

דב"ע 7-5 / 97

- א. ירמה מדזיני
- ב. דרורה קדרון
- המערערות
- א. קופת חולים הכללית
- ב. מדינת ישראל (משרד הבריאות)
- המשיבות

## בבית־הדין הארצי לעבודה

לפני הנשיא ס' אדלר, סגן הנשיא י' אליאסוף והשופט ע' רבינוביץ  
נציג עובדים (שטיינר), נציג מעבידים (פרנקל)

נדון:

ביטוח בריאות ממלכתי – זכאות לשירותי בריאות – דיני ביטחון סוציאלי – טיפול  
פיזיותרפי – מעבר ל"סל השירותים הבסיסי".

המערערות, חברות במשיבה 1, חולות במחלת הטרשת הנפוצה. הן אינן מקבלות טיפול  
תרופתי, אלא טיפול פיזיותרפי בלבד. המשיבה 1 הסכימה לממן להן 12 טיפולים בשנה בלבד,  
בטענה שלפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994 (להלן – חוק הבריאות) היא רשאית,  
במשך תקופת ביניים בת שלוש שנים, להמשיך ולתת למבוטחיה את השירותים על-פי הסל  
שהיה נהוג אצלה ב"מועד הקובע" על-פי החוק.

בית־הדין הארצי לעבודה פסק:

- א. כאשר אין מחלוקת עובדתית בהליך ואין נשמעות בו עדויות, אין מגישים ראיות והוגשו  
סיכומים בכתב, יש לשתף במתן פסק־הדין את שני נציגי הציבור, בין אם נכחו במתן  
ההחלטה על הגשת סיכומים בכתב ובין אם לאו. לפיכך, במקרה דנן, בדין ניתן פסק־הדין  
של בית־הדין האזורי על-ידי מותב הכולל נציגי ציבור (197 – 198א).
- ב. (1) חוק הבריאות הוא חוק במסגרת דיני הביטחון הסוציאלי בישראל. הוא נועד להבטיח  
שירותי בריאות לתושבי ישראל, על-פי חובת ביטוח ותשלום דמי ביטוח שנקבעו  
בחוק. הוא לא נועד לכסות את כל השירותים הרפואיים להם נזקק אדם, אלא את

אותם שירותים אשר המסגרת החברתית-כלכלית רואה לחובה ולאפשרי לתתם  
(א203 – ג).

- א (2) הקו המאפיין את דיני הביטחון הסוציאלי הוא כי, מחד גיסא, המוסד המבטח או הגוף המעניק גימלה או הטבה חייבים לתת את הגימלה או ההטבה על-פי הוראות הדין, ומאידך גיסא הם אינם מוסמכים ואינם יכולים לסטות מהדין ולהעניק גימלה נוספת או הטבה נוספת, אלא אם החוק או מקור משפטי אחר העניק להם סמכות לכך (ד203).
- ב (3) התחום וההיקף של שירותי הבריאות הניתנים על-פי חוק הבריאות נקבעים בחוק הבריאות או על-פיו, והם הבסיס לחובתה של קופת חולים לתת לחבר הקופה את שירותי הבריאות שנקבעו, ולזכותו של חבר הקופה לקבל את שירותי הבריאות האמורים. במסגרת זו, ככל שמדובר בפירוש הוראה מהוראות חוק הבריאות או חקיקת המשנה על-פיו, ינקוט בית-הדין לעבודה בדרך הפרשנות המקובלת לגבי חקיקה סוציאלית, וזאת לשם השגת מטרתה של החקיקה ותכליתה. עם זאת, לעומת המאפיין את דיני הביטחון הסוציאלי, המאפיין את ביטוח הבריאות הממלכתי הוא כי על-פי מבנה חוק הבריאות וגורם התחרות שבין קופות החולים, השירותים הרפואיים אשר קופת חולים חייבת לתתם הם בגדר "רצפה", וקופת חולים מוסמכת ורשאית להעניק שירות רפואי או תרופה נוספים, מעבר לקבוע בחוק או על-פיו. זאת כמובן בשים לב למשאביה הכספיים של קופת החולים ומילוי הוראות החוק ועקרונותיו, ובשים לב למעמדה של קופת החולים כגוף ציבורי (203 – א204).
- ג (4) בנסיבות העניין, משהמשיבה 1 לא נתנה למערערות טיפול פיזיותרפי מעבר לקבוע ב"סל השירותים הבסיסי", לא ניתן להיעתר לבקשת המערערות לחייב את המשיבה 1 לתת להן טיפול פיזיותרפי מעבר ל"סל השירותים הבסיסי" שניתן על-ידיה ב"מועד הקובע". יודגש, עם זאת, כי המשיבה 1 אינה רשאית לתת שירותים בהיקף קטן מ-12 טיפולים בשנה (ד204 – ה).
- ד

#### חקיקה ראשית שאזכרה:

- א – חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, סעיפים 1, 3(א), 3(ד), 6(א)(5), 7, 7(א), 7(ב), 8, 13, 13(ד), 54(ב), 70, התוספת השנייה, סעיף 22(א)(3).
- ב – חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], תשנ"ה-1995.
- ג – חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 2), תשנ"ה-1994, סעיף 5.

#### אמנות שאזכרו:

- א – אמנת ארגון העבודה הבינלאומי בדבר תקנים מינימאליים לביטוח סוציאלי, (אמנה מס' 102).

## פסקי-דין שאוזכרו:

- [1] דב"ע נו-2/97, נ-109/97 לוג"ק בע"מ – וולשטיין ואח', פד"ע כט 560.
- [2] ע"א 5557/95, 6881 סהר חברה לביטוח בע"מ נ' ד' אלחודד ואח'; ד' אלחודד ואח' נ' סהר חברה לביטוח בע"מ, פ"ד נא(2) 724.
- [3] דב"ע נז-2/97, 9-205 בת-עמי ואח' – משרד הבריאות ואח' (לא פורסם).
- [4] דב"ע נז-1/77 לייס לובה – קופת חולים הכללית (לא פורסם).
- [5] דב"ע לג-24/00 חבר – המוסד לביטוח לאומי, פד"ע ד 415.
- [6] בג"ץ 202/59 אבו-זידאן נ' המוסד לביטוח לאומי, פ"ד יד 197.
- [7] דב"ע נב-84/00 הנפרץ – המוסד לביטוח לאומי, פד"ע כו 301.
- [8] בג"ץ 363/84 המוסד לביטוח לאומי נ' בית הדין הארצי לעבודה ואח', פ"ד לט(1) 724.
- [9] דב"ע מב-1/77 מרדכי גזית – נציב שירות המדינה ואח', פד"ע יג 397.

## ספרים ישראליים שאוזכרו:

- [10] צ' בר-ניב העבודה במשפט העמים (תשכ"ט).
- ערעור על פסק-דינו של בית-הדין האזורי לעבודה בירושלים (השופט ר' רחנפלד ונציגי הציבור קונפורטי ושיפמן) כתב"ע נו-18/77. הערעור נדחה.
- ד' כרמלי – בשם המשיבה 1;
- ש' אדרי – בשם המשיבה 2.

## פסק-דין

סגן הנשיא י' אליאסוף

א 1. לפנינו ערעור על פסק-דינו של בית-הדין האזורי בירושלים (תב"ע נו7-187/7; השופטת רוזנפלד ונציגי הציבור קונפורטי ושיפמן), בו נדחתה תביעתן של המערערות, שעניינה קבלת טיפולים פיזיותרפיים להם הן נזקקות.

הרקע וההליך בבית-הדין האזורי

ב 2. שתי המערערות חולות במחלת הטרשת הנפוצה. הן אינן מקבלות טיפול תרופתי, אלא טיפול פיזיותרפי בלבד. המערערות חברות בקופת חולים הכללית (המשיבה 1; להלן – קופת חולים).

ג בכתב-התביעה שהמערערות הגישו בבית-הדין האזורי נאמר כי מסכת חייהן לימדה אותן שהדרך הנכונה להישרד עם מחלתן היא פעילות גופנית ממותנת המותאמת למצב בריאותן. המערערות ביקשו מקופת חולים סיוע בפיזיותרפיה וניתנה להן תשובה כי הן תקבלנה 12 טיפולים בשנה בלבד.

ד המערערת 1 פנתה בעניין זה אל שר הבריאות, ובתשובת המשרד מיום 10.9.1995 נאמר, בין השאר, כדלקמן:

"אכן במסגרת החוק לא ניתן פירוט מס' הטפולים בסל השרותים, גם לא הגבלה, בהתייחס לטפולי הפיזיותרפיה להם את זקוקה.

ה כ"כ נקבע כי שלשת השנים הראשונות להחלת החוק הן תקופת מעבר. בתקופה זו רשאית הקופה להמשיך כבעבר.

לאור זאת קופ"ח נהגה כך (לפחות ע"ס מכתבו של מר קאופמן), לפני משורת הדין וגם רשאית לנהוג כך.

ו בהתאם לחוק נערך משרדנו לבצע פירוט נוסף של סל השירותים, אשר בו יכללו בפרטים גם את מספר הטפולים להם זכאי המטופל, לאור מצבו הרפואי. פירוט זה טרם נעשה ולפיכך כאמור רשאית קופ"ח להמשיך לתת אותם השירותים באותם תנאים.

ז לדאבוננו אין באפשרותנו לכפות על הקופה לפעול בדרך שונה".

3. לכתב-התביעה צירפו המערערות חוות-דעת של גב' אליה פנטורין, שהיא פיזיותרפיסטית המתמחה בפיזיותרפיה נוירולוגית ושיקומית. בתצהיר פורט הרקע

הרפואי של הטיפול בחולי טרשת נפוצה, ונאמר בו, בין השאר, כי "הפיזיותרפיסט מלווה את האדם עם טרשת נפוצה למשך כל חייו כדי לאפשר לו להמשיך ולתפקד במכסימום האפשרי". כן צורף לכתב-התביעה חומר רפואי נוסף לגבי הטיפול הפיזיותרפי בחולי טרשת נפוצה.

א

המערערות טענו בכתב-התביעה כי 12 טיפולי פיזיותרפיה בשנה הניתנים על-ידי קופת חולים, אינם בגדר התייחסות רצינית הן למחלה והן לחולים בה, וציינו גם כי בקופת חולים מכבי ניתנים טיפולים פיזיותרפיים על-פי הצרכים הרפואיים, ללא הגבלה. עתירתן של המערערות בבית-הדין האזורי הייתה כדלקמן:

ב

"14. התובעות עותרות לבית הדין הנכבד להורות לקופת החולים ו/או למשרד הבריאות לקבוע חובתם המיידית לגבי חולי טרשת נפוצה, לכלול טיפול פיזיותרפי כנדרש לגבי כל חולה על פי הקביעה של הרופא המטפל בו ולעשות את הנדרש על מנת שהתובעות תוכלנה לקבל טיפול פיזיותרפי באורח שוטף".

ג

4. בכתב-ההגנה טענה קופת חולים, בין השאר, כי על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994 (להלן – חוק הבריאות או החוק) רשאית קופת חולים, ב"תקופת הביניים", להמשיך ולתת למערערות, כליתר מבוטחי הקופה, את השירותים על-פי הסל שהיה נהוג אצלה ב"מועד הקובע" על-פי החוק. מאחר והקופה נהגה לתת למבוטחיה 12 טיפולים פיזיותרפיים בשנה, היא ממשיכה בנוהג זה אף ב"תקופת הביניים".

ד

בכתב-ההגנה שהגישה המדינה נטען גם כן כי קופת חולים רשאית לתת ב"תקופת הביניים" את אותם שירותים שנתנה לפני כן. כן נטען כי למערערות אין זכאות לקבלת שירותי פיזיותרפיה מעבר למה שהן מקבלות, וכי היענות לתביעתן תהא עקיפת הדרכים שנקבעו בחוק הבריאות לשינוי והוספת שירותים על-פיו.

ה

5. יוזמות בית-הדין האזורי למצוא תשובה לעתירותיהן האישיות של המערערות, לא הניבו תוצאות. בבית-הדין האזורי לא הוגשו ראיות מטעם הצדדים, ובית-הדין הורה על הגשת סיכומים בכתב, ואלה הוגשו לבית-הדין. כמו כן, הוגש לבית-הדין האזורי אישור רפואי שהמערערות "סובלות ממחלת הטרשת הנפוצה וכי מחלה זו הינה מחלה נורולוגית כרונית".

ו

ז

6. ההליכים הדיוניים בבית-הדין האזורי התנהלו לפני השופטת רוזנפלד, אך פסק-הדין ניתן על-ידי מותב הכולל נציגי ציבור. המערערות ראו בשיתוף נציגי הציבור במתן

פסק-הדין טעם לפגם, מאחר ונציגי הציבור לא נכחו בהליכים הדיוניים בבית-הדין האזורי.

א

התשובה לכך היא כי שיתוף נציגי הציבור במתן פסק-הדין היה נדרש, וזאת על-פי פסק-הדין בדב"ע 2/2-1099, 9-1099/ לוג'יק בע"מ – וולשטיין ואח' [1], בעמ' 570. בפסקה 16 לפסק-הדין הנ"ל נקבע כי כאשר אין מחלוקת עובדתית בהליך ואין נשמעות בו עדויות, אין מגישים ראיות והוגשו סיכומים בכתב, יש לשתף במתן פסק-הדין את שני נציגי הציבור, בין אם נכחו במתן ההחלטה על הגשת סיכומים בכתב ובין אם לאו. לפיכך, בדין ניתן פסק-הדין של בית-הדין האזורי על-ידי מותב הכולל נציגי ציבור.

ב

7. בפסק-דינו סקר בית-הדין האזורי את הוראות חוק הבריאות ואת טיעוני הצדדים, וקבע כי פסיקתו צריכה להיות במסגרת ההוראות השונות של חוק הבריאות. בית-הדין דחה את תביעת המערערות, בקבעו כדלקמן:

ג

"כבר צוין כי אין מחלוקת שבעובדה בין הצדדים כי במועד הקובע, דהיינו 1.1.94, מימנה קופת חולים הכללית לחבריה לא יותר מ-12 טיפולים פזיותרפיים כמפורט בהנחיות שהוצגו בפני בית הדין. אין גם חולק כי טרם נערך שינוי ולא ניתן פירוט נוסף לשירותי הבריאות שבסל (ראה סעיף 8 ס"ק (א)-(ו) ככל שהדברים נוגעים לטיפול הפיזיותרפיה בהם עסקינן).

ד

לפיכך, לאור הוראותיו של החוק בענין זכאותו של תושב לשירותי בריאות במסגרת סל שירותי הבריאות, ומשסל זה כלל אצל הנתבעת מס' 1 במועד הקובע אך 12 טיפולים, לא יוכל בית הדין ליתן בידי התובעות את הסעד כמבוקש על ידן.

ה

למעלה מן הצורך יצויין כי אין בפני בית הדין במסגרת הליך זה בקשה הקשורה להפעלת אילו מן הסמכויות המנויות בסעיף 8 לחוק".

ו

על כך הוגש הערעור שלפנינו.

הטיעונים בערעור

ז

8. הטענות העיקריות של המערערות לפנינו, הן כדלקמן:

- (א) למרות הטיפול התרופתי במחלת הטרשת הנפוצה, הטיפול היחיד היכול לשמר את היכולת התפקודית של חולה במחלת הטרשת הנפוצה הוא טיפול אינטנסיבי מתאים של פיזיותרפיה; א
- (ב) טיפול פיזיותרפי של 12 פעמים בשנה אינו יכול לבוא במקום טיפול פיזיותרפי משקם, שלו זקוקות המערערות. קופת חולים לא הסבירה מדוע נקבעו רק 12 טיפולים בשנה במקום להשאיר את מספר הטיפולים לשיקול-דעתו של הרופא המטפל; ב
- (ג) בטיפול פיזיותרפי משקם, רק רופא יכול לקבוע לאיזה טיפול זקוקות המערערות ואת מספר הטיפולים, שעלותם היא קטנה מהטיפול התרופתי הניתן לחולה טרשת נפוצה; ג
- (ד) על בית-הדין להפעיל את חוק הבריאות באופן גמיש, אשר יתאים את עצמו למדע המשתנה, לצרכים המשתנים ולטיפול אינדיבידואלי בחולה; ג
- (ה) יש לחייב את קופת חולים לתת למערערות פיזיותרפיה שיקומית רצופה, קבועה ומסודרת, ההולמת את מצבן הרפואי, ללא קשיים מינהליים ובנוחיות המתחייבת. ד
9. הטענות העיקריות של בא-כוח קופת חולים לפנינו, הן כדלקמן:
- (א) ב"מועד הקובע" מימנה קופת חולים לחבריה הסובלים ממחלות כרוניות, לא יותר מ-12 טיפולים פיזיותרפיים בשנה. מתכונת זו של טיפולים ניתנה גם ב"תקופת הביניים". מאחר ולא נקבע עד כה שינוי ב"סל שירותי הבריאות", עומד בתוקפו הסל הקיים; ה
- (ב) שינויים בשירותים הרפואיים על-פי חוק הבריאות, צריכים להיעשות בדרך שהותוותה בסעיף 8 לחוק הבריאות, ולא בדרך של התערבות בית-הדין להענקת שירות שאינו כלול ב"סל שירותי הבריאות"; ו
- (ג) הזכאות לשירותי הבריאות על-פי חוק הבריאות תלויה במקורות המימון של קופות החולים ובאיזון תקציבי; ז
- (ד) אין לבית-הדין סמכות לאכוף על קופת חולים להעניק לחבריה שירות שאינו כלול ב"סל שירותי הבריאות"; ז

- א (ה) קופת חולים לא טענה כי "סל שירותי הבריאות" עונה על כל צורכיהם הרפואיים של המבוטחים. עם זאת, קביעת התקרה של 12 טיפולים פיזיותרפיים בשנה למערערות, אינה מונעת מהן קבלת טיפולים נוספים במתקני הקופה על חשבונן בתעריף מוזל ומסובסד.
- ב 10. הטענה העיקרית של בא-כוח המדינה לפנינו היא כי את הטיפול הרפואי למערערות יש לתת במסגרת הוראות חוק הבריאות, ועל-כן יש לדחות את הערעור של המערערות, מטעמיו של בית-הדין האזורי.
- הוראות חוק הבריאות
- ג 11. בטרם נתייחס לטענות הצדדים, נפרט את הוראות חוק הבריאות בנושא הנדון לפנינו.
- ד 12. על-פי סעיף 3(א) לחוק הבריאות, "כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה...". התחום וההיקף של שירותי הבריאות הניתנים לפי החוק נקבעו במסגרת של "סל שירותי הבריאות", כפי שהוא מוגדר בסעיף 7 לחוק (ראה פסקה 13 להלן). תחומי שירותי הבריאות כוללים, בין היתר, "פיזיותרפיה" (סעיף 6(א)5 לחוק). שירותי הבריאות לפי חוק הבריאות הכלולים ב"סל שירותי הבריאות", ניתנים "לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13" (סעיף 3(ד) לחוק).
- ה 13. "סל שירותי הבריאות" הוגדר בסעיף 7(א) לחוק הבריאות, והוא –
- ו "הפירוט שבסעיף 7א ושבתוספות השניה והשלישית של שירותי הבריאות שיינתנו למבוטח בכל תחום מהתחומים המנויים בסעיף 6 ובתוספת הראשונה בכפוף לאמור בסעיף 8".
- ז בסעיף 7(א) לחוק הוגדר גם המונח "סל השירותים הבסיסי", כדלקמן:
- ח (1) "שירותי הבריאות שנתנה קופת החולים של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל לחבריה במועד הקובע לרבות תשלומים מיוחדים ששילם החבר, הכל כמפורט בתוספת השניה;



(2) שירותי הבריאות שנתנה המדינה לפרט במועד הקובע, כמפורט בתוספת השלישית, והכל לפי התנאים והתשלומים שהיו נהוגים ערב תחילתו של חוק זה ושיפרסם שר הבריאות ברשומות;

(3) (נמחקה);

(4) שירותי רפואה בעבודה כאמור בסעיף 7א;

(5) רשימת התרופות והתשלומים עבורן שהיו נהוגים במועד הקובע בקופת החולים של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל כפי שיפורט בצו לפי סעיף 8(ז).

("המועד הקובע" הנזכר בחוק הוא יום 1.1.1994).

בסעיף 7(ב) לחוק נקבע כי "סל השירותים הבסיסי הוא סל שירותי הבריאות".

"סל שירותי הבריאות" אינו כולל את כל שירותי הבריאות הנדרשים. כך נאמר לעניין זה בע"א 5557/95, 6881 סהר חברה לביטוח בע"מ נ' ד' אלחדד ואח'; ד' אלחדד ואח' נ' סהר חברה לביטוח בע"מ [2], בעמ' 744-745:

"כפי שראינו, קובע חוק הבריאות סל של שירותים. הוא אינו מתיימר לספק את כל השירותים הרפואיים הנדרשים, או העלולים להיות נדרשים למבוטחי קופות החולים. הואיל ומקורות המימון לעלותם של השירותים מוגבלים, אוסר החוק תוספות לסל שירותי הבריאות, אלא אם ימצא לכך מקור מימון...

קיומה של מערכת הבריאות תלוי באיזונה הכספי, ואין המקורות הכספיים הנוכחיים מבטיחים את כל השירותים הרפואיים האפשריים...

יוצא איפוא, שמתן שירותים רפואיים על ידי קופות החולים אין בו תמיד לספק את כל שירותי הבריאות הנדרשים לחולה או נפגע המבוטחים בקופה".

14. חוק הבריאות קבע גם "תקופת ביניים", שמיום תחילתו של חוק הבריאות (1.1.1995) עד ליום 30.6.1998, שבה רשאית קופת חולים קיימת להמשיך ולתת למי שרשום בה את שירותי הבריאות שהיו נהוגים אצלה במועד הקובע, "...ובלבד שעד תום תקופת הביניים תיערך למתן שירותי הבריאות לפי הוראות חוק זה" (סעיף 70(ב) לחוק).

"תקופת הביניים" הוארכה עד ליום 31.12.1998, על-פי הודעת שר הבריאות שפורסמה בילקוט הפרסומים תשנ"ח, בעמ' 4448, כדלקמן:

א

"אני מודיע כי בתוקף סמכותי לפי סעיף 70(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן – החוק), ובאישור ועדת העבודה ורווחה של הכנסת, קבעתי כי תקופת הביניים לענין סעיף 70(ב) לחוק תימשך עד יום י"ב בטבת התשנ"ט (31 בדצמבר 1998).

ב

הוראה זו לא תחול על אותן תרופות שבצו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות), התשנ"ה-1995, שקופת חולים לא סיפקה במועד הקובע או שהוספו לצו האמור לאחר תחילתו, והתשלום בעדן".

ג

15. "סל שירותי הבריאות" הוא סל הפתוח לשינויים. הסמכות לקביעת שינויים בסל היא בידי שר הבריאות וגורמים נוספים (שר האוצר, שר העבודה והרווחה, הממשלה, ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, ועדת הכספים של הכנסת), וכן על-פי הצעה של קופת חולים מסוימת. השינויים ב"סל שירותי הבריאות" נעשים תוך הבטחת המקורות הכספיים הנדרשים לשירותים רפואיים נוספים (סעיף 8 לחוק).

ד

16. "סל שירותי הבריאות" לגבי המערערות כולל גם פיזיותרפיה, וזאת בהתאם לסעיף 22(א)(3) לתוספת השניה לחוק, כדלקמן:

"(3) פיזיותרפיה כרונית בקהילה:

ה

(1) הערכה וטיפול במקרים כרוניים במבוגרים וילדים או במחלות, כגון: במחלות נוירולוגיות, נווניות, במחלות מפרקים ושרירים".

ו

בפיסקה האמורה צוין רק השירות הניתן, אך לא צוין היקפו של השירות. ההיקף האמור פורט במסמך של קופת חולים, בו נאמר כי הטיפול הפיזיותרפי הניתן כאמור במתקני קופת חולים, הוא "ללא תשלום ע"י המבוטח – 12 טיפולים בשנה, לכל אבחנה, עפ"י קביעת הגורם המקצועי המוסמך". כאשר הטיפול ניתן מחוץ למתקני קופת חולים, מוחזרת הוצאת הטיפול לפי תעריף שנקבע (ראה גם פסקה 7 בפירוט השירותים בהשתתפות כספית עצמית של המבוטח, שבתוספת השנייה לחוק).

ז

בבית-הדין האזורי ולפנינו לא נטענה טענה ולא הובאה ראיה כי ב"מועד הקובע" מימנה קופת חולים יותר מ-12 טיפולים פיזיותרפיים בשנה או כי ניתן בשעתו מימון לטיפולים פיזיותרפיים במספר שעלה על 12 טיפולים, על-פי שיקול-דעת רפואי.

האם יש להתערב בפסיקתו של בית-הדין האזורי?

- א. 17. בדב"ע נז-7/205, 9-205 בת"עמי ואח' – משרד הבריאות ואח' [3] צוין כי "חוק ביטוח בריאות נחקק לאחר דיונים ממושכים בדבר עקרונותיו והוראותיו. טבעי הדבר שמאז כניסתו של החוק לתוקף ביום 1.1.1995, מתעוררות שאלות שונות באשר ליישומו, מהן שאלות יסוד בדבר מהותן של הוראות החוק ועקרונותיו וכן חקיקת המשנה על פיו". עד היום התעוררו לפנינו בעיקר שאלות המתייחסות למתן תרופות מסוימות למבוטחים. התעוררה גם שאלה בדבר מתן שירותים על-ידי קופת חולים ללא תשלום על-ידי המבוטח, ובנושא זה נפסק כי "אין קופת החולים חייבת להעניק שירותים ללא תשלום אלא בהתאם למפורט בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ועל-פיו" (דב"ע נז-7/101 לייס לובה – קופת חולים הכללית [4], פסקה 10 לפסק-הדין).
- ג. 18. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994 – הוא חוק במסגרת דיני הביטחון הסוציאלי בישראל (ראה חלק ב' לאמנת ארגון העבודה הבינלאומי בדבר תקנים מינימליים לביטוח סוציאלי, (אמנה מס' 102); ראה גם צ' בר-ניב העבודה במשפט העמים [10], בעמ' 215).
- ד. חוק הבריאות, כמו חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], תשנ"ה-1995 – המעניק גימלאות גבייתיות למבוטחים, בא להבטיח שירותי בריאות לתושבי ישראל, על-פי חובת ביטוח ותשלום דמי ביטוח שנקבעו בחוק. הגימלאות הגבייתיות על-פי חוק הביטוח הלאומי אינן מכסות את כל צרכיו של אדם, אלא את צרכיו המינימליים אשר "החברה רואה לחובה ולאפשרי לספקם" (דב"ע ל-24/0-חבר – המוסד לביטוח לאומי [5], בעמ' 419). אף מסגרת ביטוח הבריאות על-פי חוק הבריאות אינה באה לכסות את כל השירותים הרפואיים להם נזקק אדם, אלא את אותם שירותים אשר המסגרת החברתית – כלכלית רואה לחובה ולאפשרי לתתם.
- ו. 19. הקו המאפיין את דיני הביטחון הסוציאלי הוא כי מחד גיסא המוסד המבטח או הגוף המעניק גימלה או הטבה חייבים לתת את הגימלה או ההטבה על-פי הוראות הדין, ומאידך גיסא הם אינם מוסמכים ואינם יכולים לסטות מהדין ולהעניק גימלה נוספת או הטבה נוספת, אלא אם החוק או מקור משפטי אחר העניק להם סמכות לכך (ראה בג"ץ 202/59 אברזידאן נ' המוסד לביטוח לאומי [6], בעמ' 200; דב"ע נב-84/0-הזנפרץ – המוסד לביטוח לאומי [7], בעמ' 305; בג"ץ 363/84 המוסד לביטוח לאומי נ' בית הדין הארצי לעבודה ואח' [8], בעמ' 727 מול האות ה; דב"ע מב-7/1-מרדכי גזית – נציב שירות המדינה ואח' [9], בעמ' 406).

20. התחום וההיקף של שירותי הבריאות הניתנים על-פי חוק הבריאות נקבעים בחוק הבריאות או על-פיו, והם הבסיס לחובתה של קופת חולים לתת לחבר הקופה את שירותי הבריאות שנקבעו, ולזכותו של חבר הקופה לקבל את שירותי הבריאות האמורים. במסגרת זו, ככל שמדובר בפירוש הוראה מהוראות חוק הבריאות או חקיקת המשנה על-פיו, ינקוט בית-הדין לעבודה בדרך הפרשנות המקובלת לגבי חקיקה סוציאלית, וזאת לשם השגת מטרתה של החקיקה ותכליתה.
- א עם זאת, לעומת המאפיין את דיני הביטחון הסוציאלי כאמור בפיסקה 19 לעיל, המאפיין את ביטוח הבריאות הממלכתי הוא כי על-פי מבנה חוק הבריאות וגורם התחרות שבין קופות החולים, השירותים הרפואיים אשר קופת חולים חייבת לתתם הם בגדר "רצפה", וקופת חולים מוסמכת ורשאית להעניק שירות רפואי או תרופה נוספים, מעבר לקבוע בחוק או על-פיו. זאת כמובן בשים לב למשאביה הכספיים של קופת החולים ומילוי הוראות החוק ועקרונותיו כמפורט בסעיף 1 שבו, ובשים לב למעמדה של קופת החולים כגוף ציבורי.
- ב 21. בפיסקה (1) להגדרת "סל השירותים הבסיסי" (כפי שתוקנה בסעיף 5 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 2), תשנ"ה-1994) (ראה פסקה 13 לעיל), מדובר ב"שירותי הבריאות שנתנה קופת החולים... לחבריה במועד הקובע...". (ההדגשה הוספה – "א"). בכך התכוון המחוקק לקבוע "המשך תוקף" למצב השירותים הרפואיים שניתנו בפועל על-ידי קופת חולים ב"מועד הקובע", שהוא יום 1.1.1994.
- ג לא הייתה מחלוקת על כך שביום 1.1.1994 נתנה קופת חולים שירותי פיזיותרפיה לחולים כרוניים (ראה פסקה 16 לעיל). למרות שהיקף שירותי הפיזיותרפיה לא פורט בתוספת השניה של החוק, הרי שבנושא הנדון בהליך שלפנינו ניתן לראות, על-פי מהות הדברים, גם בהיקף השירותים בפועל (12 טיפולים לשנה) כחלק מן השירותים עצמם אשר ניתנו. כך, לדוגמה, אילו התעוררה לפנינו השאלה מנקודת המבט מהעבר השני, אם רשאית קופת חולים לתת טיפולי פיזיותרפיה בהיקף קטן מ-12 טיפולים לשנה, מן הטעם שהיקף הטיפולים לא נכלל בתוספת השניה לחוק, התשובה לכך הייתה שאין קופת חולים רשאית לעשות כן.
- ד לאור זאת, למרבה הצער, משקופת חולים לא נתנה למערערות טיפול פיזיותרפי מעבר לקבוע ב"סל השירותים הבסיסי", נבצר מאתנו להיעתר לבקשת המערערות לחייב את קופת חולים לתת להן טיפול פיזיותרפי מעבר למה שקופת חולים נתנה בפועל ביום 1.1.1994 ("סל השירותים הבסיסי"), כל עוד לא שונה "סל שירותי הבריאות".

23. אין אנו יכולים להתעלם מחומר הרקע הרפואי אשר המערערות צירפו לתביעתן בבית-הדין האזורי, מתיאור מצוקתן של המערערות ומטיעוניהן בדבר היקף ההוצאה הכספית של ההיענות לעתירתן, שהיא אינה גדולה, ואשר תסייע ותקל עליהן. פרטים ושיקולים אלה צריכים לעמוד לנגד עיני הגופים האחראים והמוסמכים לשנות את "סל שירותי הבריאות", על-פי סעיף 8 לחוק, והם – שר הבריאות וקופת חולים.

לפיכך, בא-כוח המשיבה 2 מתבקשת להביא את פניית המערערות ופסק-דין זה לפני שר הבריאות, ובא-כוח המשיבה 1 מתבקשת להביא את פניית המערערות ופסק-דין זה לפני הנהלת קופת חולים, על-מנת שישקלו את העניין במסגרת אחריותם וסמכויותיהם לפי סעיף 8 לחוק הבריאות ויחליטו בו. בשיקוליהם של שר הבריאות ושל קופת חולים תינתן תשומת הלב גם לאחד מעקרונות היסוד של חוק הבריאות, לפיו שירותי הבריאות לפי חוק הבריאות ניתנים "לפי שיקול דעת רפואי" (סעיף 3(ד) לחוק).

נדגיש, כי על-פי סעיף 54(ב) לחוק הבריאות מוסמך בית-הדין לעבודה לדון בכל תובענה שבין מבוטח לבין שר הבריאות או קופת חולים, ובנושאים אלה ינהג בית-הדין לעבודה על-פי עקרונות המשפט המינהלי ודיני הביטחון הסוציאלי.

24. בהקשר זה ראוי להביא מדברי נציבת הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בדוח השנתי שלה, מס' 1, בעמ' 55, כדלקמן:

"יש להדגיש, שברור הוא, שאין חברה שמשאביה בלתי מוגבלים. תקציב רפואי בלתי מוגבל, שיענה על כל הצרכים הרפואיים של כל המבוטחים בכל עת, הוא בגדר אוטופיה, ולא רק במדינת ישראל בה יש להתחשב בצרכים לאומיים חשובים אחרים. יחד עם ההכרה בקיומם של תקציב מוגבל וכלכלת חסר, הנציבה מצביעה על כך, שהמסגרת הקיימת לוקה מחד, מהיעדר מנגנון פעיל, מסודר וסביר לעידכון (הוספה וגריעה) של סל השירותים ורשימת התרופות שבסל, ומאידך, מהיעדר תוספת תקציבית שתיתן ביטוי למרכיב של 'טכנולוגיות חדשות' בעלות הסל לקופות החולים".

ס י כ ו ס

25. לאור כל האמור לעיל, התוצאה היא כי אין מנוס מדחיית הערעור.

26. אין צו להוצאות.

27. פסק-הדין יישלח לצדדים בדואר.

ניתן היום, י"ז באלול תשנ"ט (8.9.1998).