערערת לא עומדת בתנאי הכשירות הנדרשים לצורך מתן הסכמה מדעת, ובכדי לקיים את חובתו מכוח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול ולהגן עליה, בחר לפעול בדרך שתמנע זמנית את ההליך, כדי לטפל במצבה הרפואי.

ח. סוף דבר

58. בית משפט נכבד זה מתבקש לדחות את הערעור בשל כל אחד מן הנימוקים והטעמים שפורטו בכתב התשובה לערעור.

59. סמכותו המפורשת של משיב 1 לכפות טיפול על המערערת מכוח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, מהווה את הבסיס החוקי לפעולותיו. במעשיו, פעל משיב 1 לשיפור מצבה הנפשי ובכך הגן על המערערת ועוברה מפני מצבה הנפשי של המערערת.

60. נוסף על כך, למשיבים הייתה חובה אתית-מקצועית לפעול לטובת המטופלת שבאחריותם, ולא לגרום לה נזק, שכן אבחנתו המקצועית של הרופא הייתה כי המערערת לא כשירה להחליט על ביצוע ההפלה. לכן,

פעולות הרופא מכוח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול הינה בגדר סמכות שבחובה, על מנת שלא תיפגע האוטונומיה של המערערת, לאור אבחנתו המקצועית של מצבה הנפשי.

61. יתר על כן, משיב 1 פעל על מנת לקדם את האוטונומיה שלה, ופעל על מנת למנוע קיום של הליכים רפואיים בלתי הליכיים בגופה מבלי שתהיה לה הכשירות להסכים להם מדעת, ובכך קידמו את האוטונומיה שלה.

62. לעמדת המשיבים, בית משפט קמא צדק כאשר לא התערב בהחלטות המקצועיות של הגורמים הרפואיים, שבראש מעייניהם עמדה טובת המטופלת ושיפור מצבה הנפשי, ופעלו הם לשם הגשמת תכלית אשפוזה הכפוי – שיפור מצבה הנפשי על ידי קבלת טיפול רפואי, כפי שציווה המחוקק.

63. כמו כן, בית משפט קמא צדק בקביעתו כי לא נגרם נזק בר פיצוי למערערת, שכן ילד בריא הוא איננו נזק בר פיצוי. קביעה זו תואמת את רוח הפסיקה, דעות המלומדים והעמדה המוסרית הראויה.

64. לאור כל האמור לעיל, מתבקש בית המשפט הנכבד לדחות את הערעור.



תמר אדרי
ב"כ המשיבים

רשימת אסמכתאות

ע"א 1111/20 אורלי אברהם נ' הרופא המטפל ואח'

חקיקה

1. חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, ס"ח 1391.
2. חוק לשכת עורכי הדין, התשכ"א-1961, ס"ח 347.
3. פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976, נ"ח 594.
4. חוק העונשין, התשל"ז-1977, ס"ח 864.
5. פקודת הנזיקין [נוסח חדש], נ"ח התשכ"ח 266.
6. חוק לטיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, ס"ח 1339.
7. חוק הסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד), התשנ"ו-1996, ס"ח 1577.
8. חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, ס"ח 1591.

תקנות

9. תקנות העונשין (הפסקת הריון), התשל"ח-1978, ק"ת 3856.
10. תקנות בריאות העם (טופסי הסכמה), התשמ"ד-1984, ק"ת 4683.
11. תקנות בריאות העם (הפריה חוץ-גופית), התשמ"ז-1987, ק"ת 5035.

הצעות חוק

12. הצעת חוק לתיקון דיני העונשין (הפסקת הריון), התשל"ו-1975, ה"ח 1217.

פסיקה

13. ע"א 145/80 שלמה ועקנין נ' המועצה המקומית בית שמש ואח' לו(1) 113 (1982).
14. ע"א 518/82 זייצוב נ' כץ, פ"ד כו(1) 85 (1986).
15. ע"א 558/84 מזל כרמלי נ' מדינת ישראל מא(3) 757 (1987).
16. ע"פ 480/85 קורטאם נ' מדינת ישראל פ"ד מ(3) 673 (1986).
17. בע"א 580/86 ד"ר עמירם פישמן נ' שר הבריאות, פ"ד מא(2) 614 (1987).
18. ע"א 4025/91 יצחק צבי נ' ד"ר יעקב קרול נ(3) 784 (1996).
19. ע"א 2781/93 דעקה נ' בית החולים "כרמל" חיפה, פ"ד נג(4) 526 (1999).
20. ת"א (שלום י-ם) 733/94 דונין רבקה נ' קופ"ח של ההסתדרות הכללית של העובדים בישראל ואח' (פורסם בנבו, 19.9.1996).
21. ע"א 1338/97 תנובה מרכז שיתופי לשווק תוצרת חקלאית בע"מ נ' ראבי, פ"ד נו(4) 673 (2003).
22. ת"א (מחוזי י-ם) 1315/97 פלונית נ' קופת חולים של ההסתדרות הכללית של העובדים בישראל, פ"מ תשס"ג(2) 309 (2004).
23. ע"מ 6219/03 פלונית נ' משרד הבריאות, נח(6) 145 (2004).
24. ת"א מחוזי חי 814/03 אלבו נ' שירותי בריאות כללית (פורסם בנבו, 26.11.2008).
25. בע"א 8142/04 יריב מלימובקה נ' שר הבריאות, פ"ד נט(6) 166 (2005).
26. ע"א (מחוזי ב"ש) 1153/06 קדוש תמר נ' אסותא מרכזים רפואיים בע"מ (פורסם בנבו, 31.12.2009).
27. ע"א 1326/07 ליאור המר נ' פרופ' עמי עמית (פורסם בנבו, 28.5.2012).
28. ה"פ (מחוזי חי) 23437-06-09 פלוני נ' אלמונית (פורסם בנבו, 28.6.2009).

29. ע"א 1303/09 קדוש נ' בית החולים ביקור חולים (פורסם בנבו, 5.3.2012).
30. ע"א 4486/11 פלוני נ' פלוני (פורסם בנבו, 15.7.2013).
31. ע"א 3114/12 מנחם ששון נ' משרד הרווחה (פורסם בנבו, 13.4.2014).

דו"חות וחוזרים רשמיים

32. הסתדרות הרפואית בישראל, לשכת האתיקה "אתיקה רפואית – כללים וניירות עמדה" (אבינעם רכס עורך, 2014).
33. הצוות לבדיקת ביצוע סעיפי חוק העונשין הנוגעים בהפסקת הריון (ועדת ריפטיין) דו"ח הוועדה (1992).
34. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 23/07 "ועדות להפסקת הריון בשלב החיות" (19.12.2007).
35. חוזר משרד הבריאות מספר 23/93 "שמירת החוק והתקנות ע"י הוועדות להפסקת הריון – הנחיות ביצוע" (14.11.1993).
36. חוזר שירותי אשפוז מספר 64/90 "הנחיות בדבר מסירת מידע לאישה הפונה לוועדות להפסקת הריון וסדרי עבודתן של הוועדות" (15.6.1990).
37. מבקר המדינה דו"ח שנתי 65 לשנת 2014 ולחשבונות שנת הכספים 2013 (2015).
38. מבקר המדינה דו"ח מבקר המדינה משנת 2016 - הפסקות הריון יזומות (2016).

ספרים

39. אהרן ברק מבחר כתבים כרך ב 1086-1087 (חיים ה' כהן ויצחק זמיר עורכים, 2000).
40. אמנון כרמי בריאות ומשפט (2003).

מאמרים

41. יצחק בנאי "החלת הוראות חוק זכויות החולה על חולי נפש" רפואה ומשפט (28) 15 (2003).
42. אסתר בן חיים, ציפי שדה ונאוה ילין "יישום חוק זכויות החולה בבתי החולים" רפואה ומשפט 30 (2004).
43. יוסי גרין "האם נוהל הפסקת הריון הקבוע בחוק העונשין משקף את תקנת הציבור?" רפואה ומשפט (39) 187 (2008).
44. יוסי גרין "חובת אמון של הרופא" חובות אמון בדין הישראלי 321 (2016).
45. טל דואניאס "אחריות מקצועית של הוועדה להפסקת הריון" רפואה ומשפט (46) 13 (2012).
46. עמוס הרמן "הריון בעוולה" משפחה במשפט (ג-ד) 97 (2009-2010).
47. רונית חיימוב-קוכמן ואריה הורוביץ, "פוריות מאוחרת" הרפואה (ו) 465 (2007).
48. אמנון כרמי "ההסכמה של קטין לטיפול רפואי" רפואה ומשפט (18) 5 (1998).
49. אסא כשר "אתיקה, משפט ושיפוט" ספר שמגר ב 434 (2003).
50. מרדכי (מוטי) מרק "מבט מבעד לעדשה של תורת המשפט הטיפולי על אשפוז פסיכיאטרי בכפייה בישראל" קרית המשפט ט 83 (2011).
51. יצחק עמית "סוס הפרא של הפגיעה באוטונומיה", ספר שטרסברג-כהן 465 (א' ברק, י' זמיר, א' כהן, מ' סבוראי וא' עפארי עורכים, 2017).
52. מאיה פלד-רז "'אחר כך תודה לנו': טיפול כפוי בפרט כשיר, המסרב מדעת" הפרקליט נג(1) 61 (2014).

53. נילי קרקו-אייל "דוקטרינת ההסכמה מדעת בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996" **הפרקליט** מט 181 (2008).
54. נויה רימלט "אמא טובה, אמא רעה, אמא לא רלוונטית: הורות במשפט בין אידאל השוויון למציאות האימהית" **משפטים** (לט) 573 (2010).
55. אליאב שוחטמן "על דרישת ההסכמה המודעת בהפסקת הריון" **משפטים** כט 737 (1998).
56. אסף שילה "קבלת הסכמה מדעת לטיפול רפואי של חולי נפש" **רפואה ומשפט** 17 69 (1997).
57. עמוס שפירא "ההסכמה מדעת' לטיפול רפואי – הדין המצוי והרצוי" **עיוני משפט** יד(2) 225 (1989).

בית המשפט המבוים בהרצליה

בשבתו כבית משפט עליון לערעורים אזרחיים

ע"א 1111/20

בפני הרכב השופטים :

כב' השופט נעם סולברג

ד"ר אורן אסמן

עו"ד מירה היבנר-הראל

אורלי אברהם

ע"י ב"כ מאי ארלובסקי

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

(להלן: "המערערת")

- נגד -

1. הרופא המטפל

2. בית חולים לבריאות הנפש

ע"י ב"כ תמר אדרי

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

(להלן: "המשיבים")

כתב תשובה לערעור

השאלות המשפטיות שהוכרו על ידי בית משפט קמא ונבחנות גם במסגרת ערעור זה, הן האם היה בסמכותם של המשיבים לקבל החלטות בעניינה של המערערת, באופן שיקבע את כשירותה ליתן הסכמה מדעת להליך הפסקת ההריון. המשיבים מתכבדים להגיש לבית המשפט הנכבד את כתב התשובה לערעור שהגישה המערערת, בו מתבקש בית המשפט לדחות את הערעור, מהטעמים שעלו בפסק דינו של בית המשפט קמא, ומהטעמים אשר יוצגו להלן בהרחבה בכתב ערעור זה. המשיבים יטענו כי צדק בית המשפט קמא כאשר דחה את תביעת המערערת על כל היבטיה, וכי אין כל הצדקה להתערב בפסק דינו, שכן המערערת לא הראתה כי קיימת בהכרעת בית המשפט קמא כל שגיאה משפטית או עובדתית.

א. פתח דבר

1. עניינו בערעור על פסק הדין של בית המשפט המחוזי, אשר דחה את תביעת הנזיקין של המערערת לפיצויים בשל רשלנות המשיבים, הפרת חובה חקוקה בשל אי ביצוע של החלטת הוועדה להפסקת הריון, ובגין כליאת שווא שנגרמה מהשתהות בשליחתה של המערערת לוועדה בפעם השנייה. בית המשפט קמא דחה את הטענות בדבר אחריות המשיבים, מבלי שראה צורך לדון בשאלת היקף הנזק שנגרם.
2. המערערת היא צעירה בת 30, בעלת רקע של אשפוזים פסיכיאטריים. לאחר שיזמה טיפולי הפריה רבים, הצליחה המערערת להשיג את מבוקשה ולהיכנס להריון. בשבוע העשירי להריונה, ביקשה לפתע להפסיק את ההריון, וזאת על רקע אמונה כי האחות שביצעה בה את ההפריה כישפה את העובר. נוסף על כך טענה המערערת כי היא האמינה שהעובר עתיד להיוולד עם מום בלתי הפיך מסוג מחלת נפש תורשתית, וזאת בהסתמך על מספר מחקרים שהגיעו לידה והיא עיינה בהם. **וידגש כי חששות המערערת לבריאות עובר מעולם לא אומתו בממצאים רפואיים, ולא אושרו על ידי יועץ גנטי, אלא התבססו אך ורק על אמונותיה.**
3. בשל הרקע הנפשי הקיים למערערת וחשש כי היא עתידה לפגוע בעובר שכה חפצה בו, פנו בני משפחתה לרשויות. פנייתם הביאה לאשפוז של המערערת בכפייה בהוראת הפסיכיאטר המחוזי, מכוח סמכותו הקבועה בסעיף 9 לחוק הטיפול בחולי נפש, תשנ"א-1991 (להלן: "חוק הטיפול").
4. עם אשפוז, הגישה המערערת באמצעות בא כוחה ערר על החלטת הפסיכיאטר המחוזי להורות על אשפוז הכפוי. הוועדה הפסיכיאטרית שדנה בערר מכוח סמכותה שבסעיף 12 לחוק הטיפול, דחתה את הערר ואישרה את האשפוז. בהחלטת הוועדה נקבע כי צדק הפסיכיאטר המחוזי שקבע כי נוכח מחלת הנפש ממנה סובלת המערערת היא מסכנת את העובר, וכי קיים סיכון גבוה לכך שהיא תפגע בו.
5. על החלטת הוועדה הפסיכיאטרית הגישה המערערת ערעור לבית המשפט המחוזי, אשר אף הוא נדחה. בית המשפט המחוזי קבע כי לא נפלו פגמים בהחלטת הוועדה הפסיכיאטרית, ולגופו של עניין אכן קיים קשר בין המסוכנות של המערערת לבין מחלת הנפש ממנה היא סובלת. קרי, בעניין המערערת אכן מתקיימים התנאים הנדרשים להורות על אשפוז כפוי, המנויים בסעיף 9 לחוק הטיפול.
6. במהלך אשפוז אצל משיב 2, ביקשה המערערת להופיע בפני וועדה להפסקת הריון לצורך ביצוע הפסקת הריון (להלן: "הוועדה"). בעקבות בקשתה נבדקה המערערת על ידי משיב 1, אשר מצא אותה כבלתי כשירה לקבל החלטה רפואית כה משמעותית לחייה, וסבר כי היא שרויה במצב פסיכוטי שאינו מאפשר לה להבין את משמעות הבקשה. על כן, לא התיר משיב 1 את הופעתה בפני הוועדה, כיוון שסבר כי במצבה היא אינה מסוגלת להבין את משמעות ההליך, וכי בקשתה מנוגדת למאמציה הרבים להיכנס להריון. עוד הוא סבר כי הבקשה מחדדת ומחזקת את אבחנתו בדבר ההתקף הפסיכוטי שבו שרויה המערערת. עקב כך, בשלב זה לא התאפשר למערערת להופיע בפני הוועדה, עד לשיפור במצבה ויציאתה מההתקף הפסיכוטי בו היא שרויה.
7. כאשר חל שיפור במצבה של המערערת, פעלו המשיבים במהירות כדי לאפשר למערערת להופיע בפני הוועדה. בקשתה להפסקת הריון נבחנה ואושרה על ידי הוועדה (להלן: "החלטת הוועדה הראשונה"), אולם לאחר אישור הוועדה הבחינו המשיבים, שהמערערת הייתה נתונה להשגחתם, כי מצבה הנפשי התדרדר בשנית. בחינה זו העלתה לדעת המשיבים כי המערערת שוב מצויה בהתקף פסיכוטי שאינו מאפשר לה להביע הסכמה מדעת להפסקת ההריון. על כן, סברו המשיבים כי לעת עתה יש לחכות עם

ביצוע הליך הפסקת ההריון עד לשיפור במצבה, וזאת אף מתוך תקווה כי מצבה ישתפר שוב במהירות. בהתאם להחלטתם הודיעו המשיבים למערערת כי בקשתה להפסיק את ההריון **נדחית** עד אשר ישתפר מצבה, והיא תוכל להבין את משמעות הטיפול ולהביע הסכמה מודעת לטיפול.

8. נוסף על כך ייעצו המשיבים למערערת כי נכון יהיה שתמשיך את האשפוז בבית החולים מרצון. זאת על מנת להחיש את היציאה מההתקף הפסיכוטי בו היא שרויה, כדי שמצבה הנפשי ישתפר במהירות, ובעיקר כדי שהיא תהיה מסוגלת שוב לקבל החלטה רצונית ולתת הסכמה מודעת להליך הפסקת ההריון.

9. בתום התייעצות בין המערערת למשיבים, הבינה המערערת את מצבה הרפואי, והסכימה להמשיך האשפוז מרצון למשך כחודש על מנת שישתפר מצבה. בהתאם לחובתם הרפואית, גילו המשיבים למערערת את הערכתם המקצועית כי בתום האשפוז מצבה הפסיכוטי עשוי להשתפר, וכי תהיה במצב רפואי תקין להבין את משמעות ההליך ולבצעו, משמע להוציא לפועל את החלטת הוועדה הראשונה. בהתאם לאבחנתם הרפואית של המשיבים, אכן חל שיפור במצבה של המערערת לאחר כחודש, וכפי שהבטיחו פעלו המשיבים במהירות כדי לשלוח את המערערת לביצוע הפסקת ההריון. אבחנתם המקצועית של המשיבים הייתה כי בשלב זה המערערת כשירה לבצע את ההליך הרפואי, ולהבין את שלל השלכותיו.

10. המשיבים הצטערו לגלות כי המערערת, אשר הגיעה לשבוע 24 להריונה, כבר לא יכלה לבצע את החלטת הוועדה הראשונה וכי בשלב זה של ההריון נדרשה המערערת לבקש את אישורה של הוועדה להפסקת היריון בשלב החיות, זאת מכוח הנחיות חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 23/07 – ועדות להפסקת היריון בשלב החיות.

העתק חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 23/07 "ועדות להפסקת היריון בשלב החיות" (19.12.2007) מצורף לתגובת המשיבים ומסומן **כנספח מש/1**.

11. המערערת הופיעה בפני הוועדה להפסקת היריון בשלב החיות, ולאחר שנבחנה בקשתה, הוועדה החליטה כי להתרשמותה אין כל סיבה לאפשר למערערת לבצע הפסקת היריון בשלב זה, בו העובר כבר בר-חיות (להלן: "**החלטת הוועדה השנייה**"). החלטה זו ניתנה על בסיס שיקול דעתה העצמאי של הוועדה, כשלמשיבים אין כל נגיעה להחלטה.

12. המערערת הגישה תלונה על אי קבלת טיפול רפואי והפרת זכויותיה למחלקת פניות הציבור של משיב 2. התלונה נדחתה לאחר בירורה, בשל אופיין המקצועי של החלטות הגורמים הרפואיים. יצוין כי המשיבים לא נרתעו לבדוק עצמם ולערוך בדיקה יסודית על התנהלותם בעניינה של המערערת. תחקיר מקיף שערך משיב 2 העלה כי החלטות הגורמים הרפואיים היו החלטות מנומקות אשר התקבלו על רקע מקצועי, והתבססו על חוות דעתו של הצוות הרפואי הישיר שטיפל במערערת לכל אורך אשפוזו. אי לכך לא נותר אלא להצטער על הנזק שנגרם לטענת המערערת, המוכחש על ידי המשיבים. לכל היותר צריכה המערערת להלין על החלטת הוועדה השנייה ולא להפנות את טענותיה כלפי המשיבים.

13. לאחר תחקיר משיב 2 בחרה המערערת להגיש תביעת נזיקין נגד המשיבים לבית המשפט המחוזי. בתביעתה ביקשה המערערת פיצויים בטענה כי המשיבים גרמו לה נזק כאשר השתהו בשליחתה לוועדה להפסקת היריון, ובהמשך כאשר החליטו שלא לאפשר את ביצוע החלטת הוועדה הראשונה. זאת תוך טענה כי החלטתם המקצועית של המשיבים המבוססת על חוות דעת פסיכיאטרית כי המערערת בלתי כשירה לבצע את הטיפול, עולה לכדי רשלנות, הפרת חובה חקוקה וכליאת שווא.

14. לאחר שבית המשפט המחוזי בירר את התביעה, שמע את טענות הצדדים, ונחשף לראיות, דחה בית המשפט קמא באופן חד משמעי את תביעת המערערת, וקבע כי לא קיימת אחריות נזיקית למשיבים. בית המשפט קמא קיבל את מלוא טענות המשיבים וקבע כי המשיבים לא התרשלו בטיפולם במערערת, וכי החלטות המשיבים נשענות על אדנים מקצועיים שאין מקום לערכאה שיפוטית להתערב בה. בית המשפט הוסיף כי מקום שהמערערת יזמה בעצמה טיפולי פוריות, לא ניתן לקבוע כי נגרם לה נזק מהחלטות המשיבים, אשר סברו כי אינה כשירה רפואית לבצע הליך של הפסקת היריון.
15. על החלטה זו של בית המשפט המחוזי הגישה המערערת את הערעור דנן, אשר בית המשפט הנכבד מתבקש לדחותו מהטעמים שיוצגו להלן, אשר התקבלו במלואם על ידי בית המשפט קמא. ואולם, טרם פירוט טיעוני המשיבים, ירחיבו המשיבים על התשתית הנורמטיבית בה עוסק הערעור דנן – תשתית אשר תומכת בדחיית הערעור על כל טענותיו.

ב. התשתית הנורמטיבית

16. האפשרות לבצע הפסקת היריון יזומה של עובר חי היא על פי הוראות חוק העונשין, תשל"ז-1977 (להלן: **"חוק העונשין"**). סעיף 313 לחוק העונשין קובע איסור כללי לביצוע הפסקת היריון, למעט אם מתקיימים התנאים הקבועים בסעיף 314 העוקב. הוראות סעיף 314 מאפשרות זאת בהינתן שני תנאים מצטברים: (א) הפסקת ההריון נעשית במוסד רפואי מוכר; (ב) ניתן אישור על ידי וועדה להפסקת היריון, בתנאי סעיף 316. מכוחו של סעיף 316, הוועדה מוסמכת לאשר ביצוע הפסקת ההריון רק לאחר שהתקבלה **הסכמתה מדעת** של האישה להליך, ורק על סמך אחת מן העילות המנויות בסעיף (עילות הקשורות לגיל האישה; סוג היחסים מהם נבע ההיריון; מום פיזי או נפשי שעלול להיות לוולד; סכנה הנשקפת לחיי האישה בשל המשכת ההיריון או נזק פיזי או נפשי שעלול להיגרם לה בגינו).
17. הסכמה מדעת היא תנאי מהותי, מקדים ומחייב להפסקה חוקית של היריון בהתאם להוראות חוק העונשין. עקב חשיבותו של תנאי זה הוסיף המחוקק לפרט בסעיף 316(ב) לחוק העונשין כי לשם **"הסכמה מדעת"** של האישה להפסקת הריונה, תינתן אך ורק הסכמה **בכתב**, לאחר שהוסברו לה שלל הסיכונים הנפשיים והגופניים הכרוכים בהליך. סעיף זה מהווה הכרה ראשונית של המחוקק בדוקטרינת ההסכמה מדעת בהליך הפסקת היריון. הסעיף נחקק טרם נחקק חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 (להלן: **"חוק זכויות החולה"**), בו מעוגנת דוקטרינת ההסכמה מדעת לטיפול רפואי **"הכללית"**, שהוכרה עד אז רק בפסיקה (ראו נילי קרקו-אייל, **"דוקטרינת ההסכמה מדעת בחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996"** **הפרקליט** מט' 181, 197 (2008)). מדברי ההסבר להצעת החוק שבאמצעותה הוסיף המחוקק לראשונה את דוקטרינת ההסכמה מדעת להליך הפסקת היריון, עולה במפורש כוונת המחוקק לוודא כי הוועדה הסבירה לאישה את הסיכונים הכרוכים בהליך. כך, ביצוע ההליך יתאפשר רק לאחר שהוועדה השתכנעה שהאישה הבינה את אותם סיכונים, ולמרות זאת היא עודנה מעוניינת בהפסקת ההיריון (הצעת חוק לתיקון דיני העונשין (הפסקת היריון), תשל"ו-1975). כך למעשה, שנים רבות לפני שהטיל המחוקק חובה כללית לקבלת הסכמה מדעת לכל טיפול רפואי, בחר הוא לעגן את דוקטרינת ההסכמה מדעת ביחס להליך רפואי של הפסקת היריון, ואף הגדיר את ההליך הפרוצדוראלי הנדרש לקבלת ההסכמה מדעת (תקנה 13(ד) לתקנות העונשין (הפסקת היריון), תשל"ח-1978).

18. המחוקק קבע כי מבלי שניתנה הסכמת האישה ביצוע הפסקת ההריון הוא מעשה פלילי, וההסכמה מדעת היא אחת מהסממנים המהותיים הנותנים להליך את הכשרו החוקי. בעוד ביצוע של כל טיפול רפואי ללא הסכמה מדעת מהווה עוולה אזרחית אשר ניתן לדון בה באמצעות דיני הנזיקין, ורק במקרה החריג

הטיפול יסווג כעבירה פלילית, הרי שבנוגע להפסקת הריון, קבע המחוקק באופן מפורש כי פעולה ללא הסכמה מדעת מהווה עבירה פלילית ספציפית (סעיף 313 לחוק העונשין; ע"א 1303/09 **קדוש נ' בית החולים ביקור חולים**, 190 (פורסם בנבו, 5.3.2012) (להלן: "**פרשת קדוש**"); ראו אליאב שוחטמן, "על דרישת ההסכמה המודעת בהפסקת הריון" **משפטים** כט 737, 738-739 (1998) (להלן: "**על דרישת ההסכמה המודעת בהפסקת הריון**").

19. דוקטרינת ההסכמה מדעת לטיפול רפואי מבטאת את זכות האדם להחליט ולהכריע מה יעשה בגופו כביטוי לאוטונומיה שלו. אוטונומיה זו נגזרת מזכות האדם החוקתית לכבוד המעוגנת בחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו. דוקטרינת ההסכמה מדעת מתייחסת לאלמנט ההסכמה מצד המטופל לקבל טיפול, לאחר מימוש חובת הגילוי הנדרשת מהרופא המטפל. על פי דוקטרינה זו, קמה לרופא חובה למסור למטופל כל מידע רלוונטי על היבטים שונים של הטיפול המוצע, על מנת לקבל את הסכמתו 'האמיתית' של המטופל. אי גילוי של מידע שכזה עשוי לקעקע את ההסכמה של המטופל לעריכת הטיפול (פרשת **קדוש**, בעמ' 189), כיוון שבבסיס הדוקטרינה עומדת ההנחה כי הסכמה שלא מדעת – הסכמה שהיא לא על בסיס הבנה של משמעות הטיפול – פוגעת באוטונומיה של המטופל (יצחק עמית "סוס הפרא של הפגיעה באוטונומיה" **ספר שטרסברג-כהן** 465, 468 (2017) (להלן: "**סוס הפרא של הפגיעה באוטונומיה**").

20. דוקטרינת ההסכמה מדעת מעוגנת כיום בפרק ד' לחוק זכויות החולה, אולם עוד טרם עיגונה בחוק זה הוכרה הדוקטרינה בפסיקה ענפה של בית המשפט העליון (ראו למשל ע"פ 480/85 **קורטאם נ' מדינת ישראל**, פ"ד מ(3) 673, 685-686 (1986); ע"א 506/88 **האגודה למען זכות האזרח על חיו נ' מדינת ישראל**, פ"ד מח(1) 87, 179-180 (1993)). טרם חקיקת חוק זכויות החולה עוגנה דרישת ההסכמה מדעת במספר מצומצם של הוראות חוק, אשר עסקו בטיפולים או במטופלים מסוימים, בהם ראה המחוקק חשיבות יתר לקבלת ההסכמה מדעת ברורה וחד-משמעית של המטופל (ראו למשל סעיף 316 לחוק העונשין; סעיף 18 לחוק הסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד), התשנ"ו-1996; תקנות בריאות העם (טופסי הסכמה), התשמ"ד-1984; תקנה 14 לתקנות בריאות העם (הפריה חוץ-גופית), התשמ"ז-1987).

21. **הפסקת הריון היא מקרה ייחודי שבו ניתן לאדם בריא טיפול רפואי, שכן המעשה לא נובע בהכרח מטעמי בריאות.** בשל כך, כאמור, ראה המחוקק צורך מהותי לחייב רופא המתבקש לבצע הפסקת הריון לקבל את הסכמתה מדעת של האישה (סעיף 316 לחוק העונשין); ובהמשך, לאחר חקיקת חוק זכויות החולה, דרישת ההסכמה מדעת לביצוע הפעולה נגזרת גם מהחובה הכללית לקבל את הסכמתו מדעת של המטופל לטיפול רפואי המוצע לו מכוח סעיף 13(א) לחוק זכויות החולה. סעיף זה מעגן כאמור את הדרישה העקרונית לקבלת ההסכמה מדעת של חולה לטיפול רפואי, ומפורטות בו הדרכים לקבלת ההסכמה מדעת.

22. לפי סעיף 13(ב) לחוק זכויות החולה, בכדי לקבל ההסכמה מדעת של חולה לטיפול רפואי נדרש שהמטפל ימסור למטופל את המידע הרפואי הדרוש לו, באופן סביר, כדי לאפשר לו להחליט האם להסכים לטיפול המוצע לו. "מידע רפואי" שיש למסור למטופל כולל גם את מהות ההליך, מטרתו, התועלת שצפויה לעלות ממנו, סיכונים וסיכויים, ואפשרויות טיפול אלטרנטיביות (סעיף 13(ב) לחוק זכויות החולה; ע"א 2781/93 **דעקה נ' בית החולים "כרמל" חיפה**, פ"ד נג(4) 526, 548 (1999) (להלן: "**פרשת דעקה**"). כמו כן, סעיף 13(ג) קובע כי המידע יימסר למטופל מוקדם ככל האפשר, באופן שיאפשר למטופל זמן מספיק להבנת המידע, וקבלת החלטה רצונית ועצמאית על בסיסו.

23. חוק זכויות החולה מעניק בכורה לעקרון אוטונומיית המטופל, וקובע כי עקרון האוטונומיה יועדף על פני אינטרסים ועקרונות אחרים. אף על פי כן, המחוקק הכיר כי במקרים מסוימים, בהתקיימות תנאים מצטברים יאבד עקרון האוטונומיה את הבכורה, וניתן יהיה לכפות טיפול רפואי על מטופל (כך בסעיף 15 לחוק זכויות החולה). גישה דומה לזו מצויה גם בסעיף 35 לחוק הטיפול, המגן על זכויות חולים הלוקיים בנפשם, אך מאפשר גם את הגבלתן. **סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, מתייחס לחולים שאושפזו בכפייה והוא הרלוונטי לענייננו**. הסעיף קובע כי ניתן לתת טיפול רפואי לחולה שאושפז בכפייה לפי מצבו הרפואי, על אף התנגדותו.

24. חוק זכויות החולה, כאמור, מפרט את סוג המקרים בהם ניתן לכפות טיפול רפואי ללא קבלת הסכמת החולה, ואת התנאים המצטברים הנדרשים להתקיים לשם כך. לעומתו, סעיף 35(ט) לחוק הטיפול אינו מפרט תנאים שצריכים להתקיים לשם מתן טיפול כפוי (למעט ביחס למתן טיפולים מיוחדים, אשר הוגדרו בדין כטיפול בנוע חשמלי (פרק ה' לתקנות טיפול בחולי נפש, תשנ"ב-1992).

25. חוק הטיפול הוא **הסדר פרטיקולרי** לטיפול בבני אדם הסובלים ממחלת נפש, לעומת חוק זכויות החולה שהוא חוק כללי, החל על כל חולה בישראל. מספר פסקי דין עסקו בשאלת היחס בין ההסדרים הקבועים בחוקים הללו, במקום שקיימת סתירה או אי התאמה ביניהם. כך למשל, פסק הדין שניתן בע"מ 6219/03 **פלונית נ' משרד הבריאות**, נח(6) 145, 158-159 (2004) (להלן: "**פלונית**"), עסק בזכותו של מטופל לקבל מידע רפואי, וביחס שבין ההסדר הקבוע בחוק זכויות החולה הנוגע לזכות זו, ובין ההסדר המקביל לו הקבוע בחוק הטיפול. כב' השופט חשין בחן את ההסדרים המקבילים בשני החוקים, וקבע שעל עניינו של חולה נפש יחול ההסדר הקבוע בחוק הטיפול, **בשל היותו הסדר ספציפי המייחד ומתאים עצמו לחולי נפש** (להבדיל מחוקים כלליים, לרבות חוק זכויות החולה).

26. אשר לסוגיית ההסכמה מדעת, תמך כב' שופט בית המשפט המחוזי (בדימוס) בנאי, בעמדה המעניקה עליונות לחוק הטיפול על פני חוק זכויות החולה. זאת בשל היות חוק הטיפול, חוק ספציפי ומיוחד החל על מטופלי בריאות הנפש. לדעת בנאי, חוק הטיפול גובר על אף שנחקק מוקדם יותר מחוק זכויות החולה, וזאת כאמור בהיותו חוק פרטיקולרי העוסק בזכויותיהם של חולי נפש. דעתו של כב' השופט (בדימוס) בנאי עלתה במאמר שכתב בנושא, בו הוא טען כי אין מקום להחיל על חולי נפש את הוראות חוק זכויות החולה הנוגעות להסכמה מדעת לטיפול רפואי (פרק ד' לחוק). דעתו של כב' השופט בנאי נשענת בעיקר על הנימוק כי חלק ניכר מחולי הנפש הם בעלי יכולת מוגבלת להבין נכון את המידע הרפואי הניתן להם – ויכולת זו הכרחית להבנה המאפשרת לחולה לגבש הסכמה מדעת (יצחק בנאי, "החלת הוראות חוק זכויות החולה על חולי נפש" **רפואה ומשפט** (28) 15 (2003) 15, 17-18 (להלן: "**החלת הוראות חוק זכויות החולה על חולי נפש**")).

27. משרד הבריאות הסדיר את עבודת הוועדות במוסדות המורשים לבצע הפסקת היריון. המשרד הוציא את חוזר שירותי אשפוז מספר 64/90, אשר קבע הנחיות בדבר מסירת מידע לאישה הפונה לוועדות להפסקת היריון ואת סדרי עבודתן של הוועדות. החוזר קובע את ההנחיות לפעילות הוועדות על פי ההוראות הנוגעות להפסקת היריון בסעיפים 312-321 לחוק העונשין, ובתקנות העונשין (הפסקת היריון). על פי ההנחיות, הליך קבלת ההסכמה מדעת של הוועדה כולל כמה שלבים: **ראשית**, על האישה הפונה למלא שאלון הכולל את פרטיה האישיים ומצבה הרפואי; **שנית**, האישה מופנית לרופא מוסמך, בעל תואר מומחה ביילוד ובגינקולוגיה (על פי פקודת הרופאים [נוסח חדש], תשל"ז-1976), אשר יקבע את גיל ההיריון ויסביר לה את הסיכונים הכרוכים בהפסקת ההיריון. כמו כן, על הרופא המוסמך לאשר בכתב כי נתן הסברים אלו לפונה; **שלישית**, הפונה נפגשת לשיחה עם עובדת סוציאלית המסבירה לה

את הסיכונים הכרוכים בהפסקת ההריון. בשלב זה על הפונה לאשר בכתב שהיא מסכימה להפסיק את ההריון לאחר שקיבלה את הסברי הרופא והעובדת הסוציאלית, והבינה את הסיכונים הכרוכים בתהליך; **לבסוף**, טרם ביצוע המעשה, על האישה הפונה לחתום על טופס ייעודי שבו היא מביעה את הסכמתה המודעת לביצוע הפסקת ההריון.

העתק חוזר שירותי אשפוז מספר 64/90 "הנחיות בדבר מסירת מידע לאישה הפונה לוועדות להפסקת ההריון וסדרי עבודתן של הוועדות" (15.6.1990) מצורף לתגובת המשיבים ומסומן **כנספח מש/2**.

28. פרופ' שוחטמן, במאמרו "**על דרישת ההסכמה המודעת בהפסקת ההריון**", מציין שדרישה להסכמה מדעת בהליך רפואי של הפסקת ההריון **אינה דומה** לדרישה המקבילה והכללית הקיימת בסעיף 13 לחוק זכויות החולה, החלה ביחס לכל טיפול רפואי אחר. לדעתו, הקשיים המתעוררים בהליך קבלת הסכמה מדעת אצל חולה, לא קיימים בהליך המקביל אצל אישה המבקשת לבצע הפסקת ההריון. הקשיים העומדים בפני הרופא שעה שהוא מבקש לקבל הסכמה מדעת של המטופל לטיפול הרפואי הם רבים – בין היתר, החשש כי הסבר מפורט יתר על המידה יעורר חרדה בקרב המטופל והוא יסרב לטיפול אשר יכול להיטיב עמו (לסקירת הקשיים ליישום הדרישה להסכמה מדעת בקרב חולים ראו מאמרם של בן חיים, שדה וילין, "יישום חוק זכויות החולה בבתי החולים", **רפואה ומשפט**, 30 (2004)).

29. לעומת זאת, בהליך הפסקת ההריון כוונת המחוקק ומחוקק המשנה, כפי שהיא באה לידי ביטוי בחוק, בתקנות ובחוזרי מנכ"ל משרד הבריאות, מצביעה בדיוק על ההפך. בהליך הפסקת ההריון מתייגר החשש שהסבר מפורט על ההליך יעורר חרדה בקרב האישה, שבעקבותיה היא תסרב לטיפול רפואי חיוני ונחוץ לה. ההפך הוא הנכון: **מטרת הדרישה להסכמה מדעת היא להעמיד את האישה על הסיכונים והסכנות הקיימים בהפסקת ההריון – סיכונים אשר לא יתקיימו אם היא תבחר שלא לבצע הפסקת ההריון**. נוסף על כך, הדרישה מכוונת לכך שיוצגו בפני הפונה כמה שיותר אלטרנטיבות לביצוע המעשה. כך למעשה, לא עולה החשש שמא עקב ריבוי מידע האישה תכנס למצב של חרדה ותסרב לטיפול הרפואי. מסירת המידע נעשית דווקא על מנת להרתיע את האישה מפני ביצוע המעשה, והכוונתה לבחירה באופציה חלופית אשר תמנע ממנה סיכונים מיותרים ("על דרישת ההסכמה המודעת בהפסקת ההריון", בעמ' 744-746).

30. האמור עד כה מעיד על המטרה שביסוד דרישת ההסכמה מדעת בהפסקת ההריון – **הגנה על אינטרס האישה שלא תיפגע בריאותה הנפשית והגופנית, ושלא יעשה מעשה בגופה מבלי שתהא לה מודעות גמורה לכל השלכות הנובעות ממנו**. מטרת נוספות המונחות ביסוד דרישת ההסכמה מדעת בהליך הפלה הן הגנה על חיי העובר, והגנה על האינטרס החברתי בדבר קיום ההריון עד הלידה ("על דרישת ההסכמה המודעת בהפסקת ההריון", בעמ' 754).

ג. המשיבים הפעילו את סמכותם החוקית ולאור חובותיהם המקצועיות

31. המשיבים יטענו כי המערערת לא יכלה להבין את משמעות בקשתה לגשת לוועדה להפסקת ההריון, בשל ההתקף הפסיכוטי שהיא הייתה שרויה בו. על אחת כמה וכמה לא יכלה המערערת במצבה להסכים מדעת לביצוע הפעולה לאור מצבה הנפשי. חשיבות ההסכמה מדעת לטיפול רפואי ככלל, ולביצוע הפסקת ההריון בפרט, תוארו בפרק התשתית הנורמטיבית לעיל. מטרת המשיבים הייתה להדגיש את החשיבות שייחס המחוקק לכך שהאישה הפונה לוועדה להפסקת ההריון תבין את הסיכונים הטמונים בהפסקת ההריון, סופיות המעשה, והשלכותיו הבלתי הפיכות.

32. המשיבים יטענו כי משיב 1 הפעיל את **סמכותו המפורשת** מכוח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול בחולי נפש, כשהחליט להשהות את הפניית המערערת לוועדה, ובינתיים לדחות את הליך הפסקת ההריון. משיב 1 ביקש לשפר את מצבה הנפשי, טרם תבוצע בה פרוצדורה רפואית בלתי הפיכה ללא הסכמתה המודעת לכך. פעולותיו של משיב 1 הבטיחו כי המערערת לא תקבל החלטות הרות גורל, בעת שהיא שרויה בהתקף פסיכוטי המונע ממנה אוטונומיה מלאה. טיעון זה נכון שבעתיים לנוכח העובדה כי המערערת היא זו שיזמה תהליכי הפריה מלאכותית, והוציאה לצורך כך משאבים רבים כדי להביא את עצמה לסיטואציה בה היא תהיה בהריון, ותוכל להביא ילד לעולם.

33. המשיבים יזכירו כי מטרתו של כל אשפוז כפוי היא קבלת טיפול רפואי (סעיף 35(ב) לחוק הטיפול; אמנון כרמי **בריאות ומשפט** כרך א', 1017 (2003) (להלן: "**בריאות ומשפט**"), וכי המטרה הראשונית שבגינה אושפזה המערערת בכפייה הייתה למנוע ממנה לפגוע בעובר שלה באופן בלתי רציונאלי, ובייחוד לאור רצונה העיקש להיכנס להריון. לפיכך, בפעולותיו, משיב 1 קיים הלכה למעשה את תכלית האשפוז הכפוי של המערערת, כמצופה ממנו על פי חוק.

34. נוסף על הסמכות המפורשת שהפעיל משיב 1 בפעולותיו, יטענו המשיבים כי קיימת להם חובה מקצועית ואתית להתערב בהתנהלות המטופלת המצויה תחת השגחתם הרפואית. בקשת המערערת לא שיקפה את בחירתה האוטונומית, ולכן מנע משיב 1 בפעולותיו נזק מהמערערת, וקיים את חובתו המקצועית. חובות אלו של משיב 1 עומדות בבסיס כללי האתיקה הרפואית, עוד מימי שבועת היפוקרטס!

35. כללי האתיקה הרפואית בישראל מוסדרים על ידי ההסתדרות הרפואית בישראל. אחד מארבעת ערכי היסוד של האתיקה הרפואית הוא **מניעת נזק מהמטופל** (Non-Maleficence). לפי עקרון זה, בטיחות המטופל ובריאותו עומדות כערך עליון ברפואה, ורופאים נדרשים לפעול תמיד במטרה שלא ייגרם באופן מכוון נזק. ערך יסוד נוסף הוא "**הטבה עם המטופל**" (Beneficence). על פי ערך זה רופא יפעל תמיד לטובתו של המטופל, ויעשה ככל יכולתו למנוע, להפחית ולסלק כל פגיעה קיימת בבריאותו של המטופל. בקוד האתי הרפואי מפורטות גם חובות הרופאים. הראשונה שבהן היא חובת הרופא לשים את טובת המטופל בראש מעייניו, קודם לכל עניין. כך, למרות שלרופא קיימת חובה לפעול תוך כיבוד זכויות האדם של המטופל, חובה זו נסוגה במקרים שבהם טובת המטופל מחייבת זאת (ראו פרופ' אבינעם רכס, "**אתיקה רפואית – כללים וניירות עמדה**" הסתדרות הרפואית בישראל, לשכת האתיקה (2014)). לטענת המשיבים, וככל שתתקבל טענת המערערת על פגיעה בזכויותיה, סבורים הם שטובתה של המערערת גוברת על הפגיעה בזכויותיה.

העתק כללי האתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל: לשכת האתיקה "אתיקה רפואית – כללים וניירות עמדה" מצורף לתגובת המשיבים ומסומן **כנספח מש/3**.

36. המשיבים יטענו כי כללי האתיקה הרפואית המסדירים את מערכת היחסים ואת נאמנותו של הרופא כלפי המטופל, אינם כללים מנחים בלבד, אלא מחייבים (ראו יוסי גרין "חובת אמון של הרופא" **חובות אמון בדין הישראלי** 321, 322 (2016)). כללים אלה אינם מוסדרים מתוקף חקיקה ראשית (למשל כמו כללי האתיקה של עורכי הדין המוסדרים מתוקף חוק לשכת עורכי הדין, תשכ"א-1961), אך הם זכו למעמד חקיקתי נורמטיבי בפקודת הרופאים. דוגמאות לכך מצויות בסעיף 4 לפקודת הרופאים, הקובע כי היות הרופא "אדם הגון" מהווה תנאי לזכאות לקבלת רישיון לעסוק ברפואה; ובפרק ד' לפקודת הרופאים, הקובע כי ניתן להטיל סנקציה משמעתית על רופא כאשר זה "נהג בדרך שאינה הולמת רופא מורשה" (סעיף 141(1) לפקודת הרופאים). לעניין סעיף 141(1) לפקודת הרופאים קבע כב' השופט גולדברג כי "התנהגות שאינה הולמת רופא היא זו שאינה תואמת את העקרונות המנחים בתחום העיסוק

ברפואה, בהם נכללים הכללים האתיים (ע"א 580/86 **ד"ר עמירם פישמן נ' שר הבריאות**, פ"ד מא(2) 614, 615 (1987); וראו גם ע"א 8142/04 **יריב מלימובקה נ' שר הבריאות**, פ"ד נט (6) 166, 173 (2005), שם נקבע כי "דרך שאינה הולמת רופא" על פי פקודת הרפואה, היא זו אשר עומדת בניגוד לכללים אתיים שראוי שיחולו במקצוע הרפואה).

37. חובת הרופא לנהוג לפי כללי האתיקה המקומית מתחייבת גם לפי כללי האתיקה הבינלאומיים. כללי האתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל נגזרים מכללי האתיקה של ההסתדרות הרפואית העולמית (World Medical Association, WMA). הצהרת סיאול של WMA, הנוגעת בין היתר לאוטונומיה מקצועית של רופאים, קובעת את החובה של רופא לפעול במסגרת הקוד האתי הנהוג במדינתו (עיקרון 5 להצהרה).

העתק הצהרת סיאול – WMA Declaration of Seoul on Professional Autonomy and Clinical Independence מצורף לתגובת המשיבים ומסומן **כנספח מש/4**.

38. לחלופין, גם אם בית המשפט הנכבד יקבע כי אין עיגון נורמטיבי מחייב לכללי האתיקה הרפואית, יטענו המשיבים כי כללי האתיקה הם בעלי מעמד מחייב מעצם היותם כללי מוסר מקצועיים. לעניין זה יפנו המשיבים למאמרו של פרופ' אסא כשר, שם נכתב כי האתיקה המקצועית מחייבת את בעל המקצוע, גם בהעדר מעמד נורמטיבי רשמי: "האתיקה המקצועית יכולה להיות מחייבת מכוח חוק, אבל גם אם אין לה תוקף כזה, היא ראויה להיקרא "מחייבת" (פרופ' אסא כשר "אתיקה, משפט ושיפוט" **ספר שמגר ב** 434, 460 ו-463 (2003)).

39. בענייננו, יטענו המשיבים כי אבחון המקצועי של המשיב 1 לגבי מצבה התודעתית הלקוי של המערערת, חייב אותו למנוע ממנה נזק על ידי ביצוע הפסקת ההריון, בשל הסיכונים הכרוכים בהליך ולאור העובדה שהוא בלתי הפיך. המשיבים יטענו כי זכויות המערערת, וטובתה הרפואית עמדו לנגד עיניהם בכל ההחלטות שקיבלו במסגרת הטיפול הרפואי בה. כן יטענו המשיבים כי ההחלטות אשר **דחו** (ולא מנעו כפי שטוענת המערערת!) את אפשרותה של המערערת לבצע הפסקת הריון, הם מקרים פרטניים שבהם סברו המשיבים כי חובתם הרפואית לשמור על טובתה האישית של המערערת ושלוש עובדה, מחייבת לשלול, **באופן זמני**, את אפשרותה לקבל החלטות הנוגעות לסיום ההריון. זאת לאור אבחנתם המקצועית כי היא אינה כשירה לקבל החלטה מודעת, וברצון לקדם את האוטונומיה שלה – להבטיח כי היא תקבל החלטות הוות גורל שכאלו, רק כאשר היא תשוב לכשירות מלאה.

40. המערערת טוענת כי היא הייתה בעלת כשירות למתן הסכמה מדעת, ולפיכך יכולה לקבל בחירות אוטונומיות. בכדי להוכיח את כשירותה המערערת מתבססת, בין היתר, על שיטה שהוצגה במאמרו של אסף שילה **"קבלת הסכמה מדעת לטיפול רפואי של חולי נפש"** (אסף שילה "קבלת הסכמה מדעת לטיפול רפואי של חולי נפש" **רפואה ומשפט** 17, 69, 72 (1997) (להלן: **"שילה"**). המשיבים יטענו כי יש לדחות את שיטה זו על הסף, שכן לא נתקבלה בפסיקה או בספרות הישראלית, ולא הובאו דוגמאות ליישום של גישה זו בשיטת משפטנו.

41. נוסף על כך, המשיבים ידגישו כי במאמר אליו מפנה המערערת, מבחין שילה בין מאושפזים בכפייה במחלקות בריאות הנפש, לבין אלו המאושפזים מרצון. אשר לחולים המתאשפזים מרצון, מציין שילה **בצדק** כי סעיף 35(ח) לחוק הטיפול מחייב את קבלת ההסכמה מדעת של החולה טרם מתן טיפול רפואי. לעומת זאת, ביחס לחולים המאושפזים בכפייה, סעיף 35(ט) לחוק הטיפול קובע כי אין צורך לקבל הסכמה מדעת לטיפול. בהמשך, הכותב מנסה ליישב בדרכי פרשנות שונות את הסתירה בין סעיף זה

לבין זכותו החוקתית לכבוד של החולה, שכן הוא בעצמו טוען שחוק הטיפול בחולי נפש גובר על חוק זכויות החולה (על פי סעיף 29(1) לחוק זכויות החולה הקובע "פיסקת שמירת דינים", וכן בשל היות חוק הטיפול ספציפי יותר). ואולם, שילה מגיע למסקנה כי כעניין של מדיניות יש להימנע מכפיית טיפול ולהמתין לרגעי כשירות בקרב המטופל חולה הנפש, שכן לדידו **כשירות היא אינה סטטוס יציב וקבוע בקרב חולי נפש**. לכן, באמצעות המתנה ל"רגע של כשירות" ישמרו זכויות חולי הנפש טוב יותר, מאשר על ידי כפיית טיפול רפואי. (שילה, בעמ' 69 ו-72). המשיבים ידגישו כי דברים אלו, מחזקים את טענותיהם שלעיל, שכן בבסיס פעולותיהם עמד אותו הרציונל אשר עומד בבסיס טענותיו של שילה – להמתין שהמערער תהיה כשירה לקבל החלטה הדורשת הסכמה מדעת, ובכך יישמרו זכויותיה בצורה הטובה ביותר.

42. כאמור, חוק הטיפול קובע הסדר פרטיקולרי לטיפול בבני אדם הסובלים ממחלת נפש, זאת לאור השוני הרלוונטי שקיים לאוכלוסיית חולי הנפש המצדיק את קיומו של חוק ספציפי עבורם. השוני של אוכלוסיית חולי הנפש ביחס לשאר המטופלים (הנכנסים בגדרו של חוק זכויות החולה) מתאפיין בהעדר כשירות ובלקות בשיקול הדעת של חולי הנפש, בכושר השיפוט המופחת ובבחון המציאות המעורפל שלהם. על כן, קיים הספק כי בחירתם של חולי נפש היא אינה בחירה אוטונומית (בריאות ומשפט, בעמ' 1010-1011; מרדכי (מוטי) מרק "מבט מבעד לעדשה של תורת המשפט הטיפול על אשפוז פסיכיאטרי בכפייה בישראל" **קריית המשפט** ט 83, 86 (2011) (להלן: "**מאמרו של מרק**"). מטעמים אלו, בין היתר, נקבע שבעניינם של חולי נפש יש להעדיף את ההסדרים הקבועים בחוק הטיפול בחולי נפש (כב' השופט חשין בפרשת **פלונית**; דעתו של כב' השופט (בדימוס) בנאי במאמרו "החלת הוראות חוק זכויות החולי על חולי נפש").

43. ההבחנה בין בחירה אוטונומית לבחירה שאינה אוטונומית נסקרת באופן נרחב במאמרה של ד"ר מאיה פלד-רז "אחר כך תודה לנו": טיפול כפוי בפרט כשיר, המסרב מדעת" **הפרקליט** נג(1) 61 (2014) (להלן: "**טיפול כפוי בפרט כשיר**"). במאמר טוענת פלד-רז כי בחירה אוטונומית היא בחירה מיוחדת, הנסמכת על העדפות עמוקות של הפרט. לכן, במצבים בהם הפרט מבצע בחירות מוחצנות אשר מבטאות העדפות שטחיות ורגעיות ושאינן תואמות את העדפותיו העמוקות, יש מקום להתערב בהן במטרה לכבד ולקדם את העדפותיו העמוקות יותר. היכולת (Capacity) לגבש מערך רצונות של העדפות עמוקות היא ייחודית לבני אנוש, אשר הם בעלי מסוגלות להבין את השלכות צעדיהם ויכולת לערוך תחשיב רציונאלי של הסיכונים והסיכויים של החלטותיהם, יכולת אשר מתערערת במצבים של אי כשירות ("טיפול כפוי בפרט כשיר", בעמ' 63, 95 ו-98).

44. המשיבים יטענו כי בהתאם לתיאוריה זו, הצוות הרפואי של המערער איבחן כי מצבה הפסיכיאטרי אינו מאפשר לה בחירה אוטונומית. בחירתה של המערער הייתה החלטה שטחית ורגעית, שאינה בהכרח תואמת את העדפותיה העמוקות, ולכן היה ראוי להתערב בה כפי שעשו המשיבים. בהתאם לכך, לא ניתן לומר כי התערבות שכזו של הצוות הרפואי מהווה פגיעה באוטונומיה של המטופל, שכן בידי המערער לא הייתה קיימת אפשרות רפואית לבחירה אוטונומית. ההפך הוא הנכון! פעולות הצוות הרפואי אשר דחו את מועד ביצוע הפסקת ההריון, כאשר המערער הייתה במצב של התקף פסיכיאטרי שאינו אפשר לה לקבל החלטה אוטונומית, הן פעולות המקדמות את מובנה העמוק של האוטונומיה שלה. הצוות הרפואי דחה את מועד קבלת ההחלטה של המערער כיוון שהיא לא הייתה כשירה לקבל החלטה רפואית הרת גורל, וזאת על מנת להבטיח כי החלטתה תהיה החלטה אוטונומית ומודעת.

45. המשיבים יוסיפו שהנסיבות העובדתיות מלמדות על כך שהחלטת המערערת לפעול לסיום ההיריון היא החלטה המביעה העדפה רגעית ושטחית, ומחזקות את האבחון הרפואי והמקצועי שעמד בבסיס פעולות המשיבים. **ראשית**, המערערת נכנסה להיריון לאחר שעברה טיפולי הפריה רבים, ועברה תהליך ארוך, מורכב ויקר, המעיד על רצונה העמוק להיכנס להיריון ולהביא ילד לעולם. **שנית**, בני משפחתה, שהם הגורמים הקרובים אליה ביותר, הם אלו אשר הבחינו ראשונים במצבה הפסיכוכימית המתדרדר של המערערת, וביקשו לאשפז אותה בכפייה כדי למנוע את מסוכנותה לעצמה ולעובר. **שלישית**, אשפוז הכפוי של המערערת בהוראת הפסיכיאטר המחוזי נקבע כתקין ואושר בשתי ערכאות ערעור. משמע, הוועדה הפסיכיאטרית שדנה בעניינה אישרה את האשפוז בטענה שאכן קיים סיכון גבוה לפגיעה בעובר נוכח מחלת הנפש ממנה סובלת המערערת. המשיב 1, מומחה לפסיכיאטריה אשר המערערת מצויה תחת השגחתו הרפואית, אבחן גם הוא את ההתקף הפסיכוכימית שאותו זיהו ואישרו קודם לכן הגורמים המוסמכים (הפסיכיאטר המחוזי והוועדה הפסיכיאטרית), וסבר שמצבה הרפואי של המערערת, אשר בעקבותיו אושפזה בכפייה, מונע ממנה להפעיל שיקול דעת אמיתי ולבצע בחירה אוטונומית.

46. דוגמה הממחישה את ההבחנה בין החלטה אוטונומית לבין זו המבטאת אך ורק מערכת רצונות שטחית ורגעית מצויה בפרשה הנבחנה בה"פ (מחוזי חיפה) 23437-06-09 **פלוני נ' אלמונית** (פורסם בנבו, 28.06.2009) (להלן: "**פלוני נ' אלמונית**"). פרשה זו עסקה ביולדת אשר חששה עוד מילדותה מטיפולים רפואיים, ונמנעה ככל הניתן במשך כל שנות חייה, ממגע עם מערכת הבריאות. במהלך הריונה הראשון ניסתה היולדת באופן מודע להתגבר על הפחד ולקיים את הבדיקות המומלצות למעקב היריון. כך גם היה בתחילת הליך הלידה שבו היולדת שיתפה פעולה עם רופאה. ואולם, עם התקדמות הליך הלידה היא החלה לפתע להסתגר בתוך עצמה ולסרב לטיפול הנדרש בשלב המתקדם של הלידה. פסק דינה של כב' השופטת וילנר, דן בשאלה אם הצוות הרפואי רשאי להעניק טיפול ליולדת על אף סירובה לשתף פעולה במהלך הלידה. בית המשפט קבע כי ניתן להתרשם שהיולדת לא הייתה מסוגלת להביע דעה ולהפעיל שיקול דעת, וזאת בהתבסס על חוות דעתה של הרופאה הפסיכיאטרית שבדקה את היולדת, ועל העדויות של בני משפחתה אשר סיפרו על הרצון העז של היולדת להתגבר על חרדתה מטיפולים רפואיים לטובת שלום התינוקת שלה, ורצונם לשמור על האם והתינוקת. משכך קבע בית המשפט כי ניתן להעניק אישור לטפל ביולדת, על אף סירובה, וזאת מכוח סעיף 15(2) לחוק זכויות החולה. חשוב לציין כי בין סעיפי החוק המאפשרים מתן טיפול רפואי בכפייה – סעיף 15 לחוק זכויות החולה וסעיף 35(ט) לחוק הטיפול – קיים הבדל משמעותי. החריגים לכלל המחייב הסכמה מדעת לטיפול רפואי קבועים כאמור בסעיף 15 לחוק זכויות החולה. בכדי לכפות על חולה טיפול רפואי ללא הסכמה מדעת, מכוח סעיף זה, נדרש שיתקיימו תנאים מצטברים ברורים ואף לעיתים נדרש אישור של ועדת אתיקה – באופן התלוי במצבו הרפואי של החולה. לעומת זאת, הליך או תנאים דומים לאלו אינם נדרשים לפי סעיף 35(ט) לחוק הטיפול החל בענייננו, וניתן להעניק טיפול לחולה נפש שאושפז בכפייה "לפי מצבו הרפואי", ו"אף למרות התנגדותו". כאמור, למעט טיפול מיוחד (טיפול בנזע חשמלי) הדורש על פי תקנות טיפול בחולי נפש, התקיימות של תנאים מסוימים (סעיפים 34 ו-35 לתקנות הטיפול בחולי נפש). לכן, בעניין היולדת בפרשת **פלוני נ' אלמונית**, נדרש אישור בית המשפט על מנת להעניק אישור לטיפול ללא הסכמה מדעת.

47. ד"ר פלד-רוז, אשר התייחסה לפרשת **פלוני נ' אלמונית** מציינת שלנוכח סיפור הרקע של היולדת, נראה שסירובה לקבלת טיפול שהתעורר במהלך הלידה, אינו משקף את העדפותיה העמוקות. לדעת פלד-רוז, סביר שבחירה זו ייצגה העדפה רגעית ושטחית, המנוגדת להעדפותיה העמוקות בשל אי כשירותה, והתערעורת היכולת שלה לבצע בחירה אוטונומית בסיטואציה הנדונה. לפיכך מסקנתה היא שצדק בית

המשפט כאשר אפשר את הטיפול ביולדת, כיוון שבחירת היולדת במהלך הלידה מסווגת כהעדפה שאינה אוטונומית ("טיפול כפוי בפרט כשיר", בעמ' 88-89). באופן דומה, יטענו המשיבים כי יש לסווג את החלטתה של המערערת לבצע הפסקת הריון כהעדפה שטחית, המנוגדת להעדפותיה העמוקות – עליהן מעידות הנסיבות, כפי שפורט בפסקאות 2-3 לכתב תשובה זה – ועל כן, הם פעלו לשימור האוטונומיה שלה על ידי מתן בכורה להעדפותיה העמוקות.

48. מקרה נוסף המחזק את טענות המשיבים ביחס לחובתו של המשיב 1 להתערב בהתנהלות המערערת בשל כשירותה הלקויה, נדון בת"א (מחוזי חי') 814/03 אלבז נ' שירותי בריאות כללית (פורסם בנבו, 26.11.2008) (להלן: "פרשת אלבז"). פרשה זו עסקה ברופאת משפחה אשר מטופל שלה לא נענה להמלצותיה והפניותיה להמשך הטיפול במחלת הסוכרת ממנה סבל. בית המשפט קבע שעל אף שהוכח שהמטופל נמנע מלקבל את המלצות הרופאה ולא הגיע לטיפולים ששלחה אותו לבצע, הרי שאין בכך כדי לשחרר את הרופאה מאחריות לנזקו של המטופל. לפיכך, קבע בית המשפט שעל הרופאה הייתה חובה מקצועית להתערב בהתנהלות המטופל שלה. בית המשפט קיבל באופן חלקי את תביעת המטופל והבת שלו, שנאלצה בעקבות נזקי מחלתו לתרום לו כליה, ונפסקו להם פיצויים שהופחתו מהם סכומים בשל אשם תורם. מקביעת בית המשפט עולה כי בשל היותה רופאת משפחה של התובע, הנתבעת הכירה באופן מעמיק את המניעים שהובילו אותו להתנגד לטיפול, והיא הייתה צריכה להבין שהעדפתו העמוקה היא לא לגרום לעצמו נזק. לכן, על רקע הנזק הצפוי מסירובו של המטופל להמשיך את הטיפול, ובשל ההכרות עם המניעים שהובילו לסירוב לטיפול, קבע בית המשפט כי חלה על הרופאה החובה המקצועית להתערב בהתנהלותו. בהתאם, גם הפעם הסכימה ד"ר פלד-רז עם הניתוח שהציג בית המשפט, ולטענתה אם הרופאה הייתה מתערבת בהתנהלותו של המטופל, הייתה היא דווקא מקדמת את האוטונומיה שלו ("טיפול כפוי בפרט כשיר", בעמ' 100).

49. המשיבים יוסיפו ויטענו כי בית המשפט הנכבד נדרש לקחת בחשבון את העובדה כי הטיפול הרפואי שלגביו נדרשת הסכמתה של המערערת הוא טיפול בלתי הפיך, אשר השפעותיו והשלכותיו הוות גורל, בייחוד לאור ניסיונה המתמשך של המערערת להיכנס להריון באופן מלאכותי.

50. במאמרה של ד"ר פלד-רז "טיפול כפוי בפרט כשיר" תיארה המחברת כי העמדה המקובלת כיום במשפט האנגלו-אמריקאי היא שככל שהחלטת המטופל תשפיע יותר על בריאותו וטובתו, כך יעלה הצורך של הצוות הרפואי להבטיח שהמטופל מסוגל לקבל החלטות. וכך גם להפך – אם השפעות ההחלטה של המטופל צפויות להיות קלות, אפשר להסתפק ברמת מסוגלות נמוכה לקבלת החלטה ("טיפול כפוי בפרט כשיר", בעמ' 97). המשיבים יטענו כי בענייננו סופיות מעשה הפסקת ההריון הופכת את הנזק הפוטנציאלי שעמד בפני המערערת לנזק בלתי הפיך. זאת לצד העובדה שלא נשקפה סכנה לחיי המערערת או לבריאותה בשל ההריון, והליך הפסקת ההריון היה חושף אותה לסיכונים מיותרים. בחירתה הלא מודעת של המערערת לבצע את הפעולה הייתה חושפת אותה להשלכות משמעותיות, כמו סיכונים לבריאותה הפיזית; סיכון ליכולת ההריון העתידית שלה; טראומה פיזית ונפשית שהיא חלק בלתי נפרד מהליך הפסקת ההריון; ויותר מכך להשלכות נפשיות ודאיות נוכח העובדה כי בחירה זו הינה בחירה שטחית ורגעית שאינה מהווה בחירה אוטונומית ("על דרישת ההסכמה המודעת בהפסקת הריון" בעמ' 748; רונית חיימוב-קוכמן ואריה הורוביץ, "פוריות מאוחרת" הרפואה 146 (ו) 465, 465-466 (2007)).

51. לאור כל האמור לעיל, חובתו האתית-מקצועית של משיב 1 להגן על המערערת מפני עצמה, הייתה מוגברת והכרחית בנסיבות הטיפול הנדון. ויודגש כי חובה מוגברת זו אף עולה מחובת ההסכמה מדעת הייחודית שקיימת בהליך הפסקת ההריון אשר אותה עיגן המחוקק באופן מפורש וספציפי בחוק

העונשין, וקבע כי ביצועה ללא הסכמה מדעת בהתאם לחוק, מהווה עבירה פלילית (הרחבה על כך מצויה לעיל, בפסקאות 17-18, 21 ו-30 לכתב תשובה זה).

ד. פעולות המשיבים מנעו מהמערערת נזק ופגיעה באוטונומיה שלה

52. המשיבים יציגו בפני בית המשפט הנכבד את מצבם העגום של וועדות הפסקת ההיריון בישראל, ואי-הקפדתן על קיום דרישות החוק להסכמה מדעת של הנשים המבקשות לבצע הפסקות הריון. בהתאם, יידחו המשיבים את טענת המערערת כי הוועדה שקלה כראוי את מצבה הנפשי. לטענתם, וועדה להפסקת הריון לא שקלה כראוי את אי-כשירות המערערת, ופעולות המשיבים מנעו אפוא מהמערערת נזק ופגיעה באוטונומיה שלה.

53. המשיבים יטענו כי העדר הכשירות והלקות בשיקול הדעת של המערערת, כפי שאלה עלו מאבחון המקצועי של המשיב 1, בשילוב הפגמים העולים בשגרת הפעילות של הוועדות, מובילים למסקנה אחת ברורה – המשיבים פעלו כדין כאשר דחו את ביצוע הפסקת ההריון של המערערת מכוח סמכותם בסעיף 35(ט) לחוק הטיפול. בכך, מנעו המשיבים מהמערערת נזק ופגיעה באוטונומיה שלה, אשר היו נגרמים אילו המשיבים היו נמנעים מלהפעיל את סמכותם המקצועית.

54. וועדות להפסקת הריון הינן גורם מנהלי מקצועי לו סמכות ששיקול דעת לאשר בקשות להפסקת הריון. מתוקף סמכות זו הוועדות מחויבות לדחות בקשות, אלא אם השתכנעו כי יש הצדקה להפסיק את ההיריון עקב הסיבות המנויות בסעיף 316 לחוק העונשין (הרחבה על כך מצויה לעיל, בפסקה 16 לכתב תשובה זה). המחוקק הישראלי העניק לוועדות להפסקת הריון תפקיד מכריע ובעל אחריות עצומה, שניתן להגדירו כאיזון בין הצורך להגן על העובר המתפתח ברחם האישה ובין הצורך לדאוג לבריאותה (יוסי גרין "האם נוהל הפסקת הריון הקבוע בחוק העונשין משקף את תקנת הציבור?" **רפואה ומשפט** (39) 187, 190 (2008) (להלן: "**מאמרו של יוסי גרין**")). הוראות החוק המסמיכות את הוועדות מצביעות על שיקול הדעת הנרחב הנתון להן (טל דואניאס, "אחריות מקצועית של הוועדה להפסקת הריון" **רפואה ומשפט** (46) 13, 14 (2012)). עם זאת, מלבד העובדה ששיקול דעת זה מוגבל למערך הנימוקים להפסקת הריון הקבועים בחוק העונשין, נדרשים חברי הוועדות להפעיל את שיקול דעתם המקצועי רק **לאחר** שקיבלו את **הסכמתה המודעת** של האישה לביצוע המעשה, **והשתכנעו "שהאישה הבינה אותם ובכל זאת רוצה בהפסקת הריון"** (הרחבה על כך מצויה לעיל, בפסקאות 16-17 ו-30 לכתב תשובה זה).

55. המשיבים יטענו כי לא רק שיש לדחות את טענת המערערת כי הוועדה להפסקת הריון שקלה כראוי את מצבה הנפשי, אלא שהלכה למעשה הוועדה לא ביצעה את המוטל עליה כדי לקבל את הסכמתה מדעת **כנדרש**. סימוכין לטענת המשיבים בדבר ליקויים בהתנהלות הוועדות, ניתן למצוא בדו"ח מבקר המדינה משנת 2016 בעניין הפסקות הריון יזומות (מבקר המדינה, **דו"ח מבקר המדינה משנת 2016 – הפסקות הריון יזומות** (2016) (להלן: "**דו"ח מבקר המדינה**" או "**הדו"ח**")). דו"ח המבקר בדק את אופן עבודת הוועדות, המידע הרפואי שמוסרים חברי הוועדות לאישה הפונה אליהן, ואת הליך ביצוע הפסקת ההיריון.

העתק דו"ח מבקר המדינה משנת 2016 - הפסקות הריון יזומות (2016) מצורף לתגובת המשיבים ומסומן **כנספח מש/5**.

56. אחד הליקויים העיקריים שהוצגו בדו"ח התייחס לתנאים הלא מספקים שנמצאו בהיקף המידע הנגיש לאישה הפונה לוועדות (להלן: "**הפונה**"), ואופן קבלת הסכמתה מדעת לביצוע הפסקת ההריון. בדו"ח נכתב כי בשל אופן פעולת הוועדות בחלק מהמוסדות הרפואיים, לא נותר לפונה זמן מספק לבחינת המידע שנמסר לה, שקילת ההחלטה, והתייעצות עם גורמים נוספים לפני שהיא חותמת על טופס ההסכמה מדעת לביצוע (בעמוד 680). ויודגש כי מדובר בליקוי מתמשך בנהלי העבודה של הוועדות – ליקוי זה עלה אף בדו"ח מבקר המדינה שפורסם בשנת 2015, בו העיר מבקר המדינה כי ראוי שמשרד הבריאות יגדיר את פרק הזמן שיש לתת למטופל לפני שהוא חותם על טופס ההסכמה מדעת לביצוע טיפול רפואי (מבקר המדינה דו"ח שנתי 65, בפרק "השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו", בעמ' 515 (2016)).

העתק דו"ח שנתי 65 לשנת 2014 ולחשבונות שנת הכספים 2013 – מבקר המדינה (2015) מצורף לתגובת המשיבים ומסומן **כנספת מש/6**.

כמו כן צוין בדו"ח מבקר המדינה (משנת 2016) כי קיימת אי-בהירות בנוגע להצגת **מסמכים רפואיים הנוגעים למצבה הנפשי של הפונה**. חלק מהוועדות במוסדות הרפואיים דורשות מהאישה הפונה חוות דעת על מצבה הנפשי מאת פסיכיאטר פנימי או חיצוני, ומנגד חלקן מסתפקות בחוות דעת של רופא המשפחה או בהצהרה של הפונה עצמה בדבר מצבה הנפשי. ליקויים משמעותיים אלו שעלו בדו"ח המבקר (ואף במקורות אחרים שטרם פורטו על ידי המשיבים), מצביעים על פגמים בעבודת הוועדות, ביחס לאופן בו הן מקבלות את ההסכמה מדעת של הפונה. מדובר בדרך שאינה עולה בקנה אחד עם חוק העונשין, ועם הנחיות משרד הבריאות בנושא (דו"ח מבקר המדינה, בעמ' 695; חוזר מספר 23/93 בנושא שמירת החוק והתקנות ע"י הוועדות להפסקת היריון - הנחיות ביצוע (להלן: "**חוזר 23/93**")).

העתק חוזר משרד הבריאות מספר 23/93 "שמירת החוק והתקנות ע"י הוועדות להפסקת היריון – הנחיות ביצוע" (14.11.1993) מצורף לתגובת המשיבים ומסומן **כנספת מש/7**.

המשיבים יוסיפו כי מדו"ח המבקר עולה גם שבמוסדות הרפואיים המורשים פוגשת הפונה את הרופא המומחה שאמור להסביר לה על הסיכונים הכרוכים בהליך, רק **לאחר** שהוועדה אישרה את בקשתה. קרי, הסיכונים מוסברים לפונה סמוך לביצוע הפסקת ההריון, ולא טרם הופעתה בוועדה או כחלק מהליך אישור בקשתה. כאמור, כוונת המחוקק הנוגעת לדרישה לקבל הסכמה מדעת לביצוע ההליך, כתובה בחוק באופן ברור (סעיף 316(ב) לחוק העונשין). המחוקק רצה לוודא כי הוועדה השתכנעה שהאישה הבינה את הסיכונים הכרוכים בהפסקת ההריון ואת השלכותיה, ואף על פי קיומם היא עודנה מעוניינת בהליך. אם כך, התמונה שעולה מדו"ח המבקר, מציגה כי כוונת המחוקק אינה מוגשמת – הוועדות אינן מקפידות לקבל הסכמה מדעת אמיתית של הפונה כחלק מהליך אישור ביצוע הפסקת ההריון.

57. התנהלותן הלקויה של הוועדות ביחס לקבלת ההסכמה מדעת של הפונה, עלתה לדיון וביקורת גם עובר לפרסומם של דו"חות המבקר מהעת האחרונה (הדו"חות משנת 2016 ו-2015; נספחים מש/5 ו-מש/6 כאמור לעיל). כך, בשנת 1993 מונתה ועדת ריפטין על ידי שר הבריאות לבדוק את תפקודן של הוועדות להפסקת היריון, ועם סיום דיוניה פרסמה הוועדה דו"ח מפורט בנושא הכולל את המלצותיה (דו"ח הצוות לבדיקת ביצוע חוק העונשין (דו"ח ועדת ריפטין) (להלן: "**וועדת ריפטין**" או "**דו"ח ריפטין**")).

העתק דו"ח ועדת ריפטין – הצוות לבדיקת ביצוע סעיפי חוק העונשין הנוגעים בהפסקת היריון (1992) מצורף לתגובת המשיבים ומסומן **כנספת מש/8**.

מבדיקתה של וועדת ריפטיין עלו עוד אז פגמים בהתנהלות הוועדות להפסקת היריון במוסדות הרפואיים השונים. פגמים הנוגעים, בין היתר, לאופן בו מקבלות הוועדות את ההסכמה מדעת של הפונות. לדברי הוועדה, ישנן הנחיות של משרד הבריאות הנוגעות לקבלת ההסכמה המודעת של הפונה ולמסירת חומרי הסבר בכתב לידי הפונה, אשר אינן מבוצעות בחלק מהמוסדות הרפואיים המורשים.

המלצות וועדת ריפטיין אומצו ופורסמו בחוזר 23/93, אשר הדגיש את החשיבות בדרישת ההסכמה המודעת של הפונה, והנחה את הוועדות להקפיד על מילוי הוראות אלו. ואולם, כאמור, ליקויים דומים עלו שוב בדו"חות מבקר המדינה מהשנים האחרונות, והדבר מלמד כי הוועדות להפסקת ההיריון במוסדות הרפואיים השונים לא הפנימו את מסקנות וועדת ריפטיין והנחיות משרד הבריאות.

58. אף פרופ' שוחטמן במאמרו **"על דרישת ההסכמה המודעת בהפסקת הריון"**, מציג ממצאים שעלו מבדיקות שערך ביחס להסבר שמספקות הוועדות על הסיכונים הכרוכים בהליך הפסקת ההיריון. ממצאיו של שוחטמן הראו בין היתר כי הפונות לוועדה קיבלו את ההסבר על הסיכונים מעובדת סוציאלית ולא מרופא! זאת אף על פי שפגישה עם רופא נדרשת בתקנות (תקנה 13(ד) לתקנות הפסקת היריון; "על דרישת ההסכמה המודעת בהפסקת הריון", בעמ' 757-758).

59. המשיבים יטענו כבר בשלב זה לאור הליקויים שהוצגו לעיל, אשר עלו מגורמי בדיקה מקצועיים לאורך השנים, כי ניתן לראות מגמה שלילית וחוזרת ביחס לקיום דרישת ההסכמה מדעת, שיש בה כדי להטיל רבב בהתנהלות הוועדות להפסקת היריון. על כן, יש לדחות את טענת המערערת כי "אין ספק" בכך שהוועדה להפסקת היריון פעלה כמוטל עליה ביחס לדרישת ההסכמה מדעת.

60. המשיבים ידגישו כי כלל הפגמים שתוארו בהרחבה לעיל נוגעים להתנהלות וועדות הפסקת ההיריון ביחס לכלל אוכלוסיית הנשים הפונות לוועדות להפסקת היריון. ואולם בל נשכח כי **המערערת שייכת לקבוצה מיוחדת של נשים הפונות לוועדות, נשים הלוקות בנפשו**. התנהלות הוועדות ביחס לקבוצה זו, אשר נתונים לגביהן לא קיימים, מעלה חששות חמורים אף יותר ביחס לתקינות תהליך קבלת ההסכמתן מדעת של הנשים. בהקשר זה יפנו המשיבים למאמרו של פרופ' עמוס שפירא "ההסכמה מדעת לטיפול רפואי – הדין המצוי והרצוי", בו הכליל הכותב את החולים הלוקים בנפשם כחלק מקבוצות האוכלוסייה שביחס אליהן עולות שאלות קשות במיוחד בנוגע להסכמה מדעת, בדומה לקטינים למשל (ראו עמוס שפירא, "ההסכמה מדעת לטיפול רפואי – הדין המצוי והרצוי" **עיוני משפט** יד(2) 225, 228 (1989)). עוד יפנו המשיבים למאמרו של פרופ' אמנון כרמי "ההסכמה של קטין לטיפול רפואי", ולהתייחסותו של השופט (בדימוס) בנאי למאמר זה. פרופ' כרמי טוען כי ההסכמה יכולה להינתן רק על ידי מי שמסוגל להעריך את המהות, המידה והתוצאות הצפויות של הטיפול המוצע, ולהביע את רצונו בהיגיון (ראו אמנון כרמי, "ההסכמה של קטין לטיפול רפואי" **רפואה ומשפט** 18) 5, 5 (1998); ואילו השופט (בדימוס) בנאי טוען כי על אף שדבריו של פרופ' כרמי נכתבו לגבי קטינים, **יפים וטובים הם גם לגבי חולה נפש**. לדברי בנאי, בשל מחלת הנפש רבים מחולי הנפש אינם מסוגלים להעריך את המהות של המידע הרפואי, את מידתו ואת התוצאות הצפויות כנדרש לשם גיבוש ההסכמה מדעת ("החלת הוראות חוק זכויות החולה על חולי נפש", בעמ' 18).

61. לאור הממצאים אשר הציגו המשיבים ארוכות, הם יטענו כי כיוון שלאורך השנים הראו הממצאים הרשמיים מגמתיות של אי-הקפדה על הנחיות החוק ומשרד הבריאות, יש בכך כדי להטיל רבב בדבר תקינות ההליך בענייננו. ולאור ממצאים אלו, אף בענייננו **הליך קבלת ההסכמה מדעת שביצעה הוועדה**

למערערות הוא שנוי במחלוקת – קל וחומר לאור העובדה כי המערערות לוקה בנפשה ואושפזה בכפייה בשל מחלת הנפש ממנה היא סובלת. בעניינה של המערערות היה על הוועדה להפסקת היריון לקיים הליך מעמיק של קבלת הסכמה מדעת, כדי להבטיח שאכן ההסכמה לטיפול מתקבלת על בסיס רצונה החופשי והאוטונומי של המערערות. לאור הממצאים שפורטו לעיל, מהם עולה כי הליך ההסכמה מדעת של רוב הנשים הפונות להפסקת היריון הוא לקוי, הרי שברירת המחדל המתבקשת היא כי לא נערך הליך מעמיק שכזה בעניינה של המערערות.

62. המגמה של אי הקפדה על קיום הדרישה להסכמה מדעת באה לידי ביטוי גם במקרה הנדון בענייננו. כחלק מהחובה של הוועדה לקיים הליך מעמיק לבירור הסכמתה מדעת של המבקשת וקבלתה, היו יכולים חברי הוועדה, בעזרת שאלון הפרטים האישיים (הרחבה על כך מצויה לעיל, בפסקה 27 לכתב תשובה זה) לעמוד בהרחבה אחר ההיסטוריה הרפואית של הפונה, היסטוריה שלדעת המשיבים, יש בה כדי להעלות חשד לעניין יכולתה להסכים מדעת. מכוח השאלון יכלה הוועדה להיחשף למצבה הנפשי הלקוי של המערערות, ולהיוועץ על כשירותה עם המשיבים. ואולם בענייננו, ניתן להסיק כי הדבר לא נעשה. כך למשל, בסופו של השאלון הפונה חותמת ומאשרת "למוסד הרפואי המטפל הקבוע שלי, על כל עובדיו, ולכל רופא שהייתי בטיפולו כמפורט לעיל ולכל מוסד רפואי אחר שטיפל בי, **למסור לחברי הוועדה הנ"ל את כל הפרטים, בצורה שהם ידרשו, על מצב בריאותי ועל כל מחלה שחליתי בה בעבר או שהנני חולה בה כעת...**" (טופס לפי תקנה 13(ב) לתקנות הפסקת היריון; העתק שאלון בדבר זהות הפונה להפסקת היריון ובריאותה – טופס 2 לפי תקנה 113(ב) לתקנות העונשין (הפסקת היריון), התשל"ח-1978 מצורף לתגובת המשיבים ומסומן **בנספח מש/9**). אם אכן הוועדה הייתה פונה לבית החולים, מתוקף הגישה שניתנה לה, אבחנת הרופא כי המערערות מצויה בהתקף פסיכוטי ואיננה כשירה למתן הסכמה מדעת, הייתה מובאת לידיעתם. האחריות היא של הוועדה, לא של המשיבים, והייתה זו הוועדה שכשלה בביצוע סמכותה.

63. כמו כן, ידגישו המשיבים את חשיבות שיקול דעתו של רופא פסיכיאטר מומחה במכלול השיקולים שעומדים לנגד עיני הוועדה (דו"ח ריפטיין, סעיף 7). בהקשר זה יפנו המשיבים לדבריה של פרופ' עטרה דינור קפלן בדו"ח וועדת ריפטיין, אשר כיהנה בזמן פעילות הוועדה כמנהלת המחלקה לפסיכיאטריה בבית חולים הדסה בירושלים. בדיון שנערך במסגרת עבודת וועדת ריפטיין טענה פרופ' קפלן כי מן הראוי שבכל וועדה להפסקת היריון יכהן גם רופא פסיכיאטר וכי כל פונה תגיע לוועדה עם חוות דעת פסיכיאטרית שהוכנה מראש (דבר שלא מתקיים כיום ואינו נדרש לא על פי חוק ולא על פי הנחיות משרד הבריאות בעניין הוועדות) (דו"ח וועדת ריפטיין, בעמ' 6). המלצתה של פרופ' קפלן התקבלה כחלק מהמלצות וועדת ריפטיין. על אף שהמלצה זו נכללה בהמלצות הוועדה, המשיבים ידגישו כי הלכה למעשה המלצותיה של פרופ' קפלן לא יושמו בהנחיות משרד הבריאות ולא נוספו לתקנות הפסקת היריון. יתר על כן, המשיבים ידחו את טענת המערערות כי הוועדה להפסקת היריון בהכרח פעלה לפי המלצת פרופ' קפלן לאור הליקוי שעלה בדו"ח מבקר המדינה ביחס לאי הבהירות בנוגע להצגת מסמכים רפואיים הנוגעים למצבה הנפשי של הפונה (הרחבה על ליקוי זה מצויה לעיל, בפסקה 56 לכתב תשובה זה).

64. לאחר פרסום דו"ח וועדת ריפטיין, פרסם משרד הבריאות את חוזר 23/93 בנושא שמירת החוק והתקנות על ידי הוועדות להפסקת היריון, הקובע הנחיות לביצוע הוועדות על בסיס המלצותיה של הוועדה. בחוזר זה, מדגיש משרד הבריאות כי בעת שחברי הוועדה מאשרים הפסקת היריון על בסיס סעיף 316(4) לחוק העונשין, וקובעים כי המשך ההריון עלול לגרום נזק גופני או נפשי לאישה, עליהם לעשות זאת בהתבססותם על "מסמך רפואי מנומק ובכלל זה אבחנה רפואית מדויקת" (חוזר 23/93, בעמ' 2). כאמור,

בדו"ח המבקר עלה כי לא כל המוסדות המורשים מקיימים את חובה זו, כך שיש וועדות שאף מתבססות באישורן על חוות דעת מאת רופא המשפחה של האישה, ואף גרוע מכך – על בסיס הצהרה של האישה עצמה. ליקוי זה מעיד על כך שהתנהלות הוועדות אינה עולה בקנה אחד עם המלצתה של פרופ' קפלן, ואף הן אינן פועלות בהתאם להנחיות חוזר 29/93 בנושא שמירת החוק והתקנות ע"י הוועדות להפסקת היריון) על כן, **טענתה החד-משמעית של המעוררת כי העובדה שאושרה למעוררת הפסקת ההיריון על בסיס עילה זו, מובילה כברירת מחדל למסקנה כי הוועדה התבססה באישורה על מסמך רפואי מנומק מהפסיכיאטר שלה – דינה להידחות**. שכן, מעצם העובדה כי אושרה למעוררת הפסקת ההיריון על אף האבחון של משיב 1, ניתן ללמוד כי הוועדה שטיפלה בבקשת המעוררת בעניינו, לא עמדה בחובתה להתבסס על מסמך רפואי וכי דבר זה הוא אינה חריג בהתנהלותן של הוועדות להפסקת היריון, אלא הוא חלק מדפוס התנהלות לקוי של הוועדות אשר עולה וחוזר לאורך השנים (הרחבה על כך מצויה לעיל, בסעיף 56 לכתב תשובה זה).

65. בניגוד לטענת המעוררת ולמצופה מחברי הוועדה הרי שהם לא פנו למשיבים על מנת לקבל את חוות דעת פסיכיאטרית אשר נדרשת לשם ביצוע ההליך. לחברי הוועדה הייתה גישה מלאה למידע רפואי אודות מצבה הנפשי של המעוררת, וכן אפשרות להיוועץ עם הגורמים הפסיכיאטריים המטפלים בה. ואולם, למרות שהתקנות מחייבות את חברי הוועדה להיות חשופים להיסטוריה הרפואית של הפונה ולהתייחס אליה – חובה זו לא התמלאה בעניין המעוררת. המשיבים יוסיפו כי לשם ניהול הליך תקין, החותר לקבלת הסכמה מדעת רצונית ואמיתית של המעוררת, על הוועדה היה להתייעץ עם משיב 1, אשר היה בקיא במצבה של המעוררת, וידע על אי-כשירותה להסכים מדעת לביצוע הפסקת היריון.

ה. בחינת אחריות המשיבים בנזיקין

66. **עוולת הרשלנות**, הקבועה בסעיפים 35-36 לפקודת הנזיקין, מבוססת על ארבעה יסודות: (א) קיומה של חובת זהירות בין המזיק לניזוק; (ב) הפרה של חובה זו (התרשלות); (ג) נזק; (ד) קשר סיבתי בין ההתרשלות ובין הנזק (ראו ע"א 145/80 **ועקנין נ' המועצה המקומית בית שמש ואח'**, פד"י ל"ז(1) 113, 122-135 (1982). להלן: "**פרשת ועקנין**"). המשיבים יטענו שחלק מיסודותיה של עוולת הרשלנות אינם מתקיימים בעניינו, ולכן אין לקבל את טענות המעוררת כי היא זכאית לפיצוי מכוח עוולה זו.

67. **חובת הזהירות** מחולקת לחובת זהירות מושגית וחובת זהירות קונקרטית. שתי החובות בוחנות את מבחן הצפיות, שבו נדרש לבחון האם נדרש היה לצפות לגרם נזק. **חובת הזהירות המושגית** בוחנת האם ראוי לדרוש מאדם המשתייך לקטגוריה מסוימת שלא יתרשל כלפי בני אדם המשתייכים לקטגוריה אחרת; ואילו **חובת הזהירות הקונקרטית** בוחנת האם המזיק הספציפי היה צריך לצפות לקיומו של סיכון לניזוק הספציפי. קרי, האם האירוע הנזיקי הנדון נופל לתוך תחום שהדין בא להסדירו (אהרן ברק **מבחר כתבים** כרך ב 1086-1087 (חיים ה' כהן ויצחק זמיר עורכים, 2000)).

68. ככלל בין רופא למטופל קיימים יחסי רעות המטילים על הרופא חובת זהירות מושגית (ע"א 518/82 **זייצוב נ' כץ**, פ"ד מ(22) 85, 113 (1986); להלן: "**פרשת זייצוב**"). עם זאת, מטעמים של שיקולי מדיניות יש לצמצם את חובת הזהירות המושגית ביחסים שבין רופאים מטפלים לבין חולי נפש המאושפזים בכפייה, בכדי למנוע הרתעת יתר של הרופאים הפסיכיאטרים שעלולה להביא "לרפואה מתגוננת". הרתעת יתר זו תוכל להביא לסיכול מטרת האשפוז הכפוי, שהיא כאמור טיפול ושיפור מצבו הרפואי-נפשי של הפרט המאושפז. כמו כן, המשיבים יטענו בהקשר זה כי לא קמה חובת זהירות קונקרטית למשיב 1 כיוון שלא היה יכול לצפות כי ייגרם למעוררת נזק. המעוררת אושפזה בכפייה בבית החולים

הפסיכיאטרי על מנת שלא תפגע בעוברת. כך, אם היה הרופא טועה בהערכת מצבה הנפשי ומאפשר לה לבצע מעשה כלשהו שיוביל לפגיעה בעובר, הרי שאז הייתה קמה לו חובה זהירות קונקרטית (השוו ע"א 6649/96 **הסתדרות מדיציניית הדסה נ' גלעד**, פ"ד נג(3) 529, 542-544 (1999) (להלן: "**פרשת הדסה**")). כך לדוגמה היה בפרשת **אלבז** בה נקבע כי קמה חובה מוגברת לרופא להתערב כאשר הוא מכיר את המטופל לעומק, ולא "להותירו" ללא מעקב ופיקוח בשל רצונו שלא להיות מטופל, על אף ההשלכות הקשות שיש לבריאותו בשל אי הטיפול. כפי שנקבעה חובה זו בפרשת **אלבז**, הייתה קיימת חובה מקבילה למשיב 1 להתערב בהתנהלות המטופלת, שכן לולא התערב – אז הייתה קמה לו חובה זו (טענה זו תואמת את התיאוריה של ד"ר פלד רז, כפי שתוארה לעיל בפסקאות 43-45 ו-48 לכתב תשובה זה). כך, גם לא הוכח שמשיב 1 שגה בהערכת מצבה הנפשי של המערערת, ולא הוכח שהמערערת הייתה כשירה לקבל החלטה לבצע הפסקת הריון – ויודגש כי בית המשפט קמא קבע בקשר לכך מסקנה עובדתית ברורה, ולא בנקל יתערב בית משפט של ערעור במסקנות העובדתיות של בית המשפט קמא (פרשת **קדוש**, בעמ' 186).

69. בכל הנוגע ל**חובת הזהירות**, כלל ידוע הוא כי אחריות הרופא למטופל תיבחן על פי האמצעים שנקט הרופא להבטחת שלומו של החולה, ולא על פי תוצאת הטיפול הרפואי – שכן "הרופא, החב חובת זהירות מושגית וקונקרטית למטופל, נדרש לנקוט אותם אמצעים שרופא סביר היה נוקט בנסיבות העניין" (ראו ע"א 4025/91 **יצחק צבי נ' ד"ר יעקב קרול**, נ(3) 784, 790 (1996)). רוצה לומר, "כל רופא עשוי לטעות אך לא כל טעות מהווה רשלנות" (משפט ורפואה, בעמ' 127). בענייננו, המשיבים יטענו כי לא הוכח שהרופא התרשל או חרג מדרך התנהלות של רופא סביר. מן המסכת העובדתית שהתבררה בפני בית המשפט קמא עולה כי פעולותיו של הרופא ננקטו כאמצעי זהירות סבירים על מנת להבטיח את שלומה של החולה, ואת בחירתה האוטונומית. כלומר, המשיבים פעלו על פי סטנדרט סביר של התנהגות המצופה מצוות רפואי במוסד פסיכיאטרי סגור, אשר נדרש להשגיח על מטופליו, ולפעול על מנת שאלו לא יסכנו את עצמם ואת בריאותם הנפשית והפיזית. לטענת המשיבים, אשר התקבלה אף בבית המשפט קמא, אם היה משיב 1 מאפשר למערערת את ביצוע ההליך, מבלי שהסכימה לכך מדעת, דווקא אז – היה מפר את החובה החלה עליו ומתרשל. כך לדוגמה היה בפרשת **הדסה**. בפרשה זו, הוטלה אחריות בנוזקין על בית החולים הדסה אשר לא מנע ממטופל להתאבד לאחר שזה אושפז בבית החולים בשל ניסיון התאבדות קודם שלא צלח. נקבע כי בית החולים לא נקט את האמצעים הסבירים למניעת התאבדותו וכי הרופא המטפל שגה באבחון, טעות שעולה לכדי רשלנות מקצועית. טעות זו הובילה את הרופא המטפל שלא להטיל שמירה על המטופל, ובכך הרופא הפר את חובת הזהירות שלו למטופל – כיוון שלא דאג להמשך הסדרי השמירה עליו עד השלב בו המטופל היה אמור לעבור להשגחת המחלקה הפסיכיאטרית. בהשוואה למקרה שלנו, ניתן לציין כי המשיב 1 פעל בהתאם להלכה שנקבעה בפרשת **הדסה**, שכן הוא אבחן את המערערת (וטעות באבחון לא הוכחה, ויתר על כן – אבחון אושר על ידי בית המשפט קמא) ופעל על פי אבחון ובהתאם לאבחון – נקט את כל האמצעים הסבירים להגנה על המערערת ולהגשמת תכלית האשפוז שלה. כשם שאשפוזו של המטופל שעניינו נדון בפרשת **הדסה** לאחר ניסיון ההתאבדות שלו נועד להחלמתו הפיזית ולאחר מכן לטיפול במצבו הנפשי במחלקה הפסיכיאטרית, כך אשפוזו של המערערת בעניינו נועד על מנת למנוע ממנה לפגוע בעובר שלה, בשל מצבה הנפשי הלקוי. על משקל חובתו של הרופא בפרשת **הדסה** – לשמור על המטופל בדיוק מאותו מעשה רצוני שהוביל אותו לפגוע בעצמו – הייתה קיימת חובתו של המשיב 1 לשמור על המערערת מהמעשה הרצוני אשר הוביל לאשפוזו, ולולא היה מונע זאת ממנה, היה מפר את חובתו הזו (השוו פרשת **הדסה**, בעמ' 540-542).

70. המשיבים יטענו שלא מתקיים יסוד הקשר הסיבתי, שכן גם אם תתקבל טענת המערערת לכך שתינוק בריא מהווה נזק (טענה לה מתכחשים המשיבים ונימוקים לדחייתה יוצגו בהמשך), הרי שמעשי המשיבים לא הם שהובילו ללידת הוולד. המערערת מנסה להטיל את האחריות להיריון על המשיבים בשעה שדווקא מעשיה ומאמציה להיכנס להריון הם אלו שהובילו להיריון וללידה. כאמור, טרם אשפוזה, פעלה המערערת רבות להיכנס להריון, בהליך מלאכותי, ארוך ויקר. בזמן אשפוזה, כאשר המשיב 1 אבחן שמצבה הנפשי אינו מאפשר לה כשירות לבצע בחירה אוטונומית וכן להסכים מדעת לביצוע הפלה, הוא דחה את האפשרות שלה לבצע הפסקת הריון לעת בה היא תשוב לכשירות ותקבל את היכולת לקבל החלטות המבוססות על העדפותיה העמוקות, אשר מבטאות את האוטונומיה שלה (הרחבה על כך מצויה לעיל, בפסקאות 43-45 לכתב תשובה זה). המשיבים ידגישו שוב כי לא מנעו מהמערערת ביצוע הפסקת הריון אלא רק השוו את מועד ביצועה, לאור מצבה הנפשי ובשל סופיות המעשה. הוועדה היא זו שקיבלה את ההחלטה הסופית שלא לאשר את הפסקת ההיריון, מטעמיה שלה.

71. **המערערת טוענת לראשי נזק של היריון בעוולה ולידה בלתי רצויה, ונזק בשל פגיעה באוטונומיה. המשיבים ידחו את הטענה כי נגרם למערערת כל נזק, ויפרטו את הנימוקים לדחיית כלל הטענות הללו.** המשיבים יטענו כי במקרה דנן לא התקיים נזק, שכן לא ניתן לעלות על הדעת שתינוק בריא מהווה נזק למערערת. המשיבים ידגישו כי לא עולה מהעובדות כל חשש למום גופני בתינוק, קל או חמור. חששה היחיד של המערערת לאפשרות שהתינוק יחלה במחלת נפש תורשתית אינו הוכח, והוא לא יותר מספקולציה. חשש זה אינו מעוגן ביעוץ גנטי שקיבלה המערערת ממומחה רפואי בתחום, או מבוסס בממצאי הבדיקות שערכה (הרחבה על כך מצויה לעיל, בפסקה 2 לכתב תשובה זה). חשש המערערת מבוסס אך ורק על אמונתה כי האחות כישפה את העובר שלה, בשילוב קריאה של מחקרים רפואיים לכאורה שהמערערת ביצעה באופן עצמאי. המערערת אינה בעלת ידע רפואי המאפשר לה להבין ולהפנים את מסקנות אותם מחקרים נטענים, ובכל מקרה, אותם מחקרים אינם ממצא עובדתי שניתן לקבלו בהליך משפטי בהעדרו של מומחה רפואי שיבחן את המערערת ויצג את ממצאיהם אותם מחקרים. המשיבים יוסיפו כי המערערת לא הציגה מקור משפטי או רפואי המאשש את החשש של המערערת. לכן, **הסיבות שבגינן חפצה בהפסקת ההיריון מבוססות על ספקולציה בלבד, והן פרי חוסר הכשירות והבנת המציאות הלקויה של המערערת, אשר בגינן אושפזה בכפייה ונמנעה ממנה זמנית האפשרות לבצע את הפסקת ההיריון.** על כן, בהעדר מום גופני מוכח הקיים לעובר, לא נותר אלא לדחות את טענתה של המערערת לנזק בדמותו של ילד בריא.

72. אמנם המערערת אינה טוענת לנזק בשל חיים בעוולה, אך המשיבים יביאו את הטעמים שעמדו בבסיס ההחלטה לבטל את עילה זו בכדי לחזק את טענתם כי ילד בריא הוא איננו נזק. פסק דינו של בית המשפט העליון בע"א 1326/07 **ליאור המר נ' פרופ' עמי עמית** (פורסם בנבו, 28.05.2012) (להלן: "**פרשת המר**") ביטל את עילת "החיים בעוולה", אשר הוכרה שנים קודם לכן בפרשת **זייצוב**. זאת בשל הקשיים המשפטיים המהותיים בעילה זו, הנוגעים ליסוד הנזק וליסוד הקשר הסיבתי. העילה בוטלה כיוון שלא ניתן לבסס מבחינה משפטית – ואין זה אף ראוי לבסס מבחינה מוסרית – כי חיים מהווים נזק. לדעת בית המשפט, לא ניתן לומר כי ישנם מצבים בהם עדיף היה לאדם שלא נולד כלל. בהעדר קביעה שכזו, לא ניתן להוכיח את יסוד הנזק שבעילת "החיים בעוולה" (פרשת **המר**, בעמ' 20-21). כמו כן יטענו המשיבים כי פרשות **זייצוב והמר** בפרט, והפסיקה הנוגעת לעוולות הטרור לידתיות ככלל, התייחסו לתינוקות שנולדו עם **מוגבלויות מולדות פיזיות** (בדרגות חומרה שונות), אשר השפיעו על מהלך חיי היילודים, ועל חיי הוריהם בכל תחום אפשרי. במקרה דנן, לקות פיזית שכזו אינה עומדת כלל על הפרק,

לכן אם במקרה של ילד בעל מום פיזי לא הוכר נזק בעצם לידתו, קל וחומר שבמקרה בו הילד נולד בריא לחלוטין, לא נוצר למערערת שום נזק בהיוולדו.

73. המשיבים יטענו כי יש לדחות את טענת המערערת לקיום עילה של היריון בעוולה. לטענת המשיבים קיים שוני מהותי ורלוונטי בין הנסיבות הייחודיות של המקרה הנדון בעניינו, ובין נסיבות המקרים שנדונו בפסיקה ובספרות ביחס לעילה זו, שאליהם הפנתה המערערת בכתב הערעור. כפי שטוען המלומד הרמן, במאמר אליו הפנתה המערערת, עילת ההיריון בעוולה נובעת מרשלנות בעיקור האב או האם, מרשלנות בביצוע הפסקת ההריון, מרשלנות באבחון ההיריון ומפגמים באמצעי מניעה הגורמים ללידתו של ילד לא מתוכנן (ראו עמוס הרמן "הריון בעוולה" **משפחה במשפט** (ג-ד) 97, 97 (תשס"ט-תש"ע) (להלן: "**מאמרו של הרמן**")). כך נעשה גם בפרשת **זייצוב**, אליה מפנה המערערת. בפרשה זו אזכר כב' המשנה לנשיא בן פורת את הנסיבות שמובילות לקיומה של עילת ההיריון בעוולה (שכן היא לא צוינה בשמה בפסק דין זה) והוא עשה זאת בהקשר של עיקור רשלני (פרשת **זייצוב**, בעמ' 113-114). קרי, המקרים בהם אוזכרה או הוכרה עילה זו בספרות או בפסיקה הישראלית, זה נעשה תחת נסיבות שונות לחלוטין מהנסיבות המתוארות בעניינו. ההיריון של המערערת נוצר בזכות טיפולי הפריה מלאכותיים שנעשו ביוזמתה, וכפי שטענה המערערת בעצמה – לטיפולים אלו היא הסכימה מדעת. על כן, לא ניתן להגיד שהילד "אינו מתוכנן" ונולד בשל רשלנות של גורם שלישי, וברור כי ההיריון של המערערת לא נכנס תחת אותם המקרים המקימים את העילה של היריון בעוולה. המשיבים בשלב זה יצינו שוב כי הם רק דחו את הפסקת ההריון, ולא ביצעו במערערת שום הליך רפואי שהוביל בסופו של דבר ללידת הילד. ההחלטה הסופית אשר מנעה את ההפלה מן המערערת נעשתה בהחלטת הוועדה השנייה, שכאמור, דחתה את בקשת המערערת להפסקת ההיריון. **טיפול המשיבים במערערת נעשה בסמכותם מכוח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול בחולי נפש, ובמסגרת טיפול זה – לא הופרה חובת הזהירות שלהם כלפיה, קרי לא התרחשה התרשלות והטיפול שנכפה עליה הוא לא זה שהוביל בפועל ללידת התינוק ועל כן, לא קמה עילת ההיריון בעוולה.**

74. בעוד שבכל המקרים שנדונו בפסיקה, בהם התקבלה עילת ההורים להיריון בעוולה, פעלו ההורים טרם ההתערבות למניעת ההיריון בהליכים רפואיים ייעודיים לכך (למשל עיקור וקשירת חצוצרות), המערערת בעניינו פעלה הפוך – בשלב שבו הייתה המערערת כשירה לקבל החלטות, נקטה היא במאמצים רבים, בעלי עלויות גבוהות, על מנת להיכנס להיריון באמצעים רפואיים מלאכותיים. לפיכך, המערערת אינה יכולה לטעון שהילד לא היה רצוי בעיניה, ושההורות נכפתה עליה, כפי שנטען במסגרת עילת ההיריון בעוולה. השינוי לרעה ביחסה של המערערת להולדת התינוק נבע מחששות שעלו בה עקב התקף פסיכוטי שחוותה – שבגינו אושפזה בכפיה. לאחר ניסיונותיה הממושכים להיכנס להיריון, קשה, עד בלתי אפשרי, לקבוע כי הריונה לא היה רצוי מלכתחילה.

75. כמו כן, אופי המניע שהוביל את ההורים להימנע מהיריון ולידה, הוא בעל חשיבות בנוגע לזכותם לתביעה בגין היריון בעוולה. כך, אם המניע להפלה או עיקור מושתת על צורך רפואי-בריאותי (למשל, בשל חשש למום או סכנה הנשקפת לאם), אזי גם אם נולד ילד בריא, ייתכן שיהיה מקום לפיצוי על מלוא הנזק. לעומת זאת, כאשר המניע אינו נובע מצורך רפואי ממשי, כמו בעניינו, ונולד לבסוף ילד בריא – הרי שאין מקום להכרה בנזק בר פיצוי (מאמרו של הרמן, בעמ' 121-122). הדברים מקבלים משנה תוקף בעניינו, בו המערערת לא פעלה כדי להימנע מהיריון (בדמות הליך רפואי ייעודי) אלא עשתה כל שבאפשרותה בכדי להיכנס להיריון. התשתית העובדתית של המקרה הנדון שונה לחלוטין מנסיבות המקרים שנדונו והתקבלו בפסיקה, ועל כן כל הדיון בראש הנזק של היריון בעוולה הוא שגוי בבסיסו.

ראו למשל ת"א (שלום י-ם) 733/94 **דונין רבקה נ' קופ"ח של ההסתדרות הכללית של העובדים בישראל ואח'**, 2 (פורסם בנבו, 19.09.1996) (להלן: "**פרשת דונין**"), שם נדון עניינם של הזוג דונין, אשר האישה נכנסה להיריון וילדה תינוק בריא על אף שעברה ניתוח לקשירת חצוצרות, בשל רשלנות רפואית שהתרחשה בביצוע הניתוח; וראו גם ע"א (מחוזי ב"ש) 1153/06 **תמר קדוש נ' אסותא מרכזים רפואיים בע"מ** (פורסם בנבו, 31.12.2009), שם נדון עניינה של תמר קדוש, אשר עברה הפסקת הריון לא מוצלחת בעקבות רשלנות רפואית, ובשל סכנה שנשקפה לה בביצוע הליך נוסף להפסקת הריון, נולד לה ילד לא מתוכנן, שלא במסגרת נישואין. במקרים אלו, הוטלה אחריות על הגורמים הרפואיים מכוח עילת היריון בעוולה, בשל התרשלנות בטיפול אשר במהותו נועד למנוע את הולדת התינוק. השוני בין הנסיבות של המקרים הללו, לבין סיפורה של המערערת הוא כה מהותי ורלוונטי לשאלת התקיימותה של עילת ההיריון בעוולה, עד שהוא עולה לכדי דחייתה.

76. כמו כן, **המשיבים יטענו שתשלום פיצויים למערערת עבור הולדת ילד בריא פוגעת בתקנת הציבור**. דיני הנזיקין שואפים להעניק פיצוי אשר יחזיר את המצב לקדמותו, טרם קרות הנזק. במקרה כמו בענייננו, המערערת טוענת למעשה כי קיום חייו של בנה הילוד גרועים ממצב בו לא היה הוא בא לעולם. טענתה, מעריכה את חיי בנה הבריא כ"נזק" רק כיוון שבא לעולם בניגוד לרצונה – טענה אשר המשיבים סבורים כי היא מנוגדת לתקנת הציבור ואין זה מוסרי כי בית המשפט בישראל יכיר בה. הכרה בעילת תביעה שכזו מהווה פגיעה בערכים הבסיסיים של ערך חיי האדם וקדושת החיים אשר הינם בעלי מעמד בכורה בדין הישראלי (חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו; מאמרו של יוסי גרין, בעמ' 192-193). ערך חיי האדם מצוי בליבה של השיטה המשפטית בישראל, כך שקיומו או היוולדו של ילד בריא הוא זכות מוערכת ולא עוולה ברת פיצוי. בהקשר זה יפנו המשיבים למאמרו של ד"ר הרמן, בו מציין המחבר כי לפי תקנת הציבור, לידתו של ילד בריא אינה יוצרת נזק המתגבש לכדי תביעה נזיקית (מאמרו של הרמן, בעמ' 109-112). המשיבים יטענו שהיתרונות המוסריים, החברתיים והרגשיים מהולדת ילד בריא עולים במספרם על הצורך בהגנה על אינטרסים כלכליים. היה ובית המשפט יקבע כי הולדת ילד בריא יכולה להיחשב כנזק, הוא ייטול על עצמו תפקיד בלתי ראוי של בחינת ערך חיי אדם בהתאם לנטל הכלכלי שנכפה על ההורים (פרשת **דונין**, בעמ' 2-3).

77. **המשיבים ידחו את טענתה של המערערת בגין קיומו של נזק מסוג פגיעה באוטונומיה**. למען הזהירות, המשיבים ירחיבו בפרק זה מדוע אין לקבל את טענתה החלופית של המערערת לנזק מסוג פגיעה באוטונומיה. המשיבים יפתחו בדבריו של כב' השופט עמית בע"א 4486/11 **פלוני נ' פלוני** (פורסם בנבו, 15.07.2013), אשר ממחישים בצורה מדויקת את הטעם שבגינו ראוי כי בית המשפט הנכבד ידחה את ראש נזק זה:

"[...] לטעמי, קשה להעלות על הדעת, כי הורים אשר שפר עליהם מזלם, ודווקא בעקבות התרשלנותם של הרופאים לא ביצעו הפלה אך לסוף דבר זכו בילד בריא, יוכרו כזכאים לפיצוי בגין פגיעה באוטונומיה. עמדה זו מתיישבת עם ההגיון והשכל הישר. ככל שעלי לבססה בניתוח הכלכלי של דיני הנזיקין, אומר כי את "הנזק" של פגיעה באוטונומיה של ההורים, ניתן "לקזז" בתועלת הסיכון שלא נמנע, קרי, בטובת ההנאה הגדולה שנגרמה להם בעקבות הולדת הילד הבריא." (פסקה 39 לפסק דינו של השופט עמית).

78. המשיבים יוסיפו כי יש לדחות את הטענה לקיומו של נזק מסוג פגיעה באוטונומיה, כיוון שלא נעשתה במערערת אף פרוצדורה רפואית שלא בהסכמתה. בע"א 2781/93 **זעקה נ' בית החולים "כרמל" חיפה**,

פ"ד נג(4) 526 (1999) (להלן: "**פרשת דעקה**") נקבע שפגיעה באוטונומיה היא נזק בר פיצוי. באותה פרשה התביעה התבססה על כך שעצם ביצועו של טיפול בלי הסכמה מדעת של המטופל הוא הנזק, ואולם בענייננו לא התרחש הדבר, שכן כפי שהסבירו המשיבים, פעולותיהם נעשו על מנת לקדם את בחירתה האוטונומית של המערערת. כאמור, בחירתה של המערערת לבצע הפסקת הריון לא הייתה בחירה אוטונומית עמוקה, המאפיינת את בחירתה הרצונית (הרחבה על כך מצויה לעיל, בפסקאות 43-45 לכתב תשובה זה). על כן, דווקא הפרוצדורות הרפואיות שנמנעו מהמערערת, הן אלו שהיו גורמות למערערת פגיעה באוטונומיה, שכן הן היו נעשות ללא הסכמה מדעת והבנה רציונלית של הסכנות וההשלכות שבהליך הרפואי של הפסקת הריון. בכך, שמרו המשיבים על האוטונומיה של המערערת.

79. במאמרו "סוס הפרא של הפגיעה באוטונומיה" סוקר כב' השופט עמית, את תביעת הנזיקין בגין הפגיעה באוטונומיה, ומסביר כי היא נובעת מהעדר הסכמה מדעת. בהקשר של רשלנות רפואית, כנדון בענייננו, רק בהעדר הסכמה מדעת עקב הפרה של חובת הגילוי מצד הרופא יכולה להישמע טענה של פגיעה באוטונומיה. כב' השופט עמית מוסיף שדוקטרינה זו משמשת **כאמצעי חלופי** לפיצוי בגין נזקי גוף שנגרמו למטופל עקב טיפול רפואי שאינו רשלני, ומציין כי לא כל פגיעה סובייקטיבית באוטונומיה של המטופל מצדיקה פסיקת פיצוי. לדברי עמית, יש להוכיח "אשם" מצד הרופא, במובן של הפרת חובת הגילוי הנדרשת כלפי המטופל, כפי שנפסק בפרשת **דעקה** (סוס הפרא של הפגיעה באוטונומיה, בעמ' 469-470). בענייננו, לא הופרה חובת הגילוי כלפי המערערת. טענות לכאוריות בגין הפרת חובת הגילוי יש להפנות לוועדה להפסקת הריון, שעליה חלה החובה הסטטוטורית לשתף את המערערת בסיכונים וההשלכות של מעשה הפסקת ההריון. על כן, בהעדר הפרה של חובת הגילוי מצד המשיבים, לא ניתן לטעון כי מתקיים נזק מסוג פגיעה באוטונומיה עקב הפרת חובת הגילוי.

80. כיוון שהמשיבים הפעילו את סמכותם מכוח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, לא נדרשה הסכמתה מדעת של המערערת לטיפול הרפואי שניתן לה לשיפור מצבה הנפשי. וידגישו שוב המשיבים, כי לא בוצע בה שום פרוצדורה רפואית הדורשת את הסכמתה (למשל טיפול מיוחד כקבוע בסעיף 35(ט) לחוק הטיפול). כאמור, סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, החל על המערערת, מאפשר מתן טיפול רפואי למאושפז בכפייה "לפי מצבו הרפואי אף למרות התנגדותו". זאת ללא דרישה להתקיימותם של תנאים מצטברים או הליך אישור ספציפי הנדרש לשם כך. מתוקף סמכותם שבסעיף זה פעלו המשיבים במתן הטיפול הרפואי למערערת לשיפור מצבה הנפשי טרם הפנו אותה לוועדה להפסקת הריון וכאשר השוו את ביצוע הפעולה, והכל על פי אבחונם המקצועי ומרצונם לשמור על זכותה לאוטונומיה ועל שלומה.

על כן, כפי שהוכח לעיל, כיוון שלא נפגעה האוטונומיה של המערערת בהקשר הרפואי (הפרה של חובת הגילוי והעדר הסכמה מדעת בעקבותיה), המשיבים ידחו כל טענה אפשרית בהקשר אחר של המערערת לפגיעה באוטונומיה שלה בשל "תחושות שליליות ותחושות של גועל", שכן לא ניתן לקבל טענה שכזו ביחס להולדת ילד בריא (ראו ע"א 1338/97 **תנובה מרכז שיתופי לשווק תוצרת חקלאית בע"מ נ' ראבי**, פ"ד נז(4) 673, 684 (2003)).¹

81. **המשיבים ידחו גם את טענת המערערת להפרת חובה חקוקה** על פי סעיף 63 לפקודת הנזיקין. המשיבים יטענו כי פעלו על פי סמכותם לפי סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, ולכן הפנייתה של המערערת לסעיף 316

¹ בפרשה זו בית המשפט הכיר בפגיעה באוטונומיה של קהל לקוחותיה של חברת תנובה, אשר שיווקה חלב המכיל סיליקון בעודה מסתירה עובדה זו מהצרכנים. בית המשפט הדגיש את תחושות הגועל של הצרכן הפגוע, וקבע שההטעיה בדבר הסיליקון היא בגדר פגיעה באוטונומיה של הצרכן.

לחוק העונשין אינה רלוונטית לנדון. מעבר לכך המשיבים יטענו כי יסודות עוולת הפרת חובה חקוקה לא מתקיימים.

82. **החיקוק לא הופר על ידי המשיבים:** המערערת הפנתה להוראות סעיף 316 לחוק העונשין, המטילות סמכות על הוועדה לאשר את הפסקת ההריון לאחר קבלת הסכמה מדעת של האישה להליך, ומחמת אחת מהסיבות המנויות בסעיף (כפי שתואר בפסקאות 16-17 לכתב תשובה זה). אלא שהוראות הסעיף אינן מטילות חובה על המשיבים לבצע את הפסקת ההריון. בכדי שיתקיים רכיב זה של עוולת הפרת חובה חקוקה, נדרשת המערערת להראות חובה מפורשת המוטלת על המשיבים מכוח חיקוק המצוי מחוץ לפקודת הנזיקין.

83. הסמכות של הוועדה להפסקת ההריון היא סמכות שבשיקול דעת לאשר או לדחות בקשות להפסקת ההריון. סמכות זו אינה מקימה חובה שהרשות המנהלית חייבת להפעילה (ראו ע"א 343/74 **רחל ו-אברהם גרובנר נ' עיריית חיפה**, (1) 141, 149 (1975)). גם אם סעיף 316 לחוק העונשין אכן מטיל חובה על הוועדה, חובה זו לא מבטלת את חובתו האתית והמקצועית של המשיב 1 לטפל במערערת על פי אבחון המקצועי. חובה זו אף לא מבטלת את יכולתו להפעיל את סמכותו מכוח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, לכפות טיפול רפואי על המערערת אשר ימנע זמנית ממנה את ביצוע הפסקת ההריון, על מנת לטפל במצבה הרפואי. **לא קיימת חובה על משיב 2, שם מאושפזת בכפייה המערערת, לקיים את החלטת הוועדה, אם הוא סבור רפואית כי פעולה זו תפגע בסופו של דבר במערערת, שהייתה מטופלת שנמצאה בהשגחתם הרפואית של המשיבים.**

84. **החיקוק אינו מהווה "חיקוק מיטיב":** המשיבים יטענו כי מהמבוא לדברי ההסבר להצעת חוק לתיקון דיני העונשין (הפסקת ההריון) עולה כי החיקוק נועד כדי להתאים את החוק לצרכי החברה הישראלית, שכן סעיף 175 לפקודת החוק הפלילי שקדם לו ואסר על הפסקות הריון נחקק בשנת 1936. בחלוף הזמן, חומרתו וקביעותו של הוראות החוק שאסר על הפסקת הריון, לא תאמו את התפתחותה של החברה הישראלית, והוא הוביל לתופעות שליליות שהמחוקק לא יכל להתעלם מהן (כמו ריבוי ביצוע הפלות בניגוד לחוק והנטייה להקל ביישום האיסור שבאה לידי ביטוי גם בפסיקה). כמו כן, הנסיבות בהן הוועדה מוסמכת לאשר לאשה לבצע הפסקת הריון מוגבלות לטעמים פטרנליסטיים של הגנה על בריאות האם, קידום האינטרס החברתי שבהולדת ילדים בריאים או הגנה על המוסר הציבורי. שיקולים הקשורים לרצון האישה וחירותה לבחור שלא להיות לאם אינם חלק ממניין השיקולים הלגיטימיים שהחוק מונה לביצוע הפסקת הריון (ראו נויא רימלט, "אמא טובה, אמא רעה, אמא לא רלוונטית: הורות במשפט בין אידאל השוויון למציאות האימהית" **משפטים** (לט) 573, 619-617 (תש"ע)). על כן, לא ניתן לטעון כי החיקוק מהווה חיקוק מיטיב עם אוכלוסיית הנשים, לאור מגוון מגבלותיו ואחידותו הפטרנליסטית בהן.

85. **בהקשר לרכיבי העוולה הנוגעים לנזק** (ההפרה גרמה לניזוק נזק, והנזק הוא מהסוג שאליו התכוון החיקוק), יחזרו ויטענו המשיבים כי לא נגרם למערערת כל נזק. ראשית, תינוק בריא הוא איננו נזק, וכך גם לא התקיימה פגיעה באוטונומיה בענייננו (הרחבה על כך מצויה לעיל, בפסקאות 80-77 לכתב תשובה זה). שנית, החיקוק התנה את קיום הפסקת ההריון קודם לכול, בהסכמתה מדעת של האישה לביצוע ההליך, וכאמור – ללא ההסכמה מדעת, ביצוע המעשה הוא מעשה פלילי. קרי, החיקוק נועד למנוע נזקים מהסוג שיכלו להיגרם אם המשיבים לא היו נוקטים באמצעי הזהירות שנקטו כדי למנוע זמנית את הפסקת ההריון של המערערת, הנזק של ביצוע הפסקת הריון ללא הסכמתה מדעת של האישה. נזק זה נמנע בזכות פעולות המשיבים.

86. כפי שהוכח לעיל, על המשיבים לא חלה החובה מכוח החיקוק אליו הפנתה המערערת, ועל כן לא מתקיים היסוד השלישי לעולת הפרת חובה חקוקה, הקובע כי נדרש שהמזיק יפר את החובה המוטלת עליו. המשיבים ידגישו שוב, שהמשיב 1 פעל מתוקף סמכותו לפי סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, וקיים את חובתו המקצועית והאתית.

ו. טענה בדבר כליאת שווא

87. יש לדחות את טענת המערערת כי תקופת אשפוז עולה לכדי עולת כליאת שווא לפי סעיף 26 לפקודת הנזיקין, שכן יסודות העולה אינם מתקיימים בעניינינו. חירותה של המערערת נשללה, אך זו נעשתה כדין. אשפוז הראשוני של המערערת נעשה בסמכות, ותקינות ההליך אושר בערכאות הערעור השונות. המשך אשפוז נעשה על פי הסכמתה לפי סעיף 4(א) לחוק הטיפול (הרחבה על כך מצויה לעיל, בפסקה 9 לכתב תשובה זה (להלן: "תקופת האשפוז מרצון")). להזכיר כי המערערת התאשפזה בשלב מסוים מרצונה החופשי, ועמדה לה הזכות להשתחרר מן האשפוז לפי הוראות סעיף 4(ב) לחוק הטיפול, הקובע חובה לשחרר את המתאשפז מרצון אם הוא חפץ בכך, תוך 48 שעות מיום חתימתו על טופס הבקשה לשחרור. עצם יציאת המערערת מבית החולים לשם הופעתה בפני הוועדה השנייה, מראה שאין ממש בטענתה לכליאת שווא. קרי, מהשלב בו המערערת התאשפזה מרצון, יכלה בכל שלב "לקום" ולעזוב את בית החולים, שכן כבר לא הייתה מאושפזת בכפייה (השוו ע"א 3114/12 מנחם ששון נ' משרד הרווחה, 8, 25-26 (פורסם בנבו, 13.04.2014)).

88. עוד יטענו המשיבים כי המערערת עושה שימוש מגמתי בפסק הדין ע"א 558/84 מזל כרמלי נ' מדינת ישראל פ"ד מא(3) 757 (להלן: "פרשת כרמלי"), זאת בשעה שקיים הבדל מהותי בין המקרה בעניינינו ובין המקרה המתואר בפסק הדין. בפרשת כרמלי, נדון מקרה של מטופלת שהוחזקה ללא אישור כדין בבית חולים פסיכיאטרי, ונקבע כי על אף שהטיפול במשך תקופה זו הטיב את מצבה, החזקתה עלתה לכדי כליאת שווא, כיוון שחירותה נשללה. להבדיל מפרשה זו, המשך האשפוז בעניינינו נעשה בהסכמת המערערת, ולכן לא ניתן לטעון לכליאת שווא ולשלילת חירותה של המערערת.

89. כמו כן, המערערת לאורך כתב הערעור טוענת לכך שהיא בעלת כשירות מלאה, בעלת יכולת להביע הסכמה מדעת, באופן שמעיד על יכולות בוחן מציאות וכושר שיפוט מלאים. ואולם, בפרק הדין בעולת כליאת השווא נעלם לפתע כושר השיפוט של המערערת, יכולתה להסכים מדעת או לסרב לטיפול לאחר בוחן מציאות בריא. כך טענה המערערת לפתע בפרק זה כי "נוצר עבור המערערת מצב שבו היא איננה מסוגלת לסרב" וכי המשיבים "לא הותירו לה ברירה אלא להיכנע לתכתיביהם". על כן, ידגישו המשיבים כי המערערת עושה שימוש ציני באבחון הרפואי של מצבה הנפשי הלקוי, שכן היא מכירה בו רק כאשר זה תורם לטענותיה בדבר כליאת שווא, ודוחה אותו על הסף כאשר זה אינו מתיישב עם טיעוניה.

90. במצב בו בית המשפט יקבע שהתקיימה כליאת שווא, המשיבים יטענו שעומדת להם ההגנה הקבועה בסעיף 27(3) לפקודת הנזיקין, המתייחסת לשלילת חירות במקרה בו הטוען לכליאת שווא אינו שפוי בדעתו, ושלילת החירות נעשתה בתום לב על מנת להגן על התובע מעצמו. המשיבים יטענו שבשל לקותה הנפשית, המשך אשפוז של המערערת היה נחוץ באופן סביר כדי להגן על המערערת מפני עצמה (פרשת כרמלי, בעמ' 786-787). המשך האשפוז אפשר מתן טיפול רפואי לשיפור מצבה הנפשי של המערערת, וכן הגן על העובר שלה. על כל פנים המשך האשפוז נעשה בתום לב, על מנת לשפר את מצבה הנפשי של המערערת ולא על מנת למנוע את אפשרותה להפסיק את ההיריון – לא בכדי אפשרו המשיבים למערערת לבצע את הפסקת ההריון לאחר כחודש, עת חל שיפור במצבה הנפשי.

ז. הערה לעניין חובתם המנהלית של המשיבים

91. המערערת מעלה טענות בדבר פעולה בחוסר סמכות של המשיבים. אין מחלוקת בין הצדדים שכגוף מנהלי, חלים על המשיבים כללי המשפט המנהלי ובין היתר עקרון חוקיות המנהל ושיקול הדעת המנהלי.
92. לעניין זה טוענים המשיבים שכלל פעילותם נעשתה במסגרת החוק המסמך, הוא סעיף 35(ט) לחוק הטיפול. חוק זה לא רק שהוא גובר על כל הוראת חוק כללית אחרת, אלא הוא טומן בתוכו לשון סמכות חובה, לטפל במערערת על פי אבחון המקצועי של משיב 1.
93. במסגרת הפעלת סמכות חובה זו, הפעיל משיב 1 את שיקול דעתו המקצועי, באופן עצמאי, ומצא שהיות והמערערת לא עומדת בתנאי הכשירות הנדרשים לצורך מתן הסכמה מדעת, ובכדי לקיים את חובתו מכח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול ולהגן עליה, בחר לפעול בדרך שתימנע, רק באופן זמני, את ביצוע הפסקת ההריון, על מנת לטפל במצבה הרפואי.
94. המערערת טוענת לחוסר סמכות של המשיבים, ובכך היא מפנה לסעיפי חוק זכויות החולה הנוגעים לאופן הטיפול במקרים בהם חולה איננו נמצא במצב של כשירות מלא להסכים מדעת לטיפול רפואי. אכן, חוק זכויות החולה קובע הליכים פרוצדוראליים על פיהם צריך לפעול במצבים שכאלו, אך כאמור, על המערערת חלים שני החוקים במקביל, וכפי שהוכח לאורך כתב תשובה זה (הרחבה על כך מצויה לעיל, בפסקאות 25-26, 41-42 לכתב תשובה זה) במקרה דנן, חוק הטיפול גובר והמשיבים הפעילו את סמכותם המפורשת מכוח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, אשר חוק זכויות החולה אינו מבטל אותו. בנסיבות המקרה דנן, בשל אי הכשירות בה שררה המערערת, נפגעו הפונקציות שלה לאוטונומיה, רצון ויכולת בחירה. בכך, כפיית הטיפול לשיפור מצבה הנפשי אשר מטרתו להחזיר לה את מסוגלותה לחירות (מאמרו של מרק, בעמ' 85). הפכה את סמכותו של משיב 1 מכוח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול לסמכות שבחובה, אותה הוא הפעיל בהתאם לשיקול הדעת המנהלי הקיים לו.

ח. סוף דבר

95. בית משפט נכבד זה מתבקש לדחות את הערעור בשל כל אחד מן הנימוקים והטעמים שפורטו בכתב התשובה לערעור.
96. סמכותו המפורשת של משיב 1 לכפות טיפול על המערערת מכוח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, מהווה את הבסיס החוקי לפעולותיו. במעשיו, פעל משיב 1 לשיפור מצבה הנפשי והגן על המערערת ועוברה מפני מצבה הנפשי אשר סיכן אותם.
97. נוסף על כך, למשיבים הייתה חובה אתית-מקצועית לפעול לטובת המטופלת שבאחריותם, ולא לגרום לה נזק, שכן אבחנתו המקצועית של הרופא הייתה כי המערערת לא כשירה להחליט על ביצוע ההפלה. לכן, פעולות הרופא מכוח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול הינה בגדר סמכות שבחובה, על מנת שלא תיפגע האוטונומיה של המערערת, לאור אבחנתו המקצועית על מצבה הנפשי.
98. משיב 1 פעל בהתאם לכללי האתיקה המקומיים והבין-לאומיים, ופעל על פי חובתו בכך שהתערב בהתנהלותה, לאור העדר הכשירות שלה. במעשיו, מנע מהמערערת הליך רפואי בלתי הפיך, סופי ובעל השלכות הרסניות על המשך חייה ומצבה הנפשי והפיזי.
99. יתר על כן, משיב 1 פעל על מנת לקדם את האוטונומיה שלה, ופעל על מנת למנוע קיום של הליכים רפואיים בגופה מבלי שתהיה לה הכשירות להסכים להם מדעת. אי לכך, לא רק שהמשיבים לא גרמו

למערערת נזק מסוג פגיעה באוטונומיה, אלא שהם הגשימו את האוטונומיה של המערערת בכך שמנעו טיפול ללא הסכמה מודעת.

100. לעמדת המשיבים בית משפט קמא צדק כאשר לא התערב בהחלטות המקצועיות של הגורמים הרפואיים, שבראש מעייניהם עמדה טובת המטופלת ושיפור מצבה הנפשי, ופעלו הם לשם הגשמת תכלית אשפוזה הכפוי – שיפור מצבה הנפשי על ידי קבלת טיפול רפואי, כפי שציווה המחוקק.

101. כמו כן, בית משפט קמא צדק בקביעתו כי לא נגרם נזק בר פיצוי למערערת, שכן ילד בריא הוא איננו נזק בר פיצוי. קביעה זו תואמת את רוח הפסיקה, דעות המלומדים והעמדה המוסרית הראויה.

102. לאור כל האמור לעיל, מתבקש בית המשפט הנכבד לדחות את הערעור.



ב"כ המשיבים

תמר אדרי

ע"א 1111/20 אורלי אברהם נ' הרופא המטפל ואח'

רשימת נספחים

נספח	שם הנספח	עמוד
מש/1	חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 23/07 "ועדות להפסקת היריון בשלב החיות" (19.12.2007)	2
מש/2	חוזר שירותי אשפוז מספר 64/90 "הנחיות בדבר מסירת מידע לאישה הפונה לוועדות להפסקת היריון וסדרי עבודתן של הוועדות" (15.6.1990)	11
מש/3	כללי האתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל: "אתיקה רפואית – כללים וניירות עמדה"	14
מש/4	WMA Declaration of Seoul on – and Clinical Independence Professional Autonomy	21
מש/5	דו"ח מבקר המדינה משנת 2016 - הפסקות היריון יזומות (2016)	24
מש/6	דו"ח שנתי 65 לשנת 2014 ולחשבונות שנת הכספים 2013 – מבקר המדינה (2015)	55
מש/7	חוזר משרד הבריאות מספר 23/93 "שמירת החוק והתקנות ע"י הוועדות להפסקת היריון – הנחיות ביצוע (14.11.1993)"	108
מש/8	דו"ח ועדת ריפטין – הצוות לבדיקת ביצוע סעיפי חוק העונשין הנוגעים בהפסקת הריון (1992)	113
מש/9	שאלון בדבר זהות הפונה להפסקת הריון ובריאותה – טופס 2 לפי תקנה 13(ב) לתקנות העונשין (הפסקת הריון), התשל"ח-1978	121

מש"1

**חוזר מנכ"ל משרד הבריאות
23/07"ועדות להפסקת היריון
בשלב החיות" (19.12.2007)**



חוזר המנהל הכללי

מס'

23/07

תאריך

י' טבת תשס"ח (19.12.07)

נושא:

ועדות להפסקת הריון בשלב החיות

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

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

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

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

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

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

1. סמכות הדיון בהפסקת הריון מאוחרות – בשלב החיות

1.1 ועדות על אזוריות יקראו ועדות להפסקת הריון בשלב החיות.

1.2 הועדות הרגילות להפסקת הריון רשאיות לדון רק בבקשות של נשים שגיל הריון אינו עולה על 24 שבועות מלאים דהיינו 24 0/7 שבועות מתאריך וסת אחרונה, ו/או על סמך אולטרסאונד מילדתי המאשר את גיל ההריון. בקשות לבצוע הפסקת הריון לאחר מועד זה יש להפנות לוועדה להפסקת הריון בשלב החיות.

1.3 ביצוע בפועל של הפסקת הריון החל מ - 24 0/7 שבועות ואילך מחייב אישור של ועדה להפסקת הריון בשלב החיות, גם אם ועדה רגילה להפסקת הריון אישרה את הפסקת ההריון בשלב מוקדם יותר. ניתן לבצע בפועל הפסקת הריון לאחר 24 0/7 שבועות באישור ועדה רגילה, רק אם היא מבוצעת בתוך 3 ימים מיום החלטת הועדה הרגילה (שהתקבלה כדין לפני 24 0/7 שבועות).

2. הרכב ועדה להפסקת הריון בשלב החיות

2.1 ועדה להפסקת הריון בשלב החיות, ככל ועדה להפסקת הריון, כפופה להוראות פרק י' סימן ב' לחוק העונשין הקובע את העילות המותרות להפסקת הריון, ולתקנות והנהלים הקובעים, בין היתר, את תהליך הטיפול בבקשה וקבלת הסכמת האישה.

2.2 על ועדה להפסקת הריון בשלב החיות לכלול תמיז את הרכב הועדה להפסקת הריון הקבוע בחוק וחברים נוספים כמפורט בחוזר 76/94 ובסעיף 2.3 להלן.

2.3 לפיכך, בהתאם לחוק וכאמור בחוזר 76/94 – הרכב ועדה להפסקת הריון בשלב החיות יהיה של חמישה חברים, ובהם –

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

החברים המנויים בפסקאות (א), (ב) ו-(ג) הם **החברים המנויים בחוק**.

לפחות אחת משלושת המנויים בחוק - תהיה אישה.

נוכחות החברים המנויים בחוק – הכרחית לקבלת החלטה חוקית.

לכל אחד מהחברים ניתן ורצוי למנות ממלאי מקום, כמפורט בסעיף 3.3 להלן.

2.4. הועדה רשאית להתייעץ עם יועצים נוספים במקרים מיוחדים בהם היא סבורה שהתייעצות כזו דרושה.

2.5. אין לקיים דיון בוועדה להפסקת הריון בשלב החיות ואין לקבל החלטה בעניין הפסקת הריון כאמור ללא נוכחות **כל שלושת החברים** המנויים בחוק. הפסקת הריון תאושר רק אם לפחות שניים מבין שלושת החברים הנ"ל תמכו בביצועה.

2.6. שני החברים הנוספים (שאינם מנויים בחוק), הם יועצים קבועים לוועדה אולם במקרים השנויים במחלוקת בוועדה ושיש להכריעם ברוב קולות – בהתאם למצב החוקי – ההחלטה תוכרע על פי דעת הרוב **מבין השלושה המנויים בחוק** בלבד.

3. מינוי הועדה

בחוזר 76/94 נקבע כי ועדה על אזורית תמונה על ידי מנכ"ל משרד הבריאות. המינוי נעשה לאחר קבלת המלצת מנהל בית החולים.

3.1. בתוך חודש מקבלת חוזר זה, מנהל מוסד רפואי בו פועלת ועדה על אזורית (ועדה להפסקת הריון בשלב החיות) יעביר לממונה על רישוי מוסדות ומכשירים רפואיים במשרד הבריאות רשימה עדכנית של חברי הוועדה וממלאי מקומם, על גבי הטופס המצורף, שתכלול פרטים על מקצועם, תפקידם במוסד הרפואי ותארי המומחה שלהם, על מנת לקבל הכרה מחודשת בכתב של המנכ"ל לוועדה.

3.2. בעתיד - יש לקבל אישור המנכ"ל בכתב לכל שינוי בהרכב הועדה, ולשם כך יש לפנות מראש אל הממונה על רישוי מוסדות ומכשירים רפואיים במשרד הבריאות ובפרק זמן שיאפשר את ההליך.

3.3. ממלאי מקום

כפי שמפורט בחוזר 76/94 - החברים בוועדה על אזורית הם בעלי מקצוע ומומחים בתחומים הקשורים לנושא הפסקות הריון, וכן חבר בה מנהל המרכז הרפואי. לכל חבר בוועדה יכול שיהיה ממלא מקום.

3.3.1. לגבי החברים מהתחומים המקצועיים - יש להקפיד כי יהיו בעלי אחת הכשירויות המקצועיות (מקצוע ומומחיות) הנחוצות לחבר הקבוע שאת מקומו הם ממלאים, ובעלי תפקיד בכיר במוסד הרפואי.

3.3.2. כממלא מקום מנהל המוסד הרפואי בוועדה ימונה סגן מנהל בית החולים (או אחד מסגני המנהל).

3.3.3. יש להקפיד כי בכינוס ועדה בה משתתפים ממלאי מקום ישמרו כל הכללים המפורטים בסעיף 2 לעיל בדבר כשירות כל החברים, בפרט החברים המנויים בחוק ובדבר נוכחות חברה אחת מביניהם לפחות שהיא אישה.

4. מנהל המוסד הרפואי יוודא כי כל החברים בוועדה וכל ממלאי המקום בקיאים בהוראות החוק והתקנות ומכירים את נוהלי משרד הבריאות, בנושא הפסקות הריון בכלל והפסקות הריון בשלב החיות, בפרט.

5. יש להקפיד על נוהל העבודה של הוועדה כמפורט בסעיפים ד' ו' ה' לחוזר 76/94 ובפרט לשים לב להבהרת גיל ההריון, שלאחריו אין ועדה רגילה להפסקות הריון מוסמכת לאשר את הפסקת ההריון, אלא חובה לקבל אישור ועדה להפסקת הריון בשלב החיות.

6. בנוסף לאמור בסעיף ה' לחוזר 76/94 – במקרים חריגים ניתן לבצע את הפסקת ההריון בשלב החיות גם בבית חולים אחר מזה שבו התקיימה הוועדה, וזאת בהסכמת מנהל מחלקת נשים ויולדות בבית החולים בו מיועדת להתבצע הפסקת ההריון.

7. זמינות הוועדות בחופשות – הפסקת הריון בשלב החיות יש לבצע מוקדם ככל שמתאפשר בנסיבות. לפיכך כינוס ועדות הוא שירות חיוני לנשים הזקוקות לאישור הוועדה. לפיכך יש להקפיד כי ועדה להפסקת הריון בשלב החיות תכונס במועד קרוב ככל שניתן לאחר הגשת בקשה שיש לדון בה. במקרים חריגים בהם לא ניתן לכנס את הוועדה בתוך זמן קצר (עד שבוע) – באחריות מנהל בית החולים לדאוג לקיומו של הסדר או תיאום עם בתי-חולים סמוכים להעברת בקשות לדיון אצלם (בהסכמת האישה).

8. אישור של ועדה להפסקת הריון בשלב החיות תקף לשבועיים, ולאחר מכן יהיה צורך באישור מחודש של הוועדה.

9. על הוועדה לתעד את דיוניה והחלטותיה, כולל המסמכים הרלבנטיים והשיקולים בקבלת ההחלטה. יש לשמור תיעוד זה בהתאם לדין כפי שנשמרים מסמכים רפואיים ביחס להריון ולידה, ובכפוף לסודיות המיוחדת החלה על דיוני הוועדות, לפי סעיף 13(י) לתקנות העונשין (הפסקת הריון) התשל"ח-1978.

10. מסירת מידע למבקשת

10.1. ככלל, ראוי שבמסגרת ההליכים בפני ועדה להפסקת הריון בשלב החיות יינתן, במקרים המתאימים, לאשה המבקשת, ייעוץ הולם ומפורט יותר מן הייעוץ המקובל בוועדות הרגילות, לרבות, לפי הצורך, ייעוץ גנטי וסוציאלי והתייחסות מיוחדת לדילמות הקשורות להפסקת הריון בשלב החיות, וזאת בפרט במקרים של בקשה להפסקת הריון של עובר בריא או הסובל מחשש למום היוצר מגבלה קלה בתפקוד בלבד.

10.2. כאמור בחוק העונשין וכפי שהדבר מתבצע בכל הוועדות להפסקת הריון - לא תסרב ועדה להפסקת הריון בשלב החיות לבקשה שהובאה בפניה בטרם נתנה לאישה המבקשת הזדמנות להופיע בפניה ולמסור לוועדה את נימוקה.

10.3. כידוע - לבן הזוג (או אבי העובר) אין מעמד חוקי בוועדה להפסקת הריון ובקשר לדיון בה, ולא נדרשת הסכמתו להפסקת ההריון. עם זאת, ראוי - במידה שהאישה מסכימה לכך - לאפשר לבן הזוג / אבי העובר ללוות את המבקשת ולשלבם בדיוני הוועדה, ככל שניתן.

11. קווים מנחים קליניים

הפסקת הריון לאחר אישור של ועדה להפסקת הריון בשלב החיות משמעה סיום ההריון לאחר ביצוע פעולות רפואיות אשר יבטיחו לידת העובר כשהוא ללא רוח חיים. רצון האם, אף כי יש לכבד אותו, איננו מהווה שיקול יחיד ומכריע, בהחלטה אם לאשר הפסקת הריון בשלב החיות, ויש לשקול שיקולים נוספים שיפורטו להלן, גם במקרים בהם מבחינת החוק קיימת עילה מותרת להפסקת ההריון.

11.1. הפסקת הריון עקב עילות מס' 1-2 בחוק העונשין - **האישה היא למטה מגיל הנישואין או שמלאו לה 40 שנה, או כאשר ההריון נוצר מיחסים אסורים לפי החוק הפלילי או מיחסי עריות, או שהוא לא מנישואין:**

11.1.1. בהיעדר מידע קונקרטי על בעיות רפואיות אצל האישה או העובר - הפסקת הריון בשלב החיות על פי סעיפים אלה משמעה הפסקת התפתחותו של **עובר בריא** בשלב בו היה מסוגל לחיות אילו נולד ובנסיבות שאין בהן סכנה בריאותית לחיי האישה מהמשך ההריון.

11.1.2. פעולה זו היא בעייתית מבחינת האתיקה הרפואית המנחה את גורמי הרפואה לדאוג לבריאות האם ולבריאות העובר. אישורה דורש נימוקים כבדי משקל המבוססים על הצגת חומר מתועד ואמין שיצביע בברור על הצדקה להפסקת הריון עקב אחת מעילות אלה.

11.2. הפסקת הריון עקב עילה מס' 3 בחוק העונשין – **הוולד עלול להיות בעל מום גופני או נפשי:**

11.2.1. הקווים המנחים בנושא זה, המפורטים להלן, ממסדים את הגישה המקובלת בעולם לפיה: ככל שגיל ההריון מתקדם יותר יש צורך במגבלה תפקודית בדרגת חומרה גבוהה יותר הצפויה לוולד, ולפחות דרגת הסתברות משמעותית (30% לפחות) לקיום המגבלה האמורה, כדי להצדיק אישור הפסקת הריון בשלב החיות. קווים מנחים אלה יכוונו את חברי הוועדה בהחלטותיהם, אך אין הם כובלים את שיקול דעתם. במקרים מיוחדים ומשיקולים כבדי-משקל רשאית הוועדה להחליט שלא על פי קווים מנחים אלה, הן לגבי אישור והן לגבי דחיית הפניה, ויש לנמק החלטות כאלה בבירור ובמפורט.

11.2.2. יש להתייחס לחשד למום גופני או נפשי על פי אמות מידה הבודקות את המגבלה הגופנית ו/או ההתפתחותית בתפקוד, לאחר קבלת טיפול רפואי, על פי הדרוג הבא, ולאשר או לדחות את הפניה, עקב חשש למגבלה גופנית ו/או התפתחותית של הוולד כאמור, לפי הקווים המנחים הבאים:

(1) **מגבלה קלה בתפקוד (mild handicap)** – מגבלה גופנית ו/או התפתחותית שמידת חומרתה איננה מגעת כדי פגיעה בהשתלבות בחברה או צורך בעזרת הזולת כל החיים - איננה מצדיקה הפסקת הריון בשלב החיות.

(2) **מגבלה בינונית בתפקוד (moderate handicap)** – מגבלה גופנית ו/או התפתחותית הפוגעת בהשתלבות בחברה אך מידת חומרתה איננה מגעת כדי צורך בעזרת הזולת כל החיים - ניתן לאשר הפסקת הריון בשלב החיות עד לשבוע 27 617 להריון, כאשר ההסתברות לקיומה גבוהה מ- 30%.

(3) **מגבלה קשה בתפקוד (severe handicap)** – מגבלה גופנית ו/או התפתחותית שמידת חומרתה מגעת כדי צורך בעזרת הזולת כל החיים - ניתן לאשר הפסקת הריון בשלב החיות ללא מגבלה על שבוע ההריון, כאשר ההסתברות לקיומה גבוהה מ-30%.

11.2.3. ועדה להפסקת הריון בשלב החיות הדנה בהפסקת הריון על פי סעיף זה חייבת לקבל לפני כינוסה חוות דעת כתובה של יועצים רלבנטיים למקרה, הכוללת התייחסות למידת ההסתברות לקיום המגבלה ולמידת חומרתה של המגבלה הצפויה, על פי מיטב שיפוטם המקצועי ובהתאם למדרג שבסעיף 11.2.2 לעיל. ניתן לזמן את המומחים לוועדה, לפי הצורך.

11.2.4. אין להשתמש בעילה מס' 3 לחוק העונשין כדי לאשר הפסקת הריון בשלב החיות של **עובר בריא**, במקרים של סיכון ללידה מוקדמת, או לידה מוקדמת שאיננה ניתנת למניעה, או כשיש התוויה רפואית לגרימת לידה מוקדמת.

11.2.5. ניתן להשתמש בעילה מס' 3 כדי לאשר הפסקת הריון בשלב החיות במקרה של סיבוכים עובריים העלולים לגרום למום גופני או לפגיעה מוחית-התפתחותית בעובר (כגון זיהום תוך רחמי), וזאת על פי הקווים המנחים כמפורט בסעיף 11.2.2 לעיל.

11.3. הפסקת הריון עקב עילה מס' 4 בחוק העונשין – הפסקת הריון עקב כך **שהריון עלול לסכן את חיי האישה או לגרום לה נזק גופני או נפשי** :

11.3.1. בדרך כלל, סכנה לחיי האישה או חשש לנזק גופני או נפשי שיגרם לה, בעקבות הלידה, אין בו כדי להצדיק הפסקת חיי **עובר בריא** בשלב החיות, אם ניתן ליילדו חי מבלי לגרום נזק בלתי הפיך לאישה. לפיכך - אישור להפסקת הריון בשלב החיות במקרה של עובר בריא עקב סכנה לחיי או בריאות האישה יינתן רק במקרים חריגים ומנימוקים כבדי משקל, שיש לתעד בבירור ובמפורט.

12. הגנה משפטית

12.1. ביצוע הפסקת הריון ללא אישור ועדה הוא עבירה פלילית, ולכן עמדת משרד הבריאות היא כי חברי ועדה להפסקת הריון ממלאים תפקיד ציבורי על פי דין בעת שהם דנים בבקשה להפסקת הריון. בתור שכאלה, הם עשויים להיות זכאים להגנת המדינה בנסיבות המתאימות, ובלבד שפעלו בהתאם לחוק (והכל בהתאם לסעיפים 7 עד 17 לפקודת הנזיקין).

12.2. לשם מעקב על נושא זה חברי הוועדות מתבקשים להודיע ללשכה המשפטית של משרד הבריאות על כל מקרה בו הוגשה תביעה אישית כנגד חבר ועדה עקב מילוי תפקידו בוועדה להפסקת הריון בשלב החיות.

12.3. אף כי להורים ו/או לצאצא שנולד יש, עקרונית, זכות להגיש תביעה על רשלנות רפואית בגין החלטות חברי הוועדה, עמדת משרד הבריאות היא שהחלטה לאשר או לא לאשר בקשה לבצע הפסקת הריון, כשהיא לעצמה, לא מן הראוי שתהיה עילה לתביעה אישית כנגד מי מחברי הוועדה, המוסד בו התקיימה

הוועדה או מדינת ישראל-משרד הבריאות, בין בעילה של הולדה בעוולה או של חיים בעוולה ובין אם בעילה אחרת. כל זאת - אם קוימו כל הכללים לפעילות הוועדה, נעשה שימוש כדין בשיקול-דעתה וההחלטה התקבלה כחוק ובהסתמך על חוזר זה, לאחר מיצוי הברור ומתן ייעוץ נאות לאישה.

13. המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגניטיקה תקיים מעת לעת מפגשים תקופתיים עם חברי הוועדות להפסקת הריון בשלב החיות לדיון בנושאים מנהליים, קליניים ואחרים. על חברי הוועדות להקפיד על השתתפות במפגשים אלה.


בכבוד רב,
פרופ' אבי ישראלי

העתק ח"כ יעקב בן-יזרי, שר הבריאות
לת/103/138660(מ)

לכבוד
הממונה על רישוי מוסדות ומכשירים רפואיים
משרד הבריאות
ת.ד. 1176
ירושלים

דיווח על הרכב ועדה להפסקת הריון בשלב החיות

שם המוסד הרפואי: _____

מס' ,	שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	מקצוע	מס' רשיון	תואר מומחה ב..	תפקיד במוסד הרפואי
1.	חבר						
	ממלא מקומו						
2.	חבר						
	ממלא מקומו						
3.	חבר						
	ממלא מקומו						
4.	חבר						
	ממלא מקומו						
5.	חבר						
	ממלא מקומו						

חתימת מנהל המוסד הרפואי _____

תאריך: _____

מש/2

**חוזר שירותי אשפוז מספר
64/90 "הנחיות בדבר מסירת
מידע לאישה הפונה לוועדות
להפסקת היריון וסדרי עבודתן
של הוועדות" (15.6.1990)**

שרותי אשפוז

חוזר מס' 64/90

ירושלים, כ' בסיון
15 ביוני 1990

תיק מס' 2/1/14

אל: כל מנהלי בתי-החולים הכלליים
(מח' נשים ויולדות)
(ועדות להפסקת הריון)

הנדון: הנחיות בדבר מסירת מידע לאשה הפונה לועדות
להפסקת הריון וסדרי עבודתן של הועדות

לאור העובדה שסדרי עבודתן של הועדות להפסקת הריון אינם אחידים בכל בתי-החולים, וכן קיים מצב בו אין מקפידים על מילוי כל החוראות שבתקנות, פרסם שר תברואות הנחיות ברורות המגדירות נושא זה.

לחלן ההנחיות:

1. מנהל בית-החולים ידאג לכל הסידורים הדרושים כדי לאפשר לועדות להפסקת הריון לחקיד ולמלא את החוראות שבפרק "הפסקת הריון" בחוק העונשין תשל"ז-1977 (לחלן-חוק העונשין) וחוראות בתקנות העונשין (הפסקת הריון), תשל"ח-1978 (לחלן-התקנות).
2. (א) סעיף 316 לחוק העונשין מחייב קבלת הסכמת המודעת של האשה הפונה לועדה להפסקת הריון (לחלן-הפונה), שפרשה בלשון החוק "הסכמתה בכתב לאחר שהוסברו לה הסיכונים הגופניים והנפשיים הכרוכים בהפסקת הריון.
(ב) על מנת להבטיח קבלת ההסכמה המודעת של הפונה, כאמור, תופנה הפונה לשיחה עם עובדת סוציאלית שתסביר לה את הסיכונים שבחפלה ותנסה לשכנע אותה לבחור בפתרון אלטרנטיבי.
3. לאחר קבלת השאלון החתום בידי הפונה לפי תקנה 13 לתקנות, תפנה מזכירת הועדה את הפונה לפגישה עם העובדת הסוציאלית.
4. העובדת הסוציאלית תמסור לפונה את חומר ההסברה שאושר על ידי משרד תברואות, את ההסברים הדרושים ותביא בפניה את הפתרונות החלופיים האפשריים.
5. העובדת הסוציאלית תגיש לועדה תסקיר בכתב שיאשר את קיום השיחה עם הפונה, מסירת החומר הכתוב ומתן ההסברים בעל-פה לפונה.

6. (א) הפונה תופנה לרופא המוסמך, כפי שנקבע בתקנה 13(ד) בתקנות, לאחר פגישתה עם העובדת הסוציאלית.
- (ב) הרופא המוסמך יאשר בכתב כי הסביר לפונה את הסיכונים הכרוכים בחפסקת ההריון ותוצאותיה האפשרויות, כפי שנאמר בתקנה הנ"ל.
7. מזכירת הועדה הדנה בבקשת הפונה תביא בפניה את התסקיר של העובדת הסוציאלית ואת האישור של הרופא המוסמך, כאמור בסעיף 6(ב) לעיל.
8. חבר הועדה שאישרה את ביצוע ההפלה לא יבצע בפונה את חפסקת ההריון.
9. מנחל מחלקת נשים ויולדות בבית החולים או רופא בכיר אחר שימנה מנחל בית החולים מטעמו יוודא את מלוי חוראות החוק, התקנות וההנחיות המתייחסות לבצוע חפסקת ההריון וידווח על כך למנחל בית החולים.
10. כל המידע והמסמכים המתייחסים לבקשותיהן של הפונות, לדיוני הועדה ולהחלטותיה הוא סודי וחסי ומנחל בית החולים יקבע את החסדרים לשמירתם בדרך נאותה.
- הואילו לחביא הנחיות אלה לידיעת כל הנוגעים בדבר, ולוודא כי ינהגו בהתאם לנדרש.
- חומר החסברה הנזכר בסעיף 4 נמצא עתה בהכנה, ויופץ בקרוב לכל הועדות.

ב ב ר כ ה,

ד"ר מ. משיח

העתק: לשכת המנחל הכללי
היועץ המשפטי
ראש שרותי בריאות הציבור
מרכזי קופות-חולים

י/אפ/9891

מש/3

**כללי האתיקה של ההסתדרות
הרפואית בישראל: "אתיקה
רפואית – כללים וניירות
עמדה"**

אתיקה רפואית

כללים וניירות עמדה

עורך: פרופ' אבינעם רכס



ההסתדרות הרפואית בישראל
הלשכה לאתיקה

פרק ב

ערכי היסוד של האתיקה הרפואית

אוטונומיה (Patient Autonomy)

אוטונומיה, משמעותה כי למטופל יש זכות מלאה לקבל החלטות, באופן חופשי ועצמאי, בדבר הטיפול הרפואי שיינתן לו ובדבר מתן הרשאה והסכמה מודעת קודם לתחילת הטיפול הרפואי בו. הסכמה כזו תינתן על בסיס מידע רפואי מלא שיימסר למטופל על ידי הרופא ביושר, בשקיפות, באופן סביר ומאוזן. אוטונומיה, משמעותה גם זכות המטופל לדחות או לסרב להצעות רופאיו מבלי שהם יכפו עליו את דעתם. כיבוד עצמאותו של המטופל, משמעותו שמירה על כבודו באשר הוא אדם, והקפדה על פרטיותו ועל הסודיות הרפואית שלו. הרופא יכבד זכויות אלו ויפעל יחד עם המטופל על פיהן.

מניעת נזק מהמטופל (Non-Maleficence)

מניעת נזק מהמטופל, משמעותה כי בטיחות המטופל ובריאותו עומדות כערך עליון ברפואה, וכי הרופאים יפעלו תמיד כך שלא ייגרם נזק למטופל, לא במכוון, לא עקב מעשה ולא עקב מחדל. החובה למנוע נזק מהמטופל, משמעותה גם כי הרופא הנו בעל הידע והכישורים הנדרשים לביצוע הטיפול הרפואי. מכאן גם נגזרת החובה המוטלת על הרופא ללימוד מתמיד ולאיומן קבוע, על מנת לשמור על מידת המקצוענות הראויה.

הטבה עם המטופל (Beneficence)

הטבה עם המטופל, משמעותה כי הרופא יפעל תמיד לטובתו של המטופל ויעשה ככל יכולתו למנוע, להפחית או לסלק כל פגיעה קיימת בבריאותו של המטופל. הרופא ישקול בכל מקרה את מאזן התועלת והנזק הצפויים בטיפול הרפואי המוצע ואת התאמתו למטופל, ויבחר בדרך הנושאת את מרב התועלת האפשרית עבורו.

שוויון (Distributive justice)

שוויון ברפואה, משמעותו צדק חברתי, תוך מתן גישה שווה לכל אדם ואדם לאמצעי אבחון וטיפול רפואיים, תוך חלוקה צודקת של משאבים רפואיים מוגבלים ומניעת אפליה מכל סיבה שהיא. צדק חברתי, משמעותו גם כי הרופא ישקול את צורכי כלל החברה במשאבים רפואיים מוגבלים, בבואו לבחור טיפול רפואי למטופל הבודד.



פרק ג

חובות כלליות של הרופא

1. הרופא ישים את טובתו של המטופל בראש מעייניו, קודם לכל עניין אחר.
2. הרופא יפעל, כמיטב יכולתו, על מנת לשמור ולשפר את בריאותם הגופנית והנפשית של המטופל כפרט ושל החברה ככלל.
3. הרופא יפעל על מנת לרפא את המטופל, להקל את סבלו, למנוע ממנו מחלות ולהקטין את נזקיהן, והכול תוך נקיטת טיפול רפואי מקצועי ועדכני ומתוך יחס של חמלה ושמירה על כבוד המטופל וזכויותיו.
4. הרופא יפעל בכל עת בצדק, בהגינות ובשוויון כלפי המטופלים ויימנע מאפליה מכל סיבה שהיא.
5. הרופא ישמור על פרטיות המטופל ועל הסודיות הרפואית שלו.
6. הרופא יפעל תוך כיבוד זכויות האדם של המטופל ולא ישתתף בכל פעולה המפרה זכויות אלו, באשר הן, למעט מקרים שבהם טובת המטופל מחייבת זאת.
7. הרופא לא ייקח חלק בכל פעולה הפוגעת בשלמותו הגופנית או הנפשית או בכבודו של כל אדם, לרבות אדם הנמצא במסגרת כפויה, ולא יסייע בדרך כלשהי בעינויים או בהשפלה.
8. הרופא ישמור על כבוד חבריו הרופאים, על כבודם של עובדי הרפואה האחרים, ויימנע מכל מעשה או מחדל בין במהלך עבודתו ובין מחוץ לה, העלול לפגוע בכבוד המקצוע.
9. הרופא יקפיד על רמה ויושרה מקצועית נאותה, יהיה הגון וישר בכל מעשיו ויפעל לשמור על ערכים אלו גם בין חבריו למקצוע.
10. הרופא ינהג בשקיפות, יפעיל שיקול דעת מקצועי ועצמאי, המשוחרר משיקולים זרים, ויימנע מניגוד עניינים אישי, כלכלי או אחר העלול להיות לו בעיסוקו ברפואה.
11. הרופא יתמיד בהתעדכנות מקצועית, בידע ובמיומנות, מתוך מחויבות לחינוך רפואי עצמי, ויפעל לקידום הידע הרפואי והמדעי של חבריו למקצוע, של הסטודנטים לרפואה ושל כלל החברה.
12. הרופא ימסור כל מידע רפואי ביושר ובשקיפות על בסיס הידע הרפואי המקובל.
13. הרופא יטפל בכל אדם הזקוק לעזרתו, אך בנסיבות ראויות רשאי הרופא שלא לטפל באדם מסוים, למעט במצבי חירום.
14. הרופא יכיר בחשיבות השתתפותו בכל פעילות שנועדה לשפר את בריאות הציבור ויפעל, כמיטב יכולתו, לקידום השוויון בנגישות של כלל החברה לטיפול רפואי ולחלוקה צודקת של המשאבים הרפואיים.

15. הרופא יכבד את החוק ויפעל מתוך אחריות ציבורית לעדכנו בכל מצב שבו טובת המטופלים מחייבת זאת.
16. הרופא לא יעסוק בעיסוק שאינו הולם את מקצוע הרפואה.
17. הרופא לא יעסוק בזמנית במקצועו ובעיסוק אחר, שאינו בתחום הרפואה, אם הדבר מעמידו בניגוד עניינים מכל סוג שהוא.
18. הרופא אחראי באופן אישי לעיסוקו המקצועי ולטיפול הרפואי הניתן על ידו.
19. הרופא רשאי לפעול בכל שטחי האבחון והטיפול, בהתאם לניסיונו וליכולתו הרפואית. הרופא יכיר במגבלותיו המקצועיות ויימנע - פרט לנסיבות חריגות - מלנקוט פעולה רפואית אשר אינה בתחום יכולתו או הכשרתו הרפואית.
20. הרופא יהיה אחראי לשמירה על בריאותו האישית. רופא אשר חלה, יפנה לקבלת סיוע רפואי מתאים מרופא אחר.

מש/4

הצהרת סיאול – WMA Declaration of Seoul on Professional Autonomy and Clinical Independence

WMA DECLARATION OF SEOUL ON PROFESSIONAL AUTONOMY AND CLINICAL INDEPENDENCE

Adopted by the 59th WMA General Assembly, Seoul, Korea, October 2008

And amended by the 69th WMA General Assembly, Reykjavik, Iceland, October 2018

The WMA reaffirms the [Declaration of Madrid on professionally-led regulation](#).

The World Medical Association recognises the essential nature of professional autonomy and physician clinical independence, and states that:

1. Professional autonomy and clinical independence are essential elements in providing quality health care to all patients and populations. Professional autonomy and independence are essential for the delivery of high quality health care and therefore benefit patients and society.
2. Professional autonomy and clinical independence describes the processes under which individual physicians have the freedom to exercise their professional judgment in the care and treatment of their patients without undue or inappropriate influence by outside parties or individuals.
3. Medicine is highly complex. Through lengthy training and experience, physicians become medical experts weighing evidence to formulate advice to patients. Whereas patients have the right to self-determination, deciding within certain constraints which medical interventions they will undergo, they expect their physicians to be free to make clinically appropriate recommendations.
4. Physicians recognize that they must take into account the structure of the health system and available resources when making treatment decisions. Unreasonable restraints on clinical independence imposed by governments and administrators are not in the best interests of patients because they may not be evidence based and risk undermining trust which is an essential component of the patient-physician relationship.
5. Professional autonomy is limited by adherence to professional rules, standards and the evidence base.
6. Priority setting and limitations on health care coverage are essential due to limited resources. Governments, health care funders (third party payers), administrators and Managed Care organisations may interfere with clinical autonomy by seeking to impose rules and limitations. These may not reflect evidence-based medicine principles, cost-effectiveness and the best interest of patients. Economic evaluation studies may be undertaken from a funder's not a users' perspective and emphasise cost-savings rather than health outcomes.
7. Priority setting, funding decision making and resource allocation/limitations processes are frequently not transparent. A lack of transparency further perpetuates health inequities.
8. Some hospital administrators and third-party payers consider physician professional autonomy to be incompatible with prudent management of health care costs. Professional autonomy allows physicians to help patients make informed choices, and supports physicians if they refuse demands by patients and family members for access to inappropriate treatments and services.
9. Care is given by teams of health care professionals, usually led by physicians. No member of the care team should interfere with the professional autonomy and clinical independence of the physician who assumes the ultimate responsibility for the care of the patient. In situations where another team member has clinical concerns about the proposed course of treatment, a mechanism to voice those concerns without fear of reprisal should exist.
10. The delivery of health care by physicians is governed by ethical rules, professional norms and by applicable law. Physicians contribute to the development of normative standards, recognizing that this both regulates their work as professionals and provides assurance to the public.
11. Ethics committees, credentials committees and other forms of peer review have long been established, recognised and accepted by organised medicine as ways of scrutinizing physicians' professional conduct and, where appropriate, may impose reasonable restrictions on the absolute professional freedom of physicians.

12. The World Medical Association reaffirms that professional autonomy and clinical independence are essential components of high quality medical care and the patient-physician relationship that must be preserved. The WMA also affirms that professional autonomy and clinical independence are core elements of medical professionalism.

מש/5

**דו"ח מבקר המדינה משנת
2016 - הפסקות היריון יזומות
(2016)**

הפסקות היריון יזומות

תקציר

רקע כללי

לפי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2013 היו בישראל כ-20,900 פניות של נשים לוועדות להפסקת היריון (להלן גם - ועדות), וכמעט כולן אושרו - כ-20,400 (כ-97.6%). מבין הבקשות שאושרו בוצעו כ-19,300 הפסקות היריון (כ-95% מהבקשות המאושרות). מספר הפניות לוועדות עלה מכ-19,100 ב-1990 לכ-20,900 ב-2013 (כ-9%), לעומת גידול באוכלוסייה של כ-176%. אם כן, שיעור הפניות לוועדות יחסית למספר הנשים באוכלוסייה ירד במשך שנים אלו.

בישראל יש 39 מוסדות רפואיים שמורשים על ידי משרד הבריאות לקיים ועדות להפסקת היריון ולבצע הפסקות היריון (להלן גם - מוסדות). רק כמחצית (52%) מהפסקות ההיריון נעשות בבתי חולים ממשלתיים, של שירותי בריאות כללית או ציבוריים. השאר, לפי הנתונים הידועים למשרד הבריאות, נעשות בבתי חולים פרטיים ובמרפאות פרטיות מורשות.

ועדות להפסקת היריון פועלות מתוקף חוק העונשין, התשל"ז-1977, ומתוקף תקנות העונשין (הפסקת היריון), התשל"ח-1978 (להלן - תקנות הפסקת היריון). קיימים שני סוגים של ועדות: ועדה שמטפלת בבקשות להפסקת היריון עד השבוע ה-24 להיריון, וועדה שמטפלת בבקשות להפסקת היריון לאחר השבוע ה-24 להיריון - שלב החיות (להלן - ועדה בשלב החיות). ועדות בשלב החיות קיימות רק ב-13 מהמוסדות המבצעים הפסקות היריון (בבתי חולים בלבד). בשנים 2000-2013 היה שיעור הפסקות ההיריון בשלב החיות כ-1.5%-1% מכלל הפסקות ההיריון בכל שנה.

1 מאז שנת 1978, שבה מספר הגברים היה שווה למספר הנשים, גדל שיעור הנשים, וכעת הן רוב באוכלוסייה.

פעולות הביקורת

בחודשים פברואר-מאי 2014 ובחודשים ינואר-יולי 2015 בדק משרד מבקר המדינה את פעולת הוועדות להפסקת היריון ואת הביצוע של הפסקות היריון. נבדקו בעיקר הנושאים האלה: אופן עבודת הוועדות; המידע הרפואי שמוסרים חברי הוועדה לפונה לוועדה (להלן גם - הפונה); ביצוע הפסקת היריון; השירות לפונות לוועדות; דיווח על הפסקות היריון לא חוקיות; דיווח המוסדות למשרד הבריאות וללשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן - למ"ס) על הפסקות היריון; הפסקות היריון מאוחרות - בשלב החיות וחינוך מיני במסגרות השונות. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, בבתי החולים הכלליים-ממשלתיים, בבתי החולים של שירותי בריאות כללית, בשני בתי חולים ציבוריים², בארבע קופות החולים³, במשרד החינוך, בלמ"ס ובצה"ל. בירורים נעשו בבתי חולים ציבוריים אחרים, בבתי חולים פרטיים ובמרפאות פרטיות. שאלונים נשלחו ל-34 מהמוסדות המורשים לקיים ועדות להפסקת היריון, ו-33 מוסדות השיבו עליהם.

הליקויים העיקריים

היעדר מידע נגיש לאישה הפונה לוועדה וקבלת הסכמתה מדעת לביצוע הפעולה בתנאים לא מספקים

מסירת מידע והנגשה שפתיית: (א) בחלק מהמוסדות אין כלל חומרי הסברה, במוסדות מסוימים יש חומרי הסברה רק בחלק מהנושאים הקשורים להפסקת היריון, ובחלק מהמוסדות יש חומרי הסברה בשפה העברית בלבד. (ב) רק חלק מהנחיות משרד הבריאות בנושא התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות כוללות דרישה להנגשת מידע גם בשפה האמהרית.

אי-מתן שהות מספקת לפונה לוועדה לשקול את החלטתה: חלק מהמוסדות שבהם פועלות ועדות להפסקת היריון לא פועלים בצורה שתותיר לפונה די זמן לגיבוש החלטתה תוך בחינה מושכלת של המידע שנמסר לה, שקילת ההחלטה והתייעצות עם גורמים נוספים שאמינים עליה, לפני חתימתה על טופס הסכמה מדעת לביצוע הפעולה.

2 בית החולים הדסה עין כרם בירושלים ובית החולים הדסה הר הצופים בירושלים.
3 שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת ולאומית שירותי בריאות.

הגברת הנטל הבירוקרטי

דרישה לקבלת אישור נוסף לפני ביצוע הפסקת היריון במוסד אחר: יש מוסדות הדורשים מנשים שכבר אושרה בקשתן במוסד מורשה אחר ושהופנו אליהם לצורך ביצוע התהליך, לקבל גם את אישורה של ועדה אצלם, ואינם מסתפקים באישור שכבר קיבלה האישה.

נטל בירוקרטי בהסדרי התשלום עבור פעילות הוועדות: למרות שכ-98% מהבקשות מאושרות כאמור, ומעל ל-50% מהנשים זכאיות להחזר מהקופה, כאשר אישה מבקשת לפנות לוועדה להפסקת היריון, בדרך כלל היא אינה מקבלת מקופת החולים התחייבות למימון הליך הוועדה לפני פנייתה אליה, אלא עליה לשלם עבורו מראש בעצמה, סכום של 400 ש"ח. רק בדיעבד, לאחר שהיא מגישה לבית החולים את טופס ההתחייבות של קופת החולים והקבלה על התשלום ששילמה בבית החולים, היא מקבלת החזר מבית החולים. לחלופין, בחלק מהמקרים עליה לפנות אל הקופה שבה היא מבוטחת כדי לקבל החזר על התשלום ששילמה בבית החולים. בכך יש משום נטל בירוקרטי מיותר על חלק ניכר מהנשים.

אי-בהירות בנוגע להצגת מסמכים רפואיים הנוגעים למצב נפשי: חלק מהמוסדות דורשים מהפונה לקבל חוות דעת על מצבה הנפשי מאת פסיכיאטר של המוסד שבו פועלת הוועדה, אחרים דורשים חוות דעת של פסיכיאטר חיצוני, מוסדות מסוימים מסתפקים בחוות דעת של רופא המשפחה ומוסד אחד מסתפק בהצהרת הפונה על מצבה הנפשי.

דיווח על הפסקות היריון לא חוקיות

למשרד הבריאות אין מידע בנוגע להיקף הפסקות ההיריון הלא חוקיות. המשרד יכול לדעת עליהן רק במקרה שהוא מקבל דיווח על סיבוך רפואי שהתפתח בשל הפסקת היריון, מהמוסד שבו התבצעה הפסקת ההיריון או מבית החולים שטיפל בסיבוך. הנחיות המשרד לא מתייחסות לחובות המוטלות על בית החולים שאליו הגיעו מטופלים עם סיבוך שמקורו במוסד רפואי אחר ובפרט נשים עם סיבוך מהפסקת היריון לא חוקית, וממילא לא מנחות את בית החולים לדווח על כך למשרד הבריאות. כתוצאה מכך אין למשרד הבריאות אפשרות לפעול נגד מוסדות רפואיים כאלה.

ליקויים בדיווחים על הפסקות היריון והפסקות היריון בשלב החיות

1. הבקרה והמעקב של משרד הבריאות אינם שלמים. הדיווחים שמעבירים המוסדות אליו אינם כוללים נתונים חיוניים, רפואיים ואחרים, לרבות נתונים על תרופות שהאישה נוטלת.
2. המוסדות מדווחים ללמ"ס על גבי טפסים מסורבלים שממולאים ידנית ומעבירים אותם באופן ידני. בנוסף, המוסדות שולחים למשרד הבריאות בכל חודש טופס אחר ובו נתונים כלליים-אגרגטיביים על הוועדות. תהליך ידני חסר מטבעו בקרה שוטפת הקיימת בתהליך ממוכן, והיקף השגיאות בדרך כלל גבוה יותר מזה שבתהליך הממוכן. בפועל, הדיווחים של המוסדות, הן למשרד הבריאות והן ללמ"ס, אינם שלמים ואינם מתואמים, ויש פערים במספר הוועדות המדווחות.
3. במחקר שערכו חוקרים ממכון גרטנר⁴ בשנת 2008 עלה שבכ-40% מהמקרים, הוועדות בשלב החיות דיווחו באופן לקוי או חסר על הסיבות לסיום ההיריון שנבעו ממום בעובר. עקב כך, למשרד אין יכולת לקיים בקרה ומעקב שוטפים אחר הנתונים, ולכן הוא אינו יכול לפעול כדי לצמצם ככל שניתן את ביצוע הפסקת ההיריון בשלבים מאוחרים. מדובר במצב דברים חמור הנמשך גם לאחר זיהוי הבעיה ב-2008. טפסים יעודיים הוכנו ב-2013, אולם השימוש בהם מתעכב.

פעולות חינוך והסברה למניעת הריונות לא מתוכננים

1. **מסגרות החינוך:** קיים חוסר ידע, לפחות בקרב חלק מבני הנוער, בתחום החינוך המיני והמודעות לשימוש באמצעים למניעת הריון. בבתי הספר התיכוניים, במסגרת תכנית "כישורי חיים", פחות ממחצית מהיועצות העבירו תכנים בנושא קיום יחסי מין ושימוש באמצעי מניעה, ורק כשליש העבירו תכנים בנושא מניעת מחלות מין ואיידס. נוסף על כך, בתכנית "כישורי חיים" המועברת בחטיבת הביניים אין שיעורים יעודיים על שימוש באמצעי מניעה ומניעת מחלות מין.
2. **צה"ל:** כל שנה יש בצה"ל כ-615 הפסקות היריון של חיילות חובה (מתוך כ-860 הריונות). ממצאי הביקורת מצביעים על כך שצה"ל נוקט פעולות מסוימות להדרכה מינית לחיילות ומקל קבלת אמצעי מניעה; אם בשל פעולות אלו ואם בשל המגמה הכלל-ארצית, שיעור הפסקות ההיריון ל-1,000 חיילות בשנים 2011-2013 היה במגמת ירידה. עם זאת, מסקר שערך צה"ל בנושא התנהגות מינית בקרב חיילות עולה צורך להמשיך למקד מאמצים על מנת להנחיל לחיילות וגם לחיילים הדרכה והכוונה לחינוך מיני.

4 מכון גרטנר הינו חברה לתועלת הציבור ומהווה מסגרת מחקרית לאומית לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות בישראל. ייעודו המרכזי של המכון הוא לסייע למערכת הבריאות ולמשרד הבריאות בקביעת מדיניות בריאות מושכלת ובפיתוחה.

3. מסירת מידע מניעתית לפונות: משרד הבריאות לא הנחה את המוסדות למסור לפונות לוועדות מידע בנושא השימוש באמצעי מניעה, למרות שבקרב 22%-38% מהפונות⁵ זו אינה הפסקת ההיריון הראשונה.

ההמלצות העיקריות

המידע שנמסר לפונה לוועדה וקבלת הסכמתה מדעת לביצוע הפעולה: (א) נוכח העובדה שכשליש מאישורי הוועדות ניתנים לנשים שאינן ילידות ישראל⁶, חיוני ביותר שמשרד הבריאות יעשה את כל הפעולות הדרושות כדי להבטיח שחומרי ההסברה והטפסים בכל המוסדות יהיו נגישים גם לנשים שאינן דוברות עברית, אם באמצעות תרגומן לשפות המקובלות: ערבית, רוסית ואנגלית, ואם באמצעות תיווך מסוג אחר. בנוסף, על משרד הבריאות לבחון את האפשרות להרחיב את הנחיותיו בנוגע לשפות אחרות, לרבות השפה האמהרית. כמו כן, על המשרד לוודא שכל המוסדות, כולל המוסדות הפרטיים, מודעים לחובתם לתת מידע מלא לפונות ומכירים את מוקד התרגום הרפואי הטלפוני. (ב) ההחלטה על הפסקת היריון תלויה בראש ובראשונה באישה עצמה ובערכיה, ולכן הכרחי שיהיה בידה מלוא המידע ושהות מספקת לשקול את צעדיה. כמו כן, על המשרד לבחון את הצורך לשנות את הנחיותיו בנושא קבלת הסכמה מדעת ולהגדיר מהו פרק הזמן הראוי להחתיים מטופלים על טופס הסכמה מדעת לפני ביצוע טיפול רפואי.

הנטל הבירוקרטי המוטל על האישה המבקשת לבצע הפסקת היריון: על משרד הבריאות להסדיר בנוהל מקיף את ההליך לאישור הפסקת היריון, לפשט אותו ולהקל את הנטל הבירוקרטי המוטל על הנשים. עליו לוודא כי המוסדות המקיימים הליכים להפסקת היריון מיישמים את הנוהל כלשונו.

דיווח על הפסקות היריון לא חוקיות: על משרד הבריאות להבהיר בהנחיותיו אם חשיפת בית חולים להפסקות היריון לא חוקיות, ובמיוחד כאלו שנעשות במרפאות לא מורשות, היא בבחינת אירוע מיוחד שיש לדווח עליו למשרד הבריאות.

דיווח על הפסקות היריון בכלל והפסקות היריון בשלב החיות בפרט: על משרד הבריאות לקדם תהליך למחשוב תהליכי הדיווח על הפסקות היריון, במטרה לקבל תמונת מצב מעודכנת של מכלול הפניות לוועדות ושל פרטי הפונות, שתאפשר לו שליטה בנתונים ובמידע. על משרד הבריאות להבטיח דיווח מלא על הפסקות היריון בשלב החיות ולקיים בקרה שוטפת של הנתונים, על מנת לעמוד על האפשרות לזהות מומים בבדיקות בשלב מוקדם יותר של ההיריון כדי לצמצם ככל שניתן את ביצוע הפסקת ההיריון בשלבים מאוחרים שלו.

5 בקרב פונות עד גיל 24 - 22%, בקרב פונות בגילי 25-34 - 32% ובקרב פונות מעל גיל 35 - 38%.
6 ילידות אסיה, אירופה, אמריקה, אפריקה וברית המועצות לשעבר.

פעולות חינוך והסברה למניעת הריגות לא מתוכננים : על משרדי הבריאות והחינוך לזהות את הסיבות לחוסר הידע בנושא חינוך מיני ובמודעות לצורך בשימוש באמצעים למניעת היריון. עליהם להכין תכנית להשלמת פערי הידע אצל בני הנוער. כמו כן, על משרד הבריאות, אשר בידו הנתונים על נערוֹת שנכנסו להיריון בלתי מתוכנן ובמיוחד נערוֹת שאין זה היריון הלא מתוכנן הראשון, לשקול לקיים הדרכות פרטניות לאותן נערוֹת ובמקרה הצורך אף להפנותן לסיוע של גורמי המקצוע בקהילה - רופא המשפחה או המחלקה העירונית לשירותים חברתיים.

סיכום

בכל שנה יש בישראל כ-21,000 פניות לוועדות להפסקת היריון. הסיכונים הגופניים והנפשיים הכרוכים בהפסקת היריון מחמירים ככל שהפסקת ההיריון נעשית בשלבים מאוחרים יותר. אישה המבקשת לבצע הפסקת היריון נמצאת לא פעם במתח נפשי ובחרדה, ויש נשים המתמודדות לבדן עם האירוע. כאשר מדובר בנערוֹת, ההתמודדות קשה במיוחד - הפחד מפני הלא נודע, החשש מתגובת הסביבה והסיכונים הבריאותיים, כל אלו מגבירים את סערת הנפש.

כדי להקל על הנשים הפונות לוועדות, חשובה התמיכה המקצועית של הצוות הרפואי ושל יתר אנשי המערכת הרפואית המטפלים באישה.

בביקורת עלה שקיים נטל בירוקרטי מיותר בתהליך אישור הפסקות ההיריון ובביצוען. כמו כן עלה שהתהליך עצמו מתנהל ברישום ידני אשר גורם לטעויות בקבלת המידע ובניתוחו, וכי למשרד הבריאות כמאסדר חסר מידע על הנשים המבצעות הפסקות היריון ועל הסיבות להפסקת היריון בשלב החיות. זאת ועוד, על אף הקדמה ונגישות המידע, עדיין קיים, בקרב כל הגילאים, מחסור במידע על התנהגות מינית אחראית ועל שימוש באמצעים למניעת היריון, הדבר מוביל אף להפסקות היריון חוזרות.

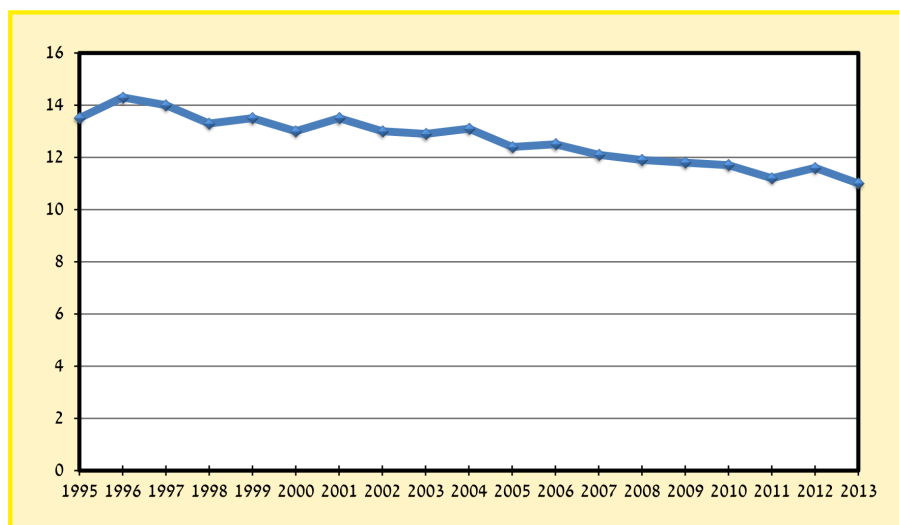
נוכח הממצאים שעלו בדוח זה, על משרד הבריאות לפעול כדי לייעל את פעולת הוועדות, לעקוב אחר הפסקות היריון לא חוקיות ולגבש עמדה בעניין הדיווח והטיפול בהן ולעמוד על האפשרות לזהות מומים בבדיקות בשלב מוקדם יותר של ההיריון. על משרד הבריאות והמוסדות המקיימים ועדות לתת לפונות לוועדות מידע בנוגע לאמצעי מניעה. על מערכות החינוך והבריאות להגביר את ההדרכות בבתי הספר בנושא חינוך מיני, ובייחוד בנושא השימוש באמצעי מניעה. כמו כן, על צה"ל להמשיך למקד מאמצים על מנת להנחיל לחיילות וגם לחיילים הדרכה והכוונה לחינוך מיני.



מבוא

בישראל יש 39 מוסדות רפואיים (להלן גם - מוסדות) שמורשים על ידי משרד הבריאות לקיים ועדות להפסקת היריון ולבצען בפועל. לפי נתוני משרד הבריאות⁷, בשנת 2013 היו בישראל כ-20,900 פניות של נשים לוועדות להפסקת היריון, וכמעט כולן אושרו - כ-20,400 (כ-97.6%)⁸. מבין הבקשות שאושרו בוצעו כ-19,300 הפסקות היריון (להלן גם - הפלות) (כ-95% מהבקשות המאושרות). מספר הפניות לוועדות להפסקת היריון (להלן גם - ועדות) עלה מכ-19,100 ב-1990 לכ-20,900 ב-2013 (כ-9%), לעומת גידול באוכלוסייה של כ-76%⁹. יוצא ששיעור הפניות לוועדות יחסית למספר הנשים באוכלוסייה ירד במשך שנים אלו ועמד ב-2013 על 11 פניות ל-1,000 נשים¹⁰. להלן בתרשים 1 שיעור הפניות לוועדות ל-1,000 נשים לשנים 1995-2013:

תרשים 1
שיעור הפניות לוועדות ל-1,000 נשים



על פי נתוני משרד הבריאות.

שיעור הפסקות ההיריון בישראל ל-1,000 לידות חי¹¹ בשנת 2012 היה נמוך בהשוואה לממוצע במדינות האזור האירופי¹²: 117.4 ל-1,000 לידות חי בישראל, לעומת ממוצע של 216.3 במדינות האזור האירופי. רק כמחצית (52%) מהפסקות ההיריון נעשות בבתי חולים ממשלתיים, של

- 7 משרד הבריאות, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, הפסקות היריון על פי החוק 1990-2013 (דצמבר 2014).
- 8 יש נשים שאינן פונות אל הוועדות כלל מאחר שהן יודעות שאינן עומדות בקריטריונים הקבועים בחוק.
- 9 ראו הערה 1.
- 10 ירידה של כ-35% משנת 1990, שבה היה שיעור הפניות לוועדה 16.8 ל-1,000 נשים.
- 11 לידה של עובר שאחרי היפרדו מהאם מגלה לפחות אחד מסימני החיים האלה: נשימה, דפיקות לב, דופק חבל הטבור או תנועות ברורות של שרירים רצוניים.
- 12 באיחוד האירופי חברות 27 מדינות.

שירותי בריאות כללית או ציבוריים; השאר, לפי הנתונים הידועים למשרד הבריאות, נעשות בבתי חולים פרטיים ובמרפאות פרטיות מורשות¹³.

לסוגיית הפסקת היריון באופן ייזום נלוות שאלות אתיות מורכבות הנובעות בין השאר מתפיסות תרבותיות ודתיות, לכך נלוות גם הגישה המוסרית הבסיסית כלפי הפסקת היריון אשר נגזרת מהגדרת מעמדו המשפטי של העובר. בעולם המערבי איסור ההפלה נשאר בעינו שנים רבות, ורק במחצית השנייה של המאה ה-20 התגברה הגישה הפמיניסטית התומכת בחופש האישה לבצע הפלות יזומות. גישה זו רואה בעובר חלק מגוף האם, וגזרת מזכות האישה לשליטה על גופה גם את הזכות להפסיק את הריונה. כמו כן, עומדת ההכרה בזכות האישה לאוטונומיה, הנובעת מערך האדם וחירותו - ערכים שעוגנו בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו.

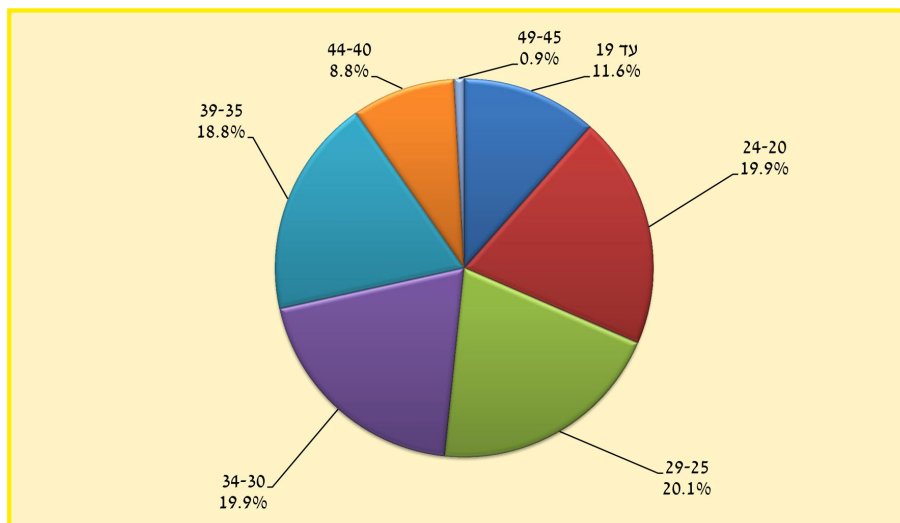
ועדות להפסקות היריון בישראל פועלות מתוקף חוק העונשין, התשל"ז-1977 (להלן גם - החוק), ומתוקף תקנות הפסקת היריון. בחוק שיווי זכויות האישה, התשי"א-1951, מעוגנת התפיסה כי לכל אישה זכות מלאה על גופה. אף על פי כן, אין לאישה זכות מוקנית להפסיק את הריונה, אלא באישור ועדה להפסקת היריון ובהתמלא אחת מהעילות הקבועות בחוק. על פי החוק, ועדה להפסקת היריון רשאית, לאחר שנתקבלה הסכמתה המודעת של האישה, לאשר הפסקת היריון אם ראתה שיש הצדקה לכך מחמת אחת מאלה: (א) האישה היא למטה מגיל הנישואין¹⁴, או מלאו לה 40 שנה; (ב) ההיריון נובע מיחסים אסורים לפי החוק הפלילי או מיחסי עריות, או שהוא שלא מנישואין; (ג) הוולד עלול להיות בעל מום גופני או נפשי; (ד) המשך ההיריון עלול לסכן את חיי האישה או לגרום לה נזק גופני או נפשי. יודגש כי בעבר היה אפשר להפסיק היריון בשל נסיבות סוציאליות, אך היתר זה בוטל בשנת 1980, ומאז לא ניתן לאשר הפסקת היריון מסיבות כלכליות או משפחתיות¹⁵. יש לציין כי החוק אינו מגביל את גיל ההיריון שבו ניתן להפסיקו.

רוב האישורים להפסקת היריון ניתנים על בסיס סעיף 316(א)(2) לחוק - "ההיריון נובע מיחסים אסורים לפי החוק הפלילי או מיחסי עריות, או שהוא שלא מנישואין". בשנת 2013, יותר ממחצית מהאישורים (כ-51.2%) ניתנו מכוח סעיף זה. כ-19.9% מהאישורים להפסקת היריון ניתנו בשל החשש למום בעובר, כ-19.4% נוכח הסכנה לפגיעה באישה, וכ-9.5% מחמת גיל¹⁶.

להלן בתרשים 2 התפלגות אישורי הוועדות לפי גיל האישה בשנת 2012:

- | | |
|----|--|
| 13 | במרפאה מותר לבצע הפסקות היריון עד 12 שבועות מהווסת האחרונה. |
| 14 | גיל הנישואין המעורבן הוא 18 שנים, ראו - חוק גיל הנישואין (תיקון מס' 6), התשע"ד-2013, ס"ח 2416. |
| 15 | סירוב לבקשות ניתן בעיקר לנשים נשואות מתחת לגיל 40 כאשר אין מום לעובר, וכשאין חשש לנזק גופני או נפשי לאישה. סיבות נדירות נוספות היו כאשר הוועדה לא שוכנעה שהפונה לוועדה הגיעה מרצונה החופשי, פונה לוועדה שהגיעה עם מסמכים חסרים, פונה לוועדה המשתמשת בתרופות שהתבררו לאחר בדיקה שאינן מסכנות את העובר, מום פשוט מאוד של העובר ובעיה רפואית פשוטה של הפונה לוועדה. |
| 16 | שיעור ביצוע הפסקות ההיריון ל-1,000 נשים ירד משנת 1990 עד שנת 2013 ב-25%. הירידה הגדולה ביותר נרשמה בהפסקות היריון בשל סכנה לפגיעה באישה. |

תרשים 2
התפלגות אישורי הוועדות לפי גיל האישה ההרה, 2012



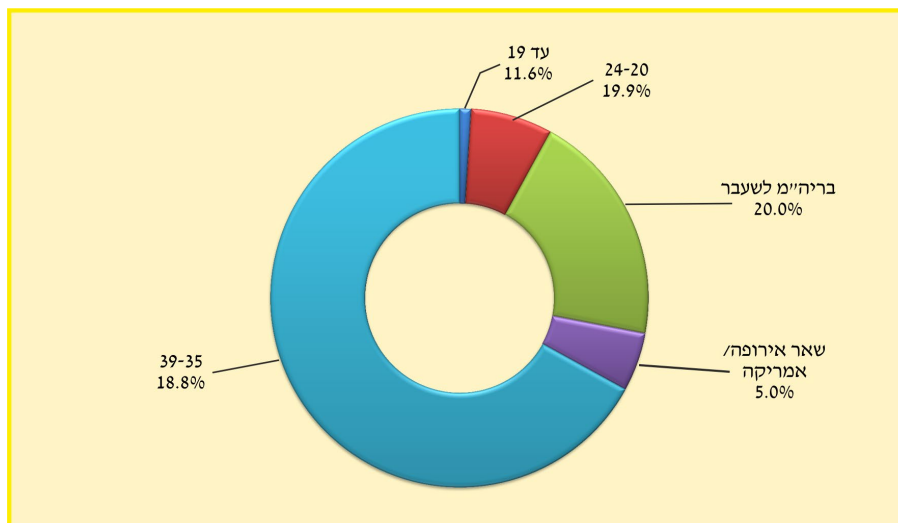
על פי נתוני משרד הבריאות.

מתרשים 2 עולה שכ-80% מהפסקות ההיריון בשנת 2012 נעשו לנשים בגילאי 20-39, והן מתפלגות כמעט בשווה בין הגילאים השונים בקבוצת גיל זו. עוד עולה כי חלקן של הנערות עד גיל 19 היה כ-12%, כ-2,200 בסך הכול.

הנתונים מצביעים על כך שבשנת 2011 כשליש מאישורי הוועדות ניתנו למי שאינה ילידת הארץ, כמפורט בתרשים 3 שלהלן:

תרשים 3

אישורי הוועדות לפי יבשת הלידה של האישה ההרה, 2011



על פי נתוני משרד הבריאות.

הרכב הוועדה להפסקת היריון הנדרש על פי החוק כולל: רופא מוסמך שהוא בעל תואר מומחה ביילוד ובגינקולוגיה; רופא מוסמך נוסף שעיסוקו הוא באחד המקצועות האלה: יילוד וגינקולוגיה, רפואה פנימית, פסיכיאטריה, רפואת משפחה, בריאות הציבור; אדם הרשום כעובד סוציאלי על פי חוק שירותי הסעד, התשי"ח-1958. נדרש כי בקרב חברי הוועדה תהיה אישה אחת לפחות. במקרים מסוימים מבקשים חברי הוועדה גם את חוות דעתם של מומחים שונים כגון קרדיולוג, גנטיקאי, ניירולוג ופסיכיאטר.

כאמור, החוק מתיר הפסקת היריון בכל שלב. אולם, הלכה למעשה, השלב שבו נמצאת האישה ההרה קובע את סוג הוועדה שתטפל בבקשתה: עד שבוע 24 להיריון מטפלת ועדה רגילה בבקשות להפסקת היריון, ואילו לאחר השבוע ה-24 להיריון - שלב החיות - מטפלת ועדה מיוחדת להפסקת היריון¹⁷. ועדות בשלב החיות קיימות רק ב-13 מהמוסדות המבצעים הפסקות היריון (בבתי חולים בלבד). בשנים 2013-2000 היה שיעור הפסקות היריון בשלב החיות כ-1.5%-1% מכלל הפסקות ההיריון בכל שנה¹⁸. הפסקות היריון עד השבוע השביעי יכולות להתבצע על ידי בליעת כדורים או בצורה כירורגית, והחל בשבוע השמיני בצורה כירורגית או באמצעות השראת לידה¹⁹. יצוין שככל שההיריון מתקדם יותר, הסיכוי לסיבוכים ולסיכונים רפואיים לאישה עולה²⁰.

17 ראו הנחיות המשרד בחוזר שירותי רפואה מספר 76/94 בנושא ועדות על-אזוריות להפסקת היריון בהרינונות מעל שבוע 23 מיום 28.12.94, וחוזר מנכ"ל מספר 23/07 בנושא ועדות להפסקת היריון בשלב החיות מיום 19.12.07.

18 משרד הבריאות, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, **הפסקות היריון על פי החוק 1990-2013** (דצמבר 2014).

19 יצירת לידה כשאין סימנים ללידה, שבמצב דברים זה מביא את האישה ללידה מוקדמת של עובר שאינו בר חיים. לאחר מכן, מבצעים בדרך כלל גרידה על מנת לוודא שההפלה הושלמה.

20 ראו:

Women's Health Defense Act (Late-Term Abortion Limit) - Americans united for life
<http://www.aul.org/womens-health-defense-actlate-term-abortion-limit/>

החל בשנת 2014²¹ הפסקות ההיריון כלולות בסל שירותי הבריאות, והמדינה מממנת אותן עבור כל הנשים עד גיל 33 שקיבלו את אישור הוועדה (המימון כולל את עלות הוועדה להפסקת ההיריון ואת הפסקת ההיריון).

בחדשים פברואר-מאי 2014 ובחודשים ינואר-יולי 2015 בדק משרד מבקר המדינה את פעולת הוועדות להפסקת ההיריון ואת הביצוע שלהן. נבדקו בעיקר הנושאים האלה: אופן עבודת הוועדות; המידע הרפואי שמוסרים חברי הוועדה לפונות; ביצוע הפסקת ההיריון; השירות לפונות לוועדות; דיווח על הפסקות ההיריון לא חוקיות; דיווח המוסדות למשרד הבריאות וללמ"ס על הפסקות ההיריון; הפסקות ההיריון בשלב החיות וחינוך מיני במסגרות השונות. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, בבתי החולים הכלליים-ממשלתיים, בבתי החולים של שירותי בריאות כללית, בשני בתי חולים ציבוריים²², בארבע קופות החולים²³, במשרד החינוך, בלמ"ס ובצה"ל. בירורים נעשו בבתי חולים ציבוריים אחרים, בבתי חולים פרטיים ובמרפאות פרטיות. שאלונים נשלחו ל-34 מהמוסדות המורשים לקיים ועדות להפסקת ההיריון, ו-33 מוסדות השיבו עליהם.

אישור הפסקות ההיריון וביצוען

אופן עבודת הוועדות להפסקת ההיריון

משרד הבריאות הסדיר ביוני 1990²⁴ את עבודת הוועדות במוסדות המורשים באמצעות חוזר הכולל בין השאר את אלה: הנחיות בנוגע לקבלת הסכמה מדעת של הפונה לוועדה לביצוע הפסקת ההיריון; שיחה עם העובדת הסוציאלית וקבלת הסברים על הסיכונים הכרוכים בביצוע הפעולה; חובת העובדת הסוציאלית להגיש לוועדה תסקיר של השיחה; פגישת הפונה עם רופא מוסמך וקבלת הסבר על הסיכונים הכרוכים בביצוע הפסקת ההיריון; הנחיה כי הפסקת ההיריון תבוצע על ידי רופא אחר מזה שאישר את ההפסקה בוועדה; והנחיה לשמירה על סודיות המסמכים.

המידע שנמסר לפונה לוועדה וקבלת הסכמתה מדעת לביצוע הפעולה

1. מסירת מידע והנגשה שפתית

א. לפי הנחיות המשרד, אישה הפונה לוועדה תקבל חומרי הסברה ייעודיים מהעובדת הסוציאלית.

21	חוזר מנכ"ל מס' 2/14 בנושא הרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2014 מיום 12.1.14.
22	ראו הערה 2.
23	ראו הערה 3.
24	חוזר שירותי אשפוז מספר 64/90 בנושא הנחיות בדבר מסירת מידע לאישה הפונה לוועדות להפסקת ההיריון וסדרי עבודתן של הוועדות מיום 15.6.90.

בביקורת עלה שבשני מוסדות אין כלל חומרי הסברה - במרכז הרפואי ע"ש ברוך פדה בפוריה (להלן - פוריה) ובמוסד פרטי; במוסדות מסוימים יש חומרי הסברה רק בחלק מהנושאים, לדוגמה, בשני בתי חולים פרטיים ניתן מידע רק בנושא הפסקת היריון תרופתית; ובחלק מהמוסדות חומרי ההסברה קיימים רק בשפה העברית, בין המוסדות האלה - המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא (להלן - שיבא) בתל השומר, המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי (להלן - איכילוב) בתל אביב (חלק מחומרי ההסברה) ובבית חולים פרטי.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2015, כתב משרד הבריאות שבימים אלה מסתיימת הרחבת עלון המידע שיימסר לפונות לוועדות, ושהמשרד יעדכן את הנחיותיו בנושא ביוני 2016. בתשובתו למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2015, כתב המרכז הרפואי פוריה שיפנה למשרד הבריאות כדי לקבל חומרי הסברה בשפות שונות.

משרד מבקר המדינה רואה חשיבות רבה למסירת מידע מלא לפונות לוועדה לשם ביצוע הפסקת היריון, שבמקרים רבים אינה פעולה רפואית הכרחית, אלא מתבצעת לפי רצונן.

ב. לפי הנחיות המשרד²⁵, חובה לפרסם את המידע הקיים בנושאים כמו קידום בריאות, רפואה מונעת ואלימות במשפחה בעברית, ערבית, רוסית ואנגלית, תוך התאמה תרבותית של החומר, ובהתאם לקהל היעד של כל מוסד רפואי. גם טפסים הדורשים חתימת מטופל (טופסי הסכמה מדעת, טופס קבלה למוסד אשפוז, טופסי חתימה על דרישה לתשלום או התחייבות כספית) חייבים להיות בארבע השפות.

משרד מבקר המדינה מצא שרק חלק מההנחיות כוללות דרישה למתן מידע גם בשפה האמהרית, ואלו נוגעות בעיקר למידע הניתן בעל פה, כגון במוקדי שירות טלפוניים במוסדות בריאות ציבוריים.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2015, כתב משרד הבריאות שבזמן תכנון החוזר נלקחו בחשבון מגבלות המערכת, המספר הרב של השפות המדוברות בישראל (יותר מ-30) והמספר המצומצם של יוצאי אתיופיה היודעים קרוא וכתוב באמהרית. המשרד ציין כי הוא מעמיד לרשות בתי החולים, לשכות הבריאות וטיפות החלב מוקד תרגום רפואי טלפוני, המספק גם שירות באמהרית.

בעקבות ממצאי הביקורת, בינואר 2016 חידד המשרד את הנחיותיו למנהלי בתי החולים, ובהן החובה להעמיד שירותי תרגום בעל פה במקרים שבהם הדבר נדרש במהלך הטיפול. זאת, באמצעות שירות תרגום טלפוני לערבית, רוסית, אמהרית וצרפתית; מגשרים תרבותיים או מתורגמנים מקצועיים; או העסקת אנשי צוות דוברי שפות אלו. המשרד הוסיף שראוי שבתי החולים ייערכו להנגשה לשונית טובה של הליך הפסקת היריון, גם בהיעדר חובה בהנחיותיו, כיוון ששליש מאישורי הוועדות ניתנים לנשים שאינן ילידות ישראל.

בתשובתה למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2015, כתבה שירותי בריאות כללית שהיא משקיעה ביוזמות מיוחדות לשיפור הטיפול באוכלוסיות ששפתן אינה עברית, כגון

25 חוזר מנכ"ל מס' 7/11 בנושא התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות מיום 3.2.11.

מגשרים תרבותיים לקהילה האתיופית וצוות רפואי וסיעודי דובר ערבית באזורי מגורים של האוכלוסייה הערבית.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות, כי נוכח העובדה שכשליש מאישורי הוועדות, כאמור, ניתנים לנשים שאינן ילידות ישראל, ובשל הצורך להסביר את התהליכים הבריורקטיים, עליו לוודא שחומרי ההסברה והטפסים בכל המוסדות שבהם מתקיימות ועדות להפסקת היריון יהיו מונגשים שפתית לכל הנשים, אם באמצעות תרגומן לאחת מהשפות המקובלות - ערבית, רוסית ואנגלית - או באמצעות תיווך מסוג אחר. בנוסף, על משרד הבריאות לבחון את האפשרות להרחיב את הנחיותיו בנוגע לשפות אחרות, לרבות השפה האמהרית. כמו כן, עליו לחדד את הנחיותיו לכל המוסדות, כולל המוסדות הפרטיים, בנוגע לחובתם לתת מידע מלא לפונות, ועליו לוודא שכולם מכירים את מוקד התרגום הרפואי הטלפוני.

2. מתן שהות מספקת לפונה לשקול את החלטתה: לפי הנחיות משרד הבריאות²⁶ חובה למסור למטופל את המידע הרפואי הנוגע אליו בשלב מוקדם ככל האפשר, ובדרך שתהא מובנת לו, על מנת שבחירתו והחלטתו ייעשו מתוך הבנה, מרצון וללא תלות²⁷. על פי תקנות הפסקת היריון, אישה המבקשת לבצע הפסקת היריון תמלא כחלק מתהליך הוועדה שאלון שיכלול את פרטיה האישיים ומצבה הרפואי. לאחר מכן היא תופנה לרופא מוסמך²⁸, לצורך קביעת גיל ההיריון וקבלת הסברים על הסיכונים הכרוכים בהפסקת ההיריון. על הרופא המוסמך לאשר בכתב כי נתן הסברים אלו לפונה²⁹. בנוסף, על הפונה להיפגש לשיחה גם עם עובדת סוציאלית כדי שתסביר לה, בין היתר, את הסיכונים הכרוכים בהפלה³⁰. לאחר מכן, על האישה לאשר בחתימתה על גבי השאלון שהיא מסכימה להפסיק את ההיריון לאחר שקיבלה את הסברי הרופא והבינה את הסיכונים הכרוכים בתהליך³¹. נוסף על כך, לפני ביצוע הפסקת ההיריון על הפונה לחתום על טופס ייעודי שבו היא מביעה את הסכמתה המודעת להפסקת ההיריון באמצעות פעולה תרופתית, פעולה כיורוגית או השראת לידה³², בהתאם לסוג ההפסקה שאותה תבצע. בטופס זה ניתן, בין היתר, הסבר על הפעולה, תופעות לוואי וסיכונים אפשריים מסוימים לאותה הפעולה.

- 26 חוזר מנכ"ל מספר 9/06 בנושא מגילת זכויות המטופל בראייה של חובות המטפל מיום 3.4.06.
- 27 ראו סעיף 13(ג) לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. לעניין משמעות הדרישה להסכמה מדעת ראו גם ע"א 2781/93 דעקה נ' בית החולים כרמל, נגד (4) 526 (1999) וע"א 3108/91 רייבני נ' וייגל, מז (2) 497 (1993).
- 28 רופא מוסמך שהוא בעל תואר מומחה על פי הפקודה ביילוד ובגינקולוגיה.
- 29 חוזר שירותי אשפוז מספר 64/90 בנושא הנחיות בדבר מסירת מידע לאישה הפונה לוועדות להפסקת היריון וסדרי עבודתן של הוועדות מיום 15.6.90.
- 30 שם.
- 31 תקנה 13(ד) לתקנות הפסקת היריון מחייבת הסכמתה המודעת של האישה הפונה לוועדה, ובלשון החוק "הסכמתה בכתב לאחר שהוסברו לה הסיכונים הגופניים והנפשיים הכרוכים בהפסקת ההיריון; לעניין זה הסכמתה של קטינה אינה טעונה אישור נציגה". גם על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, (סעיף 13(ב)) "לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע".
- 32 ראו הערה 19.

בביקורת עלה שבמרכז הרפואי מאיר של שירותי בריאות כללית (להלן - מאיר) בכפר סבא ובשני בתי חולים פרטיים הפונה פוגשת את הרופא המומחה שאמור להסביר לה על התהליך וסיכוניו רק לאחר שהוועדה אישרה את בקשתה, סמוך לביצוע הפסקת ההיריון, ולא כחלק מתהליך הוועדה.

בתשובתה למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2015, כתבה שירותי בריאות כללית שמחודש אוקטובר 2015 הוגדר במאיר נוהל עבודה חדש לוועדה להפסקת ההיריון, ועל פיו רופא בכיר יהיה זמין להסביר את תהליך הפסקת ההיריון וסיכוניו בזמן הוועדה.

עוד עלה שבכחמישית מהמוסדות³³ הפונה חותמת על טופס ההסכמה מדעת הייעודי לסוג הפעולה שהיא מתעתדת לבצע, רק במעמד הוועדה, ולא בשלב מאוחר יותר לפני ביצוע הפסקת ההיריון³⁴, ולכן אין לה אפשרות לעיין במידע כתוב ולשקול את החלטתה בעקבות המידע וההסברים שקיבלה.

משרד מבקר המדינה מציין כי ביסוד הדרישה להבטיח שאישה תקבל את החלטתה בנוגע להפסקת ההיריון מתוך הבנה של התהליך והשפעותיו האפשריות, עומדת ההכרה בזכות האישה לאוטונומיה, המעוגנת בהכרה בערך האדם ובכבודו - ערכים שזכו לעיגון בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. כאשר אין די זמן לאישה לגיבוש החלטתה היא עלולה להחליט מבלי לבחון בצורה מושכלת את המידע שנמסר לה, לשקול את ההחלטה ולהתייעץ עם גורמים נוספים שמקובלים עליה.

יצוין כי כבר בדוח קודם העיר מבקר המדינה³⁵ כי הדרישה לקבל הסכמה מדעת של החולה לטיפול רפואי נועדה להבטיח שהחולה הבין היטב את מהות הטיפול שהוא עומד לקבל; וכי ראוי שהמשרד יבחן את הצורך לשנות את הנחיותיו ולהגדיר את פרק הזמן הראוי לתת למטופל לפני שהוא חותם על טופס ההסכמה מדעת לביצוע טיפול הרפואי.

מבקר המדינה ממליץ שוב למשרד לבחון את הצורך לשנות את הנחיותיו כאמור.

הנטל הבירוקרטי המוטל על האישה המבקשת לבצע הפסקת ההיריון

אישה המבקשת להפסיק את הריונה מצויה בדרך כלל במתח נפשי, בהתלבטויות ובחששות. היא נדרשת בשל כך למערכת סביבתית תומכת. סרבול של התהליך, פעולות מיותרות במהלכו והקשחת הדרישות והתנאים שלא לצורך יוצרים בירוקרטיה המכבידה על מצב הנפשי של הנשים, שממילא הוא מתוח ורגיש.

הביקורת העלתה שבתהליך הפסקת ההיריון יש דרישות שמהוות נטל בירוקרטי כמפורט להלן:

- 33 בית החולים הדסה עין כרם, המרכז הרפואי לגליל, פוריה, המרכז הרפואי רמב"ם בחיפה, המרכז הרפואי רבין - בלינסון בפתח תקווה, המרכז הרפואי העמק בעפולה, המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה (להלן - סורוקה) בבאר שבע, ובמרכז רפואי פרטי.
- 34 ביצוע הפסקת ההיריון מתקיים בדרך כלל עד כשבועיים מיום התכנסות הוועדה.
- 35 מבקר המדינה, דוח שנתי 2015 (2015) בפרק "השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו", עמוד 515.

1. **דרישה לקבלת אישור נוסף לפני ביצוע הפסקת היריון במוסד אחר:** לפי מידע שמפרסם משרד הבריאות³⁶, הפסקת ההיריון תבוצע באותו בית חולים או מרפאה שבהם הוועדה אישרה את התהליך או במוסד רפואי אחר המורשה לבצע הפסקות היריון. בית החולים או המרפאה שבהם אישרה הוועדה את בקשת האישה רשאים להפנותה למוסד רפואי אחר המורשה לבצע הפסקות היריון, על פי בחירתה (בהתאם להסדרים עם קופות החולים). גם על פי טופסי הוועדות (ראו להלן), יכולה הוועדה להפנות אישה לביצוע הפסקת ההיריון במוסד בו התבצעה הוועדה או במוסד מורשה אחר.

ואולם, בביקורת עלה שיש מוסדות הדורשים מנשים, שבקשתן כבר אושרה במוסד מורשה אחר, ושהופנו אליהם לצורך ביצוע התהליך, לעבור ועדה נוספת גם אצלם, ואינם מסתפקים באישור שכבר קיבלה האישה. כך נמצא במאיר בכפר סבא, במרכז הרפואי אסף הרופא (להלן - אסף הרופא) בבאר יעקב, במקרה אחד שעלה בזמן הביקורת במרכז הרפואי הממשלתי הלל יפה (להלן - הלל יפה) בחדרה, ובבית חולים ציבורי. בשיבא בתל השומר - כל בקשה נידונה בשנית, ובמידת הצורך מוגשת שוב לוועדה.

משרד מבקר המדינה מעיר כי מדובר בנטל בירוקרטי המכביד על הנשים, גורם להתמשכות התהליך, לחוסר יעילות ולזכויות משאבים. על משרד הבריאות לקבוע מדיניות עקרונית להסרת חסמים בירוקרטיים בשירות שניתן לציבור, ככל שניתן, ובכלל זה עליו להסדיר את הנחיותיו בנוגע למקום הביצוע של הפסקת ההיריון³⁷, ולקבוע את הקריטריונים הנדרשים למעבר בין המוסדות.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2015, כתב משרד הבריאות שעמדתו המקצועית היא שעל הפסקת ההיריון להתבצע במקום שבו האישה עברה ועדה, אלא אם יש סיבה מיוחדת. עם זאת, יש לאפשר גמישות, כשזו העדפתה של האישה או כשיש סיבה למעבר בין מוסדות. עוד כתב המשרד כי כיוון שמדובר בהחלטה רפואית מורכבת שיקול הדעת של המוסדות השונים עשוי להיות שונה, ולכן יש היגיון בדרישה לקיים ועדה נוספת במוסד המבצע את הפסקת ההיריון. בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2015, כתב המרכז הרפואי אסף הרופא שהם מבצעים הפסקות היריון מאוחרות בדרך שונה ומורכבת יותר מאשר בבתי חולים אחרים, ולכן על צוות בית החולים לוודא שהפעולה מבוצעת בהתוויה רפואית מובהקת. בתשובתה למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2015, כתבה שירותי בריאות כללית כי דרישתם נוגעת לכלל ההתערבויות הטיפוליות המבוצעות אצלם, כולל הפסקת היריון, ושהיא מבטאת את אחריות המטפל להחליט על ההתוויה הרפואית ועל דרך הטיפול.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי עליו להבהיר למוסדות הרפואיים את הנחיותיו בנושא, כשלנגד עיניו הצורך בפישוט התהליכים וצמצום הנטל הבירוקרטי, וזאת מבלי לפגוע בשיקולים הרפואיים ההכרחיים.

2. **נטל בירוקרטי בהסדרי התשלום עבור פעילות הוועדות:** עד שנת 2014 המדינה מימנה הפסקות היריון (כולל עלות הוועדות) רק במקרים האלה: אישה מתחת לגיל 19; היריון שנבע מיחסים אסורים לפי החוק הפלילי או מיחסי עריות; חשש לוולד בעל

36 אתר המשרד - הפסקת היריון יוזמה (הפלה).

37 בדומה להסדרת הנושא בנוגע לוועדות בשלב החיות בחוזר שירותי רפואה מספר 76/94 מיום 28.12.94 וחוזר מספר 23/07 מיום 19.12.07.

מום גופני או נפשי; כאשר המשך ההיריון עלול לסכן את חיי האישה או לגרום לה נזק גופני או נפשי. כאמור, במסגרת סל שירותי הבריאות לשנת 2014³⁸ החלה המדינה לממן את הפסקות ההיריון עבור כל הנשים עד גיל 33 שקיבלו את אישור הוועדה, לפי כל אחת מהעילות המנויות בחוק (המימון כולל את עלות הוועדה להפסקת ההיריון ואת ביצוע ההפסקה). בעקבות כך עלה מספר הנשים שמקבלות מימון להפסקת ההיריון במסגרת הסל. המדינה לא תממן הפסקות ההיריון לנשים מעל גיל 33 אם הסיבה היא בשל ההיריון מחוץ לנישואין, ולנשים מעל 40 שלא עונות על הקריטריונים הרפואיים שצוינו לעיל (חשש למום בעובר וסכנה לפגיעה באישה).

כאמור, בכל שנה יש כ-21,000 פניות לוועדות, עלות הפנייה לוועדה להפסקת ההיריון היא כ-400 ש"ח. ברוב המקרים, כאשר אישה מבקשת לפנות לוועדה, היא לא מקבלת מהקופות התחייבות (טופס 17)³⁹ לפני פנייתה לוועדה, אלא עליה לשלם מראש עבור התהליך ישירות בבית החולים. אם היא זכאית למימון, היא תקבל החזר על התשלום. לשם כך, לאחר קבלת אישור הוועדה ולאחר שקיבלה טופס 17 מקופת החולים עליה להעביר לבית החולים את הטופס והקבלה על התשלום. לחלופין, היא יכולה לפנות אל הקופה בה היא מבוססת להחזר התשלום.

על פי תחשיב שעשה משרד מבקר המדינה, לפחות 50% מהפונות זכאיות להחזר התשלום ששילמו בעבור הפנייה לוועדה⁴⁰. נוכח הסרבול בתהליך החזר התשלום לפונות אלה הסב משרד מבקר המדינה את תשומת לב משרד הבריאות לסוגיה זו כבר במהלך הביקורת, באפריל 2014.

בתשובתו ממאי 2014 כתב משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה, כי כיוון שהאישה זכאית למימון התשלום לוועדה רק אם הוועדה אישרה לה לעבור הפסקת ההיריון, אי אפשר לחייב את הקופות לתת טופס התחייבות מראש, כאשר לפחות בחלק מהמקרים אין הן חייבות במימון הפנייה לוועדה. לגבי פניות של נערות עד גיל 19, שבהן הוועדה מאשרת הפסקות ההיריון כמעט כדבר שבשגרה, המשרד הנחה את הקופות⁴¹ להנפיק טופס התחייבות לוועדה להפסקת ההיריון (ללא השתתפות עצמית) לפני הפנייה לוועדה, ואף לנסות להגיע להסכמים עם בתי החולים להתחשבנות ישירה על מנת לחסוך את תהליך הוצאת טופס ההתחייבות מפונות אלה.

במהלך הביקורת מסר מנהל האגף לרישוי מוסדות רפואיים במשרד דאז, ד"ר יורם לוטן, לנציגי מבקר המדינה, כי משרד הבריאות מתעתד להוציא חוזר שיסדיר את נוהלי העבודה בין קופות החולים למוסדות שבהן פועלות ועדות להפסקת ההיריון.

ואולם, עד למועד סיום הביקורת, יולי 2015, לא פרסם משרד הבריאות את הנוהל בנושא.

- | | |
|----|--|
| 38 | חוזר מנכ"ל מס' 2/14 בנושא הרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2014 מיום 12.1.14. |
| 39 | אישור של קופת החולים לשלם לנותן שירות רפואי, עבור אותם שירותים רפואיים שמקבל המטופל אצל אותו נותן שירות. |
| 40 | כדי לאמור את שיעור הפונות הזכאיות להחזר עלות הפנייה לוועדה יש להפחית את שיעור הפונות שאינן עומדות בתנאי הסל (כ-13%), את שיעור הפונות שלא קיבלו את אישור הוועדה (כ-2.5%) ואת שיעור הפונות לחלק מהמוסדות הפרטיים, שבגין ביצוע הפסקת ההיריון בהם לא זכאית האישה למימון הקופה (כ-25%). |
| 41 | חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים מס' 13/2012 התנהלות קופות חולים במקרים של ההיריון והפסקות ההיריון לנערות עד גיל 19 מיום 19.11.12. |

משרד מבקר המדינה ממליץ שמשרד הבריאות, בשיתוף קופות החולים והמוסדות שבהם מתקיימות ועדות להפסקת היריון, יפעלו להקלת הנטל הבירוקרטי המושת על הפונות. כך למשל, קיימת אפשרות שהפונה תמסור למוסד הרפואי פרטי חיוב לביטחון (כרטיס אשראי למשל) והיא תחויב רק במידת הנדרש. דרך כזו תייעל את תהליך ההתחשבות, תצמצם את התהליך הבירוקרטי ותשפר את השירות לנשים בשעה רגישה זו.

3. אי-בהירות בנוגע למסמכים רפואיים הנוגעים למצב נפשי שאותם נדרשת הפונה לוועדה להמציא: כאמור, אחת העילות שקובע החוק לפיהן רשאית הוועדה לאשר הפסקת ההיריון היא כאשר המשך ההיריון עלול לסכן את חיי האישה או לגרום לה נזק גופני או נפשי. משרד הבריאות הנחה בשנת 1993⁴² את חברי הוועדות לבסס את אישורם במקרים אלה "על מסמך רפואי מנומק, ובכלל זה אבחנה רפואית מדויקת".

הביקורת העלתה שישנה שונות בין דרישות המוסדות בהם מתקיימות ועדות להפסקת היריון. בחלק מהוועדות, פונה שמבקשת לקבל אישור מתוקף כך שההיריון עלול לגרום לה נזק נפשי מחויבת לפגוש פסיכיאטר של המוסד שבו מתבצעת הוועדה. לדוגמה, בבית חולים פרטי. במוסדות אחרים, כגון אסף הרופא בבאר יעקב, בהלל יפה בחדרה, בשיבא בתל השומר, במרכז הרפואי לגליל בנהריה ובמקרים חריגים במרכז הרפואי רמב"ם (להלן - רמב"ם) בחיפה, הוועדה מקבלת גם חוות דעת של פסיכיאטר חיצוני. במוסדות כגון המרכז הרפואי ברזילי (להלן - ברזילי) באשקלון (במקרים מסוימים), וברמב"ם בחיפה (אם הפונה מביאה מסמך המוכיח נטילת תרופות) הוועדה מסתפקת לעתים בחוות דעת של רופא משפחה. באיכילוב בתל אביב הוועדה מסתפקת בהצהרת האישה על מצבה הנפשי ומקבלת החלטה על סמך התרשמות הרופאים החברים בוועדה.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2015, כתב משרד הבריאות שעל פי הנחיותיו הפסקת היריון על בסיס מצב נפשי חייבת להתבסס על חוות דעת מקצועית של פסיכיאטר, אך אין חובה שהוא יהיה מבית החולים בו מתכנסת הוועדה. במסגרת הבקורות שעושה המשרד על הוועדות הוא מעיר לאלו שבהן הנימוק למצבה הנפשי של האישה התקבל על ידי רופא משפחה או עובד סוציאלי.

שונות הדרישות בין המוסדות השונים מצביעה על כך שההנחיה של המשרד אינה ברורה דיה.

על משרד הבריאות להבהיר את הנחיותיו ולהסדיר בנוהל מקיף ובהיר את הליך אישור הפסקת היריון, לפשט אותו ככל הניתן, וזאת תוך מתן דעתו לצורך בצמצום הנטל הבירוקרטי המושת על הנשים. עליו לוודא כי המוסדות המקיימים הליכים להפסקת היריון מיישמים את הנוהל כלשונו.

42 חוזר מספר 23/93 בנושא שמירת החוק והתקנות ע"י הוועדות להפסקת היריון - הנחיות ביצוע, מיום 14.11.93.

ביצוע הפסקת היריון

מניעת ניגוד עניינים של המבצע את הליך הפסקת ההיריון

לפי הנחיות משרד הבריאות⁴³, חבר הוועדה שאישרה את בקשת האישה להפסקת ההיריון לא יבצע את הפסקת ההיריון לאותה אישה, וזאת כדי למנוע הימצאות במצב בו עלול להיות ניגוד עניינים בעת קבלת החלטות בדבר הפסקות היריון.

מהתשובות לשאלונים ששלח משרד מבקר המדינה למוסדות המבצעים הפסקות היריון עולה כי יש מוסדות החורגים מהנחיה זו, ורופאים שהיו חברים בוועדה שאישרה הפסקת היריון ביצעו אותה בפועל. כך לדוגמה, במרכז הרפואי הממשלתי-עירוני בני ציון (להלן - בני ציון) בחיפה, בהלל יפה בחדרה, ובבית החולים הדסה הר הצופים (להלן - הדסה הר הצופים) בירושלים. כך עולה גם מהבקורות שערך משרד הבריאות⁴⁴ בשנים 2012-2014 במוסדות מסוימים, לדוגמה במרכז הרפואי רבין-בילינסון של שירותי בריאות כללית (להלן - בילינסון) בפתח תקווה ובשלושה מוסדות פרטיים.

משרד מבקר המדינה מעיר למוסדות המבצעים הפסקות היריון, כי עליהם להקפיד על יישומה של הנחיה זו. עוד מעיר משרד מבקר המדינה למשרד הבריאות, כי עליו לאכוף יישום ההנחיה על המוסדות המבצעים הפסקת היריון.

הפסקת היריון תרופתית

הפסקת היריון תרופתית מתבצעת באמצעות בליעת כדורים⁴⁵ הניתנים בשתי מנות במרווח של יומיים. את המנה השנייה אפשר לתת גם בצורה וגנאלית. הפסקת היריון תרופתית היא שיטה בטוחה ובעלת סיכון נמוך להתפתחות זיהומים ולפגיעה ברחם כיוון שאינה כוללת התערבות כירורגית עם הרדמה, ניתוח או החדרת מכשירים לגוף האישה.

לפי הנחיות משרד הבריאות משנת 1999⁴⁶ מותר לבצע הפסקת היריון תרופתית עד 49 ימים מתחילת המחזור האחרון (שהם שבעה שבועות היריון). הנחיות אלו מבוססות על נתוני ה-FDA⁴⁷, שלפיהם אחוזי ההצלחה של הפסקת היריון תרופתית עד מועד זה הם כ-92%, ולאחר 49 ימי היריון יורדים אחוזי ההצלחה לפחות מ-85%⁴⁸.

- 43 חוזר שירותי אשפוז מספר 64/90 בנושא הנחיות בדבר מסירת מידע לאישה הפונה לוועדות להפסקת היריון וסדרי עבודתן של הוועדות מיום 15.6.90.
- 44 בקורות שעורך האגף לרישוי מוסדות ומכשירים רפואיים במשרד הבריאות על ועדות לאישור הפסקת היריון בבתי חולים כלליים ובמרפאות כירורגיות, וזאת במסגרת חידוש הרישוי לבתי החולים ולמרפאות.
- 45 Mifegyne, Cytotec.
- 46 חוזר מינהל רפואה מספר 48/99 בנושא הפסקת היריון מוקדם באמצעות תכשיר מיפג'ין - MIFEGYNE (Mifepristone 200 mg) המוכר כ-RU486 מיום 6.10.99.
- 47 מינהל המזון והתרופות האמריקאי - גוף ממשלתי שמרכז את הפיקוח והאסדרה בין היתר על מוצרי מזון ותרופות.
- 48 מתוך: The American college Obstetricians and Gynecologists, Clinical Guidelines, Medical management of first-trimester abortion, Society of Family Planning Clinical Guideline, 2014-1.

לפי ההנחיות, אם הפסקת ההיריון התרופתית לא הצליחה, תושלם הפעולה באמצעות גרידה עד לריקון הרחם. בשנת 2013, כ-40% מכלל הפסקות ההיריון שנעשו עד סוף השבוע השביעי להיריון התבצעו באמצעות טיפול תרופתי.

יצוין כי במאמר שפרסם ארגון הבריאות העולמי מוצגים שני מחקרים בנוגע לשימוש בהפסקת ההיריון תרופתית עד 63 ימים מתחילת המחזור האחרון (שהם תשעה שבועות היריון)⁴⁹. מחקר אחד מראה יעילות דומה בהצלחת הפסקת ההיריון כשהמנה השנייה ניתנת בצורה וגילית או בצורה פומית. המחקר השני מראה יעילות גבוהה יותר כאשר המנה השנייה ניתנת בצורה וגילית.

יש לציין שכרבע מהמוסדות המבצעים הפסקות היריון⁵⁰, מסרו למשרד מבקר המדינה כי הם תומכים בהרחבת השימוש בהפסקת היריון תרופתית עד סוף השבוע התשיעי להיריון, בשל שיעורי הצלחה גבוהים יחסית גם במועד זה.

בביקורת עלה שמוסדות מסוימים מבצעים הפסקת היריון תרופתית גם לאחר סוף השבוע השביעי להיריון, בניגוד להנחיות המשרד. לדוגמה, בהדסה הר הצופים בירושלים - עד סוף השבוע השמיני להיריון, בבילנסון בפתח תקוה - עד שבוע 7 + 2 ימים, במרכז הרפואי יוספטל (להלן - יוספטל) באילת - לעתים עד שבוע 7 + 4 ימים, ובבית חולים פרטי - עד סוף השבוע התשיעי.

משרד מבקר המדינה מעיר לאותם מוסדות - ובהם המוסדות שאוזכרו לעיל: הדסה הר הצופים, בילנסון ויוספטל - על שפעלו בניגוד להנחיות המשרד.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות שכל עוד הנחייתו עומדת בעינה, עליו לאכוף את ביצועה בכל המוסדות. עם זאת, נוכח נתוני ארגון הבריאות העולמי בדבר יעילות אמצעי זה, ראוי שהמשרד יבחן האם יש צורך לעדכן את ההנחיה, ולהתיר הפסקת היריון תרופתית בשלב מאוחר יותר של ההיריון.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2015, כתב משרד הבריאות כי יפנה את הסוגיה המקצועית בנוגע למועד האחרון שבו מותר לבצע הפסקת היריון תרופתית למועצה הלאומית לגינקולוגיה.

דיווח על הפסקות היריון לא חוקיות

כאמור, ללא אישור ועדה לא ניתן לבצע הפסקת היריון באופן חוקי בישראל. כמו כן, כאמור לעיל, לפי נהלי המשרד אסור לבצע הפסקות היריון במרפאות פרטיות מורשות לאחר השבוע ה-12, וביצוע הפסקות היריון מאוחר יותר עלול להביא לשלילת האישור למרפאות שביצעו את התהליך.

49 ראו:

Grossman D. Medical methods for first trimester abortion: RHL commentary (last revised: 3 September 2004). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.

50 מבין המוסדות שענו על השאלון.

למשרד הבריאות אין מידע בנוגע להיקף ההפלות הלא חוקיות. המשרד יכול לדעת על הפסקות היריון לא חוקיות רק במקרה שהוא מקבל דיווח על סיכון רפואי שהתפתח בשל הפסקת היריון, מהמוסד שבו התבצעה הפסקת ההיריון או מבית החולים שטיפל בסיכון.

המשרד פרסם הנחיות⁵¹ בנוגע לדיווח על אירועים מיוחדים, ולפיהן מוטלת אחריות על המוסד שבו התרחש אירוע מיוחד, כגון פעולה רפואית שהסתבכה, לדווח תוך 24 שעות על האירוע למשרד הבריאות. עם זאת, ההנחיות לא מתייחסות לחובות המוטלות על בית החולים שאליו הגיעו מטופלים עם סיכון שמקורו במוסד רפואי אחר, גם כשמדובר בסיכון שמקורו בהפסקת היריון לא חוקית, וממילא הן אינן מנחות את בית החולים לדווח על כך למשרד הבריאות.

בשנת 2014 בוצעה במרפאה מורשת הפסקת היריון לאישה בשבוע מאוחר ממה שאישר המשרד למרפאה. המקרה הסתבך והאישה הגיעה לטיפול רפואי בבית חולים איכילוב, שדיווח למשרד על המקרה. המשרד שלל את אישורה של המרפאה לבצע הפסקות היריון.

במהלך הביקורת קיבל מבקר המדינה מידע על ביצוע שתי הפסקות היריון לא חוקיות במוסדות שאינם מורשים לכך, ושבעקבותיהן הגיעו נשים עם סיכון רפואי לבית חולים העמק של שירותי בריאות כללית בעפולה. באחד המקרים, במרץ 2015, הגיעה אישה לבית החולים לאחר שרופא במרפאה לא מורשת ביצע לאישה הפסקת היריון שלא הושלמה - המידע לא הועבר למשרד הבריאות⁵².

כאמור, ההנחיות לא מתייחסות לחובות המוטלות על בית חולים שאליו הגיעו מטופלות עם סיכון שמקורו בהפסקת היריון שבוצעה במוסד שאינו מורשה לכך או במרפאה שלא בהתאם להנחיות המשרד, וממילא לא מנחות אותו לדווח על כך למשרד הבריאות. כיוון שכך, בית החולים שאליו הגיעו הנשים עם הסיכונים לא דיווח על כך למשרד הבריאות. כך נמנעה ממשרד הבריאות האפשרות לפעול נגד המרפאות הלא מורשות. לדעת מבקר המדינה, ראוי היה שבית החולים יעביר את המידע למשרד הבריאות אף בהיעדר הנחיה מפורשת לכך. וזאת, כדי שמשרד הבריאות ישקול כיצד לפעול.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2015, כתב משרד הבריאות שהפסקות היריון לא חוקיות הן עברות על החוק, ולפיכך הן נמצאות בתחום אחריותה של המשטרה. בכל מקרה שמגיע אירוע חריג למשרד הבריאות הוא נדון על ידי הגופים המוסמכים במשרד, ובמידת הצורך מועבר לטיפול במשטרה.

51 חוזר מינהל רפואה מס' 11/2012 בנושא חובת הודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים מיום 9.5.12.

52 משרד מבקר המדינה מסר את פרטי המקרים למשרד הבריאות.

לדעת משרד מבקר המדינה, יש מקום שמשרד הבריאות יבחן את האפשרות להגדיר בנהלי טיפול בסיכון שמקורו בהפסקת היריון שבוצעה במוסד אחר בניגוד לדין כמקרה מיוחד החייב בדיווח. כמו כן, מוצע כי משרד הבריאות יבחן דרכים לקבלת נתונים על היקפי הפסקות היריון לא חוקיות, זאת, כדי להבטיח שהפסקות היריון ייעשו על פי מיטב הידע הרפואי והמקצועי, בתהליך מבוקר ומפוקח ובמוסד המורשה לכך. מבקר המדינה כבר העיר בדוח קודם⁵³, שראוי שהמשרד יבחן דרכים לקבלת נתונים על היקפי הטיפולים המתבצעים בבתי החולים הציבוריים עקב סיבוכים שמקורם בטיפולים או בניתוחים שנעשו בבתי חולים פרטיים.

דיווח על הפסקות היריון

דיווח אמין ומדויק של כלל הנתונים הנוגעים להפסקות היריון לגוף המאסדר הכרחי על מנת שזה יוכל לעשות בקרת איכות על פעילות הוועדות, לנתח את הפניות לוועדות לפי חתכים שונים, לאתר דפוסי התנהגות של אוכלוסיות מסוימות, לאתר מגמות ומקרים חריגים ובעקבות כך לקבוע מדיניות ולבצע שינויים נדרשים.

המשרד כמאסדר שאינו מקבל את מלוא המידע

נתוני הוועדות להפסקת היריון וביצוע הפסקות היריון מגיעים לפי הנחיות המשרד לשני גופים: משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס). בכל פנייה של אישה לוועדה להפסקת היריון חלה חובה על המוסד שבו מתקיימת הוועדה למלא באופן ידני "טופס ארצי" - "בקשה לאישור הפסקת היריון". הטופס כולל בין היתר את גיל האישה, לאום, סיבה להפסקת היריון, מספר הריונות קודמים, מספר הפסקות ההיריון הקודמות וסוג המום בעובר אם קיים. על פי הנחיות המשרד הלמ"ס מקבלת את הטפסים האלה, כשחלק מפרטי האישה אינם גלויים, ומעבדת את פרטי הנשים הגלויים שפנייתן אושרה⁵⁴. את המידע המעובד שולחת הלמ"ס למשרד הבריאות. בנוסף, המוסדות שבהם מתקיימות הוועדות שולחים למשרד הבריאות כל חודש נתונים כלליים-אגרגטיביים על הוועדות להפסקת היריון בטופס אחר הכולל: מספר אישורי הוועדות על פי סעיפי החוק, שבוע ההיריון וביצועי הפסקות ההיריון על פי סעיפי חוק. הנתונים ממולאים באופן ידני בטבלה.

בביקורת עלה, שהדיווחים שמקבל המשרד אינם כוללים פרטים רפואיים שהפונה לוועדה ממלאת בטפסים, ועשויים להיות רלוונטיים לתהליך הפסקת ההיריון. לדוגמה, אם הפונה לוועדה משתמשת בסמים או בתרופות באופן קבוע, והאם אושפזה לאחרונה בבית החולים.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לבחון שימוש במערכת מחשוב ממוכנת שתיעל את תהליך הבקרה והמעקב שהוא עושה אחר תהליכי הפסקת היריון, ובכלל זה עליו לקבוע מהם הנתונים, רפואיים ואחרים, שחיוני שיהיו בידי.

53 מבקר המדינה, דוח שנתי 163 (2013), בפרק "היבטים במערכת הרפואה הפרטית - מדיניות, אסדרה וכלי פיקוח", עמוד 646.

54 חוזר שירותי אשפוז מספר 7/88 בנושא טופס ארצי לשימוש הוועדות להפסקת היריון מיום 18.1.88.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2015, כתב משרד הבריאות כי נושא מחשוב טופסי הוועדות מורכב מסוגיות משפטיות, ערכיות ותקציביות, והוא יבחן זאת עד יוני 2016.

תהליך לא מבוקר של מילוי הטפסים והעברתם

כאמור, הטפסים ממלאים באופן ידני. תהליך ידני חסר מטבעו בקרה שוטפת הקיימת בתהליך ממוכן, ולכן הסבירות לדיווחים שגויים בו בדרך כלל גבוהה יותר מזה המתנהל במערכת ממוכנת המאפשרת בקרה. בבדיקת יותר ממאה טופסי ועדות וטופסי דיווחים למשרד עלו כמה ליקויים:

1. **טופסי הוועדות ("בקשה לאישור הפסקת היריון") מסורבלים לעבודה שכן הם גדולים ולא נוחים; לטופס שלושה העתקים, ובדרך כלל לא ניתן לקרוא את הכתוב בדף התחתון; כיוון שהטופס ממלא ידנית, במקרים רבים הוא אינו קריא; אין מספיק מקום לפרט את הסיבה הרפואית להפסקת ההיריון; לא כל המוסדות מקפידים על מילוי כל שדות הטופס כראוי.**

2. כאמור, המוסדות שולחים ללמ"ס עותקים מטופסי הוועדות, ולמשרד הבריאות שולחים טופס אחר עם דיווח אגרגטיבי. אם קיים פער גדול בין הדיווח שהתקבל במשרד הבריאות למספר הטפסים שהתקבלו בלמ"ס⁵⁵, פונה הלמ"ס לוועדות שלא שלחו את כל הטפסים ומבקשת שישלימו את הפער. בעקבות הפנייה, שולחים חלק מהמוסדות טפסים נוספים ללמ"ס, חלקם באיחור רב. גם לאחר שהמוסדות שולחים טפסים נוספים, נשאר פער בין הדיווחים למשרד הבריאות לדיווחים ללמ"ס.

בבדיקת הדיווח לשנת 2011⁵⁶ נמצא שמספר טופסי הוועדות שנשלח ללמ"ס היה קטן ב-1,500 מהמספר עליו דיווחו המוסדות למשרד הבריאות. לאחר שפנתה הלמ"ס למוסדות שלא שלחו את הטפסים בבקשה להשלים את דיווחיהם, צומצם הפער ל-490 טפסים. בשנת 2010 עמד הפער הראשוני על 1,200 דיווחים ולאחר פניית הלמ"ס הוא ירד ל-931 טפסים.

3. לפי מידע שמסרה הלמ"ס לנציגי מבקר המדינה, היו מקרים שבהם הדיווח של המוסדות למשרד הבריאות היה שגוי. נמצאו אי דיוקים במספר הפניות לוועדות, במספר האישורים שנתנו הוועדות ובמספר הביצועים בפועל, וכן נמצאו טעויות בציון מועדי התכנסות הוועדות.

משרד מבקר המדינה מעיר בחומרה למשרד הבריאות, שאין זה סביר שדיווח על פרוצדורות רפואיות נעשה בצורה כה מסורבלת, שלא רק גורמת לטעויות, אלא גם לא מאפשרת למשרד למלא את תפקידו כמאסדר. נתונים חסרים ולא מדויקים עלולים לגרום לניתוח שגוי של המידע, להסקת מסקנות שגויות ולקבלת החלטות לא מבוססות, הן בנוגע לסיבות להפסקת ההיריון והן בנוגע למאפייני אוכלוסיית הנשים המבצעות את התהליך.

55 יותר מ-100 פניות או פחות מ-80% דיווח.

56 הנתונים התקבלו מהלמ"ס ביוני ובדצמבר 2014.

על משרד הבריאות לקדם דיווח על הפסקות היריון באמצעות מערכת ממחושבת שתבטיח בקרה של הנתונים המדווחים ואמינותם. הדבר יאפשר לו ליצור מסד נתונים מעודכן וזמין שיהווה תשתית לקבלת תמונת מצב מעודכנת, הן של פרטי הפונות לוועדה והן של מכלול הפניות לוועדות. בחינת הנושא ראוי שתיעשה תוך מתן הדעת להיבטים הנוגעים להגנת פרטיותן של הנשים, ותוך יישום ההנחיות בחוזר המנכ"ל בנושא: הגנה על מידע במערכות ממוחשבות במערכת הבריאות מפרוואר 2015.⁵⁷

הפסקות היריון בשלב החיות

בכל היריון, גם כאשר אין כל רקע משפחתי, יש סיכון קטן (כ-3%) שייוולד ילד עם מחלה או מום. לא ניתן למנוע את כל המומים, אך מאחר שחלק מהמומים נגרמים על-ידי גורמים תורשתיים, אפשר לבצע בירור משפחתי וגנטי כדי לגלות זוגות הנמצאים בסיכון יתר ולתת להם יעוץ גנטי מתאים. משרד הבריאות ממליץ לבצע את הבירור הגנטי לפני תחילת ההיריון, אך אפשר לבצע אותו גם בזמן ההיריון. בירור גנטי נעשה על ידי איסוף נתונים ובדיקות סקר שהן בדרך כלל בדיקות דם. כמו כן, משרד הבריאות מפרסם באתר האינטרנט שלו בדיקות מוצעות לפי שבוע ההיריון⁵⁸, מרבית הבדיקות מוצעות באופן שגרתי, לכל אישה הרה ובכל היריון⁵⁹.

מעקב סדיר אחר ההיריון וביצוע הבדיקות הנדרשות מאפשרים זיהוי מוקדם של בעיות בריאותיות וטיפול בהן, ובכך מעלים את הסיכוי להיריון תקין וללידת ילוד בריא.⁶⁰

לפי נתוני המשרד, בשנים 2000-2013 היו הפסקות היריון בשלב החיות כ-1.5%-1% מכלל הפסקות ההיריון בכל שנה. ככל שגיל ההיריון מתקדם יותר, גדל שיעור האישורים להפסקת היריון בשל חשש למום גופני או נפשי אצל העובר. בשנת 2012, עד שבוע 12 (שליש ראשון) - 12.6% מהפסקות ההיריון אושרו מסיבה זו, בשבועות 13-23 (שליש שני) - 65%, משבוע 24 ואילך (שליש שלישי) - 89.1%. בשנת 2013, 91% מהפסקות ההיריון בשלב החיות היו מעילה זו⁶¹.

בישראל כאמור אין הגבלה חוקית על הפסקת היריון בשלב החיות - שלב שבו העובר נחשב בר-חיות ויש לו סיכוי לשרוד בהינתן תמיכה רפואית מתאימה. אולם החל משבוע 24 של ההיריון נדרש אישור של ועדה מיוחדת להפסקת היריון בשלב החיות. משרד הבריאות הסדיר את מתן האישור לביצוע הפסקות ההיריון המאוחרות בחוזר בנושא, ובו מפורטים גיל ההיריון שבו יידון המקרה בוועדה בשלב החיות; הרכב ועדה להפסקת היריון בשלב החיות; תהליך מינוי הוועדה; קווים מנחים קליניים לאישור הפסקת ההיריון ועוד⁶².

- 57 חוזר מנכ"ל מספר 3/15 מיום 15.2.15.
- 58 חלקן כלולות בסל הבריאות, חלקן ניתן לבצע באמצעות שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן) של קופות החולים וחלקן רק באופן פרטי.
- 59 בכל בדיקה מצוין מה מטרתה ואילו מחלות היא יכולה לאבחן, על פי שלב ההיריון.
- 60 לנשים ללא גורמי סיכון.
- 61 יש לציין שמסך כל האישורים לפי סעיף זה רק כ-42.2% מהמקרים הייתה אבחנה מאושרת של מומים או מצבי טרום לידה שיכולים לגרום לפגיעה בעובר, בוודאות או בסבירות גבוהה. כ-32.1% מהמקרים הסיבה הייתה שימוש בתרופות העלולות לסכן את העובר בזמן ההיריון. (מתוך הלמ"ס, פניות לוועדות להפסקת היריון בשנת 2012, הודעה לתקשורת 22.12.14, מסמך מספר 350/2014).
- 62 חוזר מספר 23/07 בנושא ועדות להפסקת היריון בשלב החיות מיום 19.12.07.

בישראל יש 13 מוסדות⁶³ שבהם מתבצעת ועדה כזו (בתי חולים בלבד). בביצוע הפסקת היריון בשלב החיות, מעבר לעובדה שבשלב זה העובר נחשב בר-חיות מבחינה רפואית, קיים סיכון רב לסיבוכים עתידיים לאחר ביצוע ההפלה. בעוד הפלות המתבצעות בשלבי ההיריון הראשונים נחשבות לפרוצדורות בטוחות יחסית, הפלה המתבצעת בשליש השלישי (שבוע 27 ומעלה) היא פרוצדורה מורכבת יותר, ויש בה שכיחות גבוהה יותר של סיבוכים כמו דימום, זיהום, ניקוב דופן הרחם ופגיעה בצוואר הרחם⁶⁴. לא פחות חשוב מכך, הפסקת היריון בשלב החיות היא על-פי רוב תהליך רגשי קשה ומורכב שעלול להשפיע על מצבה הנפשי של האישה כמו גם על בני משפחתה הקרובים.

בחינת הגבלות בחקיקה על הפסקות היריון יוזמות בהשוואה בין מדינות⁶⁵ מעלה כי במרבית המדינות ההגבלות על הפסקות היריון תלויות בשלב ההיריון. בשלבים הראשונים של ההיריון המדיניות בנוגע להפלות גמישה יותר, ובמרבית המדינות הפסקת היריון בשלבים המוקדמים אינה טעונה אישור של ועדה מיוחדת, אלא נעשית בהחלטת הרופא המטפל, ואילו בשלבי ההיריון האחרונים אפשר על-פי רוב לעבור הפלה רק במקרים של סכנה לחייה של האישה או לבריאותה, או אם יש חשש למומים בעובר.

בטופס "בקשה לאישור הפסקת היריון" יש לפרט את הברירות שבוצעו לעובר ואת הממצאים שהתגלו כולל סוג המום בעובר. מידע זה אמור לאפשר להעריך את תרומתן של הברירות המתבצעות במהלך ההיריון להורדת שיעורי הלידות של תינוקות עם מומים מולדים⁶⁶.

בשנת 2008 ביקשו חוקרים ממכון גרטנר⁶⁷ לבדוק את פירוט המומים שהביאו להפסקות היריון בשלב החיות⁶⁸. מטרת המחקר הייתה להעריך את מאפייני הפניות להפסקות ההיריון המאוחרות ואישורן מהיבטים דמוגרפיים, מקצועיים וחברתיים. זאת, במטרה להציע התערבויות לצמצום מספר הפסקות ההיריון המאוחרות ולשפר את יכולת הוועדות לענייני היריון להתמודד עם שאלות אתיות ומעשיות. כך למשל, ביקשו החוקרים לבחון אם ישנם מומים שיכלו להתגלות בבדיקות בשלב מוקדם יותר של ההיריון ובכך למנוע הפסקת היריון בשלב החיות. ההשערה הייתה שאם המערכת תדווח כראוי על מומים בטופסי הוועדות, המשרד יוכל לנתח את הסיבות העיקריות להפסקות היריון בשלב החיות, וכך למנוע הפסקת היריון בשלב כה מאוחר.

מהדוח הראשוני של המחקר עלה שב-40% מהמקרים הוועדות בשלב החיות דיווחו באופן לקוי על הסיבות לסיום ההיריון, שנבעו ממום בעובר; מתוכם, קרוב לרבע מהמקרים סווגו כ"לא ידוע" או כ"חסר" ובמקרים אחרים הדיווח היה חלקי בלבד. בנוסף, אם הוועדה לא אישרה הפסקת היריון בשלב החיות, היא לא ציינה בטופס את סוג המום שבגינה הוגשה הבקשה להפסקת היריון.

63 מתוך 39 המוסדות המאושרים לבצע ועדות להפסקת היריון.

64 ראו:

<http://www.abortion.org.il/%D7%94%D7%A4%D7%9C%D7%94-%D7%91%D7%A9%D7%9C%D7%99%D7%A9-%D7%94%D7%A9%D7%9C%D7%99%D7%A9%D7%99/>

65 מתוך הגבלות בחקיקה על הפסקות היריון יוזמות - סקירה משווה. הכנסת, מרכז המחקר והמידע. פורסם ב-5.11.07.

66 חוזר מינהל רפואה מספר 11/99 בנושא שינוי הטופס "בקשה לאישור הפסקת היריון" מיום 21.3.99.

67 ראו הערה 4.

68 דוח ראשוני בנושא הפסקות היריון מאוחרות בישראל, שנכתב על ידי ד"ר ענת מישורי-דרעי מהיחידה לחקר בריאות האישה והילד, פרופ' ליאת לרנר-גבע מנהלת היחידה לחקר בריאות האישה והילד, ופרופ' בולסלב גולדמן מנהל היחידה למדיניות גנטיקה וביואתיקה. המחקר נערך במכון גרטנר (ראו לעיל).

לשם שיפור רמת הדיווחים, החלו מכון גרטנר, משרד הבריאות והלמ"ס לשתף פעולה במטרה לשפר את הטופס הידני וגם לפתח מנגנון ממוחשב לדיווחים. במרץ 2013 הוכן טופס ידני חדש, שאותו תכננו להטמיע בשני בתי חולים המקיימים ועדות להפסקת היריון, על מנת לבחננו.

הביקורת העלתה שמאז 2013 ועד למועד סיום הביקורת (יולי 2015), לא העביר המשרד את הטופס החדש לבתי החולים שבהם הוא אמור להיבחן ולא קידם מחשוב של תהליכי הדיווח. כך בקרת המשרד על נתוני הפסקות ההיריון בכלל ובשלב החיות בפרט לא שלמה. מדובר במצב דברים חמור הנמשך גם לאחר זיהוי הבעיה ב-2008.

על משרד הבריאות להבטיח דיווח מלא על הפסקות היריון בשלב החיות ולקיים בקרה שוטפת של הנתונים, על מנת לעמוד על האפשרות לזהות מומים בבדיקות בשלב מוקדם יותר של ההיריון כדי לצמצם ככל שניתן את ביצוע הפסקת ההיריון בשלבים מאוחרים שלו. בכך ימוזערו הסיכונים לבריאותה הפיזית והנפשית של האישה. בנוסף, על המשרד לפעול בשיטות קופות החולים לעידוד כל הנשים ההרות לבצע את הבדיקות שעליהן הוא ממליץ במועד המתאים, ובכלל זה הבדיקות המקדימות לזיהוי מומים בעובר, וייעוץ גנטי במקרה הצורך.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2015, כתב משרד הבריאות שהתחיל במהלך לעדכון טופסי הוועדות והחליט לבחון מחדש את ביצוע הפיילוט עד ספטמבר 2016.

פעולות חינוך והסברה למניעת הריונות לא מתוכננים

חינוך מיני

היעדר ידע בקרב בני נוער בנוגע לחינוך מיני: על פי נתוני הלמ"ס, מדי שנה יש כ-3,800 לידות של נערות עד גיל 19, מתוכן כ-84% נשואות. מספר אישורי הפסקות ההיריון לנערות עד גיל זה הוא כ-2,600 בשנה (כ-13.5% מכלל האישורים של הוועדות). מחציתן נערות בנות 19, והשאר בנות 14-18. נתון משמעותי הוא העובדה שכ-12% מהפניות של נערות לוועדות היו של נערות בהיריון בלתי מתוכנן חוזר⁶⁹. היריון בלתי מתוכנן של נערה מעורר רגשות מעורבים אצל הנערה ולעתים גם אצל בן זוגה (אם הוא מעורב), המתמודדים עם השאלה אם ירצו לגדל את הילד, למסור אותו לאימוץ או להפסיק את ההיריון. כמו כן, מצב זה יכול להיות מלווה בתחושות דאגה, חשש, פחד מתגובתם של אחרים, תסכול, אי-ודאות וסערת רגשות, ואף עלול לגרום משבר לבני הזוג. להחלטה על המשך ההיריון בגילאים אלה יש השפעות ניכרות על החיים הבוגרים של הנערה ובן זוגה. לא פעם מדובר בבני נוער צעירים שאינם בשלים מבחינה נפשית לגדל ילד ולטפל בו, כל שכן לעמוד בהוצאות הכלכליות הכבדות הנדרשות לשם כך. היריון בגיל צעיר (עד גיל 20) אף טומן בחובו יותר סיכונים, כגון משקל לידה נמוך של העובר, לידות מוקדמות ואף תמותת עוברים⁷⁰. בשל כל אלה, רוב הנערות שחיות היריון בלתי מתוכנן בוחרות להפסיק את ההיריון.

69 סיכום מבדק האכיות שעשה האגף להבטחת איכות במשרד הבריאות בחמישה בתי חולים בנושא הטיפול בנערות הפונות לוועדה לענייני היריון. פורסם ב-30.4.12.

70 מחקר שנערך בחטיבה למיילדות וגניקולוגיה בסורוקה, בשיתוף עם חוקרים מהמחלקה לאפידמיולוגיה באוניברסיטת בן-גוריון בקרב 31,985 יולדות עד גיל 24. מתוך האתר של שירותי בריאות כללית: <http://hospitals.clalit.co.il/hospitals/soroka/he-il/Articles/Pages/TeenagePregnancy.aspx>

במבדק איכות שערך משרד הבריאות בחמישה בתי חולים⁷¹ בנושא הטיפול בנערות הפונות לוועדה לענייני היריון הועלה, ששיעור גבוה של נערות שנכנסו להיריון טענו לחוסר ידע בנושא החינוך המיני. מנתוני הלמ"ס לשנים 2010-2013 עולה, שיותר מ-61% מהפונות לוועדות בגילאי 12-18 לא משתמשות באמצעי מניעה. כך למשל, בשנת 2013, 65.7% מהפונות בגילאים אלה לא השתמשו באמצעי מניעה.

היריון בלתי מתוכנן אצל בני נוער צעירים הוא על-פי רוב אירוע טראומטי שעלול להוביל לנזקים נפשיים ובריאותיים. חשוב על כן שהמערכת כולה תתגייס לצמצום התופעה. משרד מבקר המדינה מסב את תשומת לבם של משרד הבריאות ומשרד החינוך לכך שקיים חוסר ידע, לפחות בקרב חלק מבני הנוער, בנוגע לחינוך מיני ולשימוש באמצעים למניעת היריון. ראוי שמשרדים אלו יזהו את הסיבות לחוסר הידע ויפעלו להכנת תכנית להשלמת פערי הידע אצל בני הנוער (ראו גם להלן).

כמו כן, על משרד הבריאות לשקול לקיים הדרכות פרטניות לנערות שנכנסו להיריון לא מתוכנן, ובמיוחד לנערות שאין זה היריון הראשון, ובמקרה הצורך אף להפנותן לסיוע של גורמי המקצוע בקהילה - רופא המשפחה או המחלקה העירונית לשירותים חברתיים.

חינוך וקידום הבריאות בבתי הספר: משרד הבריאות אחראי מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 על קידום בריאות ועל רפואה מונעת. לפי הנחיית משרד הבריאות⁷², בכיתות א-ט תוקדש שעה בשנה לכל כיתה בנושא חינוך וקידום בריאות. בשעה זו יכול הצוות המקצועי לבחור נושא אחד המתאים לגיל התלמידים מבין הנושאים האלה: אורחות חיים מקדמי בריאות: תזונה נכונה ופעילות גופנית, חינוך מיני (חינוך לגיל ההתבגרות), מניעת היפגערות (בטיחות); מניעת אלימות; מניעת התנהגויות סיכוניות כולל עישון והתמכרויות. כמו כן, ניתן לבחור נושאים נוספים, לפי בקשת הצוות החינוכי, ההורים והתלמידים (לדוגמה: יציבה נכונה, מחלות מסוימות כגון סוכרת, גלישה בטוחה באינטרנט).

עולה שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד בבתי הספר אין חובה לקיים פעילויות בנושא חינוך מיני. לצוות החינוכי יש מגוון נושאים לבחירה מתוך שעות הלימוד המוקדשות לפעילות בנושאי בריאות, ולכן ייתכן כי לא תתקיים כלל פעילות בנושא חינוך מיני או שתתקיים במידה מועטה מאוד.

ואכן, בביקורת עלה שבשנת הלימודים תשע"ד הועברו שיעורים בנושא חינוך מיני ב-14% מכיתות ו, ב-11% מכיתות ח, וב-13% מכיתות ט. בשנת הלימודים תשע"ג הועברו שיעורים בנושא חינוך מיני ב-20% מכיתות ו, ב-1% מכיתות ח, וב-2% מכיתות ט.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2015, כתב משרד הבריאות שהוא פועל לקידום בריאות והתנהגות מינית אחראית במספר מישורים, ובכלל זה פעילות של מרפאות המין של לשכות הבריאות, מפגשים עם בני נוער וצעירים להעלאת המודעות שלהם לסיכונים במין ולאיומן תפיסת מיניות והתנהגות מינית בריאה, הסברה באמצעות שירותים מקוונים ופעילות ייעודית לבני נוער מהקהילה האתיופית. עוד כתב המשרד, שהוא מבצע בקרה בבתי הספר על יישום הנחיותיו.

71 מאיר, בני ציון, אסף הרופא, סורוקה והדסה הר הצופים.

72 חוזר ראש שירותי בריאות הציבור בנושא שירות בריאות לתלמיד מספר 12/2015 מיום 4.8.15, הנוגע לתלמידים בכל מסגרות החינוך בכיתות א-ט, שמחליף חוזר קודם מנובמבר 2013 (שלפיו יש להקדיש שעה בכיתות ב-ו ובכיתות ח ו-ט בנושא חינוך וקידום בריאות).

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות שנוכח השיעור הנמוך של הכיתות שהעבירו בהן שיעורים בנושא חינוך מיני ראוי שהוא ישקול, עם משרד החינוך, להגדיל את היקף הזמן שמוקדש לחינוך ולקידום בריאות בבתי הספר.

חינוך מיני במסגרת כישורי חיים: לפי הנחיית משרד החינוך, חובה לשלב בליבת שעות הלימוד השבועיות בבתי הספר היסודיים והעל-יסודיים תכנית "כישורי חיים"⁷³. בבתי הספר היסודיים מוקצת לה שעת לימוד שבועית אחת, בחטיבת הביניים: לכיתות ז מוקצות שתיים שבועיות המתחלקות בין החינוך החברתי ל"כישורי חיים", ואילו לכיתות ח ו-ט מוקצת שעה אחת. על פי ההנחיות יש לוודא שלפחות 15 שעות מוקדשות לתכנית כישורי חיים בכל שנת לימודים. בחטיבות העליונות תופעל התכנית כחלק משעות המחנך, בהיקף של 15 שעות שנתיות לפחות.

הנושאים לעבודה עם תלמידי התיכון במסגרת התכנית "כישורי חיים" הם, בין היתר, חינוך מיני; מניעת אלימות; מניעת עישון סיגריות ונרגילות; מניעת שתיית אלכוהול; מניעת שתיית אלכוהול ונהיגה בשכרות; מניעת השימוש בחומרים נדיפים; מניעת השימוש בסמים; מניעת פגיעה מינית; מניעת אובדנות; חינוך לשעת חירום; והתמודדות עם האינטרנט כזירת חיים. מתוך נושאים אלה בונים מנהלי בתי הספר תכנית "כישורי חיים" בית-ספרית ייעודית.

תכנית "כישורי חיים" בנושא המיניות יוצאת מתוך נקודת מוצא שעל מנת למנוע התנהגויות בלתי רצויות, חשוב לשים במוקד השיח סוגיות הנוגעות ליחסים בריאים ומיטביים ולזוגיות תקינה. מדובר בסוגיות כמו: פיתוח קשר זוגי מכבד, בחירה מודעת והפעלת שיקול דעת בקיום יחסי מין, הדדיות בקשר, חשיבות הכבוד ההדדי והאינטימיות בקשר ועוד. בצד חיוזק התנהגויות בוגות ובריאות עוסקת התכנית במניעת ניצול בכלל וניצול מיני בפרט, ומניעת הטרדה ופגיעה מינית.

האחריות ליישום תכנית "כישורי חיים" היא של מנהלי בתי הספר, ובידיהם הבחירה של התכנים שיועברו.

מסקר שערך משרד החינוך בנוגע ליישום תכנית "כישורי חיים" בקרב יותר מאלף יועצות חינוכיות⁷⁴ עולה שבשלב חינוך תלמידי התיכון⁷⁵ רק 44% מהיועצות עסקו בנושא קיום יחסי מין ואמצעי מניעה, ורק 31% עסקו בנושא מניעת מחלות מין ואידס. בשלב חטיבת הביניים⁷⁶ עולה שבנושאים הקשורים לחינוך למיניות בריאה עסקו בין 12%-ל-84% מהיועצות. לדוגמה, בקידום דימוי גוף חיובי עסקו רק 12% מהיועצות⁷⁷, בפורנוגרפיה עסקו רק 34% מהיועצות, בסטראוטיפים מיניים עסקו 55% מהיועצות, בנושא חברות בין המינים עסקו 82% מהיועצות ובנושא התבגרות גופנית ורגשית 84% מהן. עוד עולה שבשלב חטיבת הביניים במסגרת תכנית "כישורי חיים" אין שיעורים ייעודיים בנושאי שימוש באמצעי מניעה ומניעת מחלות מין.

- 73 חוזר מנכ"ל תשע"א/4(ב), כ"ד בכסלו התשע"ה, 1.12.10, בנושא הפעלת התכנית "כישורי חיים".
- 74 דוח מערכתי לסיכום העברת שאלון כישורי חיים, לסוף שנת הלימודים תשע"ג מ-7.11.13, שעליו ענו 1,637 יועצות מבתי ספר ממלכתיים, ממלכתיים-דתיים ובתי ספר ערביים.
- 75 שבו ענו על הסקר 348 יועצות.
- 76 שבו ענו על הסקר 387 יועצות.
- 77 תכנית חדשה הנקראת "בעד עצמי".

פערי הידע בנושא חינוך מיני והחשיפה המוגברת לתכנים שיש בהם התייחסות למין מחייבים את משרד החינוך לפעול כדי להנחיל לילדים ולנוער התנהגות מינית בטוחה, בין היתר במטרה לצמצם ככל הניתן הריונות בלתי מתוכננים. לשם כך, על משרד החינוך לאתר את הסיבות ליישום החלקי של תכנית "כישורי חיים" בנושא חינוך למיניות על ידי מנהלי בתי הספר, לגבש דרך פעולה, ולשקול אם לחייב את מנהלי בתי הספר להעביר תכנים בנושא מיניות, ואם כן, באיזה היקף ובאיזה אופן.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2015, כתב משרד החינוך שבשנת הלימודים החולפת קיבלו 400 יועצות חינוכיות הכשרות בהיקף של 30 שעות בנושא מיניות. עוד כתב משרד החינוך, שבמהלך שנת הלימודים תשע"ו תתקיים ישיבה עם נציגי משרד הבריאות על מנת לבחון שיתופי פעולה אפשריים בעתיד, לקידום חינוך למניעת הריון בלתי מתוכנן בבתי הספר.

פעילות צה"ל בנושא מניעת הפלות לחיילות חובה וטיפול בהן: לפי נתוני צה"ל, בשנת 2014 היו בצה"ל 602 הפסקות הריון ביוזמת החיילות בשירות חובה מתוך 870 הריונות (ו-627 מתוך 852 בשנת 2013 בהתאמה)⁷⁸. מתוכם, בשנת 2014 היו 16.5% הריונות חוזרים, וב-2013 17% הריונות חוזרים. שיעור הפסקות ההריון ל-1,000 חיילות בשנים 2011-2013 היה במגמת ירידה.

בסקר שערך צה"ל בנושא התנהגות מינית בקרב חיילות שפנו למרכז התמודדות ותמיכה (להלן - מהו"ת)⁷⁹ נמצא כי בשנים 2013-2015, כ-50% מהחיילות או בני זוגן לא השתמשו באמצעי מניעה⁸⁰. שלוש הסיבות העיקריות לאי-השימוש באמצעי מניעה הן המחשבה ש"לי זה לא יקרה"; קיום משגל נסוג; וחשש מתופעות הלוואי של שימוש באמצעי מניעה.

מהאמור בסקר עולה חשש שהידע של החיילות והחיילים בנוגע להתנהגות מינית חסר, ובכל מקרה, אמצעי הזהירות שנוקטים בני הזוג אינם מספקים.

נציגי צה"ל מסרו לנציגי מבקר המדינה שהצוות הרפואי מודריך את החיילים בנושא אמצעי מניעה ומחלות מין במהלך הטירונות, ופעם בשנה במסגרת הרצאות חינוך וקידום בריאות ביחידות⁸¹. כמו כן, בפברואר 2014 פרסם ענף הרפואה הנחיות⁸², ולפיהן רופא היחידה, ולא רק רופא נשים, יכול לתת לחיילת בשירות חובה מרשם לגלולות למניעת הריון⁸³. החיילת תקבל את הגלולות בבית מרקחת צבאי או ביחידה ללא תשלום. מטרת הנחיה זו היא לשפר את הנגשת הגלולות לחיילות החובה, על מנת לצמצם את ההריונות הלא מתוכננים⁸⁴. חיילות המגיעות למהו"ת מקבלות הסבר על שימוש באמצעי מניעה ועל מניעת מחלות מין.

- 78 כ-5% מהחיילות התגייסו בהריון והדבר התגלה במהלך הטירונות.
- 79 בשנת 2012 הקים צה"ל מרכז התמודדות ותמיכה (מהו"ת) המציע מענה משולב הכולל מידע, סיוע, ליווי, תמיכה וטיפול בחיילות חובה שנכנסו להריון לא מתוכנן, ובחיילים וחיילות נפגעי תקיפה מינית או נפגעי אלימות במשפחה או בקשר זוגי.
- 80 יותר מ-40% השתמשו באמצעי מניעה והפסיקו.
- 81 בין היתר על פי הוראות קרפ"ר (קצין רפואה ראשי) מספר 606.001.1 מפברואר 2004.
- 82 הנחיה מספר 02:03:04 בנושא ניפוק גלולות למניעת הריון.
- 83 המרשם יינתן לחיילת על ידי רופא היחידה בתנאי שלא קיימת לחיילת התוויית נגד רפואית לנטילת הגלולות.
- 84 בימים אלה מתבצעים בצה"ל שלושה מחקרים בנושא הפסקות הריון: הקשר בין ביצוע הפסקת הריון לדיכאון; מחקר פנים ארגוני הבוחן את הקשר שבין סוג הפסקת הריון - תרופתית או כירורגית להשלכות הרפואיות והרגשיות של הפסקת ההריון; ומחקר הנוגע לצמצום מספר הפסקות ההריון בצה"ל.

בשנים האחרונות בוצעו מאות הפסקות היריון של חיילות, בהן כמה עשרות הפסקות היריון חוזרות. אמנם צה"ל נוקט פעולות להדרכה מינית של חיילות ומקל קבלת אמצעי מניעה, אולם נוכח תוצאות הסקר שערך בנושא התנהגות מינית בקרב חיילות, עולה צורך שצה"ל ימשיך למקד מאמצים על מנת להנחיל לחיילות וגם לחיילים הדרכה והכוונה לחינוך מיני. מדובר בכלי שיתרום להם גם בחייהם כבוגרים האחראיים לאיכות חייהם ולהתפתחותם האישית.

מסירת מידע מניעתית לפונות: מנתוני משרד הבריאות לשנת 2012 עולה ש-75%-68% מהנשים שקיבלו אישור להפסקת היריון לא השתמשו באמצעי מניעה⁸⁵. עוד עולה שבקרב 38%-22% נשים שקיבלו אישור להפסקת היריון הייתה זו לפחות הפסקת ההיריון השנייה שלהן⁸⁶. מנתוני הלמ"ס לשנים 2010-2012 עולה שמקרב הנשים שלא השתמשו באמצעי מניעה, כ-32% הצהירו שהסיבה היא שכחה או הזנחה, ובכ-3% הסיבה הייתה חוסר ידע.

מתן הסבר על שימוש באמצעי מניעה לפונות לוועדה, ועידודן להשתמש בהן, תוך הפניית הנשים לרופא נשים בקהילה, יכול למנוע מצב שהן יגיעו שוב לבצע הפסקת היריון.

ואולם, בביקורת עלה שהמשרד לא הנחה את המוסדות למסור לפונות לוועדות מידע בנושא שימוש באמצעי מניעה.

בפועל, ברוב המוסדות אחד מחברי הוועדה מסביר לפונה לוועדה על חשיבות השימוש באמצעי מניעה, אך בחלק מהמוסדות לא ניתן הסבר על אמצעי מניעה - לדוגמה, בשלושה מוסדות פרטיים.

לדעת משרד מבקר המדינה, כחלק מהצורך לשמור על בריאות האישה, חיוני ביותר שמשרד הבריאות ינחה את המוסדות המקיימים ועדות להעביר לנשים הפונות אליהם לצורך הפסקת היריון את מלוא המידע בנוגע לתכנון המשפחה ולחשיבות השימוש באמצעים למניעת היריון לא מתוכנן, וכן להפנות אותן לרופאי הנשים בקהילה.

בתשובתה למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2015, כתבה מכבי שירותי בריאות כי תעריך מול המחלקה לקידום בריאות אצלם את הצורך והיכולת לקדם נושא זה כחלק מחינוך הציבור לאורח חיים בריא. בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2015, כתב משרד הבריאות שביוני 2016 הוא יפרסם חוזר בנושא התוויות מקצועיות לטיפול בנערות הפונות לוועדות להפסקת היריון. לדברי המשרד, העובדות הסוציאליות בוועדות מפנות את הפונות לוועדות בכלל ואת הנערות בפרט למסגרות המתאימות ולרופא נשים, והנושא מופיע גם בעלון ההסבר על הפלות שנמצא בתהליך הרחבה.

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד הבריאות לקבוע מתכונת לקידום המודעות לשימוש באמצעי מניעה ולחינוך להתנהגות מינית בטוחה.

85 68% מהנשים עד גיל 24, 72% בגילאי 25-34 ו-75% מעל גיל 35.
86 22% מהנשים עד גיל 24, 32% בגילאי 25-34 ו-38% מעל גיל 35.

סיכום

בכל שנה יש בישראל כ-21,000 פניות לוועדות להפסקת היריון. הסיכונים הגופניים והנפשיים הכרוכים בהפסקת היריון מחמירים ככל שהפסקת ההיריון נעשית בשלבים מאוחרים יותר. אישה המבקשת לבצע הפסקת היריון נמצאת לא פעם במתח נפשי ובחרדה, ויש נשים המתמודדות לבדן עם האירוע. כאשר מדובר בנעורות, ההתמודדות קשה במיוחד - הפחד מפני הלא נודע, החשש מתגובת הסביבה והסיכונים הבריאותיים, כל אלו מגבירים את סערת הנפש.

כדי להקל על הנשים הפונות לוועדות, חשובה התמיכה המקצועית של הצוות הרפואי ושל יתר אנשי המערכת הרפואית המטפלים באישה.

בביקורת עלה שקיים נטל בירוקרטי מיותר בתהליך אישור הפסקות ההיריון ובביצוען. כמו כן עלה שהתהליך עצמו מתנהל ברישום ידני אשר גורם לטעויות בקבלת המידע ובניתוחו, וכי למשרד הבריאות כמאסדר חסר מידע על הנשים המבצעות הפסקות היריון ועל הסיבות להפסקת היריון בשלב החיות. זאת ועוד, על אף הקדמה ונגישות המידע, עדיין קיים, בקרב כל הגילאים, מחסור במידע על התנהגות מינית אחראית ועל שימוש באמצעים למניעת היריון, הדבר מוביל אף להפסקות היריון חוזרות.

נוכח הממצאים שעלו בדוח זה, על משרד הבריאות לפעול כדי לייעל את פעולת הוועדות, לעקוב אחר הפסקות היריון לא חוקיות ולגבש עמדה בעניין הדיווח והטיפול בהן, ולעמוד על האפשרות לזהות מומים בבדיקות בשלב מוקדם יותר של ההיריון כדי לצמצם ככל שניתן את ביצוע הפסקת ההיריון בשלבים מאוחרים שלו. על משרד הבריאות והמוסדות המקיימים ועדות לתת לפונות לוועדות מידע בנוגע לאמצעי מניעה. על מערכות החינוך והבריאות להגביר את ההדרכות בבתי הספר בנושא חינוך מיני, ובייחוד בנושא השימוש באמצעי מניעה. כמו כן, על צה"ל להמשיך למקד מאמצים על מנת להנחיל לחיילות וגם לחיילים הדרכה והכוונה לחינוך מיני.

משרד הבריאות

השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו

תקציר

רקע כללי

החובה להגן על כבוד האדם ולהימנע מלפגוע בו מעוגנת בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. בעקבות שינויים חברתיים שבאו לידי ביטוי בחקיקה ובפסיקה, גובשה מסגרת חוקית המעגנת את זכויות החולה (להלן גם - מטופל). מטרת חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן - חוק זכויות החולה), היא "לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו". החוק קובע בין השאר, כי החולה זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית והן מבחינת יחסי אנוש. החוק קובע גם הסדרים בדבר הסכמה מדעת לטיפול הרפואי, ניהול הרשומה הרפואית ומידע רפואי, סודיות רפואית, ועדות בדיקה ואתיקה ומינוי אחראי לזכויות החולה.

אחת מהנחות היסוד בשמירה על כבודו ועל זכויותיו של החולה היא, שקידום ערך כבוד האדם אינו בגדר "מותרות" אלא גורם חשוב ביותר שהוא חיוני להחשת החלמתו של החולה, משפיע לטובה על מדדים רפואיים, ומשפר את היכולת להעניק לו רפואה מיטבית.

משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) פרסם בשנת 2013 אמנת שירות שבה נקבע שהוא מתחייב "לפעול מתוך רגישות ואמפתיה לצרכיו של הפונה, ולנהוג בחמלה במקום בו היא נדרשת, להקשיב לציבור הלקוחות ולהתחשב בעמדותיו בעת קבלת החלטות רלוונטיות לגביו".

פעולות הביקורת

בחודשים ינואר-אוגוסט 2014 בדק משרד מבקר המדינה את אופן שמירת זכויות החולה וכבודו בבתי החולים הכלליים. נבדקו בעיקר הנושאים האלה: סדרי הטיפול של משרד הבריאות בנושא הבטחת זכויות החולה על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק או חוק ביטוח בריאות) וחוק זכויות החולה; השמירה על כבודו; השירות שניתן לחולה; איכות הטיפול והשירות הרפואי; הפעולות שנעשות בבתי החולים בנוגע להטמעת חוק זכויות החולה. הבדיקה נערכה במשרד הבריאות, בבתי החולים הכלליים-ממשלתיים והממשלתיים-עירוניים ובבתי החולים של שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית). בירורים נעשו בבתי חולים ציבוריים אחרים ובבתי ספר לרפואה. הבדיקה התמקדה בטיפול בפונים למלר"דים (מחלקות לרפואה דחופה - דהיינו חדרי המיון) ובמאושפזים, בעיקר במחלקות הפנימיות. שאלונים נשלחו ל-19 בתי החולים הכלליים הממשלתיים ולבתי החולים של הכללית.

הליקויים העיקריים

אי-הקפדה על קבלת הסכמה מדעת לטיפול רפואי

לפני כל מתן טיפול רפואי חובה על המטפל לקבל מהחולה הסכמה מדעת לטיפול בכתב, בעל פה או באמצעות התנהגות. ואולם, עקב עומס עבודה אין לחברי הצוות הרפואי פנאי למסור מידע רפואי מלא ומפורט והם מוסרים מידע חלקי ב"חפזה", ולעתים חולים מתבקשים לחתום על טופס ההסכמה מדעת סמוך לביצוע הניתוח.

אי-התכנסות של ועדות אתיקה בבתי החולים

הביקורת העלתה כי ב-18 בתי חולים מונו ועדות אתיקה שתפקידן לדון בסוגיות רגישות שיש להן השפעה ישירה על זכויות החולה, כמו למשל אי-מסירת מידע רפואי מסוים למטופל; אישור לטיפול רפואי במטופל ללא הסכמתו בנסיבות שבהן נשקפת לו סכנה חמורה; אישור מסירת מידע רפואי לגורם אחר. למרות זאת התכנסו ועדות האתיקה פעמים ספורות בלבד בשנת 2013. משרד הבריאות ובתי החולים לא ניתחו את הסיבות למיעוט הפניות לוועדות האתיקה. מכך עולה לכאורה מסר שהנושא אינו חשוב דיו.

קושי בפעילות של ועדות בדיקה, ועדות בקרה ואיכות ויחידות לניהול סיכונים

התברר כי רוב בתי החולים נמנעים מהקמת ועדות בדיקה שתפקידן לבדוק תלונה של מטופל או אירוע חריג הנוגע למתן טיפול רפואי, ובמקום זה מקיימים בירורים פנימיים לצורך הפקת לקחים סמוך למועד האירוע. הגורם לכך הוא היעדר חיסיון על המידע שעשוי לעלות בדוחות של ועדות בדיקה אלה וחשש מתביעות רשלנות. משום כך אי-אפשר לקיים תחקירים מעמיקים ומפורטים כדי לרדת לשורש האירוע החריג או לברר את תלונות המטופלים. הדבר פוגע בזכויות המטופלים ואינו מאפשר הפקת לקחים ושיפור תהליכים. משרד מבקר המדינה העיר על כך כבר בשנת 2012.¹

טעויות ברשומות הרפואיות של החולים המאושפזים

לעתים נעשות טעויות בסיכומי המחלה ובסימולי הקודים של האבחנות הרפואיות שכתבו הרופאים בבתי החולים. עקב כך חולה שהשתחרר מאשפוז ומגיע למרפאה בקהילה להמשך טיפול עם המסמכים השגויים שקיבל מבית החולים, עלול לקבל טיפול שאינו מתאים לצרכיו הרפואיים. עוד עולה כי תיקי האשפוז נבדקים זמן רב לאחר שהחולה השתחרר מאשפוז, ואם נעשה תיקון בטופסי השחרור, חלק מבתי החולים אינם מביאים זאת לידיעת קופות החולים או החולים. נוסף על כך עלה שחלק מבתי החולים בודקים רק את הרשומה הרפואית הנוגעת למחלקות הכירורגיות לצורך קבלת תשלום מקופות החולים בגין ניתוחים ופעולות כירורגיות אחרות.

1 ראו גם מבקר המדינה, (2012), בפרק "תביעות רשלנות רפואית, ביטוח, ניהול סיכונים והדין המשמעותי במערכת הבריאות", עמ' 195.

עלה כי ב-18 בתי החולים שנבדקו כבוד החולה וזכויותיו אינם נשמרים כראוי עקב תנאי אשפוז גרועים שפוגעים גם ביכולת לתת לחולה טיפול רפואי נאות.

שיעור התפוסה בבתי החולים בישראל גדול יחסית לשאר מדינות ה-² . בגלל ששיעור התפוסה הגדול (140% ואף יותר), חולים אושפזו במסדרונות, במעברים ובחדרי האוכל, ללא ילון או פרגוד, חשופים לציבור החולים האחרים והמבקרים במחלקה. אשפוז בתנאים אלו אינו מאפשר לשמור על פרטיות החולה ופוגע גם בכבודו. אשפוז בתנאי צפיפות גורם להגדלת העומס המוטל על הצוות הרפואי ולהגברת סכנת ההידבקות של חולים בזיהומים, ובהם זיהומים שמקורם בבחיידקים עמידים לתרופות אנטיביוטיות. נוסף על כך - מספר המיטות לאשפוז ככלי בישראל קטן במידה ניכרת ממספרם הממוצע במדינות ה-³ . זהו אחד הגורמים לכך שמשך האשפוז הממוצע בישראל קצר יחסית למדינות אלה, שכן החולים משתחררים מבית החולים זמן קצר לאחר אשפוזם לפני שמוצה הטיפול הרפואי. והדבר פוגע ביכולת לתת לחולה טיפול רפואי נאות ולשמור על זכויותיו.

לעתים אשפוז החולים מתארך בשל ניתוחים שנדחו ברגע האחרון, ויש שחולים ממתינים כמה ימים במחלקות האשפוז לקראת ביצוע בדיקות שונות (דימות למשל). האשפוז הממושך חושף את החולים לסיכונים מיותרים, והדחייה גם עלולה להגביר את החרדה לקראת הניתוח או הבדיקה.

הוועלה הצורך בשיפור אופני העברת המידע בין הצוות המטפל לבין החולה ובני משפחתו.

שירותים רפואיים הניתנים במסגרת "תיירות רפואית" פוגעים לעתים בשירות הרפואי הניתן לתושבי המדינה.

קיים מחסור במאות מיטות לטיפול נמרץ, והזקוקים למיטות אלה מועברים לאשפוז במחלקות אחרות המתאימות להם הרבה פחות ואינם מקבלים את הטיפול וההשגחה שהם זקוקים להם. לפי נתוני ההסתדרות הרפואית (להלן גם - ה"ר") יותר מ-500 חולים מוגדרים ב"סיכון מוגבר למות" בשל מחסור במיטות אלה.

בכמה מחלקות פנימיות ומלר"דים נצפה לכלוך בסביבת החולים בשעות שונות ביממה.

2 נתונים השוואתיים על מערכות הבריאות ב-34 המדינות החברות בארגון המדינות לשיתוף פעולה ופיתוח כלכלי - ארגון ה-OECD! "5% .1 +0'131" 2' &'(+&+01+/ !- . '+-\$ %\$&'()&'(+,\$ #, 2012. משרד הבריאות. מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

עומס עבודה בבתי החולים
כדי לאפשר טיפול רפואי נאות בחולה יש צורך בכוח אדם רפואי וסיעודי בהיקף סביר. תקן כוח האדם הרפואי והסיעודי חושב לפני שנים רבות ויש לבחון אותו מחדש. בביקורת עלה שיש מחסור ברופאים פנימיים וברופאים גריאטריים והדבר מטיל עומס עבודה על הרופאים המטפלים במחלקה, וברוב המחלקות הפנימיות שיעור המשרות המאוישות בפועל של אחיות קטן מהנדרש בתקן. העומס על האחיות במחלקות הפנימיות גורם לעיכוב בתגובתן לקריאות החולה ובטיפול בו דבר הפוגע לעתים בכבודו של החולה ואף עלול לפגוע בבריאותו. המשרד לא קבע לבתי החולים תקנים של עובדים סוציאליים וכן תקנים למקצועות הבריאות השונים, כגון פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, דיאטניות וקלינאיות תקשורת. עקב מחסור בעובדים אלה לא ניתן לתת טיפול ראוי למרבית החולים הזקוקים לו, ולכן האחיות נאלצות למלא חלק מהמשימות של אותם עובדים והדבר מגדיל את העומס המוטל עליהן.

אי-קביעה של משך ההמתנה המרבי בחדרי המיון (מלר"דים) של בתי החולים הכלליים
בביקורת עלה כי חולים שפנו לחדר המיון שהו בו מרגע הגעתו ועד סיום הטיפול והשחרור לביתם כמה שעות, ולעתים אף יותר מ-15 שעות. משרד הבריאות לא קבע את משך ההמתנה המרבי של הפונים לקבלת שירותים במלר"ד, על אף שמשרד מבקר המדינה כבר המליץ על כך בשנת 2010³. רק בית חולים אחד קבע פרקי זמן כאלה. קשישים הפונים למיון בבית חולים במרכז הארץ עקב חבלת ראש בגין נפילה, משוחררים לביתם לאחר כ-6.1 שעות בממוצע לעומת כ-3.6 שעות בבתי החולים בפריפריה. נוכחות רופא מומחה במחלקה לרפואה דחופה מאפשרת לתת אבחון מידי ולקצר את זמני השהייה. בפועל - רופאים מומחים לרפואה דחופה מאיישים בדרך כלל רק את משמרת הבוקר במלר"ד, ובהיעדרם ממלאים את מקומם רופאים מומחים ומתמחים ממחלקות שונות בבית החולים. מנהלי מלר"דים מסרו כי לדעתם יש חולים שנפטרים או נהפכים לנכים בגלל אי-זיהוי מידי של הבעיה שממנה סבלו, וזאת בשל היעדר רופאים מומחים לרפואה דחופה במלר"דים.

3 ראו גם מבקר המדינה, (2010), בפרק "חדרי מיון (מלר"דים) של בתי החולים הכלליים - היעדר תקינה סדורה", עמ' 441, בו צוין כי עקב חוסר מקום במחלקות האשפוז בבתי חולים מסוימים שהו פונים במלר"ד אף כמה יממות.

אי-שמירה על רצף טיפולי - העברת מידע ממוחשב מבתי החולים למרפאות הקופות בקהילה

רק בכללית פעלה בעת הביקורת מערכת מידע מקוונת משולבת שבאמצעותה מועבר מידע בזמן אמת באופן מידי על כל מבטחיה, מבתי החולים של הכללית, מבתי החולים הממשלתיים ומבתי חולים ציבוריים אחרים למרפאות הקהילה של הכללית. אשר לשלוש הקופות האחרות שבהן מבטחים כמחצית (כ-47%) מתושבי ישראל - עלה כי במכבי פעלה מערכת כזו באופן חלקי, ואילו במאוחדת ולאומית, לא הועבר מידע מקוון באופן מידי ומלא מכל בתי החולים אל מרפאות הקהילה שלהן או לרופא המטפל. בכך עלול להיפגע הרצף הטיפולי התלוי בהעברת המידע הרפואי בין מטפלים.

ההמלצות העיקריות

על משרד הבריאות לשים לו למטרה לקדם ביתר שאת את הטמעת ערך כבוד האדם במוסדות הבריאות כערך מכונן, על ידי תרגומו לנורמות בסיסיות של התנהגות בין אדם לאדם בבתי החולים, שיביאו שינוי התנהגותי במציאות היומיומית בבתי החולים. להטמעת ערך זה תהיה השפעה על החשת החלמת החולה, שכן היא תביא להגברת היעילות הרפואית ולשיפור בטיחות החולה והיכולת להעניק רפואה מיטבית.

על משרד הבריאות לבחון אם יש צורך לשנות את החוזר שהפיץ בנוגע לאופן ולהליכים של מסירת מידע למטופלים לשם קבלת הסכמה מדעת. מן הראוי לשקול הכנה של מאגר ממוחשב ומבוקר של טפסי הסכמה מדעת בשפות שונות שבתי החולים יוכלו להשתמש בו. על המשרד לבדוק נושא זה במסגרת הבקורות שהוא מבצע.

על משרד הבריאות לבצע עבודת מטה שבה ייבחנו המשימות של בעלי התפקידים השונים בבתי החולים שאינם מתוקננים (העובדים הסוציאליים, העובדים השונים במקצועות הבריאות וכן המזכירות הרפואיות ואחרים) כדי לקבוע מהו היקף המשרות הדרוש בכל תחום שיאפשר לתת טיפול נאות לחולים. בהתאם לכך עליו להכין תכנית רב-שנתית שתאפשר לתת לחולים את מלוא השירותים הנדרשים. לאחר מכן עליו להנחות את בתי החולים להעסיק את בעלי התפקידים בהיקף שיאפשר לעמוד בכל המשימות. גם בתי החולים עצמם צריכים לבחון כיצד ניתן לספק את צורכי החולים באופן יעיל יותר, ולמצוא דרכים שיאפשרו להעביר לחולים באופן שגרתי מידע על כל האמצעים העומדים לרשותם למיצוי זכויותיהם.

על משרד הבריאות לקיים מהלך הסברתי לציבור שבו יבהיר לו את התנאים בחוק זכויות החולה המאפשרים לחולה לקבל מהצוות הרפואי מידע על מצבו הבריאותי. גם בתי החולים נדרשים להקפיד על האמור בחוק זה ולמסור מידע רפואי רק למי שרשאי לקבלו. על משרד הבריאות ובתי החולים לפעול כדי להגן על הסודיות הרפואית של החולה המאושפז, הן באמצעים פיזיים והן באמצעות הגברת ההסברה לצוותים הרפואיים.

על משרד הבריאות לבחון כיצד ניתן לצמצם את זמני השהייה במלר"דים. מן הראוי לבדוק למשל, בתיאום עם הגופים המקצועיים, את האפשרות לאצול לאחיות את הסמכות לבצע מטלות כמו הפניה לבדיקות והדמיות מסוימות המוטלות כיום על רופאים. כך ייחסך זמן רב משום שכשהרופא יגיע לבדוק את החולה כבר יהיו בידו נתונים רלוונטיים על מצבו הרפואי.

על משרד הבריאות, הכללית וכל בתי החולים לוודא שהמידע ברשומה רפואית של כל חולה יהיה נכון ומלא. יש לתקן את הטעויות שנמצאו ברשומה הרפואית סמוך ככל האפשר למועד שחרור החולה, כדי שניתן יהיה לעדכן את הרופא המטפל בקהילה במועד. כמו כן, חשוב במיוחד שמכתבי השחרור בכל המלרד"ים המטפלים בכשלושה מיליון חולים בשנה יהיו מודפסים, שכן לעתים מכתבים כתובים בכתב יד אינם קריאים.

נוכח החשיבות של הטיפול המידי בחולים מסוימים לאחר האשפוז - על מאוחדת ולאומית לפעול בהקדם האפשרי להפעלת מערכת מקוונת שתעביר את המידע על כל מבוטחיהן המשוחררים מבית החולים למרפאות הקהילה ולרופא המטפל, כדי שניתן יהיה לעקוב מיד אחר החולים המורכבים.

סיכום

בשנת 1996 נחקק בישראל חוק זכויות החולה. מטרתו לקבוע את זכויותיו של אדם שמבקש או מקבל טיפול רפואי ולהגן עליהן ועל כבודו. לשם כך יש לתת לו טיפול רפואי נאות ותנאי אשפוז ראויים ולספק לו מידע מלא על מחלתו, על אפשרויות הטיפול השונות ועל זכויותיו. כבוד החולה - כבודו של כל אדם, הוא ערך חברתי ומוסרי שמתבטא, בין היתר, ביחס שמעניקים בעלי תפקידים לכל פרט בציבור.

בביקורת עלה כי כמעט 20 שנה לאחר חקיקת חוק זכויות החולה יישומו של החוק לוקה בחסר. דוח זה מעלה ליקויים המעידים שזכויותיו, כבודו ופרטיותו של החולה נפגעים, על אף הפעילות שמקיים המשרד לשיפור המצב, בעיקר עקב תנאי אשפוז לא ראויים. שיעור תפוסת מיטות האשפוז בישראל גדול מאוד, עומס עבודה רב מוטל על הרופאים, ואף יש מחסור חמור באחיות, בעובדים סוציאליים ובעובדים במקצועות הבריאות והאחרים, שאינו מאפשר מתן טיפול נאות ושמירה על כבודם וזכויותיהם של המאושפדים.

על משרד הבריאות והנהלות בתי החולים לקדם מהלך שיגביר את המודעות של הצוות המטפל ושל הציבור לחשיבות השמירה על זכויותיו, כבודו ורווחתו של החולה המאושפד כדי שיפעלו ליישומם.

דוח ביקורת זה עוסק בבתי חולים כלליים. ראוי שמשרד הבריאות ישקול להחיל את ההמלצות המובאות בו על כל מערכת הבריאות, כך שהטיפול הרפואי והתומך יינתן ברמה נאותה ומספקת.

מבוא

החובה להגן על כבוד האדם ולהימנע מלפגוע בו מעוגנת בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. סעיף 2 לחוק היסוד קובע, כי "אין פוגעים בחייו, בגופו, או בכבודו של אדם באשר הוא אדם". סעיף 4 לחוק היסוד קובע, כי "כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו". סעיף 11 לחוק היסוד מטיל על כל רשות מרשויות השלטון חובה מפורשת "לכבד את הזכויות שלפי חוק-יסוד זה". לא ניתן לפגוע בזכות לכבוד ובזכויות האחרות המוגנות בחוק היסוד אלא בחוק ההולם את ערכיה של מדינת ישראל, שנועד לתכלית ראויה ובמידה שאינה עולה על הנדרש, כקבוע בסעיף 8 לחוק היסוד. התפיסה בדבר חשיבותן של זכויות האדם במדינת ישראל באה לידי ביטוי גם בתחום הרפואה, ובייחוד בכל הקשור ליחס לחולה. ואכן "מקורה של המגמה המציבה את החולה במרכז ההווה הרפואית, במודעות הולכת וגדלה לזכויות היסוד של האדם ולצורך בהגנה עליהן בכל תחומי החיים"⁴.

בית המשפט העליון קבע: "לזכותו של אדם לכבוד ולאוטונומיה יש חשיבות רבה בסיטואציה של טיפול רפואי. אכן, הטיפול הרפואי מצוי בגרעין הקשה של זכותו של כל אדם לשלוט בחייו. עשויה להיות לו השפעה ישירה, ולא פעם בלתי הפיכה, הן על אורך חייו והן על איכות חייו. בהתאם לכך, נגזרה מזכותו של אדם לאוטונומיה זכותו לקבל מידע על טיפול רפואי אותו קיבל בבית חולים... באותה הרוח, נקבע כי אין ללחוץ על אדם להחליט על ביצוע ניתוח בגופו אשר אין הוא חפץ בביצועו, בין בדרך ישירה ובין בדרך עקיפה של הפחתת סכום פיצויים לו הוא זכאי... זאת, נוכח התפישה שלפיה... 'ניתוח רפואי מהווה פגיעה בגופו של אדם, ויש להשאיר לאדם אוטונומיה על גופו להחליט אם הוא חפץ בפגיעה זו'... אכן, זכותו של החולה לסרב לטיפול, גם אם יתרונותיו עולים על חסרונותיו, וסיכוייו גוברים על סיכוייו. מרכז הכובד בהחלטה על ביצוע טיפול רפואי טמון בכיבוד זכויותיו של החולה כאדם - ובמיוחד הזכות לכבוד ולאוטונומיה, שעמדתו עליה - ופחות בתוצאה הרפואית של החלטתו"⁵.

בדברי ההסבר להצעת חוק זכויות החולה ניתן ללמוד על רוח החוק וכוונתו: "מזה זמן רב הוכר הצורך בהסדרת זכויותיהם של חולים ומטופלים למיניהם והתגבשה הדעה כי הגיעה העת לעגן בחוק זכויות אלה. שהרי מדובר באנשים שמפאת מצבם המיוחד הם חשופים לפגיעה בזכויותיהם הבסיסיות הן מבחינה חוקית והן מבחינה אנושית. אנשים אלו נתונים במצב של תהיה ואי ודאות, בהרגשה של תלות במטפלים ובמוסדות המטפלים ובתנאים של לחץ נפשי. גמלה, אפוא, ההכרה כי יש להבטיח למטופלים גישה אנושית נאותה ומתחשבת".

מטרת חוק זכויות החולה היא "לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו". החוק קובע בין השאר, כי החולה זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש. עוד קובע החוק הסדרים בנושאים אלה: איסור הפליה במסגרת טיפול רפואי, הזכות לקבל מידע על זהות המטפל, הזכות לקבלת חוות דעת רפואית נוספת, הבטחת המשך טיפול נאות, קבלת מבקרים, שמירה על כבודו ופרטיותו של המטופל, טיפול רפואי במצב חירום רפואי או במצב של סכנה חמורה לחיי המטופל, בדיקה רפואית בחדר מיון. החוק קובע גם הסדרים בדבר הסכמה מדעת לטיפול רפואי, ניהול הרשומה הרפואית ומידע רפואי, סודיות רפואית, ועדות בדיקה, ועדות אתיקה וועדות בקרה ואיכות ומינוי אחראי לזכויות החולים והמטופלים.

חוק ביטוח בריאות קובע, כי כל תושב זכאי לשירותי בריאות, וכי שירותי הבריאות הכלולים ב"סל שירותי הבריאות" יינתנו בישראל לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכול במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים. עוד קובע החוק, כי שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על

נג(4) 526, 611 (1999) (להלן - פס"ד דעקה).

4 ע"א 2781/93
5 שם, עמ' 572.

הסודיות הרפואית. בחוק הוקנתה לתושבי ישראל הזכות לקבל שירותים רפואיים ובהם: ביקורים במרפאות; אשפוז בבתי חולים להתייעצות, אבחון וטיפול; פעולות ניתוחיות; בדיקות מעבדה, טיפול במקצועות פרה-רפואיים, גריאטריה, שיקום ותרופות.

"בתי חולים הינם מוסדות ציבוריים אליו פונה האזרח, מתוקף אילוצו, כשהוא שרוי במצב פגיעות, חולשה ומכאוב וזקוק לסיוע. בהיקלטו בבית החולים, מתנתק החולה מסביבתו הטבעית, מהקרובים לו ומרבים מתפקידי החיים שלו. הוא נתון במצוקה, לעתים חסר ישע ממש, ובכל מקרה זקוק לתמיכה וסיוע⁶. תהליך האשפוז כולל פעולות שכרוכות בהפשטה פיזית וחשיפה עצמית, אף נפשית, בפני אנשים זרים. היחס חולה-צוות מטפל מאופיין כמצב של תלות, א-סימטריה ונחיתות של החולה. מצב זה יוצר מבחינת החולה תחושה של חוסר ישע ואובדן שליטה ויכולת לפעול על בסיס רצון אוטונומי. מבחינת הצוות המטפל, הוא מעמיד את המטופל במצב שבו כבודו האנושי, כאדם יחיד ומיוחד, ובמלאו המשמעות של הביטוי, אינו מובן מאליו. תנאים אלו מחייבים הגנה ביתר שאת על האדם בשל פוטנציאל הפגיעה הגבוה בו, גם אם לא באופן מכוון, ודווקא משום שחלק ניכר מן הפגיעות האפשריות בו אינן מכוונות, ואף אינן מודעות"⁷.

אחת מהנחות היסוד בשמירה על כבוד החולה וזכויותיו היא כי קידום הערך של כבוד האדם אינו בגדר מותרות, אלא גורם חיוני רב-חשיבות להחשבת החלמתו של החולה; יחסי אנוש טובים בין הצוות הרפואי לחולים - הבאים לידי ביטוי באמצעות טון דיבור, שפת גוף, בחירת מילים רגישה, פתיחות והקשבה, מתן תשומת לב ומידע והימנעות מיחס אדנותי - משפיעים לטובה על רווחת החולה. טיפול רפואי ראוי הוא אפוא טיפול רחב, מקיף ועמוק יותר מעצם הביצוע של פרוצדורות רפואיות במובן הצר⁸.

גם תפיסה מודרנית של מינהל ציבורי שמה דגש מרכזי על פישוט הבירוקרטיה ומתן שירות ראוי לאזרח. כבר בשנת 2010 קבע משרד הבריאות כיעד בתכנית העבודה שלו⁹, את חיזוק בתי החולים הציבוריים ובמסגרתו - שיפור השירות לחולה בבתי החולים הציבוריים בדגש על הטבת תנאי האשפוז; קיצור התורים במערכת הרפואית; הפחתת הבירוקרטיה והסרבול בתהליך מתן השירות הרפואי. המשרד פרסם בשנת 2013 אמנת שירות ולפיה משרד הבריאות אחראי לבריאות העם, וכל פעולותיו נועדו לקידום הבריאות ולהבטחת רפואה איכותית, שוויונית, יעילה ובטוחה. עוד קובעת האמנה, כי המשרד מתחייב "לפעול מתוך רגישות ואמפתיה לצרכיו של הפונה, ולנהוג בחמלה במקום בו היא נדרשת, להקשיב לציבור הלקוחות ולהתחשב בעמדותיו בעת קבלת החלטות רלוונטיות לגביו".

בחודשים ינואר-אוגוסט 2014 בדק משרד מבקר המדינה את אופן שמירת זכויות המטופל וכבודו בבתי החולים הכלליים (הממשלתיים ושל הכללית). נבדקו בעיקר הנושאים האלה: סדרי הטיפול של משרד הבריאות בנושא הבטחת זכויות החולה על פי חוק ביטוח בריאות וחוק זכויות החולה; שמירה על כבודו; השירות שניתן לחולה; איכות הטיפול והשירות הרפואי; ופעולות בתי החולים הנוגעות להטמעת חוק זכויות החולה. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, בבתי החולים הכלליים-ממשלתיים והממשלתיים-עירוניים ובבתי החולים של הכללית. בירורים נעשו בבתי חולים ציבוריים אחרים ובבתי ספר לרפואה. הבדיקה התמקדה בטיפול בפונים למלר"דים (חדרי המיון)

6 "תהליכי הקליטה והאשפוז כוללים, למשל, לבישת פיג'מה אחידה, ענידת צמיד זיהוי והם מאופיינים בבירוקרטיה מרובה ובפעולות שעלולות להיות כרוכות בפגיעה בכבוד החולה, כגון: היעדר הזדהות של הגורמים המטפלים, היעדר הקשבה, רגישות ותשומת לב אישית, היעדר שמירה על פרטיות המטופל ואדישות (ובמקרים חמורים אף לעג) לסבלו".

7 המכון הישראלי לדמוקרטיה, פברואר 2014.

8 ריבלין אליעזר (2013), "הנפקות הנזיקית של 'נימוסי אשפוז' גרועים", בתוך: אשר גרוניס, אליעזר ריבלין, מיכאל קרייני (עורכים), (2013).

9 עיקרי תכנית מדיניות הבריאות, מטרות-העל 2011-2014.

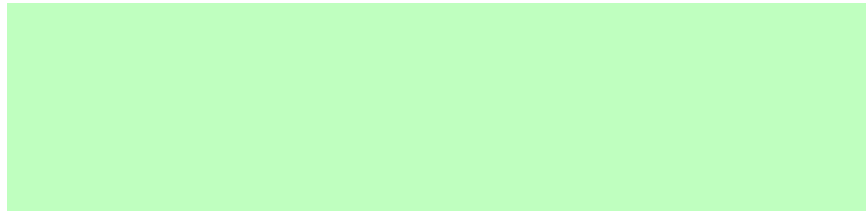
ובמאושפזים, בעיקר במחלקות הפנימיות. שאלונים נשלחו ל-19 בתי החולים הכלליים והממשלתיים ולבתי החולים של הכללית.

שיפור חוויית המטופל במערכת הבריאות

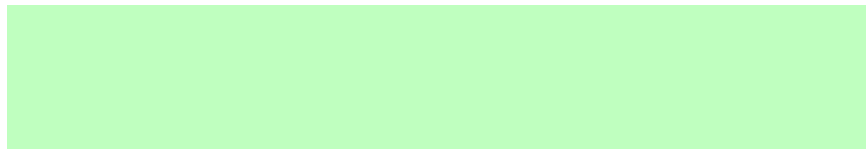
1. משרד הבריאות פרסם בפברואר 2013 נוהל בנושא "שיפור חוויית המטופל במערכת הבריאות"¹⁰. בנוהל נאמר, כי "חוויית המטופל משקפת את האופן בו המטופל תופס את מכלול ההתנסויות שלו עם מערכת הבריאות לאורך רצף הטיפול. חוויה זו מושפעת ממכלול המפגשים בין המטופל למטפלו, מציפיות המטופל ממערכת הבריאות ומהתרבות הארגונית בכל אחת מהמסגרות איתן בא המטופל במגע".

הנוהל קבע, כי יש למסד מנגנון לבקרה ומדידה קבועה של חוויית המטופל, והנושא ישולב במערך מדדים שמשרד הבריאות יבחן באופן קבוע באמצעות סקרים עתיים.

בחודשים יוני-אוגוסט 2014 ערך משרד הבריאות סקר שביעות רצון לאומי במערכת האשפוז. לאחר סיום הביקורת בנובמבר 2014 סוכם תוצאות הסקר ופורסמו באתר האינטרנט של המשרד.



2. לנוכח הצורך להבטיח שחוויית המטופל תהיה חיובית, יש לכלול תחום זה בתכנית הלימודים להכשרת הצוות בבית החולים - רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ועובדים במקצועות הבריאות, כגון פיזיותרפיסטים, דיאטנים וכוח עזר. הנוהל נתן לכך ביטוי וקבע, כי יש לשלב את הנושא בתכנית הלימודים של בתי הספר לרפואה¹¹ בתיאום עם משרד הבריאות.



10 משרד הבריאות, (10.2.13).
11 במועד סיום הביקורת פועלים בישראל חמישה בתי ספר לרפואה.



מדדים לבחינת איכות הטיפול הרפואי

חוק ביטוח בריאות קובע, כי שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו באיכות סבירה. גם בחוק זכויות החולה ששם את הדגש על טובתו של הפרט - החולה - נקבע (בסעיף 5), כי מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות¹² מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית. משרד הבריאות קבע, כי היכולת למדוד את איכות הטיפול הרפואי באמצעות מערך מדדים מוסכם היא חיונית לשיפור האיכות במישור הלאומי, ואחד מיעדי המשרד הוא פיתוח המדדים.

מדד איכות ברפואה מבטא באופן כמותי היבטים בתחום הבריאות הנוגעים לאוכלוסייה מוגדרת בנקודת זמן מסוימת כגון - תחלואה, דרכים למניעתה וטיפול ותוצאותיו. המשרד קבע כמה סוגי מדדים כמו: מדדי תהליך שבוחנים את מידת תרומתן של פעולות רפואיות שננקטו להשגת היעד הרצוי (האם ננקטו הפעולות המתאימות ומה היה טיב ביצוען); מדדי תוצאה שנועדו לשקף את תוצאות הטיפול הניתן לחולה, כגון שיעורי התמותה לאחר ביצוע פרוצדורה מסוימת ושיעורי ההידבקות בזיהומים נרכשים¹³; מדדי תשתית ומבנה למשאבים הפיזיים.

ביונאר 2013 השיק משרד הבריאות תכנית לאומית להטמעת מדדי איכות בבתי חולים. את התכנית מוביל מינהל איכות ושירות במשרד, והיא נועדה לקדם את ניטור האיכות בכל בתי החולים. לתכנית מונחה, מתוקף התקנות, ועדה מייצעת למדדי איכות (להלן - הוועדה המייצעת) שתפקידה לייעץ למנכ"ל בנושא הגדרת מדדי האיכות והמידע הנדרש לצורך המדידה; לקבוע יעדים לעמידה בכל אחד מהמדדים ולהמליץ בנוגע לניתוח המידע שהתקבל; לסייע לו בניתוח ממצאי הניטור.

מדדי האיכות בבתי החולים הכלליים נמדדים מתוקף תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (מדדי איכות ומסירת מידע), התשע"ב-2012, בעזרת הוועדה המייצעת. התקנות קובעות, כי ממצאי המדידה יפורסמו בקרב הציבור הרחב.

לאחר מועד סיום הביקורת, באוקטובר 2014, קבע המשרד עשרה מדדי איכות לבתי החולים¹⁴. כל המדדים שנקבעו הם מדדי תוצאה, לדוגמה: שיעור המטופלים המגיעים לבית החולים עם שבר בצוואר הירך ומנותחים בתוך 48 שעות מרגע ההגעה; שיעור הצנתורים הטיפוליים הדחופים שבוצעו במטופלים שהגיעו לבית החולים עם אוטם לבבי מסוג מסוים בתוך 90 דקות מרגע הכניסה לבית החולים; שיעור החולים שלקו באירוע חד במוח שנבדקו בבדיקת 9: 678 ! ראש בתוך 25

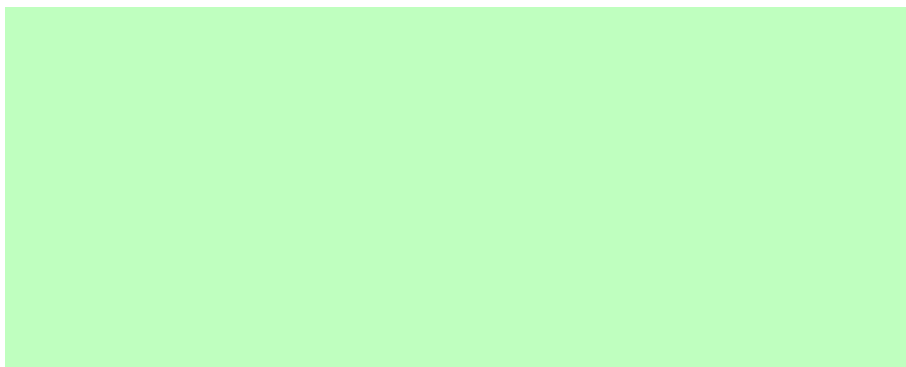
12 לפי נייר עמדה של הר"י משנת 2001, המענה לשאלה אם טיפול שניתן היה נאות ניתן על פי מבחני הסבירות, כלומר - יש לבחון כיצד היה נוהג הרופא הסביר בנסיבות אלה.

13 זיהום שחולה נדבק בו בעת אשפוזו בבית החולים.

14

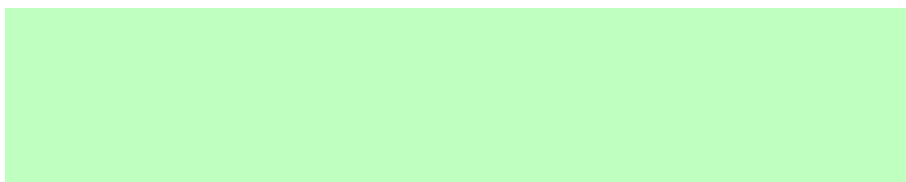
, מינהל איכות ושירות, האגף להבטחת איכות.

דקות מרגע הכניסה לבית החולים. המשרד מסר למשרד מבקר המדינה במהלך הביקורת, כי בכוונתו לקבוע עוד עשרות מדדים, ועדיין לא גובשה תכנית כוללת.



מידע בדבר זהות המטפלים

חוק זכויות החולה קובע, כי מטופל זכאי למידע על זהותו ותפקידו של כל אדם שמטפל בו. הוראות המשרד¹⁵ משנת 2001 קובעות, כי כל עובד במערכת הבריאות יישא על בגדיו תג זיהוי ובו פרטיו במקום בולט, וכן עליו להצהות בשמו ובתפקידו לפני כל מטופל לפני תחילת הטיפול.



קבלת הסכמה מדעת לטיפול רפואי

חוק זכויות החולה וכן חוזר המשרד שנקבע על בסיס חוק זה¹⁶ קובעים, כי לפני כל מתן טיפול רפואי חובה על המטפל לקבל מהחולה הסכמה מדעת לטיפול בכתב, בעל פה או באמצעות התנהגות. ההסכמה לטיפולים מסוימים חייבת להינתן בכתב. לשם קבלת הסכמה מדעת לטיפול,

מס' 12.2001 (9.5.01).
מס' 9/06 (3.4.06).

15 חוזר המנהל הכללי
16 חוזר המנהל הכללי

חייב המטפל למסור למטופל את המידע הרפואי הדרוש לו¹⁷ באורח סביר, כדי שיבין את מהות הטיפול המומלץ ויוכל להחליט על פי שיקול דעתו אם להסכים לטיפול המוצע. חובה למסור את המידע הרפואי בשלב מוקדם ככל האפשר, ובדרך שתהיה מובנת למטופל, כדי שבחירתו והחלטתו יהיו מתוך הבנה, מרצון ולא מתוך תלות.

בחוק זכויות החולה ובחוזר נקבע, כי מטפל חייב לקבל מהמטופל בכתב הסכמה מדעת לטיפול המוצע - אם מדובר בטיפול הנכלל בתוספת לחוק זכויות החולה¹⁸. בהקשר זה נקבע בחוזר, כי מטפל אינו רשאי להסתפק בכך שימסור למטופל את המידע באמצעות טופס סטנדרטי שהוכן מראש, כגון דף מידע או טופס הסכמה. יש למסור למטופל אישית ובעל פה את המידע באופן ובהיקף המפורט לעיל, בין שהמטפל ימסור למטופל את המידע בעצמו ובין שיוודא כי מטפל אחר מסר לו אותו. יש לתעד באופן תמציתי את ההסבר שניתן למטופל. המטפל יחתום על טופס ההסכמה כאישור לכך שהוא נתן את ההסבר, והוא גם יחתים את המטופל על הטופס לאחר שוודא כי המטופל הבין אותו.

הדרישה לקבל מהחולה הסכמה מדעת לטיפול מקדמת גישה אנושית נאותה ומתחשבת מצד המטפל. מילוי דרישה זו מאפשר להשיג גם מטרות נוספות כמו: שמירה על יחסי אמון בין המטפלים למטופלים; מניעת יחס מתנשא מצד המטפלים; מנגנון בקרה המונע חדירה לחיי הפרט; הקניית כלי שיסייע למטופל בתהליך קבלת ההחלטה לגבי הטיפול הרפואי והפחתת אי-הוודאות על ידי הקניית ידע רב יותר על הטיפול המוצע. על ההסכמה להיות הסכמה מדעת¹⁹, דהיינו הסכמה מתוך ידיעה והבנה, הסכמה מפורשת ומושלמת.

1.

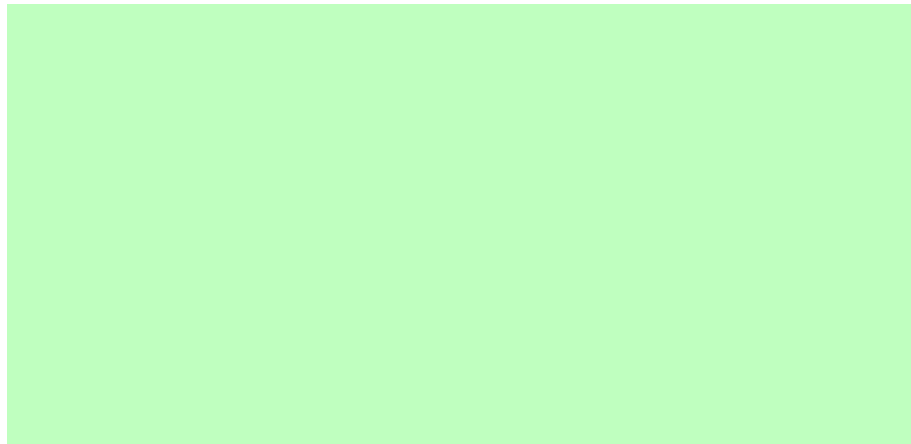
2. בתי החולים נוהגים להכין טפסים ייעודיים של הסכמה מדעת לחלק מהטיפולים הרפואיים, על בסיס הטפסים שהכינה הר"י שמתפרסמים באתר האינטרנט שלה. אשר לטיפולים רפואיים שאין להם טפסים ייעודיים של הסכמה מדעת - אם מטפל נזקק לטפסים בעניינם הוא משתמש בטופס כללי ובו הוא משלים את הפרטים הרלוונטיים לפעולה המבוצעת. למרבית הטפסים יש תרגום לאנגלית, לערבית ולרוסית.

17 סעיף 13(ב) בחוק זכויות החולה קובע, כי לשם קבלת הסכמה מדעת ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע; לעניין זה, "מידע רפואי", לרבות - (1) האבחנה (הדיאגנוזה) והסקות (הפרוגנוזה) של מצבו הרפואי של המטופל; (2) תיאור המהות, ההליך, המטרה, התועלת הצפויה והסיכויים של הטיפול המוצע; (3) הסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי, כאב ואי-נוחות; (4) סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של היעדר טיפול רפואי; (5) עובדת היותו של המטופל בעל אופי חדשני.

18 ניתוחים (פרט לכירורגיה זעירה, שלגביה אין חובה לקבל הסכמה בכתב), צנתור כלי דם; דיאליזה; רדיותרפיה; כימותרפיה לטיפול בתהליכים ממאירים; טיפולי הפריה חוץ-גופית. בחוזר צוינו גם בדיקת מי שפיר, הפסקת הריון, ניסויים רפואיים וטיפול בנזעי חשמל.

19 בעניין זה ראו פס"ד דקא, עמ' 548, ובו נקבע:

"שעתיד להיעשות בגופו יש לספק לו מידע הולם על מצבו, על מהות הטיפול המומלץ ומטרותיו, על הסיכונים והסיכויים הטמונים בו ועל אלטרנטיבות טיפוליות סבירות לטיפול האמור."



קבלת חוות דעת נוספת על מצב רפואי

חוק זכויות החולה, וכן חוזר המשרד²¹ שפורסם בעקבות חקיקתו של חוק זה קובעים, כי כאשר מטופל מבקש לקבל חוות דעת מקצועית נוספת על מצבו הרפואי ועל הדרכים לטפל בו, חובה על המטפל ועל בית החולים שבו הוא מאושפז, לסייע בכל הדרכים הדרושות לממש זכות זו. בחוזר המשרד נקבע, כי סיוע זה יינתן, בין היתר, על ידי מסירת מידע על מומחים מתאימים, תיאום מועד ההתייעצות, מתן אפשרות ליועץ לבקר ולבדוק מטופל הנמצא באשפוז, העמדת הרשומה הרפואית לרשות היועץ ומסירת מידע נוסף הנוגע אליו.

כל בתי החולים מסרו למשרד מבקר המדינה, שהם מביאים לידיעת החולים כי זכותם לקבל חוות דעת מקצועית נוספת, וכי האחריות למימונה מוטלת על החולים. ברוב בתי החולים המטופל צריך לבקש לאפשר לו לקבל חוות דעת נוספת ולתאם בעצמו את קבלתה.

פעמים רבות חשים חולים המזמינים חוות דעת נוספת אי-נעימות כלפי הצוות המטפל, ולכן ראוי לציין לחיוב מנהל בית חולים מסוים שהפיץ הנחיה ולפיה חוות דעת שנייה היא זכות בסיסית של החולה ובני משפחתו. ההנחיה האמורה קובעת, כי אין צורך באישור לקבלת חוות הדעת השנייה, וכי רופא בכיר מצוות המחלקה יהיה נוכח בעת הייעוץ, יציג ליועץ את החולה ואת הטיפול שהוא מקבל, ויאפשר עיון מלא וחופשי ברשומה הרפואית של החולה. מנהל בית החולים הדגיש בהנחיה את החובה לכבד את רצון המשפחות ולסייע בידן.

- 20 משרד הבריאות נוהג לבצע בקורות רב-מערכתיות בתחומי פעולה רבים בכל בתי החולים מדי כמה שנים - בעיקר לקראת חידוש הרישיון של בית החולים. משרד מבקר המדינה בדק בקורות כאלה שנעשו בשנים 2012 ו-2013 (להלן גם - בקורות שעשה משרד הבריאות).
- 21 חוזר המנהל הכללי מספר 9/06 (3.4.06).

אחראי לזכויות המטופל - טיפול בתלונות החולים ובני משפחותיהם

חוק זכויות החולה קובע, כי בכל מוסד רפואי ימונה אחראי לזכויות המטופל. חוזר המשרד משנת 2006 קובע, כי מנהל מוסד רפואי חייב למנות אחד מעובדי המוסד לאחראי לזכויות המטופלים במוסד.²² תפקידיו של האחראי לזכויות המטופלים הם: (1) לתת למטופלים במוסד ייעוץ וסיוע בקשר למימוש זכויותיהם לפי חוק זכויות החולה; (2) לקבל תלונות ממטופלים, לבדוק אותן ולטפל בהן, ולהעביר תלונות שעניינן איכות הטיפול הרפואי לטיפולו של מנהל המוסד הרפואי; (3) להדריך ולהנחות את חברי הסגל הרפואי והמינהלי במוסד הרפואי בנוגע להוראות חוק זכויות החולה. עוד קובע החוק, כי על המוסד הרפואי לפרסם בהבלטה מיהו האחראי לזכויות המטופלים וכיצד אפשר לפנות אליו.

1. ברחבי כל שמונת בתי החולים הכלליים שבהם ביקרו נציגי משרד מבקר המדינה, נצפו תיבות שמיועדות לפניות החולים או לתלונותיהם. בבתי חולים אלה יש גם שלטים שעליהם נכתב מספר הטלפון ולעתים גם כתובת הדואר האלקטרוני לפניות הציבור.

2. בכל בית חולים מתקבלות בין עשרות למאות פניות ותלונות בשנה. רוב הפניות (כ-70% מהן) מוצדקות. פניות ותלונות של מטופלים הן לעתים "קצה הקרחון" של תופעה או מצב הדורשים התערבות לצורך תיקון ליקויים ושיפור תהליכים, כדי להגדיל את שביעות הרצון של החולה מהטיפול שקיבל בעת אשפוזו בבית החולים. כך למשל, במסקנות של מחקר שנעשה בשנת 2007 שבו השתתפו 24 אחראים לזכויות המטופלים בבתי חולים שונים נאמר, כי שיעור גבוה של תלונות התקבל בנושאים של יחס, איכות השירות וזמני ההמתנה.²³

22 ראו שם.
23 צבי שטרן, אלי מרזל, נחום גדליה, מרכז רפואי אוניברסיטאי הדסה ירושלים - מסגרת הפרסום: דוח שנתי 65ג התשע"ה-2015.

ועדות אתיקה בבתי החולים

במדינות רבות בעולם ועדות האתיקה הן הכתובת שאליה פונים כל אימת שמתעוררת דילמה אתית.²⁴ במדינות אלה מקובל להטיל על ועדת האתיקה תפקידים כמו: דיון בנושאים אתיים עקרוניים וקביעת מדיניות; ייעוץ במקרים פרטניים; והקניית ערכים לצוות המטפל. יש הרואים בוועדת האתיקה גורם התורם ליצירת אקלים אתי במוסד הרפואי המסייע לשמירה על כבוד המטופלים ועל זכויותיהם. הפעילות של ועדות האתיקה יכולה להגביר את הרגישות של הצוותים הרפואיים לסוגיות אתיות, ולקדם הידברות בין הצוותים ובין החולים ומשפחותיהם.

חוק זכויות החולה קובע שעל מנכ"ל המשרד למנות ועדות אתיקה. חוזר המשרד²⁵ קובע, כי ועדת אתיקה של מוסד רפואי מוסמכת לדון בנושאים אתיים שנקבעו בחוק שנוגעים למוסד הרפואי. את ועדת האתיקה ממנה מנכ"ל המשרד לפי המלצת מנהל בית החולים. על מנהל בית חולים שלא מונתה בו ועדת אתיקה לפנות למנכ"ל המשרד לשם מינוי ועדת אתיקה במוסדו. על פי חוק זכויות החולה על ועדת האתיקה לכלול שישה חברים: יושב הראש של הוועדה יהיה אדם הכשיר להתמנות לשופט בית משפט מחוזי מתוך רשימה שהכין שר המשפטים, שאר חברי הוועדה יהיו שני רופאים מומחים, כל אחד מתחום התמחות אחר; פסיכולוג או עובד סוציאלי; אחות מוסמכת; נציג ציבור או איש דת.

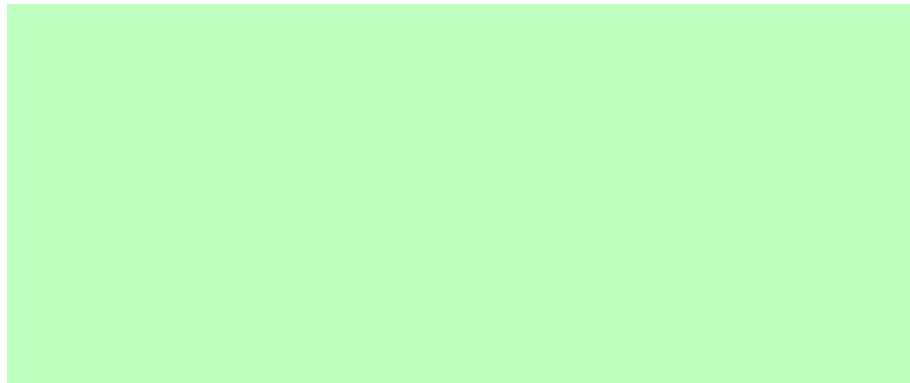
על פי חוק זכויות החולה, תפקיד הוועדה לקבל החלטות בסוגיות רגישות הנוגעות במישורין לזכויות החולה, לרבות זכותו לכבוד ולפרטיות. בין השאר נקבע בחוק, כי הוועדה מוסמכת לאשר בנסיבות מסוימות אי-מסירת מידע רפואי למטופל בנוגע למצבו הרפואי; מתן טיפול רפואי ללא הסכמה בנסיבות שבהן נשקפת למטופל סכנה חמורה; מסירת מידע רפואי לגורם אחר. כמו כן היא מוסמכת לדון בהשגות של מטופל או נציגו בדבר שלמות התייעוד של ממצאים עובדתיים ברשומה הרפואית הנוגעים למצבו של המטופל, לטיפול בו ולתוצאותיו.

24 נעמה ויצ'נר, "דילמות אתיות וועדות אתיקה סטטוטוריות במבחן המציאות"

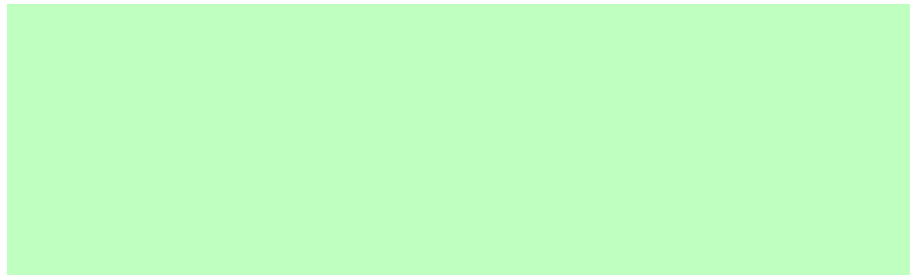
(ינואר 2013).

, מס' 9/06 (3.4.06).

25 חוזר המנהל הכללי "



מנהלי מחלקות פנימיות בבתי החולים ורופאים בכירים אחרים מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה, כי הם נמנעים מלפנות לוועדות האתיקה בגלל עומס העבודה המוטל עליהם ואי-יכולתה של ועדת האתיקה לענות על הצורך במתן פתרונות מידיים בשל זמינותה הנמוכה. לטענתם יש לחברי הוועדה ידע מועט בסוגיות אתיות. עוד מסרו מנהלי המחלקות והרופאים הבכירים כי לעתים הם אינם תופסים סוגיות שונות כדילמות אתיות אלא כעניינים רפואיים שהם עצמם בעלי הסמכות המקצועית הבלעדית להסדירם.



בתשובתו מדצמבר 2014 מסר משרד הבריאות, כי יפעל לחיזוק מעמדן ולהגברת פעילותן של ועדות האתיקה בבתי חולים.

ועדות בדיקה, ועדות בקרה ואיכות ויחידות לניהול סיכונים בבתי החולים

הפקת לקחים מבידורים של תלונות ותקלות שאירעו במהלך האשפוז עשויה לסייע בשיפור הטיפול הרפואי ובשמירה על זכויות החולה המאושפז, פרטיותו וכבודו. חוק זכויות החולה מחייב הקמת ועדות בדיקה וועדות בקרת איכות במקרים מסוימים. בבתי החולים פועלות גם יחידות לניהול סיכונים. להלן ממצאים שעלו בבדיקה:

ועדות בדיקה

סעיף 21 לחוק זכויות החולה קובע, כי מנכ"ל המשרד או מי שהוא הסמיך לכך, או מנהל בית החולים או מנהל קופת חולים, לפי העניין, יקים ועדת בדיקה לשם בדיקת תלונה של מטופל או לשם בדיקת אירוע חריג הנוגע למתן טיפול רפואי. הסעיף קובע שממצאיה ומסקנותיה של ועדת הבדיקה יימסרו למי שמינה את הוועדה ולמטופל הנוגע בדבר וכן למטפל העלול להיפגע ממסקנות הוועדה. לכתוב בפרוטוקול הוועדה יש חיסיון יחסי, ואולם, בית המשפט יכול להורות על מסירתו לחולה "אם מצא כי הצורך בגילוי לשם עשיית צדק עדיף מן הענין שיש לא לגלותו".

26

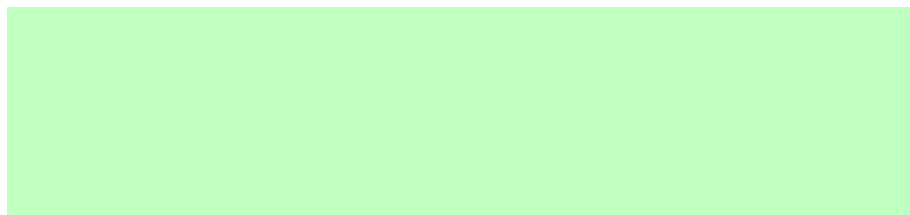
משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2014, כי יש חסיון מלא על תחקירי בקרה ואיכות, אך אין חסיון מלא על בדיקה של תלונות ואירועים חריגים נקודתיים. עוד מסר משרד הבריאות, כי ניסה לקדם חקיקה שתאפשר חיסיון מלא על תחקירים ברפואה, אך אין אפשרות משפטית ומעשית להעביר תיקון חקיקה כזה עקב התנגדותו של משרד המשפטים לכך. משרד המשפטים השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2014, כי לדעתו יש בחוק זכויות החולה הסדר מלא, רחב ומאוזן לחיסיון החל על דיוני ועדות הבדיקה וממצאיהן. הוא הוסיף, כי "לא הובא בפני משרד המשפטים צורך, עובדתי או משפטי, לסטות מהקביעה הנ"ל של המחוקק בנוגע לחיסיון החל על ועדת הבדיקה לפי החוק".

26 ראו גם מבקר המדינה, (2012), בפרק "תביעות רשלנות רפואית, ביטוח, ניהול סיכונים והדין המשמעתי במערכת הבריאות", עמ' 195.

ועדות בקרה ואיכות

סעיף 22 לחוק זכויות החולה קובע, כי לשם הערכת הפעילות הרפואית ושיפור איכותו של הטיפול הרפואי יקים מנהל של מוסד רפואי ועדה פנימית - ועדת בקרה ואיכות. בחוק נקבע, כי תוכן הדיונים שקיימה ועדת הבקרה והאיכות, הפרוטוקול וכל חומר שהוכן לשם הדיון שנמסר לה, סיכומיה ומסקנותיה - יהיו חסויים בפני כל אדם, לרבות המטופל הנוגע בדבר, ולא ישמשו ראיה בכל הליך משפטי. עם זאת, אם ועדת בקרה ואיכות דנה גם באירוע פרטני של חולה במסגרת הבדיקה הכוללת שלה - היא עלולה להיחשב כוועדת בדיקה על פי סעיף 21 לחוק זכויות החולה, והיא לא תיהנה מחיסיון²⁷.

ב-17 בתי חולים פועלת ועדת בקרה ואיכות. בתי החולים מסרו על הפעולות שבהן עסקו הוועדות לבקרה ואיכות: ביצוע תחקירים; דיונים בנושאי שיפור איכותם של תהליכי העבודה; פגישות על בסיס עתי לשיפורן ולקידומן של איכות ובטיחות בתחומי הפעילות השונים של בית החולים; ביצוע בקרה על תהליכי העבודה כמו: "תהליכי זיהוי המטופלים בקבלתם לבית החולים"; "תהליכי העבודה במכון הפתולוגי"; "צמצום זיהומים".



יחידות לניהול סיכונים

בכל בתי החולים פועלות יחידות לניהול סיכונים העוסקות באיסוף דיווחים על אירועים חריגים, ניתוחם והפקת לקחים מהם. המטרות של היחידות לניהול סיכונים הן לשפר את בטיחות המטופל, לצמצם את מספר האירועים והתביעות בתחום האחריות המקצועית הרפואית ולצמצם את הסיכון הכלכלי הכרוך בהם. היחידות לניהול סיכונים בבתי החולים פועלות לפי דרישת חברות הביטוח שהציבו זאת כתנאי בסיסי בתכנית הביטוחית של בתי החולים.

כבר בדוח מבקר המדינה משנת 2012²⁸ שעסק ברשלנות רפואית נאמר, כי יש חסמים למדיניות החשיפה של טעויות ברפואה. בדוח נאמר, שאחת הבעיות העיקריות של ניהול הסיכונים במוסדות הרפואיים היא היעדר חיסיון משפטי. על פי פסיקת בית המשפט העליון²⁹, דו"חות על הביקורת הרפואית הפנימית עלולים לשמש במסגרת של הליכים משמעתיים ומשפטיים שייפתחו נגד הצוות הרפואי. בעקבות פסיקה זו הודיעה הר"י, כי היא ממליצה לרופאים שזומנו להתייצב לפני ועדות בדיקה להיעזר ביועצים משפטיים. הדבר פוגע ביכולת לנהל בפתיחות תחקירים של אירועים חריגים. בהיעדר האפשרות לקיים דיון ובדיקה ללא מורא נפגעת היכולת לחקור תקלות שאירעו, להפיק מהן לקחים וללמד רופאים אחרים את לקחי התקלות שאירעו.

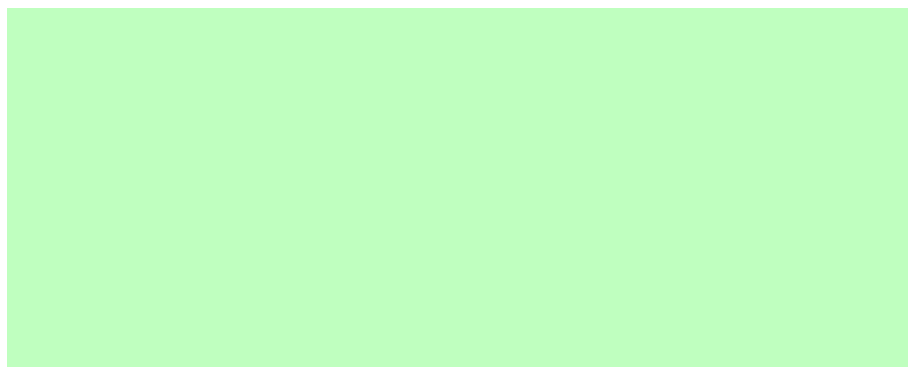
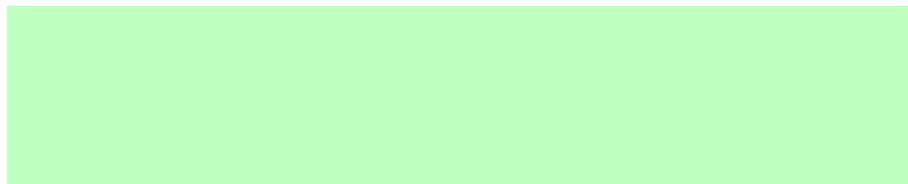
, אוניברסיטת תל אביב (2004), עמ' 202.

, מט (2) 516 (1995).

27 משה פייגין ואחרים,

28 ראו הערת שוליים 26.

29 רע"א 1412/94



טעויות ברשומה הרפואית של החולה המאושפז

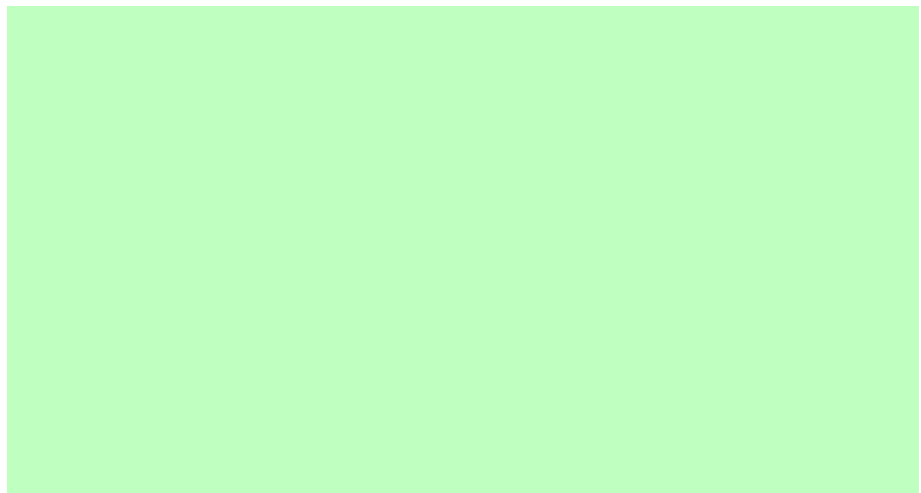
רשומה רפואית (להלן גם - תיק רפואי) היא אוסף שיטתי של נתונים ומסמכים המתעדים היסטוריה רפואית של המטופל ושל הטיפול בו. המידע ברשומה הרפואית מאפשר לרופאים ולשאר אנשי מקצועות הבריאות לתכנן את הטיפול הרפואי ולאפשר שיתוף פעולה בין המטפלים השונים, כדי לספק למטופל טיפול רפואי עקבי ואיכותי. המידע שברשומה הרפואית מסייע גם בהתדיינות משפטית בנוגע לטיב הטיפול הרפואי ותוצאותיו ובבקרה על הטיפול הרפואי.

בכל בית חולים פועלת מחלקה לרישום ומידע רפואי. במשרד הבריאות מכהנת רשמת רפואית ארצית. כללים בנוגע לצורך ברשומה רפואית ולדרכי ניהולה נקבעו בכמה חוקים ותקנות³⁰ ובכלל זה בחוק זכויות החולה ובהוראות המשרד. רישום מדויק של כל תהליך הטיפול שניתן לחולה ושמירת כל המסמכים הנוגעים לכך הם תנאי יסוד בשמירה על זכויות החולה המאושפז.

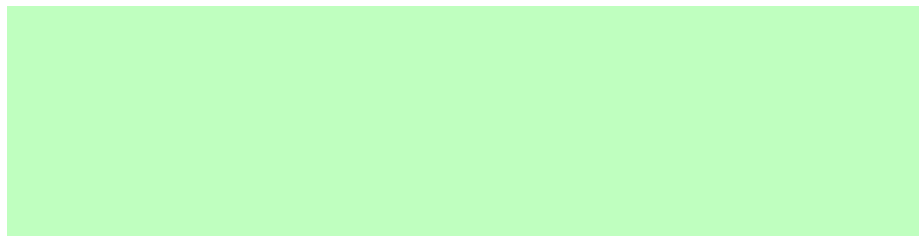
30 בהם: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994; פקודת בריאות העם - 1940; ותקנות בריאות העם (שמירת רשומות) התשל"ז-1976.

המחלקות לרישום ומידע רפואי בבתי חולים כלליים

רישום המידע הרפואי (אבחנה רפואית וסימול הקוד שלה) בסיכום האשפוז הוא באחריות הרופאים. תפקיד המחלקה לרישום ומידע רפואי לשמש מנגנון של בקרה ואימות של כל הנתונים והמידע הרפואי של המאושפז, לרבות בקרת איכות הקידוד והסימול של המידע הרפואי שלו. כאשר עובדי המחלקה לרישום ומידע רפואי מאתרים בתיק הרפואי רישום שנראה להם שגוי - עליהם להחזירו לרופאים לבדיקה כדי שיתקנו אותו. אימות כל הנתונים משמש מנגנון המבטיח שהטיפול המתוכנן אכן ניתן ובכך הוא גם מגן על זכויות החולה המאושפז.



בתשובתו מדצמבר 2014 השיב המשרד, כי הוא פועל להסדרתן של הנחיות מערכתיות מעודכנות לנושא סיכום המחלה או האשפוז. הצפי לסיום הוא יוני 2015.



- 31 כגון: רישום שגוי של הצד של האיבר שנחת (ימין או שמאל); אף שבוצעה הוצאת סטנט נכתב באבחנה שהבעיה היא טראומת כליה; במסמך סיכום הפטירה נכתב שהחולה נמצאה בבוקר ללא רוח חיים, אך באותו מסמך בסעיף ההמלצות נרשם "תוכל לחזור הביתה".
- 32 האבחנה הרפואית הייתה בעיה בכלי הדם בלב, אך הסימול של הקוד שנרשם היה של מחלת הסיפיליס; במקום דלקת בדרכי העיכול נרשם קוד של מחלת מעיים אחרת (דיזנטריה); יש גם סיכומי מחלה עם כמה קודים שגויים.
- 33 כתב היד של רופאים רבים בתיקים הרפואיים ובמכתבי השחרור שנכתבים במלר"דים אינו ניתן לפענוח. ראו גם מבקר המדינה, (2010), בפרק "חדרי מיון (מלר"דים) של בתי החולים הכלליים - היעדר תקינה סדורה", עמ' 441.

השפעת תנאי האשפוז בבתי החולים הכלליים על מימושן של זכויות החולה

אשפוז החולה בבית החולים תוך שמירה על כבודו וזכויותיו מצריך טיפול רפואי נאות ותנאי אשפוז ראויים. אלה מחייבים, בין היתר, העסקת מספר סביר של מטפלים (רופאים, אחיות, כוח אדם פרה-רפואי ואחר) שיוכלו לתת לחולה גם יחס ראוי, מרחב אשפוז שיאפשר פרטיות ונוחות, ביצוע פעולות (כמו מדידת חום) בשעות סבירות תוך התחשבות בחולה והגשת ארוחות בשעות מקובלות.

גם לזמינות הרופאים יש השפעה על איכות הטיפול שמקבל החולה. יו"ר האגודה לזכויות החולה לשעבר, גב' עדינה מרקס ז"ל, ציינה בעניין זה³⁴, כי "למחסור [ברופאים] יש השלכות על איכות הטיפול בחולים. לרופאים יש פחות זמן... הם קצרי סבלנות להאזין לכל מה שלחולים יש לספר על מצוקתם הבריאותית - ובמקרים רבים אין לחולים אפשרות לספק לרופאים את המידע השלם הדרוש להם לאבחון בעייתם ולטיפול בה... כתוצאה מלחץ העבודה ומקוצר הזמן, מבקשים הרופאים לסיים את משימתם במהירות האפשרית ולעבור לטפל בחולה אחר, מה שמאוד פוגם באיכותו של הטיפול הרפואי". עוד ציינה יו"ר האגודה לזכויות החולה, כי באגודה התקבלו תלונות על יחס לא נאות לחולים במהלך אשפוזם, ועל כך שהרופאים עסוקים מכדי להאזין לדברי המטופלים.

השמירה על כבוד החולה

הצפיפות במחלקות האשפוז, האשפוז בפרוידורים, מספר המטפלים הקטן מהנדרש (רופאים, אחיות, כוח אדם פרה-רפואי ואחר) על פי תקן כוח האדם הקיים או היעדר תקן לחלוטין, היעדר סל אשפוז הקובע את זכויות החולה המאושפז (טיפולים, מכשור רפואי וכוח אדם) - כל אלה אינם מאפשרים טיפול נאות בחולה ופוגעים בכבודו ובזכויותיו.

הביקורת העלתה ליקויים המעידים כי לעתים כבוד החולה אינו עומד במקום הראוי לו בסדר העדיפות של הצוות המטפל: הפעולות הכרוכות בבדיקות של החולה כגון - בדיקת מדדים (בדיקות דם, בדיקת שתן, מדידת חום, מדידת לחץ דם וכו') נעשות לעתים השכם בבוקר ומחייבות להעיר את החולה משנתו; מתן ארוחות שלעיתים אינן חמות ובשעות לא מתאימות (כגון הגשת ארוחת ערב בשעות 17:00-18:00 בערב, שלאחריה אין מגישים אוכל עד 9:30 בבוקר); היעדר ניקיון ראוי בסביבת החולה (במיון ובמחלקות); מחסור בפריטי ביגוד מתאימים (לעתים מציידיים חולה בפיג'מה הגדולה ממידתו שעלולה לגרום לנפילה או בחלוק אשפוז שלא תמיד ניתן לרכיסה ראויה מאחורי הגב).

פגיעה בזכויות החולה עקב תנאים פיזיים לא נאותים במתן טיפול רפואי

כבר בדוח קודם של משרד מבקר המדינה הוצגו עיקרי הסוגיות הקשורות למצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי החולים הכלליים³⁵. במשך שנים רבות יש מצוקת אשפוז במחלקות הפנימיות בבתי החולים הממשלתיים ובבתי החולים של הכללית. לפי פרסומי המשרד לשנת 2012, לעיתים היה שיעור התפוסה במחלקות אלו בפועל³⁶ גדול מ-150%, ומשום כך החולים משוחררים מהאשפוז לאחר זמן קצר לפני שמוצה הטיפול הרפואי, כדי לפנות מקום לחולים חדשים. בשל העומס האמור, על הרופאים, האחיות, כוח העזר, עובדי המקצועות הפרה-רפואיים, העובדים הסוציאליים והמזכירות מוטל עומס עבודה רב³⁷.

1. פגיעה בזכויות החולה עקב מחסור במיטות אשפוז

מנתוני המשרד עולה, כי שיעור המיטות לאשפוז כללי בישראל הוא הקטן ביותר בקרב מדינות ה- " ! , מלבד מקסיקו וקנדה. שיעור המיטות לאשפוז כללי בישראל הוא כ-1.9 מיטות לאלף נפש לעומת ממוצע של 3.3 מיטות לאלף נפש במדינות החברות ב- " ! . שיעור התפוסה של מיטות האשפוז הוא גבוה³⁸, בין היתר בשל שיעור המיטות לנפש הקטן בישראל, 96.6% לעומת 75.1% בממוצע במדינות ה- " ! , והוא אחד הגורמים לכך שמשך האשפוז הממוצע בישראל קצר יחסית - 4.3 ימים לעומת 6.5 ימים בממוצע במדינות ה- " ! . חלק מהאשפוזים הקצרים גורמים לכך שיידרשו אשפוזים חוזרים. לדעת אנשי מקצוע, שיעור התפוסה הרצוי הוא 85%, שכן מצב זה מאפשר קליטת חולים רבים בעת הצורך ומתן שירות טוב למאושפזים בתקופות של רגיעה.

- 35 ראו מבקר המדינה, בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.
- 36 שיעור תפוסה בפועל - ימי האשפוז בפועל בתקופה מסוימת לעומת ימי האשפוז הפוטנציאליים באותה תקופה על פי מספר המיטות שבתעודת הרישום של בית החולים.
- 37 בכל מקום שכתוב "מועסק" בלשון זכר הכוונה גם למועסקת, ולהפך.
- 38 נתונים השוואתיים על מערכות הבריאות ב-34 המדינות החברות בארגון המדינות לשיתוף פעולה ופיתוח כלכלי - ארגון ה- " ! *5 . 1314+0 " & '2 & '+ & '01\$&*(+ & '(- !+/-+ \$,+& '(& ')*%& '# , 2012. משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי. לפי נתוני משרד הבריאות למאי 2012, מספר מיטות האשפוז לנפש ממשיך לרדת, ובחודש האמור היה שיעורן 1.87 ל-1,000 נפש.

משרד האוצר הסביר בתשובתו למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2014, כי השוואות בין-לאומיות של מספר מיטות אשפוז אינן מדויקות כיוון שהמדינות השונות ב- " ! מגדירות מיטות אשפוז באופן לא אחיד. לפי תחשיבי משרד האוצר מספר המיטות המתוקנן לאלף נפש בישראל עומד על 2.3 מיטות.

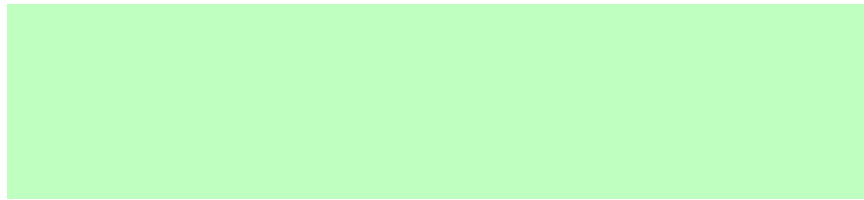
39

בדצמבר 2014 השיב המשרד, כי על פי תחזית שהכין המינהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי של המשרד, יש צורך להוסיף בכל אחת מהשנים 2015-2020 כ-240 מיטות בממוצע, אך הדבר מותנה בתקציב ייעודי.

2. פגיעה בזכויות החולה עקב מחסור במיטות לטיפול נמרץ

במחלקות וביחידות לטיפול נמרץ שבבתי החולים (להלן גם - טיפול נמרץ) מטפלים בחולים קשים ומורכבים שזקוקים להשגחה מתמדת ולטיפול אינטנסיבי בידי רופאים, אחיות, טכנאי הנשמה ופיזיותרפיסטים.

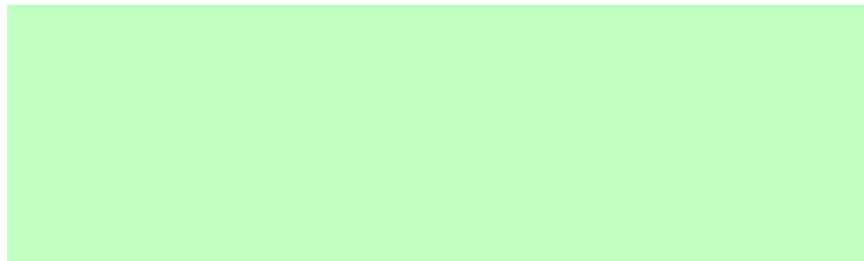
- 39 זיהומים אלו נגרמים מחיידקים העמידים לתרופות האנטיביוטיות המקובלות וגורמים לתמותה ולתחלואות יתר, לעלות גבוהה מאוד למערכת הרפואית ולפגיעה בכלכלת המדינה. ראו מבקר המדינה, (2013), בפרק "ריבוי זיהומים במוסדות האשפוז ובקהילה", עמ' 671.
- 40 ראו מבקר המדינה, (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים" עמ' 169.



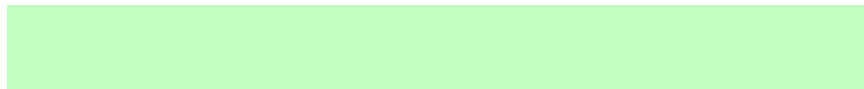
3. פגיעה בזכויות החולה עקב מחסור במיטות לשיקום כללי וגריאטרי

חולים רבים שמאושפזים בבתי חולים כלליים צריכים לעבור תהליך של שיקום (שיקום כללי או שיקום גריאטרי) כהמשך לטיפול שקיבלו בבית החולים הכללי. אי-ביצוע שיקום לחולה הזקוק לכך פוגע בזכותו לקבל טיפול רפואי נאות. ביצוע תהליך השיקום גם מגן על כבודו של החולה, שכן חולים חזקים לשיקום ולא עברו תהליך זה עלולים להיות סיעודיים ותלויים בזולת לביצוע פעולות היום-יום.

תהליך השיקום מתקיים בבית חולים ייעודי או במחלקה ייעודית לשיקום בבית חולים כללי. בבתי החולים בארץ יש מחסור במיטות לשיקום גריאטרי⁴² ובמיטות לשיקום כללי⁴³. משרד מבקר המדינה כבר העיר בשנת 2011 שבפריפריה המחסור הוא גדול בהרבה⁴⁴. לדוגמה, במחוז הצפון הייתה לכל 3,200 קשישים מיטה אחת לשיקום או לגריאטריה שיקומית, והממוצע הארצי היה מיטה אחת לכ-486 קשישים.



משרד מבקר המדינה העיר בשנת 2011 למשרד הבריאות שעליו לפעול להוספת מיטות אשפוז במחלקות השיקום בפריפריה. בתשובתו מנובמבר 2012 הודיע המשרד, כי בשנים 2013 ו-2014 יתווספו לבתי החולים בפריפריה, בצפון ובדרום, כ-200 מיטות שיקום.



- | | |
|--|--|
| <p>41 על אף שהערכה זו ניתנה בשנת 2011, לדעת הר"י הנתונים רלוונטיים גם לשנת 2014. המקור - אתר הר"י באינטרנט "המצוקה בבתי החולים - מידע ונתונים עדכניים".</p> <p>42 ראו מבקר המדינה, (2012), בפרק "שיקום רפואי לקשישים", עמ' 283.</p> <p>43 ראו משרד הבריאות, חלק ב, עמ' 30.</p> <p>44 מבקר המדינה, (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.</p> | <p>41 על אף שהערכה זו ניתנה בשנת 2011, לדעת הר"י הנתונים רלוונטיים גם לשנת 2014. המקור - אתר הר"י באינטרנט "המצוקה בבתי החולים - מידע ונתונים עדכניים".</p> <p>42 ראו מבקר המדינה, (2012), בפרק "שיקום רפואי לקשישים", עמ' 283.</p> <p>43 ראו משרד הבריאות, חלק ב, עמ' 30.</p> <p>44 מבקר המדינה, (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.</p> |
|--|--|

פגיעה בזכויות החולה עקב מצוקת כוח האדם הרפואי במחלקות הפנימיות

כדי לאפשר טיפול רפואי נאות בחולה יש צורך בכוח אדם רפואי וסיעודי בהיקף סביר. תקן כוח האדם הרפואי והסיעודי שחושב לפני שנים רבות ויש לבחנו מחדש, מבוסס על מספר המיטות שבתעודת הרישום של המחלקה כפי שנקבע ברישיון בית החולים. למקצועות הרפואיים האחרים (כגון טכנאי הנשמה, עובדים פרה-רפואיים, עובדים סוציאליים ומזכירות) לא נקבע תקן (ראו בהמשך).

מצוקת הרופאים במחלקות הפנימיות

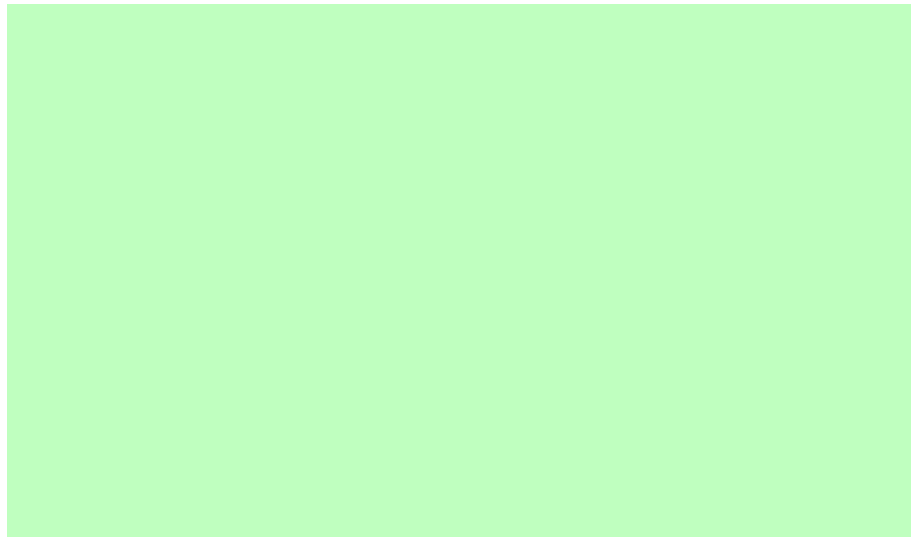
כבר בדוח קודם של מבקר המדינה⁴⁵ נאמר, כי יש מחסור ברופאים פנימאים, וכי שיטת התקינה הקיימת אינה מתאימה עוד לצורכי מערכת הבריאות. בבדיקה הנוכחית עלה כי המחסור בתחום זה נמשך.

46

רופאים פנימאים: עקב המחסור ברופאים פנימאים הוגדר תחום זה כמקצוע במצוקה, ומאוגוסט 2011 ניתנו לרופאים הפנימאים תוספות שכר ולמתמחים חדשים ניתנו מענקים כספיים. עם זאת עלה בבדיקה הנוכחית כי המצוקה בתחום נמשכת.

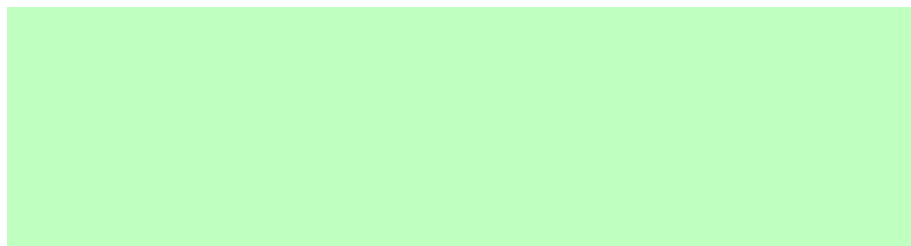
רופאים גריאטרים: הן מהביקורת שערך משרד מבקר המדינה והן מהבקורות שערך משרד הבריאות בשנים 2012 ו-2013 עלה שיש מחסור ברופאים גריאטרים מומחים נוכח עומס העבודה.

45 ראו שם.
46 בתקן של בתי החולים הכלליים שנקבע בשנת 1976 נכללת משרת רופא אחד על כל חמש מיטות, וזאת נוסף על המשורה של מנהל מחלקה ל-30 המיטות הראשונות. לטיפול בכל שמונה מיטות נוספות יועסק רופא נוסף. לגבי תקן המחלקות הפנימיות: בית חולים ציבורי כללי יעסיק שלושה רופאים בכל מחלקה פנימית שיש בה מ-30 מיטות תקניות ומעלה, ושיעור התפוסה הממוצע שבה בשנת 1996 עלה על 80%. התקן עודכן במשך השנים בהסכמים עם הר"י.



משרד הבריאות השיב בדצמבר 2014, כי ישקול יחד עם משרד האוצר ונציבות שירות המדינה את התקינה הקיימת כדי להתאימה לדרישות הנוכחיות.

בשנת 2014 הכינה נציבות שירות המדינה גיליון הערכה ומשוב לרופאים וביקשה ממנהלי בתי החולים הממשלתיים למלא גיליון כזה לכל רופא שעובד בבית החולים. בגיליון ניתן ביטוי מסוים להגנה על זכויות החולה בסעיף "יחסו של הרופא למטופל ובני משפחתו".



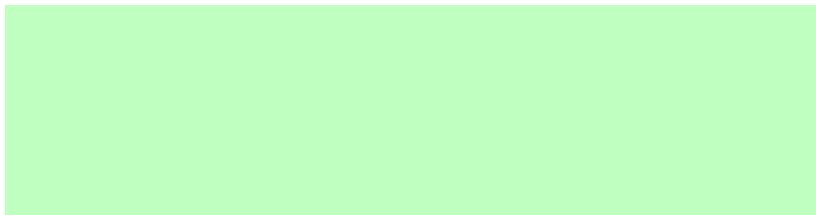
47 אקרדיטציה - מבדקי הסמכה שמקיים הארגון האמריקאי: ! / &4 '+'&'1\$': '<<+ ' . !+ * ')+. ; תהליך ההסמכה וקבלת תו האיכות והבטיחות הבין-לאומי מטעם ה-: ! ; מחייב את בתי החולים לעבוד באופן בטיחותי ומסודר תוך הקפדה על סטנדרטים בין-לאומיים ומקומיים כדי לשפר את איכותו ובטיחותו של הטיפול. משרד הבריאות מתנה את חידוש רישיונו של בית חולים בקבלת תו האיכות והבטיחות.

1.

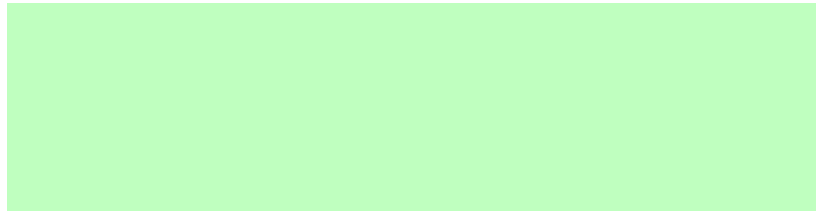


סיוע למאושפזים שלא בידי אחיות המחלקה

א.



חולים שנותרו זקוקים לסיוע, הן לצורך קריאה לאחיות לטיפול בכאביהם והן למילוי צורכיהם הפיזיים, כגון הגשת שתיה, רחצה, ליווי לשירותים והשגחה בלילה. להערכת מנהלי מחלקות כיורגיות, כ-30% מהחולים לאחר ניתוח זקוקים להשגחה צמודה ולסיוע במהלך החלמתם. עקב עומס העבודה המוטל על האחיות במחלקה - בעיקר בשעות הלילה, כשמשמרת מאוישת בשתי אחיות בלבד, וכן בגלל חוסר היכולת של משפחות לשהות לצד יקיריהם בכל שעות היממה - ישנם חולים שאינם יכולים לקבל את הסיוע הדרוש להם או מקבלים אותו באיחור. בעת הביקורת התקשרו חלק מבתי החולים באמצעות מכרז עם חברות חיצוניות שמספקות שירות השגחה על חולים בתשלום של החולים, כשבתי החולים מפקחים על איכות השירות. שירות זה ממומן בחלקו בידי תכניות השב"ן שבקופות החולים⁵¹, והוא ניתן למשך 5-20 יום ועלותו כ-400 עד 500 ש"ח ליום.

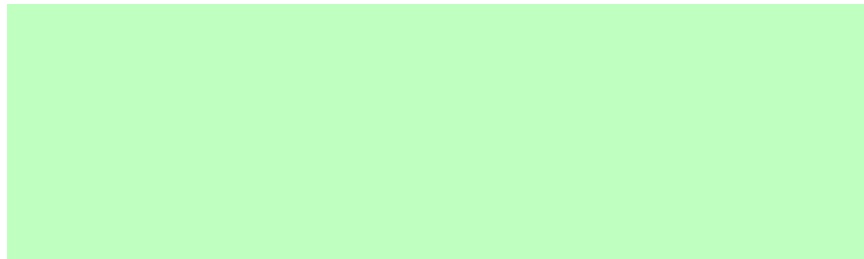


2.

בשנת 2012 פרסם המשרד סקר בנוגע לשביעות הרצון של מאושפזים מהצוות הסיעודי במחלקות לכירורגיה כללית ובמחלקות

51 שב"ן - שירותי בריאות נוספים (לרוב שירותים שאינם כלולים בסל הבריאות).

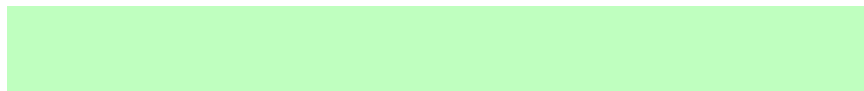
הפנימיות⁵². הסקר נערך ב-11 בתי החולים הכלליים הממשלתיים, ונבדקו בו, בין היתר, מהירות ההיענות של האחות לקריאת החולה המאושפז במחלקות הפנימיות; מידת ההקשבה של האחות לדבריו; מידת הפרטיות שהוא מקבל.



המשרד השיב בדצמבר 2014 למשרד מבקר המדינה, כי הוא פועל להגדלת מספר הסטודנטים לסיעוד.

: הכללית גיבשה בשנת 2013 תכנית

לשיפור השירות לחולים המאושפזים. לפי התכנית תרכז אחות מוסמכת את הטיפול בחולה המאושפז, כדי לקדם את איכות הטיפול ולשפר את השירות, לתת תחושת ביטחון למטופל ולמשפחתו ולשמור על הרצף הטיפולי בין מסגרת האשפוז לקראת השחרור לקהילה. אחות זו הוגדרה כ"אחות מרכזת טיפול"⁵³. אחיות אלה עובדות במשמרות בוקר וערב. בכל משמרת מטפלות האחיות במספר שונה של חולים שנע בין חמישה ל-11 חולים. יש לראות בחיוב את פעילות הכללית בנושא.



מינוי "מנהל מקרה" רפואי למטופל המאושפז בבית החולים)

1. האחראיות לניהול הטיפול הרפואי במרבית המטופלים המאושפזים בבית חולים מוטלת על רופאים ממחלקה מוגדרת בבית החולים, בדרך כלל המחלקה הרפואית המאושפזת. ואולם לעתים שוררת עמימות בנוגע להגדרת המחלקה הרפואית האחראית לניהול הטיפול הרפואי במטופל. מדובר, בין היתר, במטופלים שבעיותיהם הרפואיות הן מורכבות ורב-תחומיות שהטיפול בהם דורש מעורבות של כמה בעלי תפקידים בעת ובעונה אחת; או במטופלים המאושפזים במחלקות "ליווי"⁵⁴, שהאחריות הרפואית לטיפול בהם מוטלת דווקא על המחלקה המקורית שבה היו צריכים להתאשפז לפי

52 סקר שנערך בשיתוף פעולה בין מינהל הסיעוד ובין האגף לרפואה כללית במשרד הבריאות, ופורסם בדוח מינהל הסיעוד לשנת 2012 המציג את יעדי המשרד לשנת 2013. הסקר נערך בחודשים ספטמבר-אוקטובר 2010. במועד סיום הביקורת עדיין לא בוצע סקר נוסף בעניין זה.

53 מסמך של הכללית, חטיבת בתי החולים, (2013).
54 בשל מצוקת האשפוז ומחסור במיטות לעתים מאושפזים חולים במחלקות "ליווי". למשל, חולה שלפי אופי מחלתו צריך להיות מאושפז במחלקה פנימית מתאשפז במחלקה אחרת שבה התפוסה נמוכה יותר (כגון מחלקת עור או אף אוזן גרון).

אופי מחלתם. נוהל המשרד⁵⁵ מדצמבר 2011 מנחה את בתי החולים להכין נוהל פנימי למינוי "מנהל מקרה" רפואי למצבים אלה.

הנוהל קובע, כי בכל מקרה שמנהל המחלקה המאשפזת, או כל אחד מהמטפלים הרפואיים במקרה רפואי מסוים, ימצא לנכון שיש צורך למנות "מנהל מקרה" לניהול הטיפול הרפואי, [הוא] יביא את המידע האמור להחלטת מנהל בית החולים או מי שמונה מטעמו אשר ימנה, לפי שיקול דעתו 'מנהל מקרה' רפואי המתאים ביותר". על "מנהל המקרה" הרפואי למסור מידע רפואי רלוונטי למטופל; לרכז את כל ההמלצות וההוראות הטיפוליות שנתנו היועצים השונים ולוודא כי הן מתואמות, אינן מסכנות את בטיחות המטופל, ומיושמות בפועל; לוודא שמתבצע פענוח של בדיקות מעבדה, הדמיה ובדיקות אחרות; לנהל את הרשומה הרפואית כנדרש; להבטיח רצף של מידע רפואי שנחוץ לטיפול הרפואי במטופל באשפוז (לרבות העברתו למסגרת אשפוזית אחרת) או לטיפול בקהילה.

בנוהל המשרד נאמר, כי אי-מינוי מנהל מקרה כנדרש בנוהל מגדיל את הסיכון לכך שהמטופל לא יקבל את הטיפול המיטבי הנדרש, ואף עלול לגרום פגיעה בבטיחות המטופל.

56

57

בתי החולים שלא מינו "מנהל מקרה" רפואי הסבירו, כי לפי שיטת העבודה שלהם כל רופא מתמחה אחראי לחולה מסוים, ורופא בכיר אחראי לכמה חולים, או ששני רופאים בכירים ומתמחים מחלקים ביניהם את האחריות למחצית חולי המחלקה. עוד הסבירו, כי חולים עם בעיות מורכבות או רב-תחומיות או חולים המאושפדים במחלקות "ליוויין" מטופלים כשאר החולים באותן המחלקות. עוד עלה, כי בבתי חולים אלה עדיין לא הוכן נוהל פנימי למינוי "מנהל מקרה" רפואי.

2.

כאמור, בשל מצוקת האשפוז ומחסור במיטות לעתים מאשפדים חולים במחלקת "ליוויין", שאינה המחלקה שבה הוא צריך להיות מאושפז לפי אופי מחלתו. ניתוקו של החולה מהמחלקה המקורית עלול לגרום לפגיעה באיכות הטיפול בו, שכן זמינותם של רופאי המחלקה המקורית לטפל בו נמוכה מזמינותם לטפל בחולים אחרים במחלקה. מצד שני הצוות הרפואי במחלקות הליוויין אינו מיומן בטיפול במחלתו ואף עלול לתת לטיפול בו עדיפות נמוכה יותר מהטיפול ביתר החולים במחלקת הליוויין.

55 חוזר מינהל רפואה מס' 50/2011, מ-28.12.11.

56 התקבלו תשובות של 18 בתי חולים.

57 בית חולים נוסף מסר למשרד מבקר המדינה, כי הנושא נמצא אצלו בשלבי הטמעה.

דחיות של ניתוחים

מבדיקת תלונות שהופנו למשרד מבקר המדינה עלה, כי קורה שניתוחים מבוטלים או נדחים "ברגע האחרון", לעתים לאחר שהחולה כבר הוכן לניתוח והיה בצום. יש אף מטופלים שהניתוח שלהם נדחה כמה פעמים. גם במשרד הבריאות התקבלו תלונות בעניין זה.



בתשובתו מדצמבר 2014 מסר המשרד, כי הוא יגדיר מדד ייעודי למדידת אחוז הביטולים והדחיות של ניתוחים. לאחר שיקיים מחקר בשנת 2015 על היקף הניתוחים שבוטלו או נדחו בבתי החולים ברגע האחרון, יפעל בהתאם לממצאי המחקר להעלאת המודעות לנושא.

המתנת חולים לבדיקות במהלך האשפוז

חולים המאושפדים בבית החולים עוברים במהלך האשפוז בדיקות כמו: הדמיות: 89, בדיקת 6!6, בדיקות אולטרה-סאונד שונות, בדיקות אחרות כמו אקו לב, מיפוי לב, ביופסיות, אנדוסקופיה וקולונוסקופיה. כמה מנהלי מחלקות פנימיות מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה, כי לעתים האשפוז של חולים מתארך בשל הצורך להמתין לבדיקות, שכן לפני ביצוען לא ניתן להתחיל בטיפול⁵⁸.

58 אחד מבתי החולים מסר לדוגמה, כי זמני המתנה ממוצעים של חולים מאושפדים לבדיקות מסוימות הוא: לאנדוסקופיה וקולונוסקופיה 4.8 ימים, לאקו לב 2.5 ימים.

בבדיקה עלה, כי רק מחצית מ-18 בתי החולים מרכזים נתונים על זמני המתנה של החולים לבדיקות במהלך האשפוז. כמה בתי חולים מסרו על התועלת שהפיקו מריכוז זמני ההמתנה ומניתוח הסיבות לכך. לדוגמה, בית חולים מסוים החליט על דרכי פעולה לקיצור ההמתנה לבדיקות בעת האשפוז בעקבות הממצאים שהעלה.

אי-מימוש זכות החולה לצמצם בדיקות דימות מקרינות

בדיקות דימות כגון צילום רנטגן, טומוגרפיה ממוחשבת (להלן גם - ! 6), מכשיר דימות המבוסס על תהודה מגנטית (להלן גם - : 8 9) ובדיקת אולטרה סאונד (להלן גם - ? >) משמשות בעיקר לאבחון קליני⁵⁹. לרוב הבדיקה אינה פולשנית, והיא מאפשרת להפיק צילומים של חלקים פנימיים בגוף החולה. השימוש בצידוד ובמכשור מתקדמים תורמים לאיכות, ליעילות ולבטיחות של הטיפול.

בבדיקת 6 ! נחשף החולה לקרינה מייננת. קרינה זו כלולה ברשימת הגורמים המסרטנים⁶⁰ שעלולים לגרום נזק למי שנבדק בה. היות שקרינה מייננת מסוכנת יותר לילדים מאשר לאוכלוסייה מבוגרת, נוהל המשרד⁶¹ קובע כי יש להמעיט ככל האפשר בחשיפת ילדים לקרינת רנטגן ולהעדיף חלופה שבה הקרינה פחותה, כמו בדיקות : 8 9 או ? > שאינן כרוכות בשימוש בקרינה (ולעתים תוצאותיהן אף מדויקות יותר).

62

חוק זכויות החולה קובע את המידע שיש למסור למטופל, ובכלל זה מידע על הטיפול המוצע ועל הסיכונים הכרוכים בו וכן על חלופות אפשריות לטיפול המוצע. בהתאם לכך, נוהל המשרד קובע,

- 59 ראו גם בקובץ דוחות זה בפרק בנושא "בדיקות דימות מתקדמות", עמ' 609-666.
- 60 גורמים מסרטנים - גורמים שמעודדים התפתחות של סרטן באדם או בבעלי חיים. קרצינוגנים מסוימים כוללים קרינה מייננת, וכן חומרים כימיים רבים, לרבות אלה שבעשן סיגריות ובחומרים תעשייתיים מסוימים. הם גורמים נזק לחומר הגנטי (הדנ"א - "A @") של התא.
- 61 משרד הבריאות, חוזר המנהל הכללי, "ביצוע בדיקות דימות החושפות ילדים ויילודים לקרינה מייננת" מס' 18/09 (19.4.09).
- 62 ראו ה"ש 2.

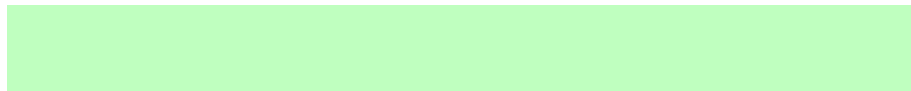
כי "על הרופא המטפל להסביר להורי הילד הנבדק את מהות הבדיקה לרבות משמעות החשיפה לקרינה וחלופות אם קיימות".



שמירה על הסודיות הרפואית של החולה המאושפז

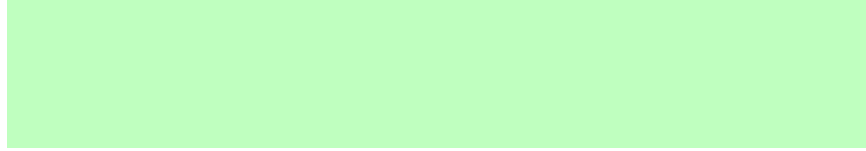
1. חוק זכויות החולה וכן חוזר המשרד שנקבע על בסיס חוק זה⁶³ קובעים, כי חובה על כל מטפל ועובד במוסד רפואי לשמור בסוד כל מידע הנוגע למטופל שנודע להם תוך כדי מילוי תפקידם או במהלך עבודתם. מטפל או מוסד רפואי רשאים למסור מידע רפואי רק לאחר שהמטופל נתן את הסכמתו לכך, או באחד המקרים הספציפיים המנויים בחוק⁶⁴.

הועלה כי כאשר חולה מתקבל לאשפוז הוא נשאל למי הוא מתיר למסור מידע ועדכון על מצבו הרפואי. תשובת החולה מתועדת בתיקו הרפואי. בכל מחלקות האשפוז בבתי החולים יש הסדרים למסירת מידע ועדכון על מצב החולה לבני משפחתו ולמי שהחולה הורה למסור לו מידע.

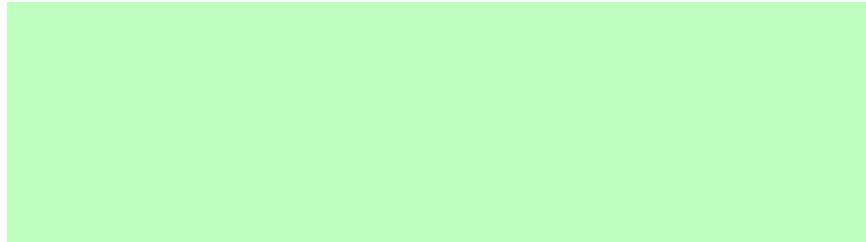


63 חוזר המנהל הכללי "מס' 9/06 (3.4.06).
 64 מטפל או מוסד רפואי רשאים למסור מידע רפואי רק באחד המקרים המנויים בחוק: (א) המטופל נתן הסכמתו למסירת המידע הרפואי (באמצעות כתב ויתור סודיות); (ב) חלה חובה על פי דין (חוק, תקנות או צו מנומק של בית משפט) למסור את המידע הרפואי; (ג) המידע נמסר למטפל אחר לצורך טיפול באותו מטופל; (ד) ועדת האתיקה אישרה את מסירת המידע אחרי שקבעה כי הדבר חיוני להגנה על בריאות הזולת או הציבור, או כי עלול להיגרם נזק חמור לבריאותו או לשלומו של המטופל אם יקבל בעצמו את המידע; (ה) המידע נמסר למוסד הרפואי המטפל או לעובד המוסד לצורך עיבוד המידע או דיווח על פי דין; (ו) המידע נמסר ללא פרטים מזהים של המטופל לשם פרסום בביטאון מדעי או למטרות מחקר או הוראה.

בית חולים מסוים אף כתב למשרד מבקר המדינה, כי "אין בידנו אפשרות לוודא כי רופאים או אחיות אכן בודקים את תיק המטופל בכל סיטואציה של מסירת מידע לקרוב או מלווה"; כמו כן, רופאים אחדים בבתי החולים טענו לפני נציגי משרד מבקר המדינה, כי לעתים הם נדרשים להסביר לבני המשפחה כי אינם יכולים למסור מידע על החולה מטעמי סודיות רפואית, והדבר מעורר כעסים ועימותים עם אותם בני משפחה.



2. בביקורת עלה גם, כי לא תמיד נשמרת דיסקרטיות בעת טיפול בענייני החולה. בדרך כלל הסיבה לכך היא היעדר משאבים פיזיים שיכולים לאפשר שמירה על פרטיות החולה המאושפז. למשל: בעת טיפול בחולים המאושפזים במסדרונות המחלקות; בעבודת המזכירות הרפואיות במחלקות המתבצעת באופן שהוא חשוף לעין כול; בעת שיחות של צוות רפואי וצוות פרה-רפואי ועובדים סוציאליים עם בני משפחה של חולים; בחדרי המיון בעת שחולים רבים ובני משפחותיהם שוהים באולם הטיפולים אף בעת שהם נבדקים. במקרים רבים רק וילון בד דק מפריד בין החולים, והסודיות הרפואית ופרטיות החולה אינן נשמרות.



מסירה יזומה של מידע רפואי לבני המשפחה

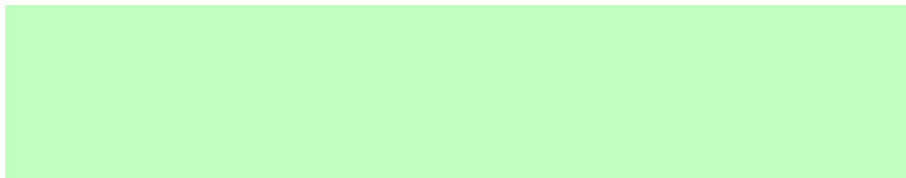
הוראות המשרד קובעות שעל בתי החולים לקבוע מועדים שבהם יתאפשר לבני המשפחה להיפגש עם הרופא המטפל ועם האחיות לצורך מסירת מידע על בן המשפחה המאושפז⁶⁵. כל בתי החולים מסרו כי קבעו מועדים כאלה, ובדרך כלל יש הקפדה על כך.

מנהלי מחלקות מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה, כי לעתים המידע על החולה נמסר לכמה בני משפחה שלו, לכל אחד מהם בנפרד. לעתים הדבר נעשה בשעות הקבלה למסירת מידע, אך לעתים ב"שיחת מסדרון" של בן המשפחה עם הרופא, ולא פעם בעת שבה הדבר מפריע לפעילות השגרתית של הרופאים במחלקה.

מצד שני יש שבני משפחה שאינם פונים לרופאים בבקשה לקבלת מידע כלל - אם משום ששעות הקבלה אינן נוחות להם, ואם בשל חשש מפנייה לרופאים שנתפסים בעיניהם כדמויות סמכותיות

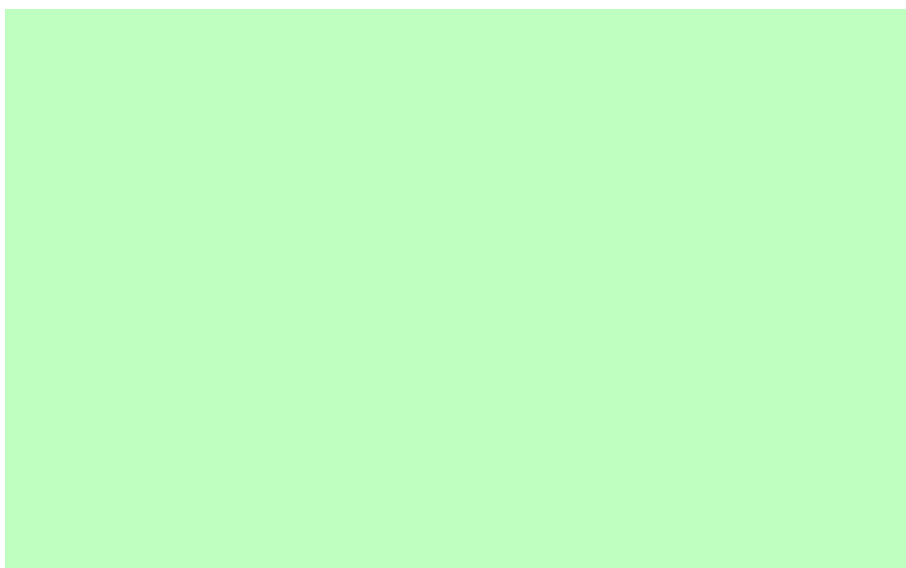
המטילות מרות. בשל כך מסתפקים בני המשפחה בקבלת מידע ועדכון בנוגע לבן משפחתם לא ממקור בר-סמך - רופאי המחלקה, אלא מאחיות או מכוח עזר.

לדעת מנהלי המחלקות, דווקא מגמת המעורבות המוגברת של בן משפחה משפרת את הטיפול ומגבירה את האפקטיביות שלו. למשל, כשמוטל על הצוות הרפואי והצוות הסיעודי עומס רב - הוא עשוי לקבל בברכה סיוע מצד בני המשפחה.



קביעת "סל אשפוז" בבית חולים כללי

חוק ביטוח בריאות מגדיר ומפרט את סל שירותי הבריאות שכל תושב במדינה זכאי לו. אחד מהם הוא אשפוז בבית חולים כללי. לפיכך ניתן היה לצפות שייקבעו תקני השירות לחולים - הן מבחינת בעלי המקצוע ועובדי המינהל שעליהם לספק את השירות לתושב והן מבחינת הציוד והמכשור הרפואי הנדרשים.



השירות הסוציאלי בבתי חולים כלליים

החוק קובע כי בתחום העבודה הסוציאלית יש להתמקד בטיפולים אלה: (א) טיפול פסיכו-סוציאלי למטרות רפואיות במצבים חריפים; (ב) טיפול פסיכו-סוציאלי למטרות רפואיות במחלות ממושכות; (ג) טיפול בחולה ובמשפחתו בסיוע למיצוי משאבים אישיים ולגיוס משאבים קהילתיים, חברתיים ומוסדיים שיטפלו בחולה כחלופה לאשפוז או למניעתו.

פעילותו של השירות הסוציאלי בבתי החולים בארץ מתבטאת, בין היתר, באיתור חולים בסיכון (כגון חולים הסובלים מאלימות במשפחה, מתקיפה מינית ומתת-תזונה); במתן תמיכה נפשית לחולים ולבני המשפחה; בסיוע לחולה בהתמודדות עם מצבו; באיתור מוסד שיקומי עבורו; באיתור גורמים בקהילה שיתמכו בו אחרי שחרורו מבית החולים; בסיוע במיצוי זכויותיו ובהסדרת התיאום עם בני המשפחה ועם מוסדות אחרים להמשך הטיפול בו⁶⁶. את השירות הסוציאלי מספקים בעיקר עובדים סוציאליים.

היעדר תקן מחייב לעובדים סוציאליים והיעדר נתונים בנושא במשרד הבריאות

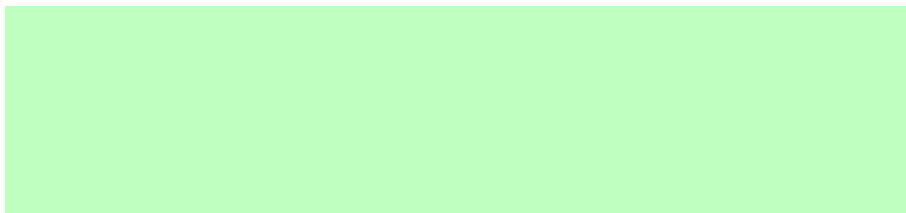
67

בניגוד למשרד הבריאות, קיימה הכללית עבודת מטה בנושא מפתחות תקינה לשיבוץ עובדים סוציאליים בכל תחומי הטיפול (אשפוז וקהילה) בשלושה שלבים. ההמלצות שהתקבלו בעבודה זו היו אמורות להתממש בהדרגה במשך כמה שנים, והן סוכמו בדוח סופי בינואר 2010. למשל, בשלב הראשון של יישום התכנית יושלם התקן של עובד סוציאלי במחלקות הפנימיות להיקף משרה של 75%. לדברי מנהלת השירות הסוציאלי של הכללית, יישום ההחלטות שהתקבלו בעבודת המטה אמור לאפשר בסופו של תהליך האיוש מתן שירות סוציאלי הולם לכלל המטופלים בקופה. היא הוסיפה, שעובד סוציאלי שעובד במחלקה פנימית בהיקף משרה של 75% - אינו מסוגל לטפל כנדרש בכל צורכי החולים. באוגוסט 2010 אישר סמנכ"ל בתי החולים של הכללית דאז, ד"ר אהוד דוידסון, את יישום השלב הראשון של איוש משרות העובדים שנקבעו בעבודת המטה. בעת סיום הביקורת באוגוסט 2014 כבר הוספו עשרות משרות ומרביתן אוישו.

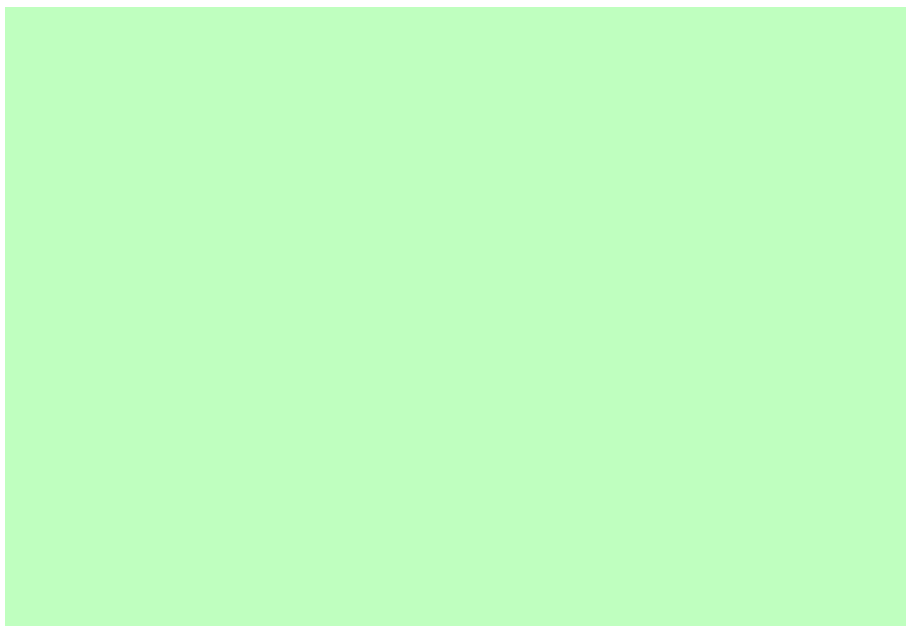
בבדיקה עלה שקיימים הבדלים בין היקף המשרות של עובדים סוציאליים במחלקות הפנימיות בבתי החולים הממשלתיים ובין אלו של הכללית (שבהן מאושפזים בפועל כ-40 חולים). היקף המשרה נע בין 30% משרה למשרה מלאה. זאת משום שהיקף המשרות של העובדים הסוציאליים נתונים לשיקול דעתו של בית החולים. במחלקה כירורגית מורחבת במרכז רפואי גדול שבה מאושפזים באופן קבוע כ-70 חולים ויותר - היקף משרתה של העובדת הסוציאלית הוא 30% בלבד, ואף מנהל המחלקה ציין, כי עובדת סוציאלית שזהו היקף עבודתה אינה מסוגלת לטפל כנדרש בכל צורכי החולים. יצוין שגם לדעת המשרד (בתשובתו מדצמבר 2014) יש מקום להערכת הצורך ולהגדלת התקינה במחלקות.

66 על פי חוזר מינהל רפואה 35/99 מ-22.8.99, סעיף 2. במועד סיום הביקורת, כ-15 שנים לאחר שפורסם החוזר, הוא עדיין לא עודכן.

67 יצוין כי מנהלת השירות הארצי לעבודה סוציאלית במשרד המליצה לבתי החולים להעסיק במחלקה פנימית עובדת סוציאלית בהיקף של חצי משרה.

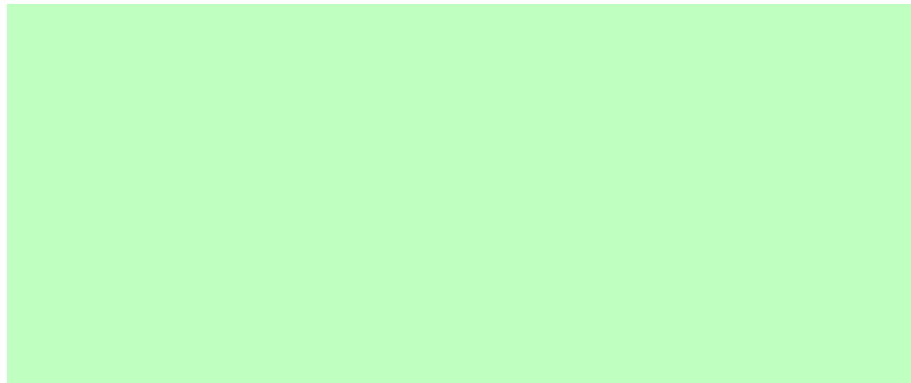


ההשפעות של מצוקת השירותים הסוציאליים על זכויות החולה

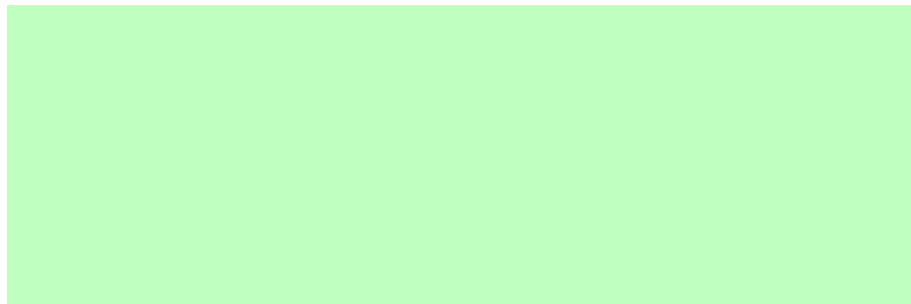


ניצולי שואה ובני משפחותיהם זקוקים לתמיכה רגשית מיוחדת ולמידע על זכויותיהם. לדעת אנשי מקצוע, לטראומת השואה יש השפעות רגשיות, נפשיות ופיזיות על הניצולים, והן מתעצמות במהלך האשפוז. הדבר עלול לגרום התנהגויות חריגות של מטופלים ולאי-שיתוף פעולה ביניהם ובין הצוות המטפל. גם חולים אונקולוגיים ובני משפחותיהם זקוקים לתמיכה רגשית בעקבות גילוי המחלה והצורך להתמודד עמה ועם הטיפולים הקשים שעל החולים לעבור, וגם הם זקוקים למידע בנוגע לזכויותיהם. במקרים אלה למעורבותם של העובדים הסוציאליים עשויה להיות השפעה מכרעת, הן על איכות הטיפול במטופל והן על שגרת חייו כחולה אונקולוגי.

68 האחיות מקיימות קבלה סיעודית לכל חולה שמתאשפז במחלקה, ומציגות למטופל שאלות בנושאים סוציאליים. האחיות מתרשמות גם במהלך האשפוז מתפקוד החולה, מביקוריו בני משפחה ואורחים אצלו וממערכות תומכות אחרות שיש למטופל.



המשרד מסר בתשובתו מדצמבר 2014, שבמצב של עומס עבודה "אדיר" ובהיעדר תקינה מתאימה של עובדים סוציאליים לא ניתן להגיע לכל החולים שחובה להגיע אליהם⁷⁰.



טיפול פיזיותרפיה לחולים מאושפזים

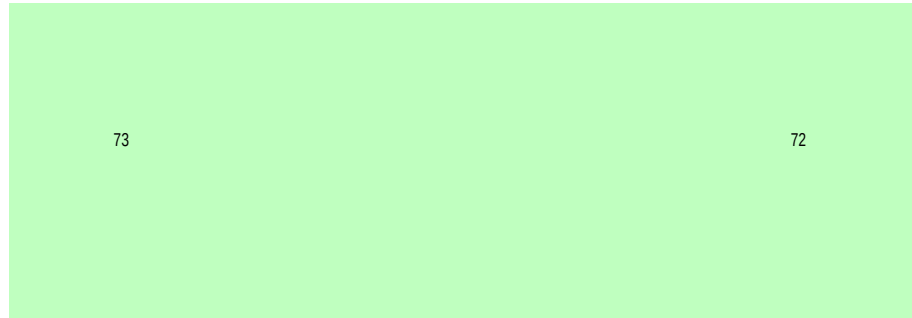
טיפול פיזיותרפיה הם חלק בלתי נפרד מעבודת הצוות הרב-מקצועי בבית החולים. לטיפול פיזיותרפיה בבתי חולים כלליים נזקקים גם מאושפזים בכל מחלקות האשפוז, לרבות המחלקות האורתופדיות, הכירורגיות ובכלל זה כירורגית לב וריאות, מחלקות נירולוגיות, פנימיות ומחלקות ויחידות מיוחדות כמו טיפול נמרץ רגיל ופגים, מחלקות נשים ויולדות ומחלקות אונקולוגיות⁷¹.

הטיפול הפיזיותרפי מתמקד במניעת סיבוכים ובשיפור הניידות והתפקוד של המאושפז במטרה להחזירו לרמת התפקוד והעצמאות הקודמת. הטיפול כולל, בין היתר: בדיקה גופנית והערכה

-
- 69 ראו מבקר המדינה, (2014), בפרק "זרים שאינם בני הרחקה מישראל", עמ' 59, שבו נאמר בין היתר, כי בהיעדר תכנית פעולה סדורה של משרד הבריאות, נאלצת מערכת הבריאות להתמודד עם צורכי הזרים, ללא גיבוי תקציבי מתאים.
- 70 בעניין הצורך בהנגשת מידע על זכויות החולים המאושפזים ראו גם בקובץ דוחות זה בפרק "אי-מיצוי של זכויות חברתיות", עמ' 3-46.
- 71 המחלקה הארצית לפיזיותרפיה, לנהל שירותי פיזיותרפיה בבתי חולים, חוזר מנכ"ל 14/2011.
- 1.9.14. נספח

תפקודית, הגברת ניידות ולימוד הליכה עם אביזרי עזר, טיפול נשימתי וטיפול מונע למזעור הסיכון להופעת סיבוכים בעקבות ניתוח או שכיבה ממושכת.

הטיפול הפיזיותרפי יכול לסייע לקצר את משך האשפוז ולמנוע סיבוכים כמו דלקת ריאות, ולחסוך בכך את הצורך בשימוש בתרופות יקרות, כגון אנטיביוטיקה ומשככי כאבים. מכאן שנוסף על תרומתו לטיפול בחולה ושיקום הביטחון העצמי שלו, יש לו גם יתרונות כלכליים.

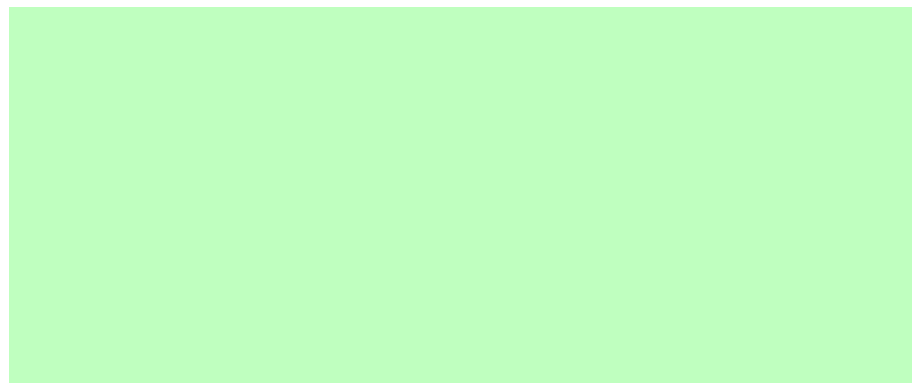


73

72

תזונה לחולה המאושפז

לתזונה מתאימה יש השפעה מכרעת על מצב הבריאות בכל גיל, ובייחוד בקרב חולים מאושפזים. טיפול תזונתי לא ראוי עלול לגרום להארכת משך האשפוז, לאשפוז חוזר, לפגיעה בהחלמה ולהגדלת העלויות הכספיות הכרוכות בטיפול בחולה. הדיאטנים בבתי החולים אחראים לאבחון המצב התזונתי של החולים, לקביעת הטיפול התזונתי בהם וליישומו ולמעקב אחר מצבם התזונתי⁷⁴. פעולות אלה הן חלק ממכלול התנאים המבטיחים שמירה על זכות החולה לקבלת טיפול רפואי נאות ושמירה על כבודו.



72 שאין בהם מחלקות שיקום. מדובר בבתי החולים הממשלתיים, בתי החולים של הכללית ואחרים.

73 המקור - מנהלת המחלקה הארצית לפיזיותרפיה שבמשרד הבריאות.

74 ראו גם - חוזר מינהל רפואה מס' 5/013, 27.1.13.



הפגיעה בחולים תושבי ישראל בשל אי-הסדרת הפעילות של תיירות רפואית

בתי החולים הכלליים הממשלתיים וכן בתי החולים של הכללית והפרטיים, בעיקר במרכז הארץ, מספקים שירותים רפואיים - כירורגיה, אונקולוגיה וקרדיולוגיה - לעשרות אלפי אנשים, לרבות תושבי הרשות הפלסטינית, הבאים לישראל במיוחד לצורך זה (להלן גם - תיירות רפואית). שירותים רפואיים אלה ניתנים בבתי החולים הממשלתיים במסגרת תאגידי הבריאות של בתי החולים⁷⁵ הפועלים בשעות שלאחר שעות העבודה הרגילות⁷⁶. במרוצת השנים התרחב מאוד היקף הפעילות הזאת בבתי החולים. לפי האומדן שהציג משרד הבריאות בדוח "הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית" (להלן גם - ועדת גרמן)⁷⁷, בשנת 2011 הסתכם שיעור ההכנסות של כל בתי החולים מהטיפול בכ-30,000 תיירים בכ-500 מיליון ש"ח⁷⁸.

בתיירות רפואית קיים פוטנציאל לרווח כלכלי שעשוי לסייע לבתי החולים ולשמש להם מקור מימון להשכחה ולשדרוג של התשתיות הרפואיות, וכן מקור הכנסה נוסף לרופאים ולאחיות וניצול של ציוד רפואי שאינו מנוצל דיו ועוד.

- 75 סעיף 21 לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, קבע, כי "תאגיד בריאות הוא, עמותה, אגודה שיתופית, חברה או כל גוף משפטי אחר הכשר לחיובים, לזכויות ולפעולות משפטיות, המוכר שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי או תוך שימוש במתקני בית חולים כאמור". ראו מבקר המדינה, (2009), בפרק "תאגיד בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.
- 76 בתקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגיד בריאות), התשס"ב-2002, נקבע בסעיף 4(א)(1), כי תאגיד הבריאות לא יבצעו בבית החולים כל פעילות למכירת שירותי בריאות (מכירת שירותי רפואה ראשונית, רפואה שניונית, שירותי אשפוז ושירותים פרה-רפואיים) לפני השעה 15.00.
- 77 ביום 14.6.13 מינתה שרת הבריאות דאז, ח"כ יעל גרמן, ועדה מייעצת לחיזוק מערכת הרפואה הציבורית.
- 78 בדוח ועדת גרמן, עמוד 228, הוערך מספר התיירים בידי משרד התיירות והיקף ההכנסות הוערך בידי משרד הבריאות.

הפרת זכויות החולה המאושפז באופן מתמשך

1. משרד מבקר המדינה כבר העיר למשרד הבריאות בשנת 2011⁸⁰ ובשנת 2013, בין היתר, גם על סוגיית התיירות הרפואית⁸¹: "שירותי התיירות הרפואית מבוססים במהותם על העדפה של חולים מסוימים ובכך נפגע עקרון השוויון... לנוכח מצוקת תשתיות האשפוז וכוח האדם, מידת הנזק של התיירות הרפואית לחולה תושב המדינה המטופל במערכת הרפואה הציבורית, גדולה מהתועלת הכלכלית לבית החולים והמדינה". עוד נאמר, כי "תיירי מרפא אינם נדרשים להמתין לניתוח, ניתנת להם האפשרות לבחור את המנתח, הם נבדקים במכשירי דימות ללא המתנה ומאושפזים בחדר פרטי... [עקב כך] חולים שאמורים להתאשפז במחלקות כירורגיות מאושפזים לעתים במחלקות פנימיות"⁸².
- בשנת 2013 הוציא המשרד הנחיות בנושא "שירות פרטי במסגרת תיירות מרפא". בין היתר נאמר בו, כי הסוגיה נדונה בוועדה ציבורית שעתידיה להגדיר את המדיניות וההנחיות בנושא⁸³.
2. הבדיקה העלתה שגם בשנים 2011-2013 סיפקו בתי החולים שירותים אלה. בדוח ביקורת מנובמבר 2014 שהכינה החשבת הכללית במשרד האוצר⁸⁴ על פעילות חמישה בתי חולים ממשלתיים בתחום זה עלה, בין היתר, כי רופאים סיפקו שירותים רפואיים לתיירי מרפא בשעות הבוקר (ניתוחים, ייעוץ וביקורת) אף שכאמור אסור לבצע פעילות זו לפני השעה 15.00. תיירי מרפא קיבלו קדימות לעומת תושבי ישראל מבחינת התורים שנקבעו להם ובתי החולים לא קיבלו מהתאגידים את כל הכספים שהיו צריכים להעביר אליהם.
- בתשובתו מינואר 2015 הסביר המרכז הרפואי תל אביב (איכילוב) למשרד מבקר המדינה שהכנסותיו מתיירות רפואית "מנוצלות לתוספת ולתפעול מיטות ביחידות קריטיות (אונקולוגיה וטיפול נמרץ)" ולביצוע ניתוחים רבים של תושבי ישראל בשעות אחר הצהריים - דהיינו לקיצור תורים. המרכז ציין כי לפי נתוני משרד הבריאות התורים במרכז הרפואי תל אביב לניתוחים של תושבי ישראל הם מהקצרים במערכת הבריאות.

-
- | | |
|----|--|
| 79 | ראו גם בקובץ דוחות זה בפרק בנושא "בדיקות דימות מתקדמות", עמ' 609-666. |
| 80 | משרד מבקר המדינה, (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169, בתת-פרק "קביעת כללים והנחיות לגבי טיפול רפואי לתיירים ('תיירות רפואית')", עמ' 211. ראו גם (2013), בפרק "היבטים במערכת הרפואה הפרטית - מדיניות, אסדרה וכלי פיקוח", עמ' 601, ובתת-פרק "תיירות רפואית", עמ' 646. |
| 81 | משרד מבקר המדינה, (2013), בפרק "היבטים במערכת הרפואה הפרטית - מדיניות, אסדרה וכלי פיקוח", עמ' 601, בתת-פרק "תיירות רפואית", עמ' 646. |
| 82 | משרד מבקר המדינה, (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169, ובתת-פרק "קביעת כללים והנחיות לגבי טיפול רפואי לתיירים ('תיירות רפואית')", עמ' 211. |
| 83 | חוזר מינהל רפואה מס' 51/2013, מיום 31.12.14. |
| 84 | הבדיקה נעשתה על פעילות שהתבצעה בשנים 2011-2013 בחמישה בתי חולים ממשלתיים: איכילוב, שיבא, רמב"ם, וולפסון ואסף הרופא. |

3. ביוני 2014 פרסמה ועדת גרמן את המלצותיה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית. ההמלצות כללו כמה וכמה כללים גם לגבי הסדר התיירות הרפואית. למשל, הוועדה המליצה כי הזמנת תייר רפואי לארץ תתאפשר רק אם התפוסה של בית החולים תאפשר מתן טיפול ראוי לישראלים; תיירים רפואיים יטופלו רק אחרי שעות הפעילות הרגילות של בית החולים; הנהלת בית החולים תהיה אחראית להבטיח לחולים ישראלים קדימות מבחינת הזכות לנצל את כל שירותי בית החולים, ובכלל זה מיטות האשפוז; כל הרווחים מפעילות התיירות הרפואית יוקצו לבית החולים לטיפול במטופלים הישראלים.

סביבה נקייה במרחב האשפוז והטיפול בבתי החולים

סביבה נקייה חיונית למניעת זיהומים, ולפיכך היא בבחינת הכרח בבתי החולים. זלזול בצורך בניקיון וסביבה מזוהמת גורמים לפגיעה בזכויות החולה המאושפז ואף בכבודו.

הניקיון במחלקות

1. במהלך הביקורת נצפה בכמה מחלקות פנימיות ובכמה מלר"דים לכלוך בסביבת החולים בשעות שונות ביממה. יציין במיוחד הלכלוך שנצבר בשעות הערב והלילה, שבהן לא פועלים צוותי ניקיון במרבית המחלקות. אחד מבתי החולים מסר למשרד מבקר המדינה, כי בשעות הערב המאוחרות ובשעות הלילה מנקים עובדי הניקיון רק בכמה מחלקות (חדרי לידה, ניתוח ומיון) ועל אף שמלבדם עובדים גם תורני ניקיון, הניקוי אינו נעשה מיד, ולעתים נדרשת מעורבות של ההנהלה כדי לוודא שעובדת ניקיון תגיע לנקות. גם בדוחות הבקרה שערך משרד הבריאות עלו ליקויים בתחום הניקיון במחלקות האשפוז, במחלקת שיקום ובמטבח. בבית חולים אחד אף מדובר בבעיה מתמשכת שהחמירה.

2. בשנת 2014 התגלה מקרה חריג של רימות על צוואר חולה באחד מבתי החולים.

הנהלת בית החולים הסבירה לעורכי הביקורת כי "לא מדובר פה בכל הזנחה" ואולם היא לא המציאה כל מסמך שמתעד בדיקה שעשתה בנושא כדי לעמוד על הסיבה למקרה, או החלטות שקיבלה, הן לגבי הנושאים באחריות לכך והן לגבי האמצעים שבכוונתה לנקוט למניעת הישנות המקרה.

חשש לזיהומים

אי-הקפדה על ניקיון מגבירה גם את הסיכון להידבקות בזיהומים. ואכן, בבקורות שעשה משרד הבריאות בבתי החולים עלה חשש להתפשטות זיהומים בכמה חדרי ניתוח משום שהוצבו בהם ארונות עץ שאינם רחיצים המשמשים לאחסון ציוד סטרילי; עקב שימוש במכונה לניקוי מכשירים לאחר ניתוח שהטמפרטורה שלה נמוכה מהנדרש (פחות מ-93 מעלות צלסיוס); עקב היעדר הפרדה מוחלטת בין האזור הנקי לאזור המלוכלך; עקב מכשור שלא היה נקי באחת ממחלקות הגסטרו. באחד מבתי החולים היה חשש להתפרצות חיידק הליגיונלה משום שהטמפרטורה של המים החמים הייתה נמוכה מהנדרש.

גם תשתיות רעועות עלולות להגביר את הסיכון לזיהומים. משרד מבקר המדינה העיר בשנת 2013⁸⁵ על פגמים בתשתיות של כמה בתי חולים שאינם מאפשרים לשמור כראוי על רמת הניקיון שבהם ופוגעים ביכולת למנוע זיהומים בחדרי ניתוח ובמחסן לציוד רפואי. גם בבקורות שעשה משרד הבריאות עלה חשש להעברת זיהומים באחד מחדרי הניתוח עקב חיפויי רצפה פגומים.

הן בדוח שנתי 63א של מבקר המדינה והן בבקורות שעשה המשרד עלו ליקויים נוספים בכמה בתי חולים. כך למשל, לא הייתה הפרדה בין מקום האיסוף של כביסה מלוכלכת לנקייה; היו חרקים בחדרי ניתוח; לא ניתן היה לשמור כראוי על ההיגיינה בחדרים במחלקות שבהם אוחסנו סירי לילה.

שמירת זכויות החולה הפונה לחדרי המיון (מלר"דים) של בתי החולים הכלליים

חוק זכויות החולה קובע, כי חדר מיון הוא מקום המיועד למתן טיפול רפואי דחוף שמאייש רופא אחד לפחות, והמנהל הכללי של המשרד מכיר בו כחדר מיון לעניין חוק זה.

העבודה במלר"ד מתאפיינת בעומס גדול ובלחץ של זמן המחייבים חלוקת קשב בו-זמנית בין כמה מטופלים שמקורם בדחיפות ובדינמיות של המצבים הרפואיים, וכן בקצב התחלופה הגבוה של המטופלים שאינו מאפשר להכירם. בתנאים אלו חשוב מאוד שרופא אחראי אחד ירכז את הטיפול והשליטה בכל התהליכים האבחנתיים והטיפוליים שעובר המטופל ואת התיאום בעניינם⁸⁶.

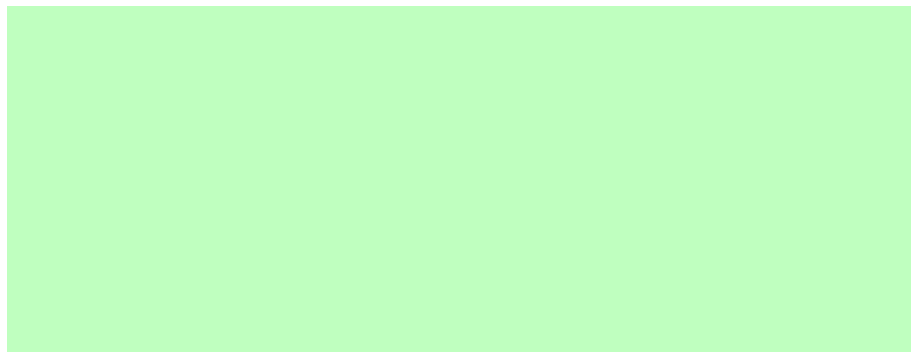
85 , בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717; ראו גם באותו דוח בפרק "ריבוי זיהומים במוסדות האשפוז ובקהילה", עמ' 671.

86 ראו גם חוזר המנהל הכללי " מס' 38/09 (30.8.09).

בסוף שנת 2012 היו בתקן של כל בתי החולים הכלליים 1,160 עמדות לרפואה דחופה, מהן 1,141 בבתי החולים הכלליים (ללא מיון יולדות), ונרשמו כ-2.9 מיליון ביקורים בחדרי המיון⁸⁷ (כ-2.5 מיליון ללא מיון יולדות). יצוין כי מספר הפונים למלר"ד הולך וגדל במשך השנים. בשנת 2012 אושפזו כשליש (30%) מהפונים לחדרי מיון (27% ללא מיון יולדות) וכל היתר שוחררו לביתם.

רופא אחראי לריכוז הטיפול בחולה במלר"ד

המשרד מחייב את בתי החולים למנות רופא שיהיה אחראי לריכוז הטיפול בחולה שפונה למלר"ד ולמסור לחולה את שמו של הרופא⁸⁸. רופא זה אחראי, בין היתר, לאבחון מצבו הרפואי הנוכחי של המטופל באמצעות בירור תולדות החולה ובדיקה גופנית; קביעת הוראות הטיפול הרפואי; וידוא ביצוען של כל ההתייעצויות הרפואיות הנדרשות; ריכוז כל ההמלצות וההוראות הטיפוליות מהיועצים השונים והתייחסות אליהן; ריכוז ממצאי כל בדיקות המעבדה והתייחסות אליהן; וידוא פענוחן של כל בדיקות ההדמיה ובדיקות העזר; התייעצות עם רופא בכיר במקרה שיש בכך צורך; תיעוד ההתייעצות ברשומה הרפואית וניהול הרשומה הרפואית; וידוא כי בוצעו כל ההליכים הרפואיים המתבקשים לצורך שחרור המטופל לביתו או לאשפוזו במחלקה.



פגיעה בזכויות החולה עקב זמני שהייה ממושכים במלר"ד

כדי לשמור על זכויותיו של החולה, כבודו וזמנו חשוב מאוד לתת טיפול מהיר ככל האפשר לפונה למלר"ד, כך שניתן יהיה לשחררו לביתו בהקדם, או לקבוע את הצורך לאשפוזו בבית החולים להמשך טיפול.

87 משרד הבריאות, אגף המידע,
88 דוח שנתי 65
ראו הערת שוליים 86.

89

גם ועדת גרמן המליצה ביוני 2014, בין היתר, לבדוק את איכות השירות במלר"דים באמצעות מדידת זמני השהייה בהם. משרד מבקר המדינה כבר המליץ בשנת 2010, כי ראוי שבתי החולים יפעלו למדידת זמני השהייה במלר"ד ולהסדרת פרקי זמן מרביים למתן שירות לפונים למלר"ד, הן על ידי הצוות במלר"ד והן על ידי נציגי מחלקות אחרות ומכונים בבתי החולים.

90

המתנה במלר"ד ליועצים מהמחלקות ולבדיקות רפואיות

1. משרד מבקר המדינה המליץ כבר בשנת 2010 שבתי החולים יבצעו בתדירות קבועה תהליך של איסוף וניתוח מידע על זמני ההמתנה במלר"ד להגעת רופא מומחה ויועצים ממחלקות האשפוז; על זמני ההמתנה לתור במכונים לביצוע הדמיות; על זמני המתנה לבדיקות אחרות וכו'.

בבדיקה הנוכחית נמצא, כי 12 מ-18 בתי החולים אינם מרכזים מידע על זמני ההמתנה להגעת רופא מומחה או יועץ ממחלקות האשפוז, ועל זמני ההמתנה לביצוע הדמיות ובדיקות אחרות. אחד מבתי החולים שבדק וניתח את הגורמים לזמני ההמתנה הממושכים העלה לדוגמה, כי זמן

89 ראו גם מבקר המדינה, (2010), בפרק "חדרי מיון (מלר"דים) של בתי החולים הכלליים - היעדר תקינה סדורה", עמ' 441, בו צוין כי עקב חוסר מקום במחלקות האשפוז בבתי חולים מסוימים שהו פונים במלר"ד אף כמה יממות.

90 כמה בתי חולים פיצלו את המטופלים בין שני אתרים: באתר "מהלכים" נותנים טיפול מהיר יותר לחולים הסובלים מבעיות אורתופדיות, כירורגיות, פנימיות ופסיכיאטריות שיכולים להתהלך ובאתר "שוכבים" מטפלים בחולים שמצבם הרפואי או הסיעודי מורכב יותר ולכן הבירור בעניינם והשהייה שלהם במלר"דים ממושכים יותר.

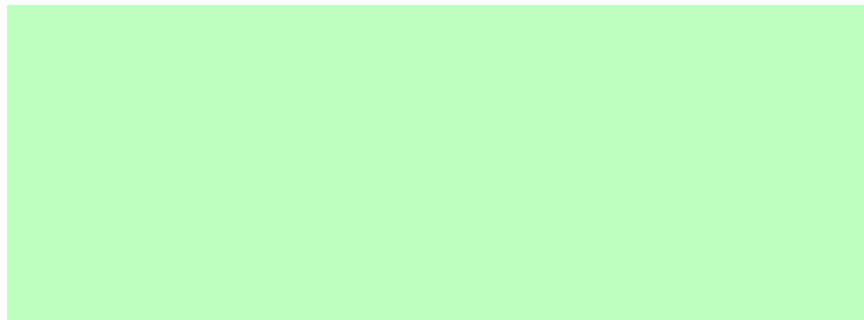
ההמתנה הממוצע בבית החולים לטיפול של אחות היה 14.8 דקות. בעקבות ניתוח הנתונים פעל בית החולים לקיצור זמן ההמתנה ל-9 דקות.



2.

משרד מבקר המדינה בדק בביקורת הנוכחית את משך השהייה של פונים למיון בני 70 ומעלה במחצית השנייה של שנת 2013, שפנו למיון עקב חבלת ראש שנגרמה בגין נפילה⁹¹. הועלה כי בבתי החולים בפריפריה הפונים למלר"ד ששוחררו לביתם שהו במלר"ד בממוצע כ-3.6 שעות, וגם החציון היה כ-3.6 שעות; לעומת זאת שהו הפונים למלר"ד בבית חולים במרכז הארץ בממוצע 6.1 שעות, והחציון היה 5.4 שעות. השהייה במלר"ד של בית חולים בפריפריה עד לאשפוז הייתה כ-3.6 שעות בממוצע והחציון היה כ-3.25 שעות, ואילו השהייה עד לאשפוז במלר"ד בבית חולים במרכז הארץ ארכה 9.1 שעות והחציון היה 7.7 שעות. לדברי מנהלי מלר"דים, זמני השהייה במרכז הארץ ארוכים בהרבה מאשר בפריפריה עקב העומס הכולל של הפונים למלר"דים שבבתי החולים במרכז הארץ.

לדברי מומחים, הסבילות של קשישים לזמני שהייה ארוכים במלר"ד היא נמוכה, ויש מהם שעוזבים את המלר"ד עוד לפני תום הטיפול. לדוגמה: בבית חולים מסוים במרכז הארץ כ-4% מהפונים למלר"ד עקב חבלת ראש שזמן השהייה הממוצע שלהם היה כ-6.3 שעות, עזבו את המלר"ד על דעת עצמם.

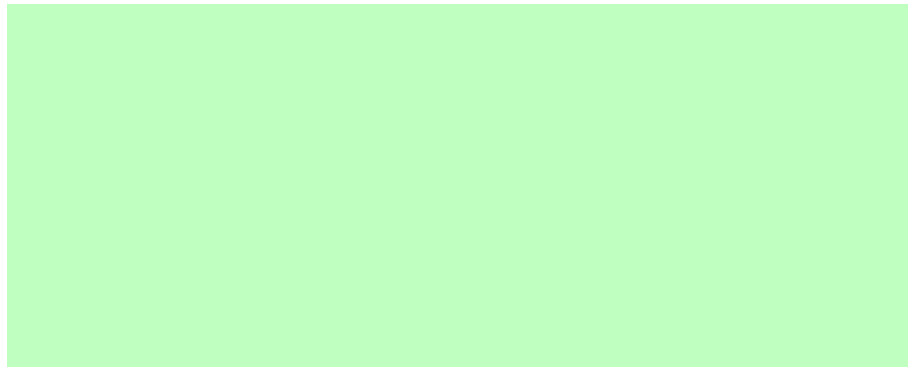


בדצמבר 2014 השיב משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי הקצה למלר"דים 16 תקנים של רופאים גריאטרים, שישה מתוכם כבר אוישו; הוא מכין חוזר שיחייב טריאז' (ביצוע סדר עדיפות מובנה בקבלת החלטה ראשונית בחולה דחוף) במלר"ד; הוא השלים את האסדרה המשפטית של עוזרי רופא במלר"דים (עוזרי הרופא יוציאו לפועל את תכנית הבירור והטיפול שעליה החליט הרופא, ובכך יקטינו את העומס של הרופאים והאחיות). לדברי המשרד - מכלול הפעולות הללו יקצרו את זמני השהייה וישפרו את איכות הטיפול.

91 חבלת ראש היא אחת הפגיעות המסוכנות ביותר מבחינה רפואית, והיא עלולה לגרום לנזק מוחי בלתי הפיך ולנכות קשה. משום כך יש לבצע בירור רפואי מלא לגבי כל אירוע של חבלת ראש. התופעה שכיחה בקרב קשישים, ולפי הנחיית קופות החולים קשיש שנפל ונחבט יופנה מיד למלר"ד.

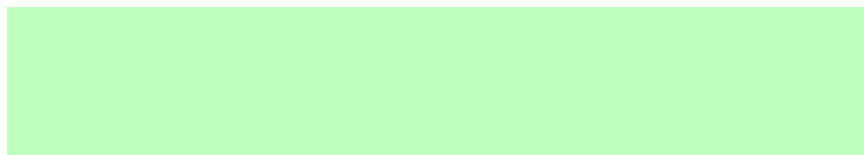
היחס לחולה ולמלווים במלר"ד וסוגיית האלימות במקום

במשרד התקבלו תלונות רבות על יחסו של הצוות לחולים ולמלווים, ובעיקר על התעלמות הצוות מהטפל מפניות, שאלות ובקשות של החולים והמלווים. אין לקבל בשום פנים ואופן התנהגות אלימה של הציבור כלפי בעלי תפקידים בכלל וכלפי הצוות הרפואי בפרט. ואולם, לא ניתן להתעלם מכך שהדבר יכול גם לשקף חוסר שביעות רצון מהטיפול ומהשירות שניתן במלר"דים. זמני ההמתנה הארוכים, קוצר הרוח של הצוות הרפואי, שמקורו בין היתר בעומס העבודה הרב המוטל עליו, חוסר הוודאות לגבי המשך הטיפול וכמובן גם הסבל הפיזי של המטופלים והלחץ הנפשי שהם ובני המשפחה שרויים בו - כל אלו עלולים לגרום למעשי אלימות. מבקר המדינה כבר העיר בשנת 2010, כי כ-30% ממקרי האלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות מתרחשים במלר"דים, ויש יחס ישר בין מספר מקרי האלימות ובין העומס במלר"ד⁹².



פגיעה בזכות החולה עקב מחסור במומחים לרפואה דחופה במלר"ד

1. מומחה לרפואה דחופה מקבל הכשרה בתחומים רבים כגון כירורגיה, רפואה פנימית והרדמה, הדבר מאפשר לו לאבחן במהירות את בעייתו הרפואית של הפונה למלר"ד, ואף להציל חיים ולמנוע הידרדרות במצבו. מנתוני 18 בתי החולים הכלליים עולה כי במלר"דים יש 200.5 משרות של רופאים - אך רק 61 (כ-30%) מהן הן משרות של מומחים ברפואה דחופה. שיעור המומחים לרפואה דחופה במלר"דים השונים הוא בין 12% ל-60% מרופאי המלר"ד, והם מאיישים בדרך כלל רק את משמרת הבוקר.



92 ראו גם מבקר המדינה, (2010), בפרק "חדרי מיון (מלר"דים) של בתי החולים הכלליים - היעדר תקינה סדורה", עמ' 441.

לדברי מנהלי בתי חולים ומלרד"ים, נוכחות קבועה של רופא מומחה ברפואה דחופה בכל מלרד"ד, לאורך כל שעות היממה ומדי יום ביומו, לרבות סופי שבוע וחגים, הייתה מיותרת את הזמנתם של מומחים מהמחלקות השונות לחדרי המיון, האבחון היה מידי, וכך גם היו צפויים להתקצר זמני השהייה של הפונים למלרד"ים. לדברי מנהלי בתי חולים ומלרד"ים, בארצות מערביות מועסקים בהם דרך קבע מומחים ברפואה דחופה שנותנים מענה למרבית הפונים. לדוגמה, בארה"ב רופאים מומחים ברפואה דחופה נותנים מענה לכ-90% מהפונים למלרד"ים ללא צורך להיעזר במומחים אחרים. רופא מומחה לרפואה דחופה משמש פעמים רבות כרופא האחראי לריכוז הטיפול בפונים למלרד"ים.

2. דברים דומים נכתבו גם בינואר 2014 ב"דוח הוועדה לקידום הרפואה הדחופה בישראל"⁹³, שהמליצה על מינוי רופאים מומחים למלרד"ים. לפי חישובי הוועדה, לכל המערכת הרפואית יש צורך להוסיף 280 רופאים שהם מומחים לרפואה דחופה, נוסף על כ-200 הרופאים שכבר עובדים בה. יש לציין כי ועדת גרמן הודיעה שהיא מאמצת את מסקנות הוועדה לקידום הרפואה הדחופה.

בתשובתו מדצמבר 2014 מסר משרד הבריאות, כי מנכ"ל המשרד הנחה את בתי החולים שיש לדאוג להימצאות של רופא מומחה ברפואה דחופה או ברפואה פנימית במלרד"ד בהתאם לאופי בית החולים: במרכזי העל במשך 24 שעות ביממה, ובשאר בתי החולים עד השעה 23.00 לפחות.

רצף טיפולי - העברת מידע ממוחשב מבתי החולים למרפאות בקהילה

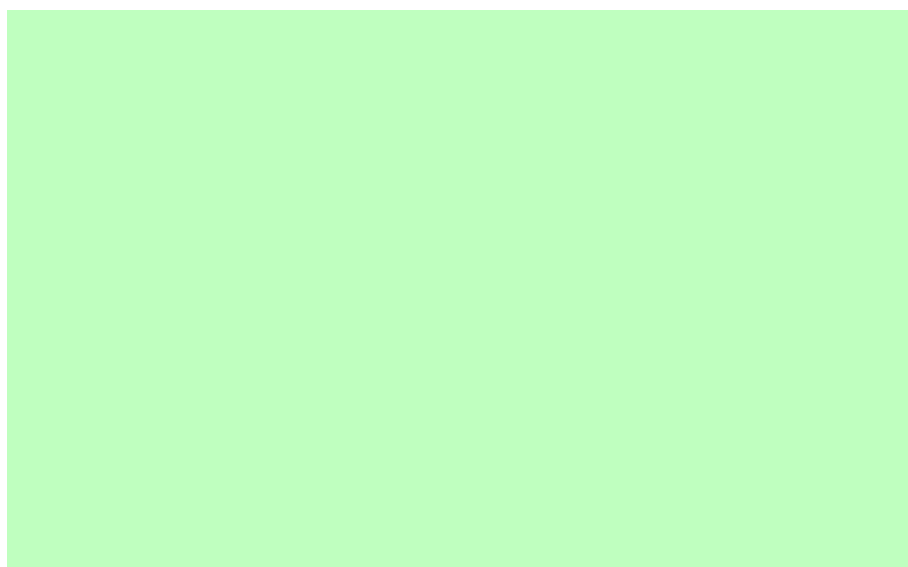
חוזר המשרד קובע, כי על המוסד הרפואי ועל המטפל, בהסכמת המטופל, להעביר את המידע הרפואי הנמצא ברשותם למטפל או למוסד רפואי אחר שימשיך בטיפול לשם הבטחת הרצף של

93 את הוועדה לקידום חדרי המיון בישראל מינה ביולי 2013 מנכ"ל המשרד דאז, פרופ' רוני גמזו. הדוח הוגש לשרת הבריאות דאז, הגב' יעל גרמן בינואר 2014.

הטיפול הרפואי במטופל. המידע יכלול את כל המידע הרפואי הרלוונטי להמשך הטיפול (להלן גם - רצף טיפולי).⁹⁴

רצף טיפולי חשוב למטופלים ולמטופלים כאחד. הוא מאפשר מילוי מהיר של ההנחיות וההמלצות הטיפוליות בגמר האשפוז של החולים ומצמצם טעויות במתן תרופות ובביצוע בדיקות לא מתאימות. בכך הוא מונע אשפוזים ובדיקות חוזרות, תורם להפחתת עלויות הטיפול ומגביר את שביעות הרצון של החולים. שמירת הרצף הטיפולי חשובה במיוחד לקבוצת המטופלים הנזקקת בתכיפות לשירותי בריאות כמו: קשישים וחולים כרוניים הסובלים מבעיות בריאות מורכבות, ולצורך הפעלה נאותה של היחידות לטיפול בית שבקופות החולים. לפיכך מוטל על היחידות להסדיר בהקדם את הרצף הטיפולי בחולה המשתחרר מאשפוז. העברת המידע על החולה ביום השחרור מהאשפוז, ואף העברת מידע ביניים עוד לפני שחרורו, תאפשר ליחידות לטיפול בית להתארגן באופן שהטיפול בחולה המשתחרר יתחיל ללא עיכוב.⁹⁵

בחוזר המשך⁹⁶ בנושא רצף הטיפול הסייעודי בעת שחרור ממוסד רפואי נקבע, כי מנהלת הסיעוד במוסד הרפואי תקבע את דרכי ההעברה של מכתב השחרור הסייעודי של מטופלים המשתייכים לאוכלוסיות בסיכון כאשר יש חשש סביר כי מכתב השחרור עלול שלא להגיע ליעדו.



מכבי כתבה בינואר 2015 למשרד מבקר המדינה כי מהלך השיוך של כלל מבוטחיה הושלם, וכי מבוצעת העברה מקוונת של מכתבי השחרור של כלל מבוטחיה ישירות למרפאות ולרופאים המטפלים, וזאת בד בבד עם המשך פעולתם של מוקדי התמך המחזיית. עוד כתבה מכבי כי לפני

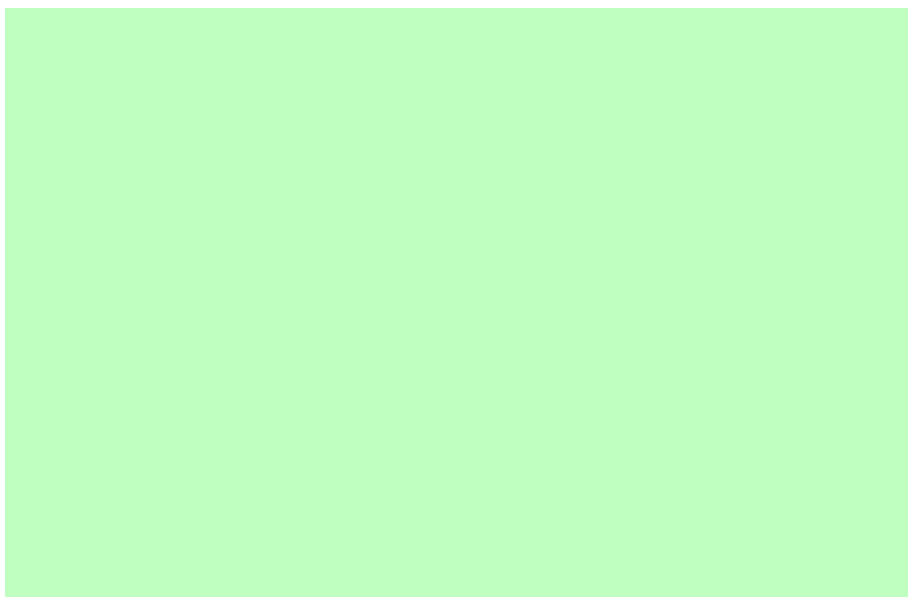
94	חוזר המנהל הכללי "	מס' 9/06 סעיף 2.8 (3.4.06).
95	ראו גם חוק זכויות החולה, סעיף 8. ראו מבקר המדינה, החולים לקשישים", עמ' 105.	(2011), בפרק "הקשיש בקהילה - טיפולי בית שמספקות קופות
96	חוזר מינהל הסיעוד מ-20.5.14.	מס' 103/14

השלמת השיוך היא הפעילה מערך תמך מחוזי שקיבל דיווח במישרין מאחיות הקשר שלה בבתי החולים ופעל לשמירת הרצף הטיפולי.



סיכום





3. על חברי הועדה להפסקת הריון לבסס את האישור להפסקת ההריון לפי סעיף 3 בחוק (חשש לפגיעה בעובר) על מסמך רפואי מנומק ע"י טרטולוג או חוות-דעת מקצועית אחרת.

חברי הועדה ינמקו את החלטתם על סמך חוות-הדעת הכתובה שתצורף לדו"ח הועדה ותשמר אתו.

4. על חברי הועדה להפסקת הריון לבסס את אישור הפסקת ההריון לפי סעיף 4 בחוק (סכנה לבריאות האישה) על מסמך רפואי מנומק ובכלל זה אבחנה רפואית מדויקת.

5. על הועדות להפסקות הריון להקפיד על מילוי ההוראות בדבר מסירת חומר הסברה כתוב לידי האישה המבקשת הפסקת הריון שיכלול הסבר בדבר הסיכונים בהפסקת ההריון, סיבוכים אפשריים, ויפרט את כל האלטרנטיבות העומדות לפניה.

הערה - חוברות הסברה בעברית ורוסית ניתן להשיג בלשכת הדובר של משרד הבריאות.

בברכה,
ד"ר

ד"ר יהושוע (שוקי) שמר
למנכ"ל המשנה

העתק: שר הבריאות
ראש שירותי אישפוז
הממונה על רישוי בתי-חולים ומוסדות
היועץ המשפטי
ראש שירותי בריאות הציבור
דוברת משרד הבריאות
מרכזי קופות-החולים
צוות הבקרה (ד"ר י. לוטן, שרותי אישפוז, משה"ב)
(גב' רוני גאגין, בי"ח רמב"ם, חיפה)

20734

שרותי אשפוז

חוזר מס' 64/90

ירושלים, כ' בסיון
15 ביוני 1990

תיק מס' 2/1/14

אל: כל מנהלי בתי-החולים הכלליים
(מח' נשים ויולדות)
(ועדות לחפסקת חריון)

הנדון: הנחיות בדבר מסירת מידע לאשה הפונה לועדות
לחפסקת חריון וסדרי עבודתן של הועדות

לאור העובדה שסדרי עבודתן של הועדות לחפסקת חריון אינם אחידים בכל בתי-החולים, וכן קיים מצב בו אין מקפידים על מילוי כל החוראות שבתקנות, פרסם שר הבריאות הנחיות ברורות המגדירות נושא זה.

לחלן הנחיות:

1. מנהל בית-החולים ידאג לכל הסידורים הדרושים כדי לאפשר לועדות לחפסקת חריון לחקיד ולמלא את החוראות שבפרק "חפסקת חריון" בחוק העונשין תשל"ז-1977 (לחלן-חוק העונשין) והחוראות בתקנות העונשין (חפסקת חריון), תשל"ח-1978 (לחלן-תקנות).
2. (א) סעיף 316 לחוק העונשין מחייב קבלת הסכמת המודעת של האשה הפונה לועדה לחפסקת חריון (לחלן-הפונה), שפרשה בלשון החוק "הסכמתה בכתב לאור שהוסברו לה הסיכונים הגופניים והנפשיים הכרוכים בחפסקת חריון.
(ב) על מנת לתבטיח קבלת ההסכמה המודעת של הפונה, כאמור, תופנה הפונה לשיחה עם עובדת סוציאלית שתסביר לה את הסיכונים שבחפלה ותנסה לשכנע אותה לבחור בפתרון אלטרנטיבי.
3. לאחר קבלת השאלון הואתום בידי הפונה לפי תקנה 13 לתקנות, תפנה מזכירת הועדה את הפונה לפגישת עם העובדת הסוציאלית.
4. העובדת הסוציאלית תמסור לפונה את חומר ההסברה שאושר על ידי משרד הבריאות, את ההסברים והדרושים ותביא בפניה את הפתרונות החילופיים האפשריים.
5. העובדת הסוציאלית תגיש לועדה תסקיר בכתב שיאשר את קיום השיחה עם הפונה, מסירת החומר הכתוב ומתן ההסברים בעל-פה לפונה.

6. (א) הפונה תופנה לרופא המוסמך, כפי שנקבע בתקנה 13(ד) בתקנות, לאחר פגישתה עם העובדת הסוציאלית.

(ב) הרופא המוסמך יאשר בכתב כי הסביר לפונה את הסיכונים הכרוכים בהפסקת החיריון ותוצאותיה האפשרויות, כפי שנאמר בתקנה הנ"ל.

7. מזכירת הועדה הדנה בבקשת הפונה תביא בפניה את התסקיר של העובדת הסוציאלית ואת האישור של הרופא המוסמך, כאמור בסעיף 6(ב) לעיל.

8. חבר הועדה שאישרה את ביצוע החפלה לא יבצע בפונה את הפסקת החיריון.

9. מנחל מחלקת נשים ויולדות בבית החולים או רופא בכיר אחר שימנה מנחל בית החולים מטעמו יוודא את מלוי הוראות החוק, התקנות וההנחיות המתייחסות לבצוע הפסקת החיריון וידווח על כך למנחל בית החולים.

10. כל המידע והמסמכים המתייחסים לבקשותיהן של הפונות, לדיוני הועדה ולחלטותיה הוא סודי וחסי ומנחל בית החולים יקבע את החסדרים לשמירתם בדרך נאותה.

הואילו להביא הנחיות אלה לידיעת כל הנוגעים בדבר, ולוודא כי ינחגו בחתאם לנדרש.

חומר החסברה הנזכר בסעיף 4 נמצא עתה בחכנה, ויופץ בקרוב לכל הועדות.

ב ב ר כ ה ,

ד"ר מ. משיח

העתק: לשכת המנחל הכללי
היועץ המשפטי
ראש שרותי בריאות חציבור
מרכז קופות-חולים

יל/אפ/9891

④

④

④

•

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

④

●



終

新



ž

ᐅ

৬

 $\check{S} \pm \ddot{Y}$ 
$$\check{S} \pm \ddot{Y} \textcircled{\text{S}}$$

17



১৫



●



§

[illegible]

