

ספטמבר 2008

זכויות המבוטחים לשירותי ביטוח בריאות

פרק	שם הסעיף	עמוד
א	<u>עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי</u>	2
ב	<u>רישום בקופה ותשלום דמי ביטוח</u>	3
ג	<u>סל שירותי הבריאות שבאחריות הקופה ומשרד הבריאות</u>	4
	<u>קבלת שירותים מעבר לסל</u>	
	<u>שירותי בריאות במדינות חוץ</u>	
	<u>שירות בישובים קטנים</u>	
ד	<u>השתתפות עצמית בקבלת השירות</u>	7
ה	<u>ערעורים והשגות על אי-קבלת שירות</u>	8
ו	<u>שירותי נוספים של הקופות – שב"ג, סיעוד</u>	9
ז	<u>זכאות מתוקף חקיקה אחרת ו/או לאוכלוסיה מוגדרות</u> (תאונת עבודה, פעולות איבה וכו' תושב ששהה בחו"ל לעובדים זרים לילדים הנמצאים בישראל ואינם תושבים)	10
	<u>נספחים</u>	
א	<u>רישום ומעבר בין הקופות</u>	11
ב	<u>תשלום דמי ביטוח בריאות</u>	12
ג	<u>סל שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות</u>	14
ד	<u>בחירת הספק הרפואי</u>	16
ה	<u>השתתפות עצמית בקבלת שירות רפואי</u>	17
ו	<u>תלונות וערעורים על אי-קבלת שירות ויחס</u>	22
ז	<u>זכאות עקב פגיעה מתוקף חקיקה אחרת (תאונות, צה"ל וכו')</u>	28
ח	<u>תושב חוזר</u>	30
ט	<u>ביטוח רפואי לילדים הנמצאים בישראל ואינם תושבים</u>	31
	<u>נושאים נוספים</u>	
1	<u>פינוי באמבולנס ו/או הסעה לקבלת טיפול</u>	32
2	<u>ביקור במיון</u>	33
3	<u>חולה שיקומי, סיעודי, תשוש</u>	36
4	<u>עזרה סיעודית של מטפל ו/או עובד זה מתוקף חוק סיעוד</u>	37
5	<u>מכשירי עזר וניידות</u>	39
6	<u>טיפול שיניים</u>	40
7	<u>הפסקת הריון</u>	42
8	<u>בריאות הנפש</u>	43
9	<u>טיפול פריון</u>	44
10	<u>ראייה</u>	49
11	<u>שמיעה</u>	51
12	<u>חוק החולה הנוטה למות</u>	52
13	<u>שמירת רשומה רפואית</u>	53
		55

המידע המפורט לעיל הוא מידע כללי המבוסס על המידע שבידי האגודה לזכויות החולה ביום הכנת המסמך. הוא אינו מהווה ייעוץ משפטי או תחליף לו. ייתכן וחלו השמטות ו/או טעויות ואין להסתמך על מידע זה לצורך נקיטת הליכים ו/או כל פעולה. כל המסתמך על המידע בכל דרך שהיא עושה זאת על אחריותו בלבד ומסיר מהאגודה לזכויות החולה ומי מטעמה שמסר מידע זה, כל אחריות.

החברת הוכנה בחסות חברת פייזר

זכויות המבוטחים לקבלת שירותי בריאות

"ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שיווין ועזרה הדדית." (מתוך החוק)

פרק א' - עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי

1. **תחולה על כל תושב** - כל תושב המדינה זכאי לשירותי בריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
2. **ניתוק הקשר בין תשלום לשירות** – תושב משלם ביטוח בריאות לפי יכולתו ומטופל לפי צרכיו. המדינה אחראית על המימון, ואילו קופת-החולים בה רשום המבוטח אחראית לאספקת השירות.
3. **בחירת קופה והגבלות** - כל תושב זכאי להירשם כחבר בקופת חולים אחת לפי בחירתו, בלא תנאים או מגבלות המתייחסים לגילו או למצב בריאותו.
4. **אספקת השירות** – על הקופה מוטלת האחריות לספק את מלוא השירותים הכלולים בסל שירותי הבריאות, והכול לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך פרק זמן סביר ובמרחק סביר.
5. **שמירת כבוד ופרטיות** - כל מבוטח זכאי לקבל את שירותי הבריאות מתוך שמירה על כבודו, פרטיותו ועל סודיות רפואית.
6. **מעבר בין הקופות** - כל תושב זכאי לעבור מקופת חולים אחת לאחרת.
7. **בחירת נותן שירותים** - כל מבוטח זכאי לבחור בנותני שירותים, כגון רופאים, מטפלים, בתי חולים ומכונים, מתוך רשימה של נותני שירותים שקופת החולים שהוא חבר בה קשורה עמם, ובהתאם להסדרי הבחירה בנותני שירותים, שהקופה מפרסמת מפעם לפעם.
8. **תלונות המבוטחים** - כל מבוטח זכאי לפנות בתלונה לממונה על פניות הציבור במוסד הרפואי שטיפל בו, לאחראי לבירור תלונות חברים בקופת החולים שהוא מבוטח בה או לנציב הקבילות לעניין חוק ביטוח בריאות ממלכתי במשרד הבריאות.
9. **פניה לבית משפט** - כל מבוטח רשאי לפנות בתובענה לבית הדין האזורי לעבודה.

פרק ב' - רישום בקופ"ח ותשלום דמי ביטוח בריאות

1. תהליך הרישום

- 1.1. **פניה לדואר** - יש לגשת אישית לאחד מסניפי הדואר, מצוידים בתעודת זהות ולהירשם (תמורת תשלום של כ- 15 ₪).
- 1.2. **השלמת הרישום בקופה** - לאחר הרישום בסניף הדואר, יש לפנות לסניף הקופה עם טופס הרישום, להשלמת הליכי ההצטרפות, הנפקת כרטיס מגנטי והרשמה לשירותי הבריאות הנוספים (שב"נ, ביטוח סיעודי).
- 1.3. **מועד תחילת הזכאות** - הזכות לקבלת שירותי בריאות הינה אך ורק מיום בו הודיע המוסד לביטוח לאומי, כי מגיש הבקשה הינו תושב הזכאי להיות מבוטח.
- 1.4. **מעבר בין הקופות** - מבוטח המבקש לעבור מקופת חולים אחת לאחרת יכול לעשות זאת **רק לאחר שהיה חבר בקופ"ח הקודמת 6 חודשים לפחות**. (יש לפנות לדואר כמפורט בסעיף 1.1).
- 1.5. תחילת החברות - באחד מארבעה חודשים (ינואר, אפריל, יולי, ספטמבר) עפ"י יום הרישום.

2. הגבלות בקבלה לקופה

- 2.1. קופ"ח חייבת לקבל כל תושב המבקש להירשם בה.
- 2.2. כל מבוטח זכאי למלוא השירותים הכלולים בסל הבריאות מיד עם המעבר לקופה ללא קשר למצבו הבריאותי, הכנסתו או כל סיבה אחרת (לא חל על השב"נ).
- 2.3. מעביד אינו רשאי להתנות עבודה ברישום לקופה מסוימת או לחייב עובד להירשם בקופה מסוימת.

3. תשלום דמי ביטוח בריאות למוסד לביטוח לאומי

- 3.1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי יצר הפרדה כמעט מוחלטת בין החובה לשלם דמי ביטוח בריאות ובין הזכות לקבלת שירותי בריאות.
- 3.2. דמי ביטוח הבריאות נגבים במוסד לביטוח לאומי, בלא קשר לקופה בה מבוטחים.
- 3.3. כל עובד, שכיר או עצמאי, חייב לשלם למוסד לביטוח לאומי דמי ביטוח בריאות בסכומים הקבועים בחוק ביטוח בריאות.
- 3.4. המוסד לביטוח לאומי מעביר את הכספים לקופות החולים בהתאם לשני קריטריונים:
 - 3.4.1. מספר החולים במחלות קשות בכל קופה (איידיס, אי-ספיקת כליות כרונית, גושה, המופיליה, תלסמיה).
 - 3.4.2. נוסחת קפיטציה המחושבת על סמך גילאי המבוטחים בכל קופה.
- 3.5. **חשוב לדעת:** אי תשלום או פיגור בתשלום דמי ביטוח בריאות אינו פוגע בזכויות המבוטחים ואינו פוטר את הקופה מחובתה לתת את שירותי הבריאות הכלולים בסל.

הערה: הרחבה בנושא רישום ומעבר בין הקופות ראה [בנספח א'](#)
הרחבות בנושא תשלום דמי ביטוח בריאות ראה [בנספח ב'](#)

פרק ג' – סל שירותי בריאות שבאחריות הקופות ומשרד הבריאות

1. כללי

1.1. מהו סל השירותים? - סל שירותי הבריאות מקיף את מכלול השירותים, התרופות, הציוד והמכשירים הרפואיים שהמבוטח זכאי לקבל. סל השירותים יינתן למבוטח לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך פרק זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגוריו, הכול בכפוף לתנאים המפורטים בחוק ובתקנותיו.

1.2. כיצד נקבע סל שירותי הבריאות? - סל שירותי הבריאות מעוגן בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ונקבע על בסיס שירותי הבריאות שסופקו על ידי קופת חולים כללית ביום 1/1/94 וכן על בסיס שירותי הבריאות שסופקו על ידי משרד הבריאות ביום 31/12/94. מאז כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי נוספו תרופות וטכנולוגיות רפואיות לסל שירותי הבריאות, באישור שר הבריאות, בהתאם לתוספת תקציב שהוקצתה לכך על סמך המלצות ועדה ציבורית.

2. סל שירותי הבריאות שבאחריות הקופות

2.1. אילו שירותים כלולים בסל הבריאות שבאחריות קופות החולים?

סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות החולים מפורט בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994, בתקנותיו ובצו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות). סל שירותי הבריאות מפרט את השירותים הרפואיים הניתנים במסגרתו, וככלל, אינו מפרט מחלות ומצבים רפואיים המצריכים טיפול. להלן הגדרת התחומים:

אבחון, התייעצות וטיפול רפואי, תרופות – לפי רשימה, כאשר חלקן ניתן בהתוויה מסוימת בלבד, אשפוז בבית כללי, שיקום כולל אשפוז, אביזרים וציוד רפואי, שירותי רפואה בעבודה.

2.2. הגבלה על היקף הטיפולים - העובדה ששירות או תרופה מסוימת כלולה בסל שירותי הבריאות אין משמעותה, כי אלה יינתנו בחינם וללא הגבלה. בפסק-דין מדזיני, שעסק בהיקף שירותי הפיזיותרפיה הכלולים בסל, נפסק כי קיימת הגבלה על היקף השירות לו זכאי מבוטח, גם אם השירות נכלל בסל, בהתאם להגבלות שהיו נהוגות בקו"ח כללית ב"מועד הקובע" לפי החוק, שהוא 1.1.94. כך למשל, לגבי פיזיותרפיה לחולים כרוניים, נפסק כי ההגבלה היא של 12 טיפולים בשנה, בהתאם למגבלה על שירות זה שנהגה קופ"ח כללית ביום 1.1.94.

2.3. התוויות לטיפולים - לגבי חלק מהתרופות קובע הסל במפורש "התוויות", דהיינו הוראות מפורטות יותר המגבילות את זכותו של המבוטח לקבל את התרופה או השירות הרפואי למצבים רפואיים. לדוגמא, קיימת זכאות להשתמש בתרופה מסוימת לטיפול במחלה ספציפית אך לא לטיפול במחלות אחרות. בית-המשפט קבע במפורש, כי קופ"ח אינה חייבת במימון תרופה הנדרשת להתוויה, אשר לא לשמה התרופה כלולה בסל (פ"ד לילי כרמל).

2.4. תרופה גנרית לעומת תרופה אתית (פטנט)

2.4.1. הבחירה בין חלופות טיפוליות שונות, כמו תרופות שונות, אשר כלולות בסל שירותי הבריאות, מסורה לשיקול דעת הקופה שרשאית לקבוע כי מבוטח יקבל את התרופה הזולה מבין שתיים שלהן אפקט רפואי זהה.

2.4.2. עם זאת, כאשר קיימת אינדיקציה לחולה, כי חלופה מסוימת מהווה מענה טיפולי עדיף לבעייתו, הרי שעל הקופה לספק לו את החלופה המסוימת הנדרשת.

2.5. בחירה מבין נותני השירותים - הנושא מפורט במספר סעיפים בחוק כלהלן:

א. הסמכות החוקית העיקרית – סעיף 23: מלשון סעיף 23 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי עולה כי הקופות רשאיות לקבוע הסדרי בחירה בין נותני שירותיה ומחובתה להביאם לידיעת שר הבריאות ולפרסמם בקרב חבריה. ביום 1 בדצמבר 2005 פורסמו, תקנות שקבעו תנאים והגבלות על הקופה לגבי.

עמוד מס' 5

- ב. **הסדרי הבחירה**: כל קופה חייבת לפרסם את הסדרי הבחירה שלה ולספק אותם חינם בסניפי הקופה, לכל מבוטח על פי בקשתו. במקרים בהם קיימת הצדקה רפואית למתן השירות דווקא במקום מסוים, על הקופה לממן את הטיפול במקום זה.
- ג. **שמירה על רצף טיפולי**: יש לשמור על רצף בטיפול ולאפשר למבוטח, במידת האפשר, לקבל את הטיפול כולו במחלה או מצב רפואי מוגדר, במוסד בו הוא התחיל אותו.
- ד. **קבלת טיפול במוסד רפואי שיש בו התמחות מיוחדת**: במקרה של מחלה/מצב רפואי המצדיק מתן טיפול במסגרת מוסד רפואי שבו מצויים רמה מיוחדת של ידע וניסיון מקצועי, תינתן למבוטח האפשרות לקבל את השירות הרפואי לו הוא נזקק בקשר לאותה מחלה/מצב רפואי במסגרת המוסד הנ"ל (ללא קשר להסדרי הבחירה).
- ה. **איסור הפלייה**: אסור לקופה להפלות בין המטופלים במחלה המסוימת. לכן אם ידוע כי ישנם מבטחי הקופה, המגיעים לטיפול/אשפוז למחלה/מכון מסוים, כל מבוטח העומד באותם תנאים זכאי לקבל את אישור הקופה לשירות הנ"ל.
- ו. **מרחק סביר**: סי' 3 מתייחס לאספקת השירות במרחק סביר ממקום מגורי המבוטח. אין בחוק הגדרה של מרחק סביר, אך במקרה של מחלה הדורשת טיפול ממושך (כגון דיאליזה, התפתחות הילד וכו'), היו מספר מקרים בהם פסקה נציבת קבילות הציבור במשרד הבריאות כי על הקופה להגיע להסדר עם מכון בקרבת מקום מגורי המבוטח או לחילופין לדאוג לארגן עבורו הסעה הלוך ושוב למכון אליו הוא מופנה.

פרטים נוספים ראה בנספח ד'.

2.6. הפסקת מתן טיפול גם אם אינו כלול בסל הבריאות

משהחליטה קופת חולים לספק טכנולוגיה פלונית, שלא במסגרת סל השירותים המחייב אותה, הרי שחל עליה מערך נורמטיבי משלים, וזאת על פי עקרונות הצדק, ההגינות והשוויון, המעוגנים בסעיף 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, והנובעים ממעמדה של קופת החולים כגוף ציבורי. משהוחל בטיפול מסוים, כל עוד הטיפול מתאים ודרוש מבחינה רפואית, חלה חובה על קופת החולים להמשיך ולתיתו".

3. **סל שירותים שבאחריות משרד הבריאות** - מספר שירותי בריאות לא הועברו בשלב זה לקופות ונמצאים באחריות המדינה כלהלן:

- 3.1. רפואה מונעת – טיפת חלב וחיסונים
- 3.2. מכשירים לשיקום הליכה וניידות שמשרד הבריאות משתתף במימנם.
- 3.3. שירותי הבריאות לתלמידים בבית הספר.
- 3.4. אשפוז סיעודי
- 3.5. שירותי בריאות הנפש – בעקבות הרפורמה אמורים לעבור לאחריות הקופות.

הערה: פרוט נוסף לסל שירותי הבריאות ראה בנספח ג' ובאתר משרד הבריאות

4. **קבלת שירותים מעבר לסל בקופה**

- 4.1. השירותים הרפואיים אשר קופת חולים חייבת לספק הם בגדר "רצפה", וקופת חולים מוסמכת ורשאית להעניק שירות רפואי או תרופה נוספים, מעבר לקבוע בסל (פס"ד מדזיני).
- 4.2. בכל קופה פועלת "ועדת חריגים" אשר דנה במקרים חריגים.
- 4.3. אישור הועדה יחול על כל החולים העומדים בקריטריונים שנקבעו.
- 4.4. על הועדה לנהל הליך מסודר, לשמוע את הטענות, לרשום פרוטוקול וכו' (פס"ד שטרית).
- 4.5. למבוטח יש זכות לקבל את פרוטוקול הדיונים וכל מידע בקשר לדיון בעניינו.

5. שירותי בריאות במדינות חוץ

- 5.1. כעיקרון, חובתן של הקופות לספק שירותי בריאות לתושב מוגבלת לשטח ישראל בלבד.
- 5.2. על הקופה לא חלה חובה לספק שירות רפואי ו/או להשתתף בעלות השירות למי שנוסע לטיול ו/או עסקים בחו"ל.
- 5.3. אדם הבוחר לקבל טיפולים רפואיים בחו"ל לא יוכל לקבל מימון לטיפול מהקופה שלו, פרט לרשימת מקרים מוגדרת ומוגבלת ובהתקיים כל התנאים כלהלן:
 - 5.3.1. הטיפול הוא באחד התחומים - השתלות איברים, מומים מולדים, גידולים, מחלות לב וכלי דם ומערכת העצבים והמוח.
 - 5.3.2. המבוטח אינו יכול לקבל בישראל את השירות הנדרש או שירות חלופי (קיום ניסיון מועט בארץ משמעותו שהמבוטח יכול לקבל את הטיפול בארץ).
 - 5.3.3. למבוטח נשקפת סכנת אבדן חיים אם לא יקבל את שירות הבריאות המסוים.
- 5.4. בנוסף, אם לדעת הקופה קיימת נסיבה רפואית חריגה, היא רשאית לממן טיפול בחו"ל.
- 5.5. במקרה בו קופת-החולים דוחה בקשה של מבוטח לקבל שירותי בריאות מחוץ לישראל, ניתן להגיש ערר על ההחלטה לועדת ערר מיוחדת לנושא זה במשרד הבריאות.

6. שירות בישובים קטנים

- 6.1. בישוב שאוכלוסייתו אינה עולה על 5,000 תושבים, לא תפעל יותר ממרפאת קופת-חולים אחת; בישוב שאוכלוסייתו אינה עולה על 10,000 תושבים, לא תפעלנה יותר משתי מרפאות קופת-חולים. שר הבריאות אף רשאי לקבוע, כי לעניין זה יראו כמה ישובים סמוכים כישוב אחד.
- 6.2. קופת חולים המפעילה מרפאה ביישוב שאוכלוסייתו לא עולה על 10,000 נפש, חייבת במתן שירות רפואי, במסגרת המרפאה, למבוטחי קופת חולים אחרת שאינה מפעילה מרפאה באותו יישוב וזאת באותם תנאים שהם ניתנים בהם למבוטחיה; אין צורך בקבלת אישור מהקופה המבטחת שאין לה מרפאה בישוב – ניתן לפנות ישירות למרפאה ולקבל את השירות.

1. **כללי** - ככלל השירותים שבסל ניתנים חינם, אך הקופות רשאיות לגבות דמי השתתפות בעבור חלק מהשירותים הרפואיים שבסל הבריאות, וזאת לפי אישור ועדת הכספים של הכנסת.
2. **פרוט השירותים שבתשלום** - בתוספת השנייה של החוק קיים פרוט של השירותים בגינם יש לשלם השתתפות עצמית. להלן רשימה חלקית: תרופות הכלולות בסל * ביקור אצל רופאים * ביקור במרפאות חוץ הפועלות במסגרת בתי חולים כלליים * ביקור במכונים מחוץ למסגרת בתי החולים (רנטגן, אולטרא סאונד, CT, MRI, EEG, EMG, גסטרואנטרולוגיה וכו') * שירותי חדר מיון * שירותי הסעה באמבולנס * שירותי חירום (מוקדים) * אשפוז סיעודי מורכב * בדיקת חלבון עוברי * טיפולים בהתפתחות הילד * טיפולי שיניים לחולים אונקולוגיים * שימוש באביזרים * מכשירים וציוד רפואי * ביקור בית של רופא * טיפולי פוריות * טיפולים פסיכוטרפיים.
3. **הנחות ופטורים מתשלומים**
 - 3.1. על פי חוק נקבעו קבוצת אוכלוסייה הפטורות מתשלום. רשימת הזכאים לפטורים והנחות על בסיס סוציאלי מועברת לקופה מן המוסד לביטוח לאומי.
 - 3.2. לקבלת פטורים או הנחות יש לפנות בצירוף המסמכים הנדרשים לסניף הקופה הקרוב לביתכם

להרחבה נוספת ופרוט מלא ראה [בנספח ה'](#).

פרק ה' - ערעורים והשגות על קבלת/אי-קבלת שירות רפואי

מבוטח שלטענתו קופחו זכויותיו או שנפגע על-ידי עובד הקופה או עובד מטעמה, יכול להגיש תלונה לאחד מהגופים הבאים:

1. **פניה לנציב קבילות הציבור בקופה/במוסד הרפואי** – בכל מוסד רפואי, חייב להתמנות נציב קבילות המטפל בקבילות אודות המוסד.

2. **פניה לנציב קבילות במשרד הבריאות**

2.1.1. על פי החוק, ממנה שר הבריאות נציבה שתפקידה לטפל בקבילות הציבור נגד הקופות, נגד כל נותן שירותים מטעם הקופות (למשל: רופא, או בעל מקצוע פארה רפואי) ונגד כל עובד מעובדיהם או כל אדם הפועל מטעמם של אלה. התנאי היחיד הינו שהקבילה תהיה קשורה למילוי תפקיד לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

2.1.2. עפ"י התיקון בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, החל מינואר 2006 יש לנציבה סמכויות לאכוף את החלטותיה על הקופות. בהתאם לכך, מבוטחים, שקבילתם נמצאה מוצדקת, אינם נדרשים עוד לפנות לבית הדין לעבודה לצורך מיצוי זכויותיהם.

3. **פניה לבית משפט**

3.1.1. בית-הדין לעבודה הוא בית המשפט היחיד המוסמך לדון בכל תביעה, שבין מבוטח או מי שטוען שהוא מבוטח לבין שר הבריאות, המנהל, המוסד, קופת-חולים, נותן שירותים לפי החוק.

3.1.2. במסגרת תביעה בבית-הדין לעבודה ניתן לנסות ולקבל "סעד זמני", כלומר צו זמני המוצא ע"י בית-הדין ומורה לקופה לממן טיפול מסוים באופן זמני, עד שבית-הדין יקיים את הדיון בתביעה ויברר האם קיימת זכות או לא למימון הטיפול.

4. **ועדת חריגים** - בחלק מהמקרים ניתן לפנות לוועדת-ערר או ועדת חריגים הפועלת במסגרת הקופה/המוסד הרפואי כדי לערער על החלטה שלא לממן תרופה או שירות מסוים – ראה גם פרוט בסעיף 6.

פרטים נוספים וכתובות ראה [בנספח ו'](#)

פרק ו' – שירותים נוספים (שב"נ, סיעוד, ביטוח בריאות)

1. שירותי בריאות נוספים (שב"נ)

- 1.1. שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן), הם השירותים הרפואיים שקופת החולים מציעה למבוטחים בה בנוסף לשירותי הבריאות הכלולים "בסל השירותים הבסיסי".
- 1.2. קבלת השירות, מותנית בהצטרפות לתוכנית השב"ן והיא כרוכה בתשלום.
- 1.3. כל קופה חופשית לבחור אלו שירותים תציע למבוטחים בתוכנית השב"ן שלה בתנאי, שאינם כלולים "בסל השירותים הבסיסי".
- 1.4. קיימים הבדלים בתוכניות השב"ן המוצעות על ידי הקופות השונות.
- 1.5. ככלל, הקופה יכולה לעשות שינוי בתוכנית השב"ן (כגון: בעניין תשלומים, הפחתה או הוספה של שירותים רפואיים וכו'), רק לאחר שקיבלה את אישור משרד הבריאות.
- 1.6. תנאים והגבלות - הקופה חייבת לקבל לתכנית כל חבר המבקש להצטרף, ללא קשר למצבו הבריאותי ואסור להגביל הצטרפות או זכויות של מצטרף בתנאי כלשהו.
- 1.7. תקופת המתנה – הקופה רשאית לקבוע "תקופת אכשרה" (תקופת המתנה) סבירה, דהיינו תקופה מסוימת בין המועד בו הצטרף החבר לתכנית הביטוח המשלים, ובין המועד שבו יהיה זכאי לקבלת זכויות לפי התכנית. (יש קופות הפוטרות מתקופת המתנה, כולה או חלקה, למי שעובר מקופה אחרת בה הוא היה מבוטח במסגרת השב"ן).
- 1.8. תעריפים - מחיר התכנית חייב להיות אחיד לכל קבוצת גיל, ללא תלות במספר שנות החברות בתכנית, או במצבו הבריאותי או הכלכלי של המבוטח.
- 1.9. התניה בין הסל הבסיסי לשב"נ - אסור לקופת-חולים להתנות מתן שירותים הכלולים בסל השירותים שלה בהצטרפות או בחברות בתכנית ביטוח משלים.

2. ביטוח סיעודי - ביטוח למתן שירותי סיעוד אינו חלק מן הביטוח המשלים והוא ביטוח קבוצתי שהקופה ערכה יחד עם אחת מחברות הביטוח. להלן מספר הערות:

- 2.1. קבלת מבוטחים – אין כל חובה לקבל לתוכנית זו כל פונה.
- 2.2. הביטוח הקבוצתי מוגבל לתקופת זמן, וחברת הביטוח רשאית שלא לחדשו בתום התקופה.
- 2.3. מומלץ לבדוק את תנאי הפוליסה המוצעת ולהחליט אם היא מתאימה כשם שבדקים כל הצטרפות לפוליסת בריאות.
- 2.4. להרחבה בנושא ראה [בקישור לאתר משרד האוצר](#) אודות ביטוחים סיעודיים.

3. ביטוח בריאות פרטי

- 3.1. חלק מהקופות מאפשרות למבוטחים לרכוש ביטוח בריאות קבוצתי באמצעות חברות ביטוח.
- 3.2. ביטוח זה אינו קשור לסל השירותים שבסל ודינו כדין כל פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית.
- 3.3. קבלת מבוטחים – אין כל חובה לקבל לתוכנית זו כל פונה.
- 3.4. הביטוח הקבוצתי מוגבל לתקופת זמן, וחברת הביטוח רשאית שלא לחדשו בתום התקופה.
- 3.5. מומלץ לבדוק את תנאי הפוליסה המוצעת ולהחליט אם היא מתאימה כשם שבדקים כל הצטרפות לפוליסת בריאות.

פרק ז' זכאות עקב פגיעה מתוקף חקיקה אחרת ולאוכלוסיה מוגדרות

1. **זכאות עקב פגיעה מתוקף חקיקה אחרת** - מלבד חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קיימים חוקים נוספים, המסדירים את זכאותן של אוכלוסיות מוגדרות לשירותי בריאות הנובעים מפגיעה מסוימת, ובהם:

- 1.1. נפגעי תאונת עבודה – אחריות המוסד לביטוח לאומי, גם לעובדים זרים ופלשתינאים.
- 1.2. אשפוז יולדות ויילודים – אחריות המוסד לביטוח לאומי
- 1.3. נפגעי פעולות איבה - אחריות המוסד לביטוח לאומי
- 1.4. חיילים בשירות חובה ומשרתי קבע (למעט חיילים בשירות ללא תשלום (של"ת) וקבוצות מסוימות של מתנדבים) – אחריות צה"ל
- 1.5. נכי צה"ל – אחריות משרד הביטחון
- 1.6. נכי רדיפות הנאצים – אחריות משרד האוצר
- 1.7. ילדים הלומדים במסגרת המוסדות לחינוך מיוחד (זכאות לשירותים פרא-רפואיים) - אחריות משרד החינוך.
- 1.8. נפגעי תאונות דרכים – זכאים לקבל את השירות שבסל כמו כל מבוטח.

הערה: פרטים נוספים והרחבה ראה בנספח ז'

2. **מי אינו מבוטח בקופ"ח**

- 2.1. עובדים זרים, בין אם הם שוהים בישראל בצורה חוקית ובין אם לאו – ראה סעיף 4 בפרק זה.
- 2.2. תיירים, דיפלומטים, ילדים להורים הנמצאים בישראל למטרות לימודים והוראה במוסדות להשכלה גבוהה.
- 2.3. כל תושבי הרשות הפלסטינית.

3. **תושב ששהה מחוץ לישראל וחזר ארצה**

החוק קובע הסדר מפורט לגבי הגבלת זכותו של תושב ששהה מחוץ לישראל לקבלת שירותי בריאות בעת שובו ארצה – **הרחבה ופרוט ראה בנספח ח'**.

4. **ביטוח בריאות לעובדים זרים**

- 4.1. מעביד של עובד זר מחויב על פי החוק, לרכוש לעובדו, על חשבוננו, ביטוח בריאות פרטי. המעסיק רשאי לנכות משכרו של העובד הזר את עלות הביטוח.
- 4.2. בחוק נקבעו הוראות מחייבות לגבי סל שירותי הבריאות המינימאלי, אשר חייב להיות כלול במסגרת פוליסת ביטוח הבריאות הפרטי, אשר מבוסס בעיקרו על הסל הקבוע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 4.3. קיימים הבדלים בין ביטוח הבריאות לו זכאים עובדים זרים לזה הניתן לאזרחי ישראל כגון:
 - 4.3.1. אין כיסוי ללידה;
 - 4.3.2. אין כיסוי לטיפול עקב בעיה רפואית הנובעת ממצב רפואי שקדם להגעה לישראל.
 - 4.3.3. אין חובה ליתן שירותים רפואיים לעובד זר שנקבע לגביו, כי גם לאחר טיפול מתאים לא יהיה כשיר לשוב ולבצע את העבודה שלשמה הובא לישראל (מותנה בקבלת אישור על כך מרופא תעסוקתי).

5. **ביטוח רפואי לילדים הנמצאים בישראל ואינם תושבים**

משרד הבריאות מפעיל באמצעות קופ"ח מאוחדת, תכנית להסדרת ביטוח רפואי, בהשתתפות כספית של המדינה, עבור ילדים הנמצאים בישראל ואינם תושבים – **פרוט בנספח ט'**

להלן הנספחים:

12	רישום ומעבר בין הקופות	א
14	תשלום דמי ביטוח בריאות	ב
16	סל שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות	ג
17	בחירת הספק הרפואי	ד
22	השתתפות עצמית בקבלת שירות רפואי	ה
28	תלונות וערעורים על אי-קבלת שירות ויחס	ו
30	זכאות עקב פגיעה מתוקף חקיקה אחרת (תאונות, צה"ל וכו')	ז
31	תושב חוזר	ח
32	ביטוח רפואי לילדים הנמצאים בישראל ואינם תושבים	ט

רישום ומעבר בין הקופות ותשלום דמי ביטוח בריאות – נספח א'

פרק א' - רישום אוכלוסיות מיוחדות

1. ילדים:

- 1.1. כל ילד מרגע מהולדתו משויך באופן אוטומטי לקופה של ההורה המקבל את קצבת הילדים עבורו. אם אינו מקבל קצבת ילדים, שני ההורים חייבים לחתום על רישום הילד לקופה.
- 1.2. אם ההורים חברים בקופות שונות, ומעוניינים להעביר את הילד לקופה של ההורה שאינו מקבל קצבת ילדים, עליהם לגשת לסניף רשות הדואר ולמלא טופס העברה, בחתימת שניהם.
- 1.3. העברה מקופת חולים אחת לאחרת של ילד שטרם מלאו לו 6 חודשים תהיה מיידיית.
- 1.4. אם יירשם רק אחד מההורים, והוא זה המקבל קצבת ילדים, הוא רשאי לרשום את ילדיו עמו.
- 1.5. ילדים שהגיעו לגיל 18 - ילד שהגיע לגיל 18 שהיה רשום עם ההורים בקופה, צריך להסדיר את רישום החברות באמצעות פניה לסניף הדואר.

2. חיילים משוחררים

- 2.1. חיילים בשירות חובה (סדיר או קבע) אינם מבוטחים במסגרת חוק ביטוח בריאות כיוון שהם מקבלים את שירותי הבריאות באמצעות משרד הביטחון. הם אינם זכאים לשירותי בריאות בקופות החולים.
- 2.2. חייל שמשותחרר חוזר להיות חבר בקופה שאליה השתייך לפני גיוסו. המידע על השחרור מועבר באופן אוטומטי מצה"ל לביטוח הלאומי.
- 2.3. חייל שהשתחרר, ולקופת החולים שהוא חבר בה, עדיין לא הגיע המידע על שחרורו, יפנה לאגף הביטוח והבריאות בביטוח הלאומי ויצג את תעודת השחרור. המוסד לביטוח לאומי יעביר את המידע לקופת החולים שהוא חבר בה.
- 2.4. חייל משוחרר שמבקש לעבור לקופת חולים אחרת (אפשר לעשות זאת גם במהלך השירות), עליו לבצע מעבר על-פי הכללים הקבועים למעבר בין קופות חולים (ראה פירוט בהמשך).
- 2.5. אם החייל המשוחרר אינו חבר בקופת חולים, עליו לפנות לסניף רשות הדואר ולהירשם לקופת חולים על-פי בחירתו, ויהיה זכאי לקבל שירותי בריאות באופן מיידי.

3. אסירים משוחררים

- 3.1. אסיר משוחרר חוזר להיות חבר בקופה שאליה השתייך לפני שנאסר.
- 3.2. המידע על השחרור מועבר באופן אוטומטי משירות בתי הסוהר לביטוח הלאומי. אם המידע על השחרור עדיין לא הגיע לקופת החולים שהוא חבר בה, עליו לפנות לאגף הביטוח והבריאות בביטוח הלאומי ולהציג את תעודת השחרור, והביטוח הלאומי יעביר את המידע לקופת החולים שהוא חבר בה.
- 3.3. אם האסיר המשוחרר אינו חבר בקופת חולים, עליו לפנות לסניף רשות הדואר כדי להירשם לקופת חולים על-פי בחירתו, ויהיה זכאי לקבל שירותי בריאות באופן מיידי.
- 3.4. אם ברצונו לעבור לקופת חולים אחרת (אפשר לעשות זאת גם בעת המאסר), יעשה זאת על-פי הכללים הקבועים בדבר מעבר בין קופות החולים (סי' 2.2).

4. מי שאינו רשום בקופ"ח

- 4.1. מי שאינו רשום כחבר בקופת-חולים לא יוכל להירשם בסניף הדואר, אלא יפנה לסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגוריו, כדי שיבדקו אם הוא תושב ישראל. אם יוכר כתושב יוכל להירשם כבר בסניף הביטוח הלאומי לקופת-חולים על-פי בחירתו.
- 4.2. החריג לכלל: במקרים הבאים ניתן יהיה להירשם באמצעות סניף הדואר ללא כל צורך לפנות לביטוח הלאומי לבדיקת תושבות על אף שאינך רשום בקופת חולים:
 - 4.2.1. מי שעדיין לא מלאו לו 18 שנים ואחד מהוריו או האפוטרופוס שלו רשום בקופת-חולים ונמצא בישראל.
 - 4.2.2. מי שמלאו לו 18 שנים ועדיין לא מלאו לו 19 שנים.
 - 4.2.3. חייל משוחרר משירות סדיר או משירות קבע, בשנה הראשונה לשחרור.
 - 4.2.4. אסיר או עציר משוחררים, בשנה הראשונה לשחרור.
 - 4.2.5. עולה חדש, ב-3 החודשים הראשונים לעלייה.

פרוט נוסף ראה [באתר הביטוח הלאומי](#).

פרק ב' - מעבר בין הקופות

1. מבוטח המבקש לעבור מקופת חולים אחת לקופת חולים אחרת יכול לעשות זאת **רק לאחר שהיה חבר בקופת החולים הקודמת 6 חודשים לפחות**. לשם כך עליו לפנות לאחד מסניפי רשות הדואר ולמלא שם טופס מעבר.

2. תחילת חברותו בקפה תהיה כלהלן:

- 2.1. מי שהגיש ט' מעבר עד **15 בפברואר**, רישומו בקופה החדשה ייכנס לתוקף ב-1 באפריל.
- 2.2. מי שהגיש ט' מעבר עד **15 במאי**, רישומו בקופה החדשה ייכנס לתוקף ב-1 ביולי.
- 2.3. מי שהגיש ט' מעבר עד **15 באוגוסט**, רישומו בקופה החדשה ייכנס לתוקף ב-1 באוקטובר.
- 2.4. מי שהגיש ט' מעבר עד **15 באוקטובר**, רישומו בקופה החדשה ייכנס לתוקף ב-1 בינואר.

3. **תחילת חברות מיידיה** - במקרים הבאים בלבד ייקלט רישומו של תושב באופן מיידי, והוא יהיה זכאי לקבל מיד שירותים רפואיים בקופה שאליה נרשם או ביקש לעבור:

- 3.1. בוגר בן 18 עד 18.5.
- 3.2. עולה חדש.
- 3.3. ילדים מגיל 0 ועד 6 חודשים.
- 3.4. מבוטח שאינו חבר בקופת חולים כלשהי (בתנאי שהוא תושב ישראל).

4. ביטול מעבר

- 4.1. מבוטח שביקש העברה לקופת חולים אחרת, והוא מבקש לבטל את ההעברה, יכול לעשות זאת באמצעות הגשת טופס ביטול רישום באחד מסניפי הדואר. את טופס הביטול יש להגיש עד לתאריך שבו אפשר להגיש את טופס המעבר, בהתאם למפורט למעלה.
- 4.2. מי שהגיש בקשה לביטול המעבר לאחר התאריך הזה, לא יוכל לבטל את המעבר, אלא רק במועד הבא אחריו.

פרוט נוסף ראה [באתר הביטוח הלאומי](#).

תשלום דמי ביטוח בריאות נספח ב'

1. עובד שכיר

- 1.1. המעסיק ינכה משכרו של העובד השכיר דמי ביטוח בריאות בסך של 3.1% מחלק שכרו שעד מחצית השכר הממוצע, ו-4.8% מחלק השכר שמעל מחצית השכר הממוצע.
- 1.2. מינימום ההכנסה לתשלום דמי ביטוח לשכיר שווה לשכר המינימום על פי "חוק שכר מינימום". מינימום זה חל על כל מי שמשתכר סכום זה או פחות ממנו.
- 1.3. תקרת מקסימום: התקרה לתשלום דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות ותהיה 5 פעמים השכר הממוצע לעובד ולמעסיק. החל מיולי 2004 התקרה היא 34,820 ₪ והיא מתעדכנת בהתאם.
- 1.4. עובד שכיר בחופשה ללא תשלום: בחודשיים הראשונים לחופשתו ישלם שכיר בחופשה ללא תשלום דמי ביטוח בריאות בשיעור 3.1% מסכום ההכנסה המינימאלית לתשלום דמי ביטוח, שינוכו משכרו על-ידי המעביד (103 ש"ח). לאחר חודשיים ישלם במישרין לביטוח הלאומי 4.8% מרבע השכר הממוצע (90 ש"ח), אם אינו עובד שכיר, ואינו עובד עצמאי ואין לו הכנסות.

2. עובד עצמאי

- 2.1. חייב באופן ישיר בתשלום דמי ביטוח בריאות בהתאם לשיעורים המפורטים לעובד שכיר.

3. אוכלוסיות מיוחדות

- 3.1. חבר קיבוץ: ישלם דמי ביטוח בריאות כמו שכיר.
- 3.2. עובד משק בית: מעסיק של עובד במשק בית ינכה 1% משכרו של העובד דמי ביטוח בריאות
- 3.3. גמלאי המקבל פנסיה מוקדמת: גמלאי שטרם הגיע לגיל פרישה, וגמלאית מבוטחת שטרם הגיעה לגיל פרישה, ומשולמת להם פנסיה, משלם הפנסיה ינכה מהפנסיה דמי ביטוח בריאות בשיעור של 3.1% מהחלק של הפנסיה שעד מחצית השכר הממוצע, ו-4.8% מחלק מהפנסיה שמעל למחצית השכר הממוצע.
- 3.4. תלמיד ישיבה ותלמיד במוסד להשכלה גבוהה: תלמיד במוסד מוכר להשכלה גבוהה או תלמיד ישיבה, ישלם דמי ביטוח בריאות בשיעור של 4.61% מ-75% מהשכר הממוצע ודמי ביטוח בריאות של 4.8% מ-25% של השכר הממוצע.
- 3.5. מי שאינו עובד: אם יש לו הכנסות ישלם ישירות לביטוח הלאומי 4.8% מהכנסותיהם. אם אין הכנסות - ישלמו דמי ביטוח בריאות בשיעור של 4.8% מרבע השכר הממוצע (90 ₪ נכון להיום).

4. פטורים מתשלום דמי ביטוח בריאות

- 4.1. אישה נשואה שאינה עובדת מחוץ למשק ביתה ובעלה מבוטח בביטוח זקנה ושאינם, ומשולמת לה פנסיה, תמציא למשלם הפנסיה הצהרה על-כך, ועל-פי הצהרה זו לא ינכה משלם הפנסיה דמי ביטוח בריאות מהפנסיה.
- 4.2. הגמלאים האלה פטורים מתשלום דמי ביטוח בריאות מן הפנסיה:
 - 4.2.1. מבוטח שהגיע/ה לגיל פרישה.
 - 4.2.2. אלמנה המקבלת מהמוסד לביטוח לאומי קצבת שאירים או קצבת תלויים.
 - 4.2.3. נכה המקבל מהמוסד לביטוח לאומי קצבת נכות כללית בשיעור 75% לפחות לצמיתות, או קצבת נכות זמנית בשיעור 75% לפחות לתקופה של 12 חודשים לפחות, או קצבת נכות מעבודה בשיעור 100% לצמיתות.

5. קצבאות שפטורות מתשלום דמי ביטוח בריאות - הקצבאות הבאות פטורות מתשלום דמי ביטוח בריאות:

- 5.1. קצבה לשירותים מיוחדים לנכים קשים
- 5.2. גמלת סיעוד
- 5.3. גמלת ניידות
- 5.4. גמלה לילד נכה
- 5.5. קצבת ילדים
- 5.6. תגמולים לחסידי אומות העולם

עמוד מס' 15

6. **קצבאות שחייבות בדמי ביטוח בריאות מינימאליים** - מקבל אחת מהקצבאות אלה ואין לו הכנסה אחרת ינוכו מקצבתו דמי ביטוח בריאות מינימאליים (נכון להיום - 90 ש"ח):

6.1. קצבת נכות כללית

6.2. קצבת נכות מעבודה – עד הפרישה

6.3. גמלת תלויים בנפגעי עבודה – עד גיל הפרישה

6.4. תגמולים לנפגעי איבה

6.5. גמלת הבטחת הכנסה

6.6. דמי מזונות

6.7. קצבת שאירים

6.8. מקבל קצבה שיש לו הכנסה אחרת כשכיר או כעצמאי, או הכנסה שלא מעבודה (פנסיה, שכר-דירה) ומחויב בדמי ביטוח לאומי בגין הכנסה זו - יחויב גם בדמי ביטוח בריאות ויהיה פטור מתשלום בקצבה.

7. **גמלאות מחליפות שכר** - המקבל אחת מהגמלאות הבאות, ינוכו מהגמלה דמי ביטוח בריאות בשיעורים שמשלם עובד שכיר: דמי אבטלה, דמי לידה, דמי פגיעה, תגמולי מילואים לשכיר (בתביעה אישית).

8. **מקבלי קצבת זקנה** - ממקבלי קצבת זקנה דמי ביטוח בריאות בשיעורים הבאים:

8.1. מקבל קצבת זקנה בתוספת השלמת הכנסה - ישלם סכום מינימאלי - 90 ש"ח.

8.2. מקבל קצבת זקנה ליחיד ללא השלמת הכנסה - ישלם 157 ש"ח.

8.3. גבר שמקבל קצבת זקנה עם תוספת עבור אשתו, או שני בני זוג שמקבלים קצבאות זקנה מכוח עצמם - ינוכו מקצבתו של הגבר דמי ביטוח בריאות בשיעור של 227 ש"ח.

8.4. אישה נשואה שמקבלת קצבת זקנה ובעלה מבוטח בביטוח הלאומי - פטורה מתשלום דמי ביטוח בריאות מהקצבה.

8.5. חשוב לזכור! מקבלי קצבת זקנה פטורים מתשלום דמי ביטוח מכל הכנסה אחרת!

9. **מקבלי תגמולים ממשד הביטחון האוצר וממשד**

9.1. נכי צה"ל, אלמנות והורים שכולים המקבלים תגמולים ממשד הביטחון ונכי מלחמות הנאצים ונרדפי הנאצים המקבלים תגמולים ממשד האוצר - יחויבו בדמי ביטוח בריאות מינימאליים בסך 84 ש"ח, שינוכו מהגמלה, בתנאי שאין להם הכנסות אחרות. אם הם מקבלים גם קצבה מן המוסד לביטוח לאומי - יחויבו בדמי ביטוח בריאות מן הקצבה המשולמת מהמוסד לביטוח לאומי בלבד.

9.2. מקבלי גמלאות ממשד האוצר או ממשד הביטחון שיש להם הכנסות אחרות יחויבו בדמי ביטוח בריאות מהכנסותיהם, ויהיו פטורים מתשלום בקצבה. הכנסה אחרת היא או הכנסה מעבודה או הכנסה שלא מעבודה (פנסיה, שכר דירה וכו') החייבת בתשלום דמי ביטוח.

פרוט נוסף ראה [באתר הביטוח הלאומי](#)

סל שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות – נספח ג'

1. רפואה מונעת אישית

- 1.1. הסל כולל שירותים כגון: מעקב והדרכה לאישה ההרה; חיסונים ובדיקות התפתחות לתינוק ולילד; בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות ומומים מולדים; שירותי בריאות לתלמידי בתי הספר; בדיקות שיניים ובדיקות שגרה.
- 1.2. שירותים אלה ניתנים בדרך כלל בתחנות לבריאות המשפחה ("טיפת חלב") ובבתי הספר.
- 1.3. חלק מהשירותים כרוך בתשלום השתתפות עצמית.

2. אשפוז סיעודי

- 2.1. חולים שמצב בריאותם ותפקודם ירודים עקב מחלה כרונית או עקב ליקוי קבוע והזקוקים לאשפוז במוסד לאשפוז סיעודי לצורך מעקב סיעודי מיומן במשך 24 שעות ביממה ואשר מרותקים למיטה או לעגלת נכים, או שהם זקוקים לעזרה מלאה או חלקית בפעולות היומיום ואין להם שליטה על הסוגרים, זכאים לאשפוז במוסד סיעודי בסיוע כספי של משרד הבריאות.
- 2.2. הזכאות לשירות זה מותנית בהכרה במצבם על ידי לשכת הבריאות של משרד הבריאות לכתובות הלשכות ובקיום מקום פנוי בהתאם למכסת מקומות האשפוז הסיעודי שנקבעו בתקציב משרד הבריאות לאותה שנה. השירות כרוך בתשלום דמי השתתפות כספית של המאושפז ובני משפחתו, לפי מבחני הכנסה ויכולת כלכלית. השירותים ניתנים באמצעות לשכות הבריאות, המחוזיות/נפתיות, לאחר קביעת הזכאות לסידור ובהתאם לתור הממתינים.
- 2.3. חולה סיעודי הנזקק לטיפול רפואי נוסף, כגון הזנה בזונדה, עירוי תוך-ורידי ממושך, טיפול בדיאליזה, טיפול בפצע לחץ חמור או טיפול בכימותרפיה במחלת סרטן, מוגדר "חולה סיעודי מורכב". שירות זה מצוי באחריות קופות החולים וכרוך בתשלום דמי השתתפות כספית.
3. **שירותי בריאות הנפש** - שירותים אלה כוללים טיפול חירום ומיון, אשפוז פסיכיאטרי ואשפוז יום בבתי חולים פסיכיאטריים וכלליים, שירותים אמבולטוריים במרפאות ממשלתיות לבריאות הנפש, שירותים בגנים טיפוליים לאוכלוסיות מיוחדות ושירותי שיקום פסיכיאטרי למופנים מוועדת שיקום מחוזית.

4. **גמילה מסמים ואלכוהול** - שירותי אשפוז ושירות מרפאתי לגמילה מסמים ומאלכוהול.

5. מכשירים לשיקום, להליכה ולניידות

- 5.1. משרד הבריאות מסייע במימון מכשירים לשיקום, הליכה וניידות, עפ"י אמות המידה הקבועות בנוהלי המשרד. השירות ניתן לציבור באמצעות לשכות הבריאות.
- 5.2. נכים שהם נפגעי תאונות עבודה, נפגעי פעולות איבה, נכי צה"ל, נפגעי תאונות דרכים (משנת 1976 ואילך) ונפגעי רדיפות הנאצים, מקבלים את הסיוע ממקורות אחרים, ולפיכך אינם זכאים לקבל את הסיוע ממשרד הבריאות.
- 5.3. להלן רשימת המכשירים שמשרד הבריאות משתתף במימנם:
 - 5.3.1. **מכשירי שיקום** - שד תותב, תותבי אף ותותבי אוזן, מכשירי שמיעה לילדים ולנוער עד בני 18, מכשירי עזר לראיה, כגון משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים לילדים ולנוער עד בני 18, עדשות מגע מיוחדות לילדים שאינם מסוגלים להרכיב משקפיים ותותבי עיניים.
 - 5.3.2. **מכשירי ניידות** - כיסאות גלגלים ידניים, כיסאות טיולון (BUGGY), כיסאות ממונעים, כיסאות שירותים, כריות מיוחדות לכיסאות גלגלים, אינסרטים, מיטות פאולר ו-Hi Law ידניות וחשמליות, מזרני אוויר חשמליים למניעת פצעי לחץ, מנופים ביתיים (הידראוליים או מכאניים), הליכוניים אחוריים, רולטורים, הליכון אמות וקביים קנדיים.
 - 5.3.3. **מכשירי הליכה ותותבי גפיים** - אורטזות (מכשירי הליכה), תותבי גפיים, כפפה לכיסוי יד תותבת, נעליים רפואיות מיוחדות, גרבי גדם.
 - 5.3.4. **מכשירים נוספים למקבלי קצבאות** - הליכוניים רגילים, מקלות הליכה לסוגיהם, כריות ספוג ומזרני ספוג למניעת פצעי לחץ.
- 5.4. היקף ההשתתפות של משרד הבריאות בעלות מכשירי השיקום והניידות - משרד הבריאות משתתף ב-75% מהמחיר שנקבע למכשיר בחלוקה לשתי קבוצות:
 - 5.4.1. סכום מרבי שנקבע על ידי המשרד למכשיר.
 - 5.4.2. בדיקת שלוש הצעות מחיר וקביעת ההצעה הזולה ביותר כמחירו של המכשיר.

לברור נוסף של זכויות לקבלת השירותים הרפואיים שבאחריות משרד הבריאות ולתנאי תשלום הכרוכים בשירותים אלה, יש לפנות ישירות ללשכת הבריאות המחוזית – פרוט ראה [באתר משרד הבריאות](#)

בחירת ספק השירות הרפואי - נספח ד'

נושא בחירת ספק השירות הרפואי מפורט במספר סעיפים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. להלן עיקרי הזכויות הקיימות לקופה ולמבוטח, ובהמשך יפורטו הסעיפים מתוך החוק.

1. **הסמכות החוקית העיקרית – סעיף 23:** מלשון סעיף 23 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי עולה כי קופת החולים רשאית לקבוע הסדרי בחירה בין נותני שירותיה ומחובתה להביאם לידיעת שר הבריאות ולפרסמם בקרב חבריה. בהמשך לאמור בסעיף 23 פרסם שר הבריאות, מר דני נווה, תקנות אשר נכנסו לתוקף ביום 1 בדצמבר 2005 ואשר קבעו תנאים והגבלות על הקופה (ראה בנספח).

2. **הסדרי הבחירה:** כל קופה חייבת לפרסם את הסדרי הבחירה שלה ולספק אותם חינם בסניפי הקופה, לכל מבוטח על פי בקשתו.

הערה: להלן ציטוט מדו"ח נציבת קבילות הציבור לשנת 2005 (עמ' 239) "9... יחד עם זאת, יודגש כי אין בפרסום הסדרי הבחירה בכדי לפטור את הקופה מחובותיה האחרות על פי חוק, לרבות חובת מתן טיפול על פי שיקול דעת רפואי ובאופן העומד במבחן הסבירות. ומכאן, כי במקרים בהם קיימת הצדקה רפואית למתן השירות דווקא במקום מסוים, על הקופה לממן את הטיפול במקום זה".

3. **שמירה על רצף טיפולי:** יש לשמור על רצף בטיפול ולאפשר למבוטח, במידת האפשר, לקבל את הטיפול כולו במחלה או מצב רפואי מוגדר, במוסד בו הוא התחיל אותו.

4. **קבלת טיפול במוסד רפואי שיש בו התמחות מיוחדת:** במקרה של מחלה/מצב רפואי המצדיק מתן טיפול במסגרת מוסד רפואי שבו מצויים רמה מיוחדת של ידע וניסיון מקצועי, תינתן למבוטח האפשרות לקבל את השירות הרפואי לו הוא נזקק בקשר לאותה מחלה/מצב רפואי במסגרת המוסד הנ"ל (ללא קשר להסדרי הבחירה).

5. **איסור הפלייה:** אסור לקופה להפלות בין המטופלים במחלה המסוימת. לכן אם ידוע כי ישנם מבוטחי הקופה, המגיעים לטיפול/אשפוז למחלקה/מכון מסוים, כל מבוטח העומד באותם תנאים זכאי לקבל את אישור הקופה לשירות הנ"ל.

6. **מרחק סביר:** ס' 3 מתייחס לאספקת השירות במרחק סביר ממקום מגורי המבוטח. אין בחוק הגדרה של מרחק סביר, אך במקרה של מחלה הדורשת טיפול ממושך (כגון דיאליזה, התפתחות הילד וכו'), היו מספר מקרים בהם פסקה נציבת קבילות הציבור במשרד הבריאות כי על הקופה להגיע להסדר עם מכון בקרבת מקום מגורי המבוטח או לחילופין לדאוג לארגן עבורו הסעה הלוך ושוב למכון אליו הוא מופנה.

סיכום:

- א. לקופה הזכות להחליט לאיזה מוסד היא תפנה את מבוטחיה, וזאת בהתאם להסכמים והסדרים שיש לה עם המוסדות הנ"ל.
- ב. מצד שני אסור לקופה להפלות בין המטופלים במחלה המסוימת. לכן אם ידוע לך, כי ישנם מבוטחי הקופה, המגיעים לטיפול/אשפוז למחלקה/מכון אליו אתה מעוניין להגיע, זכותך לקבל הפנייה, אחרת מדובר בהפליה ע"י הקופה.
- ג. ישנה סוגיה שאינה מפורטת בחוק, אך עלתה לדיון משפטי והיא "הפסקת רצף טיפולי". במקרה והחלטת הקופה גורמת להפסקת הרצף הטיפולי שעלולה לגרום נזק למטופל, יש להמשיך לקבל את הטיפול. זה סעיף מורכב המחייב בחינה מעמיקה של כל מקרה לגופו, ולעיתים רק בית משפט יחייב את הקופה.

למרות האמור לעיל, אנו ממליצים לא לוותר ולפנות למספר גורמים:

- א. האגודה לזכויות האזרח שתבדוק יחד אתך את הסיכוי שבהגשת תביעה משפטית בבית דין לעבודה - תהליך יחסית פשוט וכמעט ולא כרוך בהוצאות.
- ב. שר הבריאות.
- ג. נציבות קבילות הציבור במשרד הבריאות, רח' רבקה 29 ירושלים.
- ד. הממונה על פניות הציבור בקופה בה מבוטח החולה.
- ה. תקשורת, כולל מכתבים למערכות העיתונים הארציים ו/או המקומיים, וכמובן כתבי טלוויזיה במידת האפשר.

יתכן ו"הצפת" הגורמים הנ"ל, תחייב לעשות מעשה ולשנות את החוק.

סעיף 23 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי

”23. בחירה מבין נותני השירותים

- א. חבר בקופת החולים זכאי לבחור נותן שירותים עבור עצמו ועבור ילדו הרשום בה מבין נותני השירותים של הקופה או מטעמה, בכפוף להוראות סעיף 12.
- ב. קופת חולים תקבע את הסדרי הבחירה והיקפה במידה שהיא קשורה עם יותר מנותן שירותים אחד; קופת החולים תביא את ההסדרים לידיעת שר הבריאות ותפרסמם בקרב חבריה.
- ג. בסעיף זה "נותן שירותים" לרבות בעל מקצוע רפואי או פארה רפואי, ובלבד שקיבל רשיון או הכרה במעמד מן המנהל.

23א' הודעה על סגירת מרפאה או הפסקת התקשרות

- א. החליטה קופת חולים לסגור מרפאה או להפסיק התקשרות למתן שירות רפואי, לא תעשה כן, אלא לאחר שחלפו שלושה חודשים לפחות, מן המועד שבו מסרה על כך הודעה כמפורט להלן
1. לעניין סעיף 5ב, למנהל או למי שהוא הסמיכו לכך.
 2. לכל המבוטחים שקיבלו שירות רפואי באותה מרפאה או במסגרת אותה התקשרות, בחצי השנה שקדמה לאותו מועד.
 - ב. נודע לקופת חולים על הפסקת שירות רפואי, תמסור על כך הודעה למנויים בפסקאות (1) ו-(2) של סעיף קטן (א), לא יאוחר מ-30 ימים מהמועד שנודע לקופת החולים על הפסקת השירות הרפואי.

ג. שר הבריאות יקבע הוראות וכללים לביצוע סעיף זה, לרבות בדבר

 1. דרכי מסירת ההודעה למבוטחים
 2. דרכים ומועדים למסירת מידע על ידי נותן השירות הרפואי לקופת חולים;
 3. תוכן ההודעה, לרבות הודעה על המקום הקרוב לקבלת שירות רפואי מאותו הסוג שנסגר
 4. תוכן ההודעה בדבר זכות המבוטח לפנות למנהל או למי שהוא הסמיכו לכך לעניין סעיף 5ב, בבקשה לעבור לקופת חולים אחרת, אף לפני מועד המעבר האמור בסעיף 5ב.

ד. בסעיף זה -

הפסקת התקשרות - "לרבות אי חידוש התקשרות ;

מרפאה - "כהגדרתה בסעיף 29ב(ג)1

שרות רפואי - "שירות הניתן בידי רופא משפחה, רופא ילדים, אחות או מעבדה, שהוא היחיד מאותו סוג הניתן על ידי הקופה, או מטעמה, באותו ישוב ."

תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים), התשס"ה-2005

בתוקף סמכותי לפי סעיף 60 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן- החוק), אני מתקין תקנות אלה:

1. הגדרות

1. בתקנות אלה:

"המנהל"- המנהל הכללי של משרד הבריאות, או מי שהוא הסמיכו לכך;
"הסדר בחירה"- הסדר לבחירת נותן שירותים, כאמור בסעיפים 23 ו-26(ה) לחוק;
"טיפול רפואי"- כהגדרתו בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1998.

"נותן שירותים"- כהגדרתו בסעיף 2 לחוק וכמשמעותו בסעיפים 23 (ג) ו-26(ה) לחוק, לרבות מכון המבצע טיפול רפואי, וכן בית מרקחת.

2. מתכונת הסדר בחירה

2. (א) כל קופת חולים תפרט, בהסדר הבחירה שתפרסם, את השירותים העומדים לרשות מבוטחיה בזיקה למקום מגוריהם- אם זיקה כזו נקבעה כתנאי בהסדר הבחירה ושלא בזיקה למקום מגוריהם, בשירותים שלגביהם לא נקבעה זיקה כזו כתנאי; פירוט הסדר הבחירה כאמור יכול שייעשה בפרסום אחד או מספר פרסומים.

(ב) הסדר הבחירה ייערך לפי חלוקת סוגי שירותים כלהלן:

- (1) רשימת בעלי המקצוע של קופת החולים או מטעמה, במסגרת מרפאותיה או שלא במסגרת מרפאותיה; היה בעל המקצוע רופא, יצוין, לצד שמו, תחום עיסוקו ואם ניתן לו תואר מומחה לפי תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, - בציון תואר המומחה שניתן לו;
- (2) רשימת המכונים, מרפאות החוץ, והמעבדות של קופת החולים או מטעמה, בציון סוגי השירותים שמספק כל אחד מהם למבוטחי הקופה;
- (3) רשימת בתי החולים, של קופת החולים או מטעמה, בציון סוגי השירותים שמספק כל אחד מהם למבוטחי הקופה;
- (4) פירוט השירותים הרפואיים, של קופת החולים או מטעמה, המופעלים בשעות או בימים שבהם מרפאות הקופה סגורות, לרבות בימי שבת ומועד;
- (5) רשימת בתי המרקחת, של קופת החולים או מטעמה;

(ג) בכל אחד מן השירותים המפורטים בתקנת משנה (ב) תקבע קופת חולים גם את אלה:

- (1) סדרי הפניה של המבוטח לקבלת השירות, לרבות הצורך בקבלת הפניה או אישור מרופא או מבעל תפקיד אחר בקופת החולים, ודרכי קבלת הפניה או האישור (להלן- סדרי הפניה);
- (2) ימים ושעות פעילות של השירותים.

(ד) בקביעת הסדר הבחירה תיעשה אבחנה בין הסדר כללי, לבין הסדר מיוחד הנובע ממצבו הרפואי של המבוטח או מהתמחות מיוחדת של בעל המקצוע, או המוסד הרפואי, לפי העניין.

3. הוראות מהותיות בהסדר בחירה

3. הסדר הבחירה יבטא את עקרונות סעיף 3(ד) לחוק, ובכלל זה יישמרו בו הוראות אלה:

- (1) שמירה על רצף טיפולי, כך שמבוטח לא יידרש, ככל שניתן, להחליף מוסד רפואי אחד במשנהו, במהלכם של אותם מחלה או מצב רפואי והטיפול בהם;
- (2) במקרה של מחלה או מצב רפואי המצדיקים מתן טיפול במסגרת מוסד רפואי שבו מצויים רמה מיוחדת של ידע ונסיון מקצועי (להלן- שירות רפואי מתמחה) - תינתן למבוטח האפשרות לקבל כל שירות רפואי לו הוא נזקק בקשר לאותם מחלה או מצב רפואי במסגרת שירות רפואי מתמחה;

עמוד מס' 21

רשימת המחלות או המצבים הרפואיים המצדיקים טיפול במסגרת שירות רפואי מתמחה, וכן רשימת השירותים הרפואיים המתמחים, תפורסם ותעודכן, מזמן לזמן, בחוזרי המנהל.

(3) במקרה של מחלה או מצב רפואי המחייבים טיפולים אינטנסיביים, ייקבע הסדר הבחירה, כך שהטיפולים ירוכזו במרכז רפואי אחד, ככל שניתן.

(4) תיקבע אפשרות לסטייה מהסדרי הבחירה, לפי שיקול דעת רפואי.

(5) פניה דחופה של מבוטח למחלקה לרפואה דחופה (חדר מיון) בבית חולים כללי, לא תוגבל לבתי חולים כלליים מסוימים.

4. פרסום הסדר בחירה

4. (א) קופת חולים תקבע הסדר בחירה בהתאם לתקנות אלה, ותביא אותו לידיעת שר הבריאות לא יאוחר מיום כ' באדר א' התשס"ה (1 במרס 2005).

(ב) הסדר הבחירה יעמוד לעיון המבוטחים, במרפאות קופת חולים, ועותק אחד ממנו, ומכל עדכון שלו, יסופק לכל מבוטח, לפי דרישתו, ללא תשלום; כן יפורסם הסדר הבחירה באתר האינטרנט של קופת החולים.

(ג) פרסום הסדר הבחירה והעמדתו לעיון המבוטחים כאמור בתקנת משנה (ב), לא ייעשו, אלא לאחר שעברו 60 ימים ממועד הבאתו לידיעת השר, והקופה לא תפעל לפיו, אלא לאחר שעברו 30 ימים מן המועד שבו העמידה אותו לעיון המבוטחים במרפאותיה.

(ד) כל שינוי בהסדר הבחירה יפורסם בדרך שבה פורסם הסדר הבחירה לראשונה, לפי תקנות אלה, ואולם פרסום והעמדה לעיון המבוטחים של שינוי בהסדר הבחירה, שענינו גריעה מהיקף המוסדות הרפואיים, של הקופה או מטעמה, העומדים לרשות המבוטחים, או צמצום חופש הגישה למוסדות רפואיים כאמור, אם על ידי החמרה בהסדרי הפניה, ואם בדרך אחרת, לא ייעשה, אלא לאחר שעברו 30 ימים מן המועד שבו הובא לידיעת שר הבריאות, והקופה לא תפעל לפיו, אלא לאחר שעברו 30 ימים מן המועד שבו העמידה אותו לעיון המבוטחים במרפאותיה.

5. הוראת מעבר

3. קופת חולים רשאית לפעול בהתאם להסדר הבחירה שנהג אצלה ערב פרסומן של תקנות אלה, ככל שהוא תואם את הוראות החוק, וזאת עד יום כג' באייר התשס"ה (1 ביוני 2005) לכל המאוחר; מיום כד' באייר תשס"ה (2 ביוני 2005) לא תפעל קופת חולים על פי הסדר בחירה, אלא ככל שגערך ופורסם בהתאם לתקנות אלה, והוא תואם את הוראות החוק.

איסור הפלייה

המחוקק אוסר על הקופה על הפליית מבוטחים במתן השירות כמפורט בסעיף 31 להלן:

31. איסור הפליה:

בהתקשרות של קופת חולים עם נותן שירותים ובהפניית חבריה לנותן שירותים תפעל קופת החולים ללא הפליה בין נותני השירותים, בתום לב ומשיקולים ענייניים של טובת החבר וטובת כלל חברי קופת החולים.

הזכות לקבל שירות במרחק סביר ממקום מגורי המבוטח

סעיף 3 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע את הזכות לשירותי בריאות ובתת-סעיף ד' כתוב:

" שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13."

השתתפות עצמית בקבלת שירות רפואי – נספח ה'

ככלל השירותים שבסל ניתנים חינם, אך הקופות רשאיות לגבות דמי השתתפות בעבור חלק מהשירותים הרפואיים שבסל הבריאות, וזאת לפי אישור ועדת הכספים של הכנסת.

רצ"ב פרוט התשלומים, כולל תקרת תשלום השתתפות עצמית כמפורט בחוזר משרד הבריאות מיום 13/8/2008

1. **התשלומים בהתאם לתוספת השנייה לחוק בעד שירותים בהשתתפות כספית עצמית של המבוטח יהיו כמפורט להלן.** ממודד לפי עליית מדד יוקר הבריאות לשנים ¹1996-2007:

מחיר השתתפות עצמית מרבי (בש"ח)	השירות
15	ביקור בית של רופא כאשר המרפאה פתוחה ²
66	ביקור בית של רופא כאשר המרפאה סגורה 2
66	שירותי חירום מבוגרים (מד"א, שר"ל וכד') כשהמרפאה סגורה 2
97	אשפוז סיעודי מורכב
46	בדיקת חלבון עוברי
23	טיפולים פארא רפואיים – התפתחות הילד
23	פיזיותרפיה במכונים מחוץ לקופה ³
23	הפרעות בתקשורת (טיפולים מחוץ לקופה)
154	טיפולי פוריות – התשלום בעד פרגונל למחזור לא יעלה על
\$350	תותבות – השתלת תותב באין אונות ב - \$

2. **מימון שהייה בים המלח לחולי פסוריאזיס – תקרת החזר עבור שהייה במלון.** ממודד לפי עליית מדד יוקר הבריאות לשנים 2007 – 1996 : 215 ₪ (במקור 140 ₪).

3. **תקרת תשלום עבור פרטי המזון התרופתי האמורים בסעיף 24 א' בחלק הראשון לתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי,** התשנ"ד – 1994 (חוזר המנכ"ל 2/2001). ממודד לפי עליית מדד יוקר הבריאות לשנים 2007-2001 : 538 ₪ (במקור 485 ₪).

¹ לפירוט המדדים ראה עמוד 13 למסמך זה.

² למעט קופת חולים מאוחדת לה אושרה גבייה בנפרד במסגרת תוכנית הגבייה שלה ראה להלן בסעיף 4.3.

³ למעט קופת חולים כללית לה אושרה גבייה בנפרד במסגרת תוכנית הגבייה שלה ראה להלן בסעיף 4.1.

עמוד מס' 23

4. התשלומים בהתאם לתוכניות הגביה של קופות החולים של קופות החולים אושרו בוועדת הכספים של הכנסת בעד שירותים בהשתתפות עצמית של המבוטח יהיו כמפורט להלן, לגבי כל קופה בנפרד:

4.1. השתתפויות עצמיות בשירותי בריאות כללית. ממודד לפי עליית מדד יוקר הבריאות לשנים 1998 – 2007 :

מס'	השירות	מחיר השתתפות עצמית מרבי - ₪
1	ביקור רבעוני אצל רופא שניוני	13
2	ביקור רבעוני במרפאות חוץ	25
3	ביקור רבעוני במכונים	25
4	תקרה משפחתית רבעונית להשתתפויות עצמיות (בסעיפים 1,2,3)	153
5	תקרה משפחתית רבעונית למשפחה שאחד מחבריה עולה או מבוטח מעל גיל פרישה להשתתפויות עצמיות (בסעיפים 1,2,3)	76
6	תקרה חודשית לחולה כרוני בחישוב רבעוני (כהגדרתו בנספח א')	242
8	תקרה חודשית בחישוב רבעוני לחולה כרוני שהגיע לגיל פרישה ומשתלמת בעדו גמלה לפי חוק הבטחת הכנסה	121
7	הפנייה רבעונית סדרת טיפולי פיזיותרפיה (6 טיפולים)	25
תוכנית הגביה בתרופות:		
- לתרופות שנכנסו לסל עד 11.8.98 – עפ"י שיטת המנות. מחיר למנת תרופות 12 ₪.		
- תרופות שנכנסו לסל לאחר 11.8.98 (מלבד 6 תרופות) – 10% מהמחיר המרבי לצרכן של אותה אריזה או 12 ₪ הגבוה מביניהם.		

4.2. השתתפויות עצמיות במכבי שירותי בריאות. ממודד לפי עליית מדד יוקר הבריאות לשנים 1998 – 2007 :

מס'	השירות	מחיר השתתפות עצמית מרבי –₪
1	ביקור רופא ראשוני ברבעון	6
2	ביקור רופא שניוני ברבעון	19
3	ביקור במרפאות חוץ ברבעון	25
4	ביקור במכונים ברבעון	19
5	תקרה משפחתית רבעונית להשתתפויות עצמיות (בסעיפים 1,2,3)	102
6	תקרה משפחתית רבעונית למשפחה שאחד מחבריה עולה או מבוטח מעל גיל פרישה להשתתפויות עצמיות (בסעיפים 1,2,3)	51
7	תקרה חודשית לחולים כרוניים בחישוב חצי שנתי כהגדרתו בנספח א'	255
8	תקרה חודשית בחישוב חצי שנתי לחולה כרוני שהגיע לגיל פרישה	127

עמוד מס' 24

25	חיסון כנגד אלרגיה דיסנסיטוזציה	8
51 102 153 51	טיפולים פסיכותרפיים 1. טיפולי ראשון 2. טיפולים 2-15 3. טיפולים 16 – 30 4. טיפול קבוצתי	9
תוכנית הגביה בתרופות: - תרופה שמחיר המרבי לצרכן הינו עד 102 ₪ ישלם המבוטח 13 ₪ למנה אך לא יותר ממחיר התרופה לצרכן. - תרופה שהמחיר המרבי לצרכן הינו מעל 102 ₪ ישלם המבוטח 15% מהמחיר המרבי לצרכן. - תרופות להן יש תחליפים זולים או שאינן חלק מספר התרופות (לפי הרשימה) – 50% מהמחיר לצרכן.		

4.3. השתתפויות עצמיות בקופת חולים מאוחדת. ממודד לפי עליית מדד יוקר הבריאות לשנים 1998-2007 :

מס'	השירות	מחיר השתתפות עצמית מרבי -₪
1	ביקור רופא שניוני ברבעון	25
2	ביקור במרפאות חוץ ברבעון	25
3	ביקור במכונים ברבעון	25
4	תקרה למשפחה לרבעון להשתתפויות העצמיות בסעיפים (1,2,3).	178
5	תקרה משפחתית רבעונית למשפחה שאחד מחבריה עולה או מבוטח מעל גיל פרישה להשתתפויות עצמיות (בסעיפים 1,2,3)	89
6	תקרה חודשית לחולים כרוניים בחישוב רבעוני (כהגדרתו בנספח א')	280
8	תקרה חודשית בחישוב רבעוני לחולה כרוני שהגיע לגיל פרישה ומשתלמת בעדו גמלה לפי חוק הבטחת הכנסה	140
7	ביקור בית ע"י רופאים כאשר המרפאה פתוחה – 50% מעלות הביקור עד תקרה של-	83
8	הנפקת כרטיס מגנטי למתן שירותים רפואיים	13
9	העברה מרופא לרופא במהלך רבעון	140
10	ביקור במוקד בשעות הלילה	102
11	ביקור בית מעבר לשעות הפעילות	127
12	ספר השירותים הרפואיים	6
תוכנית הגביה בתרופות: - תרופה שהמחיר המרבי לצרכן הינו עד 96 ₪ ישלם המבוטח את המחיר המרבי לצרכן או 13 ₪ למנה, לפי הנמוך מביניהם.		

עמוד מס' 25

- תרופה שהמחיר המרבי לצרכן הינו עד 96 ₪ ישלם המבוטח 15% מהמחיר המרבי לצרכן.

4.4. השתתפויות עצמיות בקופת חולים לאומית. ממודד לפי עליית מדד יוקר הבריאות לשנים 2008 – 1998 :

מס'	השירות	מחיר השתתפות עצמית מירבי – ₪
1	ביקור רופא שניוני ברבעון	25
2	ביקור במרפאות חוץ ברבעון	25
3	ביקור במכונים ברבעון	25
4	תקרה משפחתית ברבעון להשתתפויות (בסעיפים 1,2,3).	191
5	תקרה משפחתית רבעונית למשפחה שאחד מחבריה עולה או מבוטח מעל גיל פרישה להשתתפויות עצמיות (בסעיפים 1,2,3)	96
6	תקרה חודשית לחולים כרוניים בחישוב רבעוני (כהגדרתו בנספח א')	280
8	תקרה חודשית בחישוב רבעוני לחולה כרוני שהגיע לגיל פרישה ומשתלמת בעדו גמלה לפי חוק הבטחת הכנסה	140
תוכנית הגבייה בתרופות:		
- תרופה שהמחיר המרבי לצרכן הינו עד 96 ₪ ההשתתפות תהיה 13 ₪ או מחיר התרופה המרבי לצרכן, לפי הנמוך מביניהם.		
- תרופה שהמחיר המרבי לצרכן הינו מעל 96 ₪, ההשתתפות העצמית תהיה 15% מהמחיר המרבי לצרכן.		

5. הגדרות :

5.1. "רופא ראשוני" – רופא אליו מונה המטופל בדרך כלל לראשונה. בהגדרה זו נכללים רופאים

כלליים (שאינם מומחים), ורופאים מומחים בענפי הרפואה הבאים: רפואת המשפחה, רפואת ילדים, רפואה פנימית, וגניקולוגיה.

5.2. " רופא שניוני" – (רפואת מומחים בקהילה) – רופא שאינו נכלל בהגדרת רופא ראשוני. הגדרה זו כוללת גם דיאטניות ופודיאטריה.

5.3. " מרפאות חוץ" – מרפאות הפועלות במסגרת בתי חולים כלליים.

5.4. " מכונים" – מכונים שאינם בבתי חולים כלליים: מכוני הדמיה, מכוני אבחון ומכונים אחרים.

עמוד מס' 26

מכוני ההדמיה כולל: מכוני רנטגן, אולטרסאונד, רפואה גרעינית, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), אקוקרדיוגרפיה.

מכוני אבחון: EEG, EMG, אודיומטריה, ארגומטריה.

מכוני אחרים: מכון להתפתחות הילד, מכון לגסטרואנטרולוגיה, מכון להפרעות בשינה.

5.5 "רבעון" - רבעון קלנדרי.

6. פטורים והנחות:

פטור מהשתתפות עצמית בעד ביקור אצל רופא ראשוני, רופא שניוני, מרפאות חוץ ומכוני:

6.1.1. קבוצות האוכלוסייה הפטורות מסוגי ההשתתפויות הנ"ל-

חבר שהגיע לגיל פרישה לגיל הפרישה (כמשמעותו בחוק גיל הפרישה, התשס"ד - 2004) ושמתלמת בעדם גמלה לפי חוק הבטחת הכנסה, התשמ"א - 1980 או לפי סעיף 11 לחוק תגמולים לאסירי ציון ולבני משפחותיהם, התשנ"ב - 1992, ובלבד שהשתלמה לחבר בתכוף להגשת התביעה לקבלת תגמול לפי הסעיף האמור גמלה לפי חוק הבטחת הכנסה בעד תקופה של שישה חודשים לפחות.

6.1.2. חבר והתלויים בו שמתלמת בעדם גמלה לפי פרק ט' לחוק הביטוח הלאומי וכן חבר שטרם מלאו לו 18 שנים ו-3 חודשים, שמתלמת בעדו גמלה לפי הסכם בדבר גמלת נידות שנערך לפי סעיף 9 לחוק הביטוח הלאומי, וחבר והתלויים בו שמתלמת בעדם קצבת זקנה לפי פרק י"א לחוק הביטוח הלאומי ותכוף לפני שהשתלמה בעדם קצבה כאמור השתלמה בעדם גמלה לפי פרק ט' לחוק הביטוח הלאומי.

6.2. **פטור מהשתתפות עצמית בעד ביקור במרפאות חוץ ומכוני:**

חולי דיאליזה, אונקולוגיה, איידס, גושה, CF, תלסמיה, המופיליה ושחפת.

6.3. **פטור מהשתתפות עצמית בעד שירותים במסגרת "התפתחות הילד":**

מבוטח הזכאי לגמלת הבטחת הכנסה, פטור מהשתתפות עצמית בעד שירותים במסגרת התפתחות הילד הניתנים לילדו.

6.4. **הנחות ברכישת תרופות:**

6.4.1. אזרח ותיק (כהגדרתו בחוק האזרחים הותיקים תש"ן-1989) שמתלמת לו גמלה לפי חוק הבטחת הכנסה, התשמ"א - 1980 או לפי סעיף 11 לחוק תגמולים לאסירי ציון ולבני משפחותיהם, התשנ"ב - 1992, ובלבד שהשתלמה לחבר בתכוף להגשת התביעה לקבלת תגמול לפי הסעיף האמור גמלה לפי חוק הבטחת הכנסה בעד תקופה של שישה חודשים לפחות וכן מבוטח אשר הוכיח להנחת דעתו של המוסד כי אלמלא הוראות סעיף 251 לחוק הביטוח הלאומי היה זכאי לגמלה לפי הוראות החוק האמור יהיה זכאי ל - 50% הנחה ברכישת תרופות.

6.4.2. **ותיק מלחמה נזקק כמשמעותו בחוק מעמד ותיקי מלחמת העולם השנייה, תש"ס - 2000,** זכאי להנחה בשיעור של 75% ברכישת תרופות.

עמוד מס' 27

- 6.4.3. נכה נתמך כהגדרתו בסעיף 24 לחוק נכי המלחמה בנאצים, התשי"ד-1954, זכאי להנחה בשיעור של 50% ברכישת תרופות.
- 6.4.4. חבר מעל גיל 75 זכאי ל- 10% הנחה בהשתתפות העצמית בתרופות (נכנס לתוקף החל מ- 5.3.08).

7. תקרות

7.1. תקרת תשלום למשפחה

תקרת התשלום למשפחה מתייחסת להשתתפויות בגין ביקור אצל רופא ראשוני, רופא שניוני, מרפאות חוץ ומכונים, והינה תקרה רבעונית.

7.2. הנחות בתקרה הנ"ל למשפחה

התקרה למשפחה שאחד מחבריה עולה חדש בשנתו הראשונה או מבוטח מעל גיל פרישה, תהיה 50% מהתקרה המשפחתית.

7.3. תקרת תשלום לחולים כרוניים עבור תרופות

- 7.3.1. תקרה חודשית ליחיד לתשלום בעבור צריכת כל סוגי התרופות (כולל תרופות שאינן חלק מהטיפול במחלה הכרונית) - תחול על חולים כרוניים (כהגדרתם בחוזר מספר 7- הגדרת מחלה כרונית לצורך תקרה עבור רכישת תרופות לחולים כרוניים).
- 7.3.2. מחצית מתקרת התשלום לחולים כרוניים עבור תרופות (האמורה בסעיף 7.3.1 לעיל) תחול על חברים שהגיעו לגיל פרישה, כמשמעו בחוק גיל פרישה, ושמשתלמת בעדם גמלה לפי חוק הבטחת הכנסה, התשמ"א-1980.

8. הבהרות:

- 8.1. התקרות מאותו סוג אינן מצטברות. לדוגמא: התקרה המשפחתית לעולה חדש שהוא גם מעל גיל פרישה תהיה 50% (ולא מצטברת 25%).
- 8.2. תקרות מסוגים שונים חלות על המבוטח. לדוגמא – במקרה ומבוטח הוא גם חולה כרוני וכן מעל גיל פרישה תחול עליו גם התקרה לחולים כרוניים בתרופות וכן 50% מהתקרה הרבעונית למשפחה להשתתפויות.
- זכאות להנחה אינה גורעת מהזכאות לתקרה.

תלונות, ערעורים והשגות על קבלת/אי-קבלת שירות רפואי – נספח ו'

1. מי שלטענתו קופחו זכויותיו על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, רשאי לפנות לכל אחד מהגופים האלה:

- 1.1. נציב הקבילות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 1.2. הממונה על פניות הציבור בקופ"ח ו/או במוסד הרפואי שבקשר אליו הוגשה התלונה.
- 1.3. בית הדין האזורי לעבודה.
- 1.4. ועדת חריגים בקופה.
- 1.5. המוסד לביטוח לאומי

2. פ נציב קבילות במשרד הבריאות

2.1. **זכאות** - כל תושב רשאי להגיש לנציב הקבילות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להלן- "נציב הקבילות") תלונה נגד קופת חולים, נותן שירותים מטעמה, עובד מעובדיהם או כל מי שפועל מטעמם, בכל הקשור למילוי תפקידיהם לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

2.2. **סמכויות הנציבות** - החל מיום 1.1.2006, קביעת הנציב לפיה התלונה נמצאה מוצדקת, מאפשרת למגיש התלונה לממש את זכויותיו מכוח החוק, בדרך הבאה:

2.2.1. במידה שקופת החולים לא סיפקה את השרות המבוקש על ידי המתלונן תוך 21 יום מהמועד בו נקבעה תלונתו כתלונה מוצדקת, קיימת בידו אפשרות להגיש בקשה למשנה למנהל הכללי וראש מינהל רפואה במשרד הבריאות (להלן "המנהל") לקבלת החזר כספי עבור רכישת השרות, שלא באמצעות קופת החולים בתהליך כלהלן:

2.2.1.1. המבוטח רשאי להגיש את הבקשה לאחר 21 יום ממועד החלטת הנציב, לפיה התלונה נמצאה מוצדקת וזאת באמצעות נציבות הקבילות.

2.2.1.2. לאחר קבלת הבקשה יפנה "המנהל" לקופת החולים ויברר האם סופק השרות למבוטח. במידה שהשירות לא סופק, יורה "המנהל" למוסד לביטוח לאומי על ביצוע החזר כספי ישירות למבוטח עבור רכישת השרות.

2.2.1.3. מתן החזר ייעשה רק לאחר שהמבוטח "רכש את השירות", אם בכספו, ואם על פי התחייבות עתידית שניתנה על ידו לספק לרכוש את השירות מאותו ספק, אף אם השירות לא ניתן בפועל.

2.2.2. במקרה בו קופת החולים, נגדה הוגשה התלונה, מתנגדת לעמדת הנציב ומגישה לבית הדין לעבודה תובענה (בקשר לזכותו של המבוטח לקבל את השירות בגינו הוגשה התלונה) לפני הגשת בקשה "למנהל" לקבלת החזר כספי, לא תטופל הבקשה על ידי "המנהל" וזכותו של המבוטח לקבל את השירות, תוכרע על פי פסיקת בית הדין לעבודה.

2.2.3. במקרה בו קופת החולים תגיש תובענה, כאמור, לאחר שהוגשה הבקשה "למנהל" לקבלת החזר כספי, לא יופסק הטיפול בבקשה לקבלת החזר הכספי.

2.2.4. במקרה בו המבוטח הגיש תובענה לבית הדין לעבודה לפני הגשת הבקשה "למנהל" על ידו, זכותו לקבלת השירות תוכרע על פי פסיקת בית הדין לעבודה, ו"למנהל" לא תהיה עוד סמכות לטפל בבקשה לקבלת החזר כספי.

2.3. כתובת לפניות

- 2.3.1. בכתב לפי הכתובת: נציבת קבילות הציבור, רח' רבקה 29, ירושלים.
- 2.3.2. בפקס': 02-6714308
- 2.3.3. בדואר אלקטרוני: kvilot@moh.health.gov.il
- 2.3.4. ניתן לפנות לתא הקולי בטלפון מס': 02-5681234 או להתקשר בין השעות 00-13:00: 15:00 בימים א'-ה' לטלפון רב קווי מס': 02-5681257 (אין קבלת קהל).

3. **פניה לנציב קבילות בקופה/בי"ח** - פרט להגשת קבילות לנציבת הקבילות הפועלת במשרד הבריאות, ניתן להגיש תלונות ישירות לכל קופה/מוסד רפואי. להלן כתובות הקופות:

3.1. **שירותי בריאות כללית** - רח' ארלוזורוב 101, תל-אביב 62098 טל. 03-5122785.

3.1.1. נציב פניות הציבור, ארלוזורוב 101, תל אביב 62098, טל': 03-6923357, פקס: 03-6923448

עמוד מס' 29

3.2. **מכבי שירותי בריאות** המרד 27, תל אביב 68125 טל': 03-5143535

3.2.1 מוקד מכבי ללא הפסקה: 1-700-50-53-53

3.2.2 נציבות פניות הציבור - רח' המרד 27, תל-אביב 68125 פקס: 03-5143822 ת.ד 50493 ,

תל אביב 68125 ; pniot@mac.org.il

3.3 **קופת חולים לאומית**

3.3.1 מנהל פניות הציבור שפרינצק 23, תל אביב 64738 טל': 03-6949612 פקס: 03-6970487

3.3.1.1 לאומיתפון: 1-700-507-507

3.4 **קופת חולים מאוחדת**

3.4.1 פניות הציבור רח' אבן גבירול 124, תל אביב 62038 טל': 03-5202323 03-5202394/69

פקס: 03-5235335 pniot@meuhedet.co.il

3.4.2 מוקד מידע: 1-700-706-706 או *3833

4. **פניה לבית משפט**

4.1 קופת חולים אינה רשאית להגביל או לשלול את זכויות של כל חבר או של כל אדם אחר לפנות לערכאות משפטיות.

4.2 בית-הדין לעבודה הוא בית המשפט היחיד המוסמך לדון בכל תביעה, שבין מבוטח או מי שטוען שהוא מבוטח לבין שר הבריאות, המנהל, המוסד, קופת-חולים, נותן שירותים לפי החוק.

4.3 במסגרת תביעה בבית-הדין לעבודה ניתן לנסות ולקבל "סעד זמני", כלומר צו זמני המוצא ע"י בית-הדין ומורה לקופת החולים לממן טיפול מסוים באופן זמני, עד שבית-הדין יקיים את הדיון בתביעה ויברר האם קיימת זכות או לא למימון הטיפול. במיוחד כאשר מדובר בסכנה לחיי-המבוטח, קיימת נטייה בבתי-הדין ללכת לקראת מבוטחים ולהוציא צו זמני כנגד קופות-החולים. עם זאת, יש לזכור כי במידה ובסיום המשפט יפסיד המבוטח, הוא עשוי להידרש לשלם תמורת כל אותם טיפולים שקיבל מקופת החולים לפי הוראת בית-הדין במסגרת הצו הזמני.

5. **ועדת חריגים בקופה** - בחלק מהמקרים ניתן לפנות לועדת-ערר או ועדת חריגים הפועלת במסגרת הקופה/המוסד הרפואי כדי לערער על החלטה שלא לממן תרופה או שירות מסוים.

זכויות עקב פגיעה מתוקף חקיקה אחרת

נספח ז'

מלבד חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ישנם חוקים נוספים, המסדירים את זכויותן של אוכלוסיות מוגדרות לשירותי בריאות הנובעים מפגיעה מסוימת, ובהם: נפגעי תאונת עבודה, אשפוז יולדות ויילודים, נפגעי פעולות איבה, חיילים בשירות חובה ומשרתי קבע, נכי רדיפות הנאצים, ילדים הלומדים במסגרת המוסדות לחינוך מיוחד.

1. תאונות עבודה – אחריות הביטוח הלאומי

- 1.1. נפגע ת. עבודה הוא אדם שנחבל תוך כדי ועקב העבודה (לרבות תאונה בדרך אל העבודה וממנה ותאונה בנסיבות מפורטות בחוק), והכיר בו הביטוח הלאומי כנפגע עבודה.
- 1.2. על פי הסכם בין הקופות והמוסד לביטוח לאומי, הקופות נותנת שירותים רפואיים לנפגעי עבודה המוכרים ע"י המוסד לביטוח לאומי.
- 1.3. "סל השירותים" לנפגע עבודה, רחב יותר מאשר הסל ל"מבוטח רגיל" והוא כולל את כל הטיפולים הרפואיים הנובעים מהתאונה כולל טיפול שיניים, אשפוז סיעודי וכו', וכמו כן, פטור מתשלום היטלי השתתפות עצמית.
- 1.4. **פניה לקבל הכרה** - לצורך קבלת הטיפול הרפואי עליכם להצטייד בטופס בל/250 חתום בחתימת ובחותמת המעסיק שנרשמו בו פרטי הנפגע והאירוע. יש לפנות עם הטופס בל/250 לרופא הקופה, כדי לקבל תעודת רפואית ראשונה לנפגע עבודה. תעודה זו תוגש לביטוח הלאומי בצירוף טופס התביעה, לקבלת ההכרה על הפגיעה. עותק מאישור ההכרה (עם פירוט הפגיעות המוכרות) יש להעביר לסניף הקופה.
- 1.5. לידיעתך, טופס בל/250 אינו מהווה אישור הכרה בביטוח הלאומי.

2. אשפוז יולדות ויילודים – אחריות המוסד לביטוח לאומי המשלם שירות לבית החולים.

3. נפגעי פעולות איבה

- 3.1. נפגע פעולת איבה זכאי לקבל שירותים רפואיים בדומה לנפגע תאונת עבודה.
- 3.2. כדי לקבל טיפולים רפואיים בקופת החולים בגין הפגיעה, יש להצטייד באישור ההכרה מטעם המוסד לביטוח לאומי בפירוט הפגיעות המוכרות, ולגשת לסניף הקופה.
4. **חיילים בשירות חובה ומשרתי קבע** - צה"ל מספק את השירות הרפואי הנדרש לחיילים בשירות חובה וקבע למעט בשירות ללא תשלום (של"ת) וקבוצות מסוימות של מתנדבים.
5. **נכי צה"ל** – משרד הביטחון מספק לנכה את כל השירות הרפואי הנדרש לטיפול בפגיעתו בלבד. בחלק מהמקרים יש לו הסכם עם הקופות כי הקופה תספק את השירות וצה"ל משיב לה את ההוצאה.

6. נכי רדיפות הנאצים

- 6.1. לאוצר הסכם עם הקופות כי הן תספקנה את השירות בגין הפגיעה המוכרת לנכה רדיפות הנאצים והאוצר ישיב להם את הוצאותיהם.
- 6.2. המטופל זכאי לפטור מלא מהשתתפות עצמית בגין הטיפול רפואי הנובע ממחלותיו שהוכרו ע"י הלשכה לשיקום נכים במשרד האוצר. לשם כך עליו לוודא כי בקופה ישנה הגדרה של המחלה המוכרת.
7. **ילדים הלומדים במסגרת המוסדות לחינוך מיוחד** - אחריות משרד החינוך לספק שירותים פרארפואיים הנדרשים לילדים אלה.

8. תאונות דרכים (ת"ד)

- 8.1. נפגע ת"ד זכאי לקבל את הטיפול הרפואי הכלול בסל הבריאות, ללא כל התניה (פס"ד אלחדד).
- 8.2. בשב"נים של הקופות קיימת החרגה לתאונות דרכים.

תושב חוזר – תנאים לקבלת שירות רפואי נספח ח'

1. חובת תשלום דמי ביטוח לאומי לטובת בחו"ל

- 1.1. תושב ישראל המתגורר זמנית בחו"ל, חייב בתשלום דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות גם בתקופת שהותו בחו"ל. פיגור בתשלום דמי ביטוח בריאות בתקופת שהייה בחו"ל, עלול לשלול את זכאותך לקבלת שירותים רפואיים למספר חודשים, לכן חשוב להקפיד על תשלום דמי הביטוח.
- 1.2. אם נשלחת לחו"ל על ידי מעסיקך הישראלי וחווה ההעסקה נחתם בארץ, הינך עובד שכיר לכל דבר ועניין ולכן חובת תשלום וניכוי דמי הביטוח משכרך, מוטלת על מעסיקך.
- 1.3. אם אתה שוהה בחו"ל, ואינך מועסק על ידי מעסיק ישראלי, עליך לשלם את דמי הביטוח הלאומי וביטוח הבריאות בעצמך, כל זמן שהנך תושב ישראל.
- 1.4. אם אתה שוהה בחו"ל עם משפחתך תקופה ממושכת, או שהיגרת למדינה אחרת והפסקת בפועל להיות תושב ישראל, עליך להודיע על כך למל"ל, כדי לבדוק את הפסקת ביטוחך.

2. מתי נשללת הזכות של ישראלי בחו"ל לקבל שירותים רפואיים בישראל?

- 2.1. מי שמוכר כתושב ישראלי ומשלם למוסד לביטוח הלאומי
 - 2.1.1. ישראלי בחו"ל יכול לשמור על זכויותיו במוסד לביטוח לאומי באמצעות תשלום חודשי קבוע כל זמן שהינו מוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי כתושב ישראל.
 - 2.1.2. לאחר 5 שנות שהייה בחו"ל מאבד אותו ישראלי את מעמדו כתושב ישראל, כספו מוחזר לו ע"י המוסד לביטוח לאומי רטרואקטיבית 5 שנים אחורה ויחול עליו תיקון ס' 58 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. תקופת ההיעדרות לחישוב תקופת ההמתנה תהא מועד עזיבתו את ישראל.
- 2.2. מי שמוכר כתושב ישראלי ואינו משלם למוסד לביטוח הלאומי
 - 2.2.1. ישראלי השוהה בחו"ל שנתיים ומעלה, לאחר 1 במרץ 2001, ומוכר כתושב ישראל ואינו משלם דמי ביטוח בריאות למוסד לביטוח לאומי בישראל או מפגר בתשלומיו יותר מ-12 חודשים לא יהיה זכאי לשירותים רפואיים בעת חזרתו לישראל לשהות קבע ויהיה חייב בתקופת המתנה הקבועה בחוק.
 - 2.3. מי שאינו מוכר כתושב ישראלי
 - 2.3.1. ישראלי השוהה בחו"ל שאינו מוכר כתושב ישראל (גם אם שילם דמי ביטוח לאומי!) לא יהיה זכאי לשירותים רפואיים בעת חזרתו לישראל לשהות קבע ויהיה חייב בתקופת המתנה המצטברת עפ"י חוק.

3. מתי יוכל ישראלי בחו"ל שנשללה זכותו לשירותים רפואיים לקבלה בחזרה?

- 3.1. המתנה עד לזכאות - על מנת להיות זכאי לשירותים רפואיים יש להמתין תקופת המתנה של חודש אחד בגין כל שנת היעדרות מישראל (שנת היעדרות מישראל נחשבת שנה שבמהלכה ישראלי שהה 183 ימים לפחות, גם אם לא ברציפות מחוץ לישראל), וזאת לכל היותר ל 6 חודשי המתנה.
- 3.2. פטור מתקופת ההמתנה – תקופת ההמתנה לא תחול על מי שהוכיח למוסד כי הוא שהה מחוץ לישראל בשל טיפולים רפואיים שהוא נזקק להם.
- 3.3. "ביטול" זמן המתנה באמצעות תשלום מיוחד - ניתן לקבל פטור מתקופת ההמתנה באמצעות תשלום מיוחד למוסד לביטוח לאומי.

ביטוח רפואי לילדים הנמצאים בישראל ואינם תושבים – נספח ט'

- משרד הבריאות מפעיל באמצעות קופ"ח מאוחדת, תכנית להסדרת ביטוח רפואי, בהשתתפות כספית של המדינה, עבור ילדים הנמצאים בישראל ואינם תושבים. זכאי להירשם לתכנית:
10. ילד שנולד בארץ ושאלו שהתה בישראל ששה חודשים רצופים לפני לידתו, או שהשהות המצטברת של אמו, עד לידתו, ושלו ממועד לידתו, מצטרפת לששה חודשים רצופים.
 11. ילד שלא נולד בישראל, או שנולד בישראל אך עזב אותה לאחר לידתו רשאי להירשם לתכנית באם ששה בארץ ששה חודשים רצופים לפני שפנה להירשם לתכנית.
 12. לא רשאים להירשם: ילדים תושבי הרשות הפלסטינית, ילדי דיפלומטים, ילדים להורים הנמצאים בישראל למטרות לימודים והוראה במוסדות להשכלה גבוהה וילדים הנמצאים בישראל כתיירים.
 13. ההרשמה לתכנית נעשית בלשכות משרד הבריאות.
 14. מה כוללת הזכאות?
 - 14.1. קטין שירשם לשירות יהיה זכאי לכל השירותים הניתנים לקטין ישראלי במצבו, למעט שירותים שאין אפשרות לספק אותם בישראל.
 - 14.2. השירותים ניתנים באמצעות מאוחדת או באמצעות גופים הקשורים אליה
 - 14.3. אין זכות לקבל החזר כספי עבור שירותים רפואיים שנרכשו באופן פרטי, אלא אם כן אישרה זאת הקופה במפורש.
 - 14.4. הוריהם של הילדים נושאים במימון שירותי הבריאות באמצעות תשלום חודשי, בדומה לביטוח בריאות. ישנה תקרת גג לתשלום להורה עבור כל הילדים. המדינה מסבסדת את יתרת עלות ההסדר.

נושאים נוספים

נושא 1 - פינוי והסעות באמצעות אמבולנס – זכאות להשתתפות לקופה או גורם אחר

ככלל, מקבל השירות משלם למד"א עבור הפינוי/הסעה ולאחר מכן עליו לפנות לקופה או לביטוח הלאומי לקבל החזר/השתתפות. להלן עקרונות הטיפול בבקשת החזר.

נושא א' – מי משלם בעבור הפינוי/העברה

1. מבוטח שפונה ואושפז

1.1. מי שפונה באמבולנס רגיל/נט"ן/אט"ן, ואושפז בבי"ח הקרוב למקום מגוריו, זכאי להחזר מלא

2. העברה מבי"ח אחד למשנהו

2.1. להלן המקרים בהם המבוטח פטור מכל תשלום:

2.1.1. מי שמאושפז בבי"ח ומועבר לבי"ח אחר, גם במקרה ומדובר על העברה לבי"ח שיקומי.

2.1.2. העברה מחדר מיון בבי"ח אחד למיון בבי"ח אחר.

2.1.3. העברה מבית חולים למשנהו לצורך טיפול בעת היותו מאושפז (בד"כ ההעברה היא ע"י בית החולים ולעיתים ע"י הקופה – בכל מקרה החולה אינו משלם).

2.2. הפטור אינו חל במקרה וההעברה היא למוסד סיעודי.

3. מבוטח שפונה ולא אושפז

3.1. הפינוי היה באמצעות אמבולנס רגיל – המבוטח אינו זכאי לכל החזר.

3.2. הפינוי היה באמצעות נט"ן/אט"ן – המבוטח זכאי להחזר של 50% מתעריף מד"א.

3.3. אין משמעות למספר השעות בהן שהה האדם בחדר מיון. כל עוד הוא לא אושפז, הוא זכאי להחזר חלקי/לא זכאי כמפורט בסעיף זה.

4. פינוי מהמרפאה

4.1. מבוטח שביקר במרפאה ובהוראת הצוות הרפואי פונה באמבולנס/נט"ן/אט"ן לבי"ח, אינו זכאי עפ"י החוק להחזר חריג.

4.2. למרות זאת, חלק מהקופות מאשרות החזר מלא במקרים אלה – פרטים בסניפי הקופה.

5. פינוי מהרחוב

5.1. מבוטח שאיבד את ההכרה ברשות הרבים והוזמן עבורו אמבולנס או נט"ן או אט"ן, והוא פונה לבי"ח זכאי להחזר מלא, גם אם לא אושפז.

6. העברה מבית החולים לביתו של המבוטח

6.1. ההוצאה בגין הסעת המטופל מביה"ח לביתו, תחולנה על המבוטח, ללא זכאות להשתתפות גורם אחר, פרט לחולים כמפורט בפרק "דמי נסיעה".

7. פינוי גופת הנפטר

7.1. הקופה תכסה את עלות הפינוי רק במקרה והפטירה הייתה בבית הנפטר במהלך הטיפול ע"י הצוות הרפואי של האמבולנס או במהלך הפינוי לבי"ח.

עמוד מס' 34

8. **פינוי נפגע בתאונות עבודה** - נפגע בתאונת עבודה זכאי להחזר מלאי של עלות הפינוי, ללא קשר האם אושפז או רק שהה במיון.

- 8.1. פינוי ראשוני בעקבות התאונה – התשלום עבור פינוי זה יבוצע ע"י הביטוח הלאומי
- 8.2. פינוי נוסף שלא ביום התאונה – במקרה והיה צורך בפינוי שלא ביום התאונה, המטופל יקבל את ההחזר באמצעות הקופה. עליו לפנות לקופה בה הוא מבוטח ולהציג בפניהם אישור הכרה של המוסד לביטוח לאומי כי התאונה הוכרה כתאונת עבודה.

9. פינוי לחדר לידה

- 9.1. עלות פינוי אישה שנתקפה בצירי לידה, חלה על המוסד לביטוח לאומי, אשר משתתף במימון ההסעה לבית החולים רק אם המרחק בין מקום המצאה של היולדת לבין בית החולים הקרוב שאליו פונתה, עולה על 40 ק"מ.
- 9.2. כאשר המרחק כאמור הינו מעל 40 ק"מ, תשלם היולדת עבור 20 הק"מ הראשונים והיתרה תשלום על ידי המוסד לביטוח לאומי אשר מתחשבים ישירות עם מד"א.
- 9.3. התנאי למימון הביטוח הלאומי הוא כי האישה ילדה או כי בבדיקת האולטרא סאונד בבית החולים נמצא כי יש לאישה צירי לידה, גם אם לא ילדה ביום הפינוי.

נושא ב' – תהליך הטיפול בקבלת השתתפות הקופה או גורם אחר

1. תהליך הטיפול בתשלום/החזר מהקופה

- 1.1. יש קופות הדורשות כי המבוטח ישלם בגין הפינוי ואח"כ ייגש לקופה לקבלת החזר ויש המסתפקות בהצגת התחייבות חתומה – יש לבדוק זאת בסניף הקופה אליו שייך המטופל.
- 1.2. בכל מקרה, על מנת לקבל את החזר, הנך נדרש להציג את ההתחייבות או הקבלה (תלוי בכל קופה) וכמו כן את דו"ח מד"א על הפינוי.
- 1.3. פינוי מהמרפאה – חלק מהקופות משלמות ישירות למד"א וחלקן דורש כי המטופל ישלם מכיסו ואח"כ יבוא לסניף שלו לקבל את החזר.
- 1.4. גובה החזר – יש למד"א שני תעריפים בהתאם לשיטת התשלום – תעריף לתשלום במזומן ותעריף לתשלום באשראי (כנגד חתימה על התחייבות). הקופות מחזירות בהתאם לגובה תעריף תשלום במזומן שהוא נמוך במקצת לעומת תעריף לתשלום באשראי.

2. נפגעי תאונות דרכים

- 2.1. כללי תשלום
 - 2.1.1. מי שנפגע בתאונת דרכים, ופונה ע"י אמבולנס, חייב בתשלום בהתאם לתעריפון מד"א לנפגעי תאונות דרכים.
 - 2.2. למי יש לפנות כדי לקבל החזר?
 - 2.2.1. נהג – יפנה לסוכן הביטוח שלו או לחברת הביטוח שבה הרכב מבוטח בביטוח חובה.
 - 2.2.2. נוסע – יפנה לחברת הביטוח בה מבוטח הרכב שבו הוא נסע בביטוח חובה.
 - 2.2.3. הולך רגל – יפנה לחברת הביטוח בה מבוטח הרכב שפגע בו בביטוח חובה.
 - 2.2.4. פגע וברח – יפנה לחברת קרנית.
 - 2.3. כיצד יודעים לאיזה חברת ביטוח יש חבות?
 - 2.3.1. נפגע תאונת דרכים פונה למשטרה לקבל "אישור משטרה" על התאונה. באישור מופיעים שמות חברות הביטוח של כלי הרכב שהיו מעורבים בתאונה.
 - 2.4. תהליך הטיפול בחברות הביטוח.
 - 2.4.1. לכל חברת ביטוח יש מדיניות שונה בטיפול בתשלום בגין הפינוי. יש חברות המקבלות את טופס ההתחייבות ומשלמות ישירות למד"א ויש חברות המוכנות לטפל בנושא רק לאחר התשלום. לפיכך יש לברר זאת בחברת הביטוח שלה יש חבות ביטוחית.

עמוד מס' 35

2.4.2. בפניה לחברת הביטוח יש לצרף (בנוסף להתחייבות או לקבלה על התשלום כמפורט בסעיף הקודם), גם אישור משטרה ודו"ח מד"א על הפינוי.

נושא ג' - דמי נסיעות לקבלת טיפול

1. להלן אוכלוסיית החולים הזכאים להשתתפות בגין נסיעה

- 1.1. **חולי דיאליזה** - חולה דיאליזה, הנוסע לקבלת טיפול דיאליזה במכון שבהסכם.
 - 1.2. **חולה אונקולוגי** - חולה אונקולוגי, הנוסע לקבלת טיפולים בבי"ח (טיפול כימותרפיה, הקרנות והמודיאליזה).
 - 1.3. **מושתלי מוח עצם** - מושתלי מוח עצם זכאים להחזר בגין הנסיעה לטיפולים במשך שלושה חודשים ממועד ההשתלה.
2. **גובה החזר** - המטופל זכאי להחזר כספי מלא של הוצאות הנסיעה מביתו לביה"ח ובחזרה (החזר לשני הכיוונים) בגובה דמי תחבורה ציבורית. עליו להציג אישור מביה"ח לגבי תאריכי הטיפולים. מטופל המוסע באמבולנס או במונית יקבל החזר של 50% מההוצאה.

נושא ד' – ארגונים המסייעים בשירותי הסעה

1. יד שרה - מעמידה לרשות נכים וחולים המרותקים לכיסאות גלגלים, כלי רכב מיוחדים, בהם מותקנות מעליות מיוחדות. כל הרכבים ממוזגים ומותקנים בהם אביזרי בטיחות מיוחדים להבטחת שלומם של הנוסעים. הנהגים הנם נהגים מקצועיים שעברו הכשרה מיוחדת להסעת מוגבלים. השירות ניתן לצורך נסיעה לבדיקות וטיפולים וכן לאירועים חברתיים ומשפחתיים. להזמנת נסיעה יש להתקשר 24 שעות מראש. דו"אל: internet@yadsarah.org.il
2. עמותת עזר מציון: **לתיאום הסעות באמבולנסים, ללא תמורה (24 שעות מראש):** טל. 03-5742742 שלוחה 124. כמו כן הסעות ברכבי הנפגעים על ידי מתנדבי העמותה - <http://www.ami.org.il>
3. **ארגון הגג של ארגוני נכים ונכים בלתי מאוגדים** – רח' פרישמן 57א' תל-אביב, 64383. טל: 5238799 - 03 פקס: 5240265 - 03 דו"אל: info@buildagate.com

שאלות שכיחות בנושא אמבולנס והסעות

שאלה 1: האם הקופה זכאית להגביל את המטופל לנסוע בחברת אמבולנס/מוניות שלהן יש הסדר עם הקופה?

תשובה: לא. הסדרי הבחירה אינם חלים על הסעות, דהיינו הקופה אינה יכולה לחייב את המטופל לנסוע בחברת האמבולנס/מוניות שיש לקופה הסדר איתם.

שאלה 2: האם הקופה זכאית לקבוע למטופל באיזה כלי תחבורה לנסוע?

תשובה: לא. להלן ציטוט מדו"ח לשנת 2005 של נציבת קבילות הציבור במשרד הבריאות (עמוד 109): "... הנציבה השיבה לקופת החולים כי עמדתה כאמור, אינה מעוגנת בחוק ולפיכך הנה מחויבת להמשיך לתת את החוזרים שנהגה לתת גם עבור נסיעה במונית מביתו למכון הדיאליזה".

נושא 2 - נהלי תשלום בגין ביקור במיון

1. ביקור במיון **חייב בתשלום מלוא עלות הביקור** עפ"י תעריפון משרד הבריאות (552 נכון לתאריך הכנת המסמך), פרט למי שפנה במקרים המפורטים בסעיפים 2, 3 להלן, המגדירים תנאים לפטור מלא או חלקי מהתשלום.

2. פטור מתשלום בחדרי מיון ניתן כאשר הפונה הוא:

- 2.1. מבוטח שפנה לחדר מיון עם מכתב רפואי ו/או עם התחייבות כספית של קופ"ח (טופס 17).
- 2.2. מבוטח שאושפז גם אם לא היה בידו מכתב רפואי ו/או טופס 17.
- 2.3. נפגע עבודה, שבידו אישור ממעבידו (טופס בל/50), על פגיעה בעבודה.
- 2.4. נפגע תאונת דרכים, שימציא אישור מן המשטרה על התאונה.
- 2.5. תלמיד, שנפגע בביה"ס, או בטיול של ביה"ס ("תאונת בית הספר"), ובידו אישור מבית הספר.
- 2.6. מבוטח שפנה לחדר מיון במקרים כדלקמן:
 - 2.6.1. כל שבר חדש
 - 2.6.2. פריקה חריפה של כתף או מרפק
 - 2.6.3. פציעה הדורשת איחוי ע"י תפירה או אמצעי איחוי חלופי
 - 2.6.4. שאיפת גוף זר לדרכי הנשימה
 - 2.6.5. חדירת גוף זר לעין
 - 2.6.6. טיפול במחלות סרטן.
 - 2.6.7. טיפול במחלת המופיליה .
 - 2.6.8. טיפול במחלת סיסטיק פיברוסיס (C.F).
 - 2.6.9. אישה שנתקפה בצירי לידה - בבדיקה במוניטור יש עדות לצירי לידה
 - 2.6.10. מי שפונה לבי"ח ע"י אמבולנס מד"א, מהרחוב או ממקום ציבורי אחר עקב אירוע פתאומי.
 - 2.6.11. תינוקות עד גיל חודשיים הפונים עקב הופעה פתאומית של חום גבוה מעל 38.5
 - 2.6.12. מבוטח הלוקה באי ספיקת כליות כרונית המטופלת בדיאליזה.
 - 2.6.13. מבוטח שהוא נפגע אלימות במשפחה או נפגע תקיפה מינית במקרים בהם התברר בדיעבד כי ההפניה היתה מוצדקת מבחינה רפואית .

3. חייב באגרת מיון בלבד (144 ₪ נכון ליום 1/8/2008)

- 3.1. הפונה לחדר מיון בלילה בין השעות 01:00 אחר חצות ועד 06:00 בבוקר, למעט מי שחלים עליו הסעיפים המזכים מפטור מלא כמפורט בסעיף 2 .
- 3.2. במקרים בהם מתברר בדיעבד כי הפניה הייתה מוצדקת מבחינה רפואית.

נושא 3 - חולה שיקומי או סיעודי או תשוש

פרק א' – חולה סיעודי

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע בסעיף 2 בתוספת השלישית כלהלן:

2. גריאטריה

שירותי אשפוז באחריות המדינה ובכפוף לנוהלי משרד הבריאות:

א. אשפוז חולים סיעודיים גריאטריים

ב. אשפוז תשושי נפש

ג. אשפוז נכים סיעודיים צעירים

ד. אשפוז חולים פסיכוגריאטריים

הערה: שירותי האשפוז ניתנים בהשתתפות המאושפז או משפחתו בעלות הטיפול.

1. **הגדרת חולה סיעודי** - אדם המרותק למיטה או לכסא גלגלים וזקוק לעזרה מלאה בפעולות היום-יום לרבות: רחצה, הלבשה, אכילה, שימוש בשירותים אי שליטה על הסוגרים, ועוד. זהו אדם שמצב בריאותו ותפקודו ירודים כתוצאה ממחלה כרונית או מליקוי קבוע, גופני או מנטאלי, הסובל מבעיות רפואיות הדורשות מעקב רפואי מיומן במסגרת בעלת אופי רפואי, לתקופה ממושכת.
2. **הגדרת תשוש נפש** אדם היכול להתהלך, אך סובל מירידה בזיכרון, בשיפוט, בהתמצאות במידה כזו שמסכן את עצמו. הוא זקוק לעזרה מלאה בפעילות היום-יום לרבות: רחצה, הלבשה, אכילה, שימוש בשירותים (אי שליטה על הסוגרים), הכוונה בניידות בגלל מצבו הקוגניטיבי.
3. **מי מממן את האשפוז?**
 - 3.1. אשפוז חולה סיעודי/תשוש נפש אינו כלול בסל הבריאות.
 - 3.2. האשפוז נעשה באמצעות פניה ללשכת הבריאות באזור מגורי החולה.
 - 3.3. ניתן לאשפוז את החולה בכל מוסד סיעודי שברישיון משרד הבריאות.
 - 3.4. המדינה מסייעת במימון בהתאם לקריטריונים שנקבעו ועל פי יכולות תקציביות.
4. תהליך הגשת בקשה במשרד הבריאות - לשם פתיחת תיק בקשה לאשפוז יש להעביר ללשכת הבריאות, (באופן אישי, בדואר או בפקס) את המסמכים הבאים:
 - 4.1. שאלון רפואי-סיעודי עדכני (מהחודש האחרון) על המועמד לאשפוז, ממולא בכל פרטיו וחתום על ידי רופא ואחות, בצרוף בדיקות מעבדה עדכניות, תוצאות צילומים רפואיים שונים וכו'.
 - 4.2. צילום תעודת זהות של המועמד לאשפוז, כולל ספח הכתובת.
 - 4.3. מכתבי שחרור מאשפוזים בבי"ח בשנה האחרונה, אם היו.
 - 4.4. דו"ח סוציאלי לאשפוז חולה כרוני אשר ימולא ע"י עו"ס המכיר את החולה ומשפחתו. מכתב רפואי ממומחה (גריאטרי, פסיכיאטר, נוירולוג) אם המועמד לאשפוז אינו צלול.
 - 4.5. הבקשה תועבר לדיון בוועדה רב מקצועית. הוועדה תחליט אם המועמד הוא חולה סיעודי או תשוש נפש, ועל סוג המוסד המתאים לו.
 - 4.6. חישוב ההשתתפות הכספית של החולה ומשפחתו
 - 4.7. לאחר אישור הזכאות של החולה דרושה קביעת גובה ההשתתפות הכספית של המועמד, בן/בת זוגו וכל אחד מילדיו הבגירים בנפרד.
 - 4.8. על המועמד לאשפוז ובני המשפחה (בן/בת זוג, והילדים) למלא את שאלוני ההצהרה, לצרף את המסמכים הרלוונטיים כמתבקש בשאלון, ולחתום על השאלונים בפני עורך דין או מזכיר בית המשפט.
 - 4.9. בתחילת האשפוז יגבו מכל מועמד לאשפוז דמי כניסה כפי שיקבע בזמן החישוב הכספי.

פרק ב' - חולה סיעודי-מורכב

1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע בתוספת השלישית כלהלן:

אשפוז כרוני (תיקון תשנ"ז)

אשפוז סיעודי מורכב - 70 ש"ח ליום

2. הגדרת חולה סיעודי מורכב

חולה אשר סובל בנוסף גם ממצבים רפואיים המחייבים השגחה צמודה של רופא: פצעי לחץ, זונדה לקיבה, עירווי תוך ורידי ממושך, דיאליזה, טיפולים כימותרפיים, הקרנות ועוד.

3. מימון האשפוז

מימון אשפוז חולה סיעודי מורכב הוא באחריות קופות החולים, בתשלום השתתפות עצמית של כ-100 ש"ח לכל יום אשפוז, ללא כל מימון של משרד הבריאות. אין הגבלה על משך האשפוז.

פרק ג' - חולה שיקומי

1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע בתוספת השנייה כלהלן:

23. גריאטריה ושיקום –

אשפוז חולה שיקומי - ניתן עד 3 חדשים (ועדה מקצועית של קופת החולים תוכל לאשר הארכת התקופה)

2. **הגדרת חולה שיקומי** - חולה הסובל מירידה משמעותית בתפקוד עקב בעיה רפואית חדה וקיים פוטנציאל לשיקום, כגון: שבר במפרק ירך, אירוע מוחי, מחלה זיהומית, ניתוח.

3. **מימון האשפוז** - חולה כזה יופנה לשיקום באמצעות קופת החולים. (בפועל קיים שימוש מועט בסעיף המגביל את האשפוז לשלושה חודשים).

נושא 4 - שירותי עזרה סיעודית של מטפל/עובד זר בחוק הסיעוד

1. זכאות –

גמלת סיעוד ניתנת על פי החוק לזקן(ה) (גבר מעל 65, אישה מעל גיל 60) שתלוי במידה רבה או לחלוטין בעזרת הזולת לעשיית פעולות היום-יום הבסיסיות ביותר: ניידות בתוך הבית, הלבשה, רחצה, אכילה ושתייה, הפרשות; או למי שזקוק להשגחה מתמדת כדי לא לסכן את עצמו או אחרים. חומרת המצב הרפואי איננה קריטריון לזכאות, ולכן אדם חולה ומוגבל אשר אינו תלוי בזולת במידה רבה לצורך רוב פעולות היום-יום או אינו זקוק להשגחה, אינו זכאי לגמלה.

שירותי הסיעוד אותם ניתן לקבל במסגרת חוק סיעוד:

- טיפול אישי והשגחה בבית וכן סיוע בניהול משק הבית
- טיפול במרכז-יום לקשישים (כולל הסעה)
- מוצרי ספיגה, שירותי מכבסה, משדר מצוקה

תכנית השירותים המלאה יכולה לכלול טיפול בבית ע"י מטפל במלוא שעות הטיפול שאושרו לכך, או שילוב של מספר שירותים מתוך סל השירותים המוגדר. חבילת הטיפול בשלמותה לא תעלה על סה"כ השעות השבועיות שאושרו למטופל. בהכנת תכנית השירותים תסייע עובדת סוציאלית מטעם שירותי הרווחה.

2. כמה מקבלים?

- 2.1. גמלת סיעוד חלקית- 100% גמלה (3/4 9 שעות שבועיות) - ניתנת למי שנמצא תלוי במידה רבה בעזרת הזולת ברוב פעולות היום-יום, וכן למי שנמצא זקוק להשגחה.
- 2.2. גמלת סיעוד מלאה- 150% גמלה (1/2 15 שעות שבועיות) – ניתנת למי שנמצא תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בכל פעולות היום-יום, וכן למי שנמצא זקוק להשגחה מתמדת.
- 2.3. הגמלה מותנית במבחן הכנסות אשר יכול להפחית או לשלול אותה

3. איך לתבוע גמלת סיעוד?

- 3.1. יש למלא טופס תביעה לגמלת סיעוד, ולמסור אותו בסניף המוסד לביטוח לאומי שבמקום המגורים (טופסי תביעה אפשר לקבל בכל סניפי המוסד לביטוח לאומי, קופות חולים וכן אפשר להוריד **מאתר האינטרנט של הביטוח הלאומי**). המתקשה במילוי טופס התביעה יוכל לקבל עזרה מפקיד התביעות או מעובדי מחלקת הייעוץ לקשיש שבסניף המוסד לביטוח לאומי.
- 3.2. בטופס התביעה יש לקבל חוות-דעת מן הרופא המטפל, ולטופס יש לצרף אישורים על הכנסות.
- 3.3. את התביעה לגמלת סיעוד יכול להגיש גם אדם אחר המייצג את המבוטח, כגון בן משפחה, האפוטרופוס, העובד הסוציאלי, האחיות או עמותת הסיעוד אשר הציעה לאדם את שירותיה, לאחר שהתובע חתם על התביעה

4. התהליך שעוברת הבקשה עד לאישורה:

- ביטוח לאומי עורך מבחן הכנסות
- אחות מטעם ביטוח לאומי מגיעה לביתו של המטופל על מנת לבדוק את מצבו התפקודי
- ועדה בה משתתפים נציגי ביטוח לאומי ונציג מטעם לשכת הרווחה אליה שייך הקשיש דנה בהמלצות האחיות. (במקרה שהבקשה נדחית, נשלחת התשובה לבית המטופל).
- החלטת הוועדה נשלחת ללשכת הרווחה אליה שייך הקשיש.
- לשכת הרווחה שולחת עובדת סוציאלית לבית הקשיש ובונה עבורו תכנית בהתאם לצרכיו. לאחר בניית התכנית, הקשיש רשאי לבחור את חברת הסיעוד ממנה יקבל את השירות.
- חברת הסיעוד מקבלת את הפנייה מלשכת הרווחה ופועלת למתן השירות על פי התכנית שנבנתה עבור הקשיש.

הערות: אפשר לקבל מחברת סיעוד שירותי טיפול בבית עוד בטרם חל עליכם חוק סיעוד מטעם ביטוח לאומי. במסגרת הסדר פרטי בין החברה למשפחת המטופל. כמו כן, ניתן לקבל שירותי מטפל מטעם רוב קופות החולים, באמצעות היחידה להמשך טיפול

5. מה כולל טיפול אישי בבית?

- 5.1. מטפלת - הטיפול כולל מטפל או מטפלת מחברה המספקת שירותים, הבאים לבית הקשיש כדי לעזור בטיפול היומיומי. גם מטפל לרבות עובד זר שעובד אצל המטופל באופן פרטי, יוכל להמשיך ולטפל בו כעובד חברה, לאחר שיימצא מתאים ע"י החברה. המטפל אינו יכול להיות בן משפחה קרוב של המטופל. מסגרת הטיפול כוללת מספר שירותים: סיוע בהלבשה, ברחצה,

- 5.2. **שירותי מרכז יום** - מרכז יום מספק מסגרת חברתית, הכוללת מגוון פעילויות פנאי ותרבות בסביבה מוגנת. כמו כן השירות במרכז היום כולל טיפול אישי וסיעודי (כגון רחצה לפי הצורך), הסעה למרכז היום וממנו וכן שתי ארוחות ביום (בתשלום נוסף). קבלת השירות ניתנת על חשבון שעות טיפול במסגרת חוק הסיעוד.
- 5.3. **מוצרי ספיגה** - לסובלים מבעיות שליטה בסוגרים מוצע מבחר מגוון של מכנסונים ומוצרי ספיגה בגדלים שונים. פעם בחודש יובאו המוצרים לבית המטופל. ניתן לקבל סיוע, בבחירת המוצרים והתאמתם, ע"י אחות. לקבלת השירות יש לפנות אל לשכת הרווחה אליה שייך המטופל. קבלת השירות ניתנת על חשבון חלק משעות הטיפול במסגרת חוק הסיעוד.
- 5.4. **לחצו מצוקה** - לחצו מצוקה הנו מכשיר קשר אלחוטי המקשר בין הקשיש למוקד עזרה במקרה של מצוקה רפואית, בטיחותית וכו'. קיימים מספר סוגים של לחצני מצוקה: עם דיבור חופשי דו-כיווני, מקושר למוקד מד"א ואחרים. ניתן לקבל שירות זה על חשבון ¼ שעת טיפול שבועית במסגרת חוק הסיעוד (מותנה באישור הוועדה מטעם ביטוח לאומי).

מוקדי מצוקה:

שם המוקד	טלפון
סקיוטק	555222-800-1
אנוש	445958-800-1
יד שרה	*6444
"בבית"	02-6231024 – מרכז ארצי

- 5.5. **שירותי מכבסה** - איסוף כביסה מבית הקשיש והחזרתה נקייה. לקבלת השירות יש לפנות ללשכת הרווחה אליה שייך הקשיש. שירות זה ניתן על חשבון חלק משעות הטיפול במסגרת חוק הסיעוד

6. **האם אפשר לקבל גמלה בכסף ?**

לפי החוק גמלת הסיעוד היא הספקת שירותים לזכאי או למשפחתו, כמו שירותי הבריאות והחינוך שאינם ניתנים כתשלום כספי. זאת, לאור מסקנה, שאספקת שירותים עונה על הצרכים יותר מהענקה בכסף. החוק מתיר להעניק גמלה בכסף רק כאשר אין שירותי סיעוד זמינים ורק עבור זכאי אשר גר עם בן משפחה. בדרך כלל, העדר שירותים זמינים הוא נדיר ביותר.

7. **האם זקן שגר בבית אבות זכאי לגמלה ?**

שהייה במוסד המוגדר "סיעודי" פרטי או ציבורי שוללת את הזכאות לגמלת סיעוד, גם כאשר השוהה במוסד משלם את הוצאות ההחזקה. "מוסד סיעודי" לפי הגדרת החוק הוא "מוסד או מחלקה שבהם מוחזקים ומטופלים אנשים הזקוקים לסיעוד, תשושי נפש או תשושים".

8. **היש זכאות לתקופה זמנית ?**

הזכאות לגמלת סיעוד נקבעת בהתאם למידת התלות בזולת לעשיית פעולות היום-יום, או לפי מידת ההזדקקות להשגחה, לאורך זמן ממושך. כאשר צפוי שיפור משמעותי במצב התפקודי נקבעת זכאות זמנית, וכשתסתיים זכאותך היא תיבדק מחדש. זכאות זמנית לדוגמא: לאחר ניתוח החלפת מפרק הירך, לאחר אירוע מוחי שאירע זמן קצר לפני הבדיקה.

9. **האם אפשר לקבל שירותים מכל חברה ?**

ניתן לבחור לקבל שירותים מכל חברה הנמצאת ברשימה המצורפת להודעה על הזכאות הנשלחת למי נמצא זכאי לגמלת סיעוד.

הערה: מומלץ לעיין באתר הביטוח הלאומי לקבלת הסבר מפורט על כללי הזכאות.

נושא 5 - מכשירי עזר וניידות

- 1.1. משרד הבריאות משתתף במימון רכישת מכשירי שיקום רפואיים.
- 1.2. זכאים לסיוע בעלי נכות קבועה. הערה: נכים המאושפזים במוסדות סיעודיים או במוסדות של משרד הרווחה (בתי אבות) זכאים למימון מכשירי הליכה ותותבות גפיים בלבד.
- 1.3. רשימת המכשירים נקבעה בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ה (1995)
 - א. מכשירי ניידות: כסאות גלגלים ידניים, כסאות טיולן, (BUGGY) כסאות ממונעים, כסאות שירותים, כריות מיוחדות לכיסאות-גלגלים, אינסרטים, מנופים ביתיים, הליכוניים אחוריים וקדמיים, רולטורים, קביים קנדיות.
 - ב. מיטות ומזרנים: מיטות פאולר ידניים וחשמליים, מזרונני אויר חשמליים למניעת פצעי-לחץ.
 - ג. מכשירי הליכה ותותבי גפיים: אורטוזות (מכשירי הליכה), תותבות לגפיים, כפפה לכיסוי תותבת-יד, נעליים רפואיות מיוחדות, גרבי-גדס במקרה של החלפת בית-גדס או תותבת.
 - ד. מכשירי שיקום: תותבת שד,
 - ה. שמיעה - מכשירי שמיעה לילדים עד גיל 18 שנה
 - ו. מכשירי ראייה - תותבת-עיניים, משקפים טלסקופיות ומיקרוסקופיות לילדים ונוער עד גיל 18 ש', עדשות מגע מיוחדות לילדים שאינם יכולים להרכיב משקפיים.
 - ז. מכשירים נוספים: (רק עבור אדם במשפחה בה 2 בני הזוג מקבלים קצבה מביטוח לאומי + השלמת הכנסה) - הליכוניים רגילים - מקלות הליכה לסוגיהם - כריות ספוג למניעת פצעי-לחץ - מזרונני ספוג למניעת פצעי לחץ
- 1.4. אינם זכאים לסיוע דרך משרד הבריאות - נפגעי תאונות עבודה, פעולות איבה, נכי צה"ל, נפגעי תאונות דרכים וכל המקבלים סיוע ממקור אחר.

2. מדיניות המימון

- 2.1. השתתפות המשרד: שיעור השתתפות משרד הבריאות בעלות המכשיר הינו 75% מן המחיר שנקבע על פי סוג המכשיר, כאשר קיימות שתי קבוצות:
 - א. מכשירים שנקבע להם סכום מרבי, שאינו מחירו המלא של המכשיר.
 - ב. מכשירים שעבורם נבדקות 3 הצעות מחיר - מחירם נקבע עפ"י ההצעה הזולה ביותר.
 - ג. **תיקון מכשירים**: משרד הבריאות באמצעות לשכות הבריאות המקומיות משתתף במימון תיקון מכשירי ניידות ממונעים ובמימון תיקונם של מכשירי הליכה ותותבות גפיים בלבד. השתתפות המשרד היא 90% מעלות התיקון.
- 2.2. השתתפות האזרח
 - א. גובה השתתפות האזרח תהיה 25% מן הסכום שקבע משרד הבריאות.
 - ב. אזרח המתקשה לממן את חלקו ברכישת המכשיר יפנה לעובדת סוציאלית בלשכת הבריאות שבסמכותה להוריד את סכום ההשתתפות העצמית.
 - ג. לפני הרכישה חשוב להתייעץ עם הגורם המטפל בלשכת הבריאות.
- 2.3. תהליך קבלת המימון - לבקשה יש לצרף את המסמכים כלהלן:
 - א. דו"ח רפואי חתום ע"י רופא.
 - ב. מכתב המלצה של פיסיותרפיסט/ית או מרפא/ה בעיסוק מקופת החולים המבטחת.
 - ג. במוסדות לילדים חריגים תצורף המלצה גם של פיזיותרפיסט/ית ושל מרפא/ה בעיסוק.
 - ד. דו"ח סיעודי תפקודי חתום ע"י אחות ו דו"ח סוציאלי חתום ע"י עובדת סוציאלית.
 - ה. במידת הצורך תתכן בקשת מסמכים נוספים.
 - ו. הערה: מומלץ לבדוק בלשכת הבריאות המחוזית לפני תחילת הטיפול ברכישת הפריט.

נושא 6 – טיפולי שיניים

1. ככלל, טיפולי שיניים לא כלולים בסל הבריאות פרט לחולים אונקולוגיים (תיקון תשס"ג) כלהלן:
 - א. לפני טיפול כימותרפי/קרינתי, הקופה תשתתף ב- 50% מעלות טיפול משמר וטיפול משקם לפי התעריף של רשת מרפאות השיניים של הקופה (להלן - תעריף הקופה).
 - ב. אחר טיפול כימותרפי/קרינתי יינתן כיסוי מלא של טיפול משמר וטיפול משקם לפי תעריף הקופה .
 - ג. לאחר טיפול כימותרפי/קרינתי לאזור ראש-צוואר יינתן כיסוי מלא של טיפול תומך בפה, טיפול משמר וטיפול משקם, לתקופה של 60 חודשים, לפי תעריף הקופה. טיפול משמר וטיפול משקם, מעבר לתקופה האמורה, יינתן, לפי תעריף הקופה, למבוטח שהתקיימו בו כל אלה :
 - ג.1. חולה שקיבל הקרנות לאזור ראש צוואר בגיל הילדות, בשל מחלה ממארת.
 - ג.2. בעקבות הטיפול הקרינתי נפגעה באופן בלתי הפיך התפתחות המשן הזמני והקבוע ;
 - ג.3. למטופל טרם מלאו 30 שנה .
 - ד. לפני טיפול כירורגי בגידול באזור הלסתות, יינתן כיסוי מלא של טיפול משמר וטיפול משקם, לפי תעריף הקופה .
 - ה. לאחר טיפול כירורגי בגידול באזור הלסתות יינתן כיסוי מלא של טיפול משמר וטיפול משקם (לרבות תותבות) לפי תעריף הקופה .

2. טיפולי שיניים בהרדמה מלאה

הרדמה כללית לצורך טיפול שיניים כלולה בסל הבריאות רק במקרים בהם עקב מצבו הרפואי של המבוטח אין אפשרות לטפל בשיניים אלא בדרך של מתן הרדמה כללית וזאת רק לגבי בעלי הלקוויות הבאות: שיתוק מוחין, אוטיזם, פיגור, תסמונת דאון, חולי נפש וחולי לב קשים.

מומלץ לעיין [בחוזר משרד הבריאות "הרדמה לצורך טיפול שיניים" מיום 27/10/2002](#).

נושא 7 - הפסקת הריון

1. הועדה להפסקת הריון

- 1.1. על מנת לבצע הפסקת הריון יש לפנות אל אחת הועדות הרפואיות להן הוענקה הסמכות לאשר הפסקת הריון.
- 1.2. הפניה יכולה להיות אל כל ועדה בארץ, ללא תלות במקום המגורים של האישה.
- 1.3. לא חלה חובת התייצבות בוועדה אלא די בהצגת מסמכים רפואיים.

2. מתי יינתן אישור ע"י הועדה לביצוע הפסקת הריון

- 2.1.1. האישה היא למטה מגיל 18 או מלאו לה 40 שנה.
- 2.1.2. ההיריון נובע מיחסים אסורים לפי החוק הפלילי (אונס או גילוי עריות) או שהוא מחוץ לנישואין.
- 2.1.3. הוולד עלול להיות בעל מום רפואי או נפשי.
- 2.1.4. המשך ההיריון עלול לסכן את חיי האישה או לגרום לאישה נזק גופני או נפשי.

3. האם האישור הנ"ל במקרים הללו יינתן בכל מועד ובכל שלב בהריון?

- 3.1. האישור יינתן רק אם הוגשה בקשה לפני שהאישה הגיעה לשבוע ה-24 של ההיריון.
- 3.2. לאחר השבוע ה-24 להריון יינתן אישור, רק במקרה ואובחן אצל העובר מום עוברי.

4. מי ישלם בגין הפסקת הריון?

- 4.1. קופת החולים תשלם עבור הפסקת ההיריון במקרים הבאים:
 - 4.1.1. האישה היא למטה מגיל 18
 - 4.1.2. הוולד עלול להיות בעל מום רפואי או נפשי.
 - 4.1.3. המשך ההיריון עלול לסכן את חיי האישה או לגרום לאישה נזק גופני או נפשי.
- 4.2. חיילת שנכנסה להריון בזמן שירותה הצבאי, לה יממן הצבא הפסקת הריון אחת.

נושא 8 - בריאות הנפש

1. החוק לטיפול בחולי הנפש

- 1.1. חוק זה מסדיר את זכויותיהם כמו גם את אמצעים שניתן לנקוט בהם כלפי חולי הנפש. החוק אינו מתייחס לכל ההפרעות הנפשיות שאינן מחלות נפש (הפרעות אישיות, עבריינות, ועוד).
- 1.2. חולה נפש הוא אדם הסובל ממחלה נפש הפוגעת בשיפוט ובתפיסת המציאות. לדוגמה אדם הסובל מסכיזופרניה ומאמין שהוא המשיח- וכזזה מותר לו לעשות כל העולה בראשו- מוגדר כחולה נפש. מאידך אדם הסובל מחרדות ובגללן אינו מוכן לצאת מביתו אינו מוגדר כמי שיש לו שיפוט לקוי והחוק אינו תקף עבורו.

2. הזכות לקבל טיפול נפשי

- 2.1. על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כל הזכויות הנתונות לחולה במחלה שאינה פסיכיאטרית נתונות גם לחולה במחלה פסיכיאטרית. מבחינות רבות אין עוד מקום להבחנה בין טיפולים נפשיים ופיזיים.
- 2.2. יחד עם זאת, העובדה שהשירותים הפסיכיאטריים טרם הועברו לאחריות קופות-החולים, וכן המחסור הקשה בשירותים פסיכיאטריים מחוץ לבתי-החולים עצמם, מלמדת, כי בפועל עדיין מופלים החולים במחלות פסיכיאטריות לרעה לעומת החולים במחלות פיזיות. כך למשל, לא פעם על הזקוקים לטיפולים פסיכולוגיים בקופות-חולים להמתין במשך חודשים ארוכים לטיפול. מצב זה גורם לכך שבתחום הפסיכיאטרי, אף יותר מהתחומים אחרים, נאלצים הזקוקים לטיפולים לרכוש אותם באופן פרטי.

3. אשפוז בבי"ח פסיכיאטרי

- 3.1. תנאי מוקדם לאשפוזו של אדם בבית-חולים פסיכיאטרי, למעט אם ניתן לגביו צו אשפוז, הוא כי נעשתה באותו אדם בדיקה רפואית, נפשית וגופנית, בבית חולים ונקבע הצורך לאשפוז. היה החולה קטין – ייבדק בידי פסיכיאטר מומחה לילדים ולנוער רק בהתקיים תנאי זה יש מקום לבחון את השאלה האם מסכים אותו אדם לאשפוז, אם לאו.
- 3.2. חולה המבקש להתאשפז מרצונו בבית-חולים פסיכיאטרי, מוחתם על טופס הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול. עם זאת, ישנם טיפולים מיוחדים אשר יהיה עליו לחתום על הסכמה נפרדת כתנאי לקבלתם אשר קבועים בתקנות של חוק טיפול בחולי נפש (כיום ישנה התייחסות רק לסוג טיפול אחד – טיפול בגזע חשמלי).
- 3.3. חשוב להבין כי משהסכים אדם להתאשפז, הוא אינו יכול להשתחרר באופן מיידי, אלא רק בתוך 48 שעות ממועד בקשת השחרור. בפרק זמן זה יכול בית-החולים לפנות אל הפסיכיאטר המחוזי בבקשה להוצאת הוראת אשפוז כפוי, אם הפסיכיאטרים המטפלים בבית-החולים סבורים, כי מצבו עונה על התנאים לאשפוז פסיכיאטרי כפוי של אדם.

4. אשפוז כפוי באמצעות פסיכיאטר מחוזי

- 4.1. הפסיכיאטר המחוזי הוא הגורם הממונה על הוצאת הוראות לבדיקה פסיכיאטרית כפויה. לצורך הוצאת הוראה כזו, על הפסיכיאטר להשתכנע כי האדם לגביו מתבקשת הבדיקה הכפויה הוא ככל הנראה:
 - 4.1.1. חולה, וכתוצאה ממחלתו פגום, במידה ניכרת, כושר שיפוטו או כושרו לביקורת.
 - 4.1.2. הוא עלול לסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיזי מיידי.
 - 4.1.3. הוא סירב להיבדק בידי פסיכיאטר.
- 4.2. בתי-המשפט חזרו ופסקו, כי הוראת אשפוז כפוי אינה יכולה להיות מבוססת על שיקולים רפואיים בלבד. היא חייבת לאזן בין השיקולים השונים - חירותו של המטופל, הטיפול בו, שלום הציבור – כל אלה חייבים לבוא בחשבון.
- 4.3. הוראה שהוציא הפסיכיאטר המחוזי לבדיקה כפויה הינה בתוקף במשך עשרה ימים מיום שהוצאה. הוראה כזו מבוצעת בדרך כלל ע"י צוות של אחים מאשפוזים מבית-החולים, בסיוע של שוטרים. האחים המאשפוזים והשוטרים רשאים להשתמש ב"כוח סביר" הן לצורך הכניסה למקום בו נמצא אותו אדם, והן לצורך ביצוע הבדיקה עצמה.
- 4.4. לאחר שנבדק אדם בבדיקה פסיכיאטרית (בדרך כלל בחדר מיון של בית-חולים פסיכיאטרי) רשאי בית-החולים לפנות אל הפסיכיאטר המחוזי בבקשה מנומקת בכתב, ולבקש את הוצאתה

4.5. אשפוז כפוי לפי הוראה של הפסיכיאטר המחוזי הינו לפרק זמן ראשוני של שבעה ימים בלבד. על פי בקשה מנומקת בכתב של בית-החולים רשאי הפסיכיאטר להאריך את תקופת האשפוז לשבעה ימים נוספים. בסיום ארבעה-עשר הימים עוברת סמכות ההחלטה בדבר המשך האשפוז אל הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית, אשר מוסמכת, על פי בקשה מנומקת בכתב של בית-החולים, להאריך את האשפוז בשלושה חודשים נוספים. בהמשך הדרך מוסמכת הוועדה להמשיך להאריך את האשפוז לתקופות של עד שישה חודשים. בכל מקרה, התנאים להארכת אשפוז כפוי זהים לתנאים המקוריים לבדיקה כפוי ולאשפוז כפוי (דהיינו מחלה + סיכון פיזי מיידי לעצמו או לזולתו).

4.6. בית-החולים רשאי, לפי שיקול דעתו, לשחרר אדם המאושפז באשפוז כפוי אזרחי, או לאשר לו חופשות. אם החולה או קרובו מתנגדים, יש צורך באישור של הפסיכיאטר המחוזי לשחרור. על החלטת הפסיכיאטר המחוזי ניתן לערור בפני הוועדה הפסיכיאטרית.

4.7. חשוב להבחין בין אשפוז כפוי אזרחי ובין אשפוז כפוי "פלילי", שנעשה בהוראה של שופט בהליך פלילי במסגרת הליכים פליליים הננקטים כנגד אדם.

4.8. החוק קובע הוראות שונות ומחמירות יותר לגבי אשפוז כפוי של קטינים. הסמכות לאשפוז בכפיה קטין בן למעלה מ-15 המתנגד לאשפוזו מצויה אך ורק בידי בית-המשפט לנוער.

5. אשפוז כפוי שלא באמצעות הוראת אשפוז של הפסיכיאטר המחוזי

5.1. לפי חוק טיפול בחולי נפש קיימת אפשרות גם למנהל בית חולים פסיכיאטרי לקבל החלטה בדבר הצורך באשפוז כפוי דחוף וזאת במקרה ייחודי ובנסיבות מיוחדות, על דרך החריג, כמפורט בחוק, שהם: החולה **נבדק נפשית וגופנית** ונמצא כי נתמלאו לגביו התנאים לאשפוז לפי סעיף 9(א) לחוק, הקובעים כי **הנבדק חולה במחלת נפש וכתוצאה ממחלתו פגום, במידה ניכרת, כושר שיפוטו או כושרו לביקורת המציאות ועקב כך ובשל כך הוא עלול לסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיזי מיידי**.

5.2. תקופת אשפוז דחוף כפוי מסוג זה לא תעלה על ארבעים ושמונה שעות; בתום התקופה האמורה ישוחרר החולה, אלא אם כן ניתנה בתוך אותה תקופה הוראת אשפוז או שהחולה הסכים לאשפוזו.

5.3. במקרה בו מדובר בקטין שהובא לבית חולים פסיכיאטרי בידי פקיד סעד רשאי מנהל בית החולים לקבלו לאשפוז, בניגוד לרצונו, לאחר שנבדק גופנית ונפשית, אף אם לא נתמלאו לגביו התנאים לאשפוז לפי הוראות סעיף 9(א), **אם נמצא בבדיקה כי קיימת אפשרות של ממש שהקטין חולה במחלת נפש או שיש לו הפרעה נפשית קשה, העלולות לסכן אותו או את זולתו סיכון פיזי מיידי**.

5.4. תקופת אשפוז דחוף כזה לא תעלה על ארבעים ושמונה שעות; בתום התקופה האמורה ישוחרר הקטין אלא אם כן ניתנה בתוך אותה תקופה הוראת אשפוז או שהאחראי עליו הסכים לאשפוזו או במקרה של קטין שמלאו לו 15 שנים הסכים הקטין לאשפוזו, או שבית המשפט הורה על אשפוזו לפי הוראות חוק הנוער.

6. **אשפוז קטין** - יש להבחין בין אשפוז קטין בהסכמת האחראי עליו לבין אשפוז קטין בהסכמת הקטין בלבד כלהלן:

6.1. אשפוז קטין בהסכמת האחראי עליו

6.1.1. אחראי על קטין (הורה או אפוטרופוס – שהקטין נמצא בחזקתו) רשאי לבקש את אשפוזו של הקטין בבית חולים ולהסכים בשמו לאשפוזו ולטיפול בו.

6.1.2. אם מדובר בקטין שמלאו לו 15 שנים והוא איננו מסכים להתאשפז – הוא לא יאושפז על אף הסכמת האחראי עליו, אלא באישור בית המשפט שיינתן לפי הוראות חוק הנוער, ועל פי העילות המנויות בו לאשפוז כפוי של קטין, שהן:

6.1.2.1. הקטין חולה במחלת נפש ונתקיימו בו העילות לאשפוז כפוי לפי הוראות סעיף 9 לחוק טיפול בחולי נפש

6.1.2.2. הקטין חולה במחלת נפש או אובחנה אצלו הפרעה נפשית קשה, העלולות לסכן אותו או את זולתו סיכון פיזי מיידי או להביא לנזק נפשי חמור להתפתחותו אם לא יטופל בדרך של אשפוז כאמור, ובלבד שבית המשפט לא יורה על אשפוז הקטין, אלא אם כן נוכח, על סמך חוות דעת של ועדה פסיכיאטרית מחוזית לילדים ולנוער שבדקה את הקטין, כי לא ניתן לטפל בקטין אלא בדרך של אשפוז.

עמוד מס' 46

6.1.3. אם מנהל בית החולים, פסיכיאטר או כל אדם אחר המטפל בקטין בבית החולים הפסיכיאטרי שמים לב כי קטין אושפז בהסכמת האחראי עליו אינו מסכים לאשפוז, חייב להודיע על כך, בהקדם האפשרי, לפקיד סעד; מלאו לקטין חמש עשרה שנים, יביא פקיד הסעד את ענינו להכרעת בית המשפט; לא מלאו לקטין חמש עשרה שנים, יביא את ענינו לוועדה פסיכיאטרית מחוזית לילדים ולנוער, אשר תבחן אם לא ניתן לטפל בקטין אלא בדרך של אשפוז ותורה על המשך אשפוזו או על שחרורו של הקטין בהתאם לממצאיה.

6.1.4. אשפוז קטין בהסכמת האחראי עליו, למעט אשפוז שאינו כולל לינה בבית חולים, יהיה לתקופה שלא תעלה על חודשיים. כדי להאריך תקופה זו יש לקיים הליך בפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית לילדים ולנוער. הוועדה רשאית, לפי בקשה מנומקת בכתב של המנהל, להאריך בהתאם לתכנית טיפול, את תקופת האשפוז לתקופות נוספות, שכל אחת מהן לא תעלה על שלושה חודשים, אם שוכנעה כי הקטין זקוק לטיפול המחייב את הארכת תקופת האשפוז.

6.1.5. האחראי על קטין, פקיד סעד, או קטין שמלאו לו חמש עשרה שנים, וכן המנהל, רשאים, בכל עת, לפנות אל הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית לילדים ולנוער בבקשה לדיון נוסף בעניין אשפוזו של הקטין.

6.2. אשפוז קטין בהסכמתו של הקטין בלבד

6.2.1. קטין שמלאו לו חמש עשרה שנים רשאי לבקש להתאשפז מרצונו בבית חולים, ולתת הסכמתו לאשפוז ככל חולה המבקש לאשפוז את עצמו. אבל, אם האחראי עליו (אפוטרופוס או הורה שהוא נמצא בחזקתם) אינם נותנים את הסכמתם לאשפוז, הוא לא יאושפז אלא באישור בית המשפט לפי סעיף 33 לחוק הנוער.

7. שיקום בקהילה

7.1. חוק שיקום נכי נפש בקהילה עוסק בשיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו.

7.2. החוק מגדיר "שיקום" כתהליך המכוון במסגרת הקהילה לפיתוח היכולות והמיומנויות של נכה הנפש, כדי להבטיח לו דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, והמלווה במעקב רפואי, כולל מימוש זכויותיו של נכה הנפש בתחום הדיור, התעסוקה, הלימודים וההכשרה המקצועית, וכן הכשרה לפיתוח מיומנויות חברתיות וניצול שעות הפנאי של נכה הנפש.

7.3. נכה נפש, שמלאו לו 18 שנה, והסובל מנכות רפואית בשל הפרעה נפשית, רשאי לפנות לוועדת שיקום אזורית לקביעת זכאותו של הנכה לתכנית שיקום לפי החוק. הפניה תלווה בחוות דעת מקצועית של פסיכיאטר הקובעת כי מבקש השיקום זקוק, עקב נכות זו, לשירותי שיקום.

7.4. כל ועדת שיקום אזורית מונה שלושה חברים. לצורך מילוי תפקידה רשאית הוועדה, בכפוף להוראות בחוק בדבר ויתור על סודיות רפואית, להפנות נכה נפש לאבחון פסיכיאטרי תפקודי, לעיין בתיקו הרפואי, לשמוע ולקבל חוות דעת ממומחים בתחומים שונים, לשמוע את נכה הנפש, את בני משפחתו של נכה הנפש או אנשים אחרים בעלי עניין, וכן לדרוש מנכה הנפש או מנציגו כל מידע הדרוש לה, הכול כפי שקבעה. כמו כן רשאית הוועדה לדרוש, בכל עת, מידע מכל אדם הנוגע לעניין על מידת השתלבותו של נכה הנפש בתכנית השיקום, כפוף לכל דין.

7.5. הוועדה קובעת לזכאים לתכנית שיקום מפורטת, המבוססת על 7 תחומי השיקום המפורטים בחוק: תעסוקה, דיור, השלמת השכלה, חברה ופנאי, בני המשפחה, טיפול השיניים, תיאום טיפול.

7.6. על החלטת ועדת השיקום האזורית ניתן להגיש ערר לוועדת שיקום מחוזית, וזאת בתוך 45 ימים מהמועד שבו נמסרה ההחלטה. הוועדה המחוזית חייבת לדון בערר בתוך 60 יום מן המועד בו הוגש הערר ובסמכותה לאשר את החלטת ועדת השיקום האזורית, לבטלה או לשנותה.

8. מהלך האשפוז

8.1. העברה בין בתי חולים - אין להעביר חולה מבית חולים אחד למשנהו אלא בהסכמתו ובהסכמתם של מנהלי שני בתי-החולים; בהעדר הסכמה זו מוסמך להכריע הפסיכיאטר המחוזי של המחוז שבו נמצא בית החולים שאליו מבקשים להעביר את החולה; על החלטה זו ניתן להגיש ערר בפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית; יחד עם זאת, בנסיבות מיוחדות ובהתחשב בצרכי האשפוז רשאי ראש שירותי בריאות הנפש להורות על העברת חולה מבית חולים אחד לאחר.

עמוד מס' 47

8.2. שימוש באמצעי כפיה (בידוד או קשירה) - ייעשה רק במידה הדרושה לצורך הטיפול הרפואי באותו מטופל או כדי למנוע סכנה לעצמו או לאחרים. הוראה בדבר שימוש באמצעי חייבת להינתן בכתב על ידי רופא, והיא מוגבלת לפרק זמן של ארבע שעות לכל היותר. במקרה חירום ובהעדר רופא רשאית אחות לתת הוראה זו. האחיות הממונה חייבת לבדוק את מצבו של חולה קשור אחת לחצי שעה לפחות. על פי בדיקה רשאי רופא להאריך תוקפה של הוראת קשירה לפרקי זמן נוספים שלא יעלו על ארבע שעות כל פעם.

8.3. טיפול ב"נזע חשמלי" - יכול להינתן אך ורק בהחלטה של שלושה רופאים בבית-החולים. אין לטפל ב"נזע חשמלי" במטופל המאושפז בהסכמה, אלא אם הוא הסכים לכך מראש ובכתב.

8.4. מטופל המאושפז בבי"ח רשאי: (1) לשלוח ולקבל מכתבים סגורים ודברי דואר אחרים; (2) לקבל אורחים בזמנים ובתנאים שקבע ביה"ח. (3) לקיים קשר עם אנשים מחוץ לבית החולים; (4) להחזיק חפצים אישיים במידה סבירה וללבוש את בגדיו האישיים, הכול בתנאים שקבע מנהל בית-החולים. ביה"ח רשאי להגביל את זכויותיו אלה של חולה במידה שהדבר דרוש מטעמים רפואיים. בכל מקרה, אין להגביל את זכותו של המטופל לשלוח מכתבים סגורים או לקיים קשר עם עורך-דינו, אפוטרופסו, הפסיכיאטר המחוזי, והוועדה הפסיכיאטרית המחוזית.

8.5. ניהל נכסים - אין באשפוזו של חולה כדי לפגוע בזכותו להמשיך ולנהל את נכסיו, אלא אם כן סבור בית-החולים שאין הוא מסוגל לדאוג לענייניו; בית-החולים חייב לנמק בכתב החלטה כזו, והמטופל רשאי להגיש ערר על החלטה בפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית.

8.6. קבלת פרוט על חובות וזכויות - מטופל המתקבל לאשפוז חייב לקבל טופס המפרט את זכויות וחובותיו וכן הסבר בעל פה בנושא זה מאת הרופא המקבל; אם מצבו הרפואי של המטופל לא מאפשר לו להבין את הטופס, על בית-החולים לציין זאת בכתב בתיקו הרפואי, ויש להסביר לו את זכויותיו מיד כשמצבו הרפואי מאפשר זאת. בנוסף, חייב בית-החולים לתלות עותק מטופס זכויות החולה וחובותיו במקום בולט בכל מחלקה פסיכיאטרית.

8.7. קבלת מידע רפואי - מאושפז זכאי לקבל מידע רפואי בקשר למצבו. החוק קובע כי מידע זה יימסר לו לפי שיקול דעתו של הרופא. בפועל, אחת התלונות השכיחות של מאושפזים הינה, כי מונעים מהם לעיין בתיק הרפואי. לא פעם, רק בהתערבות עורך-דין או גורם חיצוני מתאפשר למאושפז עצמו לעיין ברשומות הרפואיות. לעיתים, מאפשר בית-החולים רק לעורך-הדין או לרופא אחר מטעמו של המטופל לעיין במידע, תוך התחייבות שלא להעביר את התוכן לידי המאושפז עצמו. קיימת מחלוקת משפטית בין ארגוני זכויות האדם ובין משרד הבריאות בשאלה מהם התנאים לשלילת או להגבלת זכותו של מטופל לעיין במידע רפואי אודותיו. יש להדגיש כי חוק זכויות החולה וכל הזכויות וההסדרים המפורטים בו חלים גם על חולי נפש.

9. טיפול מרפאתי כפוי

9.1. טיפול מרפאתי כפוי מגביל פחות את חירותו של המטופל, לפיכך, בכל מקרה בו מתעורר הצורך לכפות טיפול פסיכיאטרי על אדם, וגם אם מתקיימים התנאים הנדרשים לכך על פי חוק, מחויבים כל מקבלי ההחלטות לשקול טיפול מרפאתי כפוי במקום אשפוז. מבחינה משפטית מבחן זה נקרא "מבחן האמצעי הפחות בחומרתו". אין לבחור באמצעי חמור יותר אם ניתן להשיג את אותה המטרה ע"י שימוש באמצעי פחות חמור: "אין לפגוע בחירותו של חולה הנפש מעבר לדרוש להגנה עליו, לטיפול בו, או להגנה על שלום הציבור. אין לאשפוז חולה נפש אשפוז כפוי בבית חולים אם ניתן לטפל בו ולהגן על שלום הציבור באמצעות טיפול מרפאתי כפוי; ואין לכפות טיפול אם ניתן להשיגו ללא כפיה. תמיד יש לנקוט באמצעי המגשים את המטרה הראויה, ושפגיעתו בחולה הנפש היא הקטנה ביותר." (פס"ד ויילנצ'יק).

9.2. התנאים המוקדמים הנדרשים להוצאת הוראת טיפול מרפאתי כפוי דומים לתנאים הנדרשים להוצאת הוראת אשפוז כפוי.

10. בדיקה כפויה דחופה

10.1. לפסיכיאטר המחוזי ישנה סמכות להורות על בדיקתו הפסיכיאטרית של אדם, גם אם הוא מסרב לכך אם הובאו בפניו ראיות לכאורה כי נתמלאו באדם כל התנאים הבאים:

10.1.1. הוא חולה וכתוצאה ממחלתו פגום, במידה ניכרת, כושר שיפוטו או כושרו לביקורת המציאות.

10.1.2. הוא עלול לסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיזי מיידי.

10.1.3. הוא סירב להיבדק בידי פסיכיאטר.

עמוד מס' 48

10.1.4. על פי בקשת פקיד סעד כי קטין יובא בדחיפות לבדיקה פסיכיאטרית, אם קיימות לדעתו של הפסיכיאטר המחוזי ראיות לכאורה כי הקטין חולה במחלת נפש או שיש לו הפרעה נפשית, והמחלה או ההפרעה עלולות לסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיסי.

10.2. **ביצוע הבדיקה** - בדיקה פסיכיאטרית של קטין לפי כל אחד מהמקרים הללו תיערך בידו פסיכיאטר מומחה לילדים ולנוער.

10.3 הגשת ערר

10.3.1. על כל החלטה בדבר אשפוז כפוי או טיפול מרפאתי כפוי (כולל סירוב להוציא הוראה) ניתן להגיש ערר, אשר נשמע בפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית. ערר כזה יכול להגיש כל אדם, לאו דווקא המטופל או קרובו. הוועדה גם דנה בהארכת אשפוז כפוי אל מעבר לתקופה של 14 הימים הראשונים. המדובר בגוף בעל סמכות מעין-שיפוטית, אשר החוק נתן בידיו סמכויות רחבות לקבלת החלטות הנוגעות לאשפוז כפוי.

10.3.2. ערר צריך להיות מוגש בכתב ולכלול נימוקים מפורטים. הוועדה חייבת לדון בערר על הוראת אשפוז בתוך חמישה ימים מיום הגשתו. בערר על הוראה לטיפול מרפאתי כפוי חייבת הוועדה לדון בתוך עשרה ימים מיום הגשתו.

10.3.3. בכל וועדה פסיכיאטרית חברים שלושה: משפטן, המשמש גם בתפקיד יו"ר הוועדה, ושני פסיכיאטרים. השיחה עם האדם המובא בפני הוועדה כוללת הן בדיקה פסיכיאטרית והן מתן אפשרות למטופל לטעון טענות עובדתיות (למשל: "הטענה כי ניסיתי להתאבד, או כי פגעתי באדם אחר, אינה נכונה") וטענות משפטיות (למשל: "ניתן לטפל בי בטיפול מרפאתי כפוי ולא באשפוז מלא", "ההתנהגות שלי איננה מהווה סיכון פיזי מיידי").

10.3.4. הוועדה חייבת לאפשר למטופל עצמו, לקרוביו וכן לעורכי-דינם (אם יש להם עורכי-דין) לטעון בפניה טענות. כמו כן, הוועדה מוסמכת להרשות לאנשים נוספים לטעון טענות, אם לדעתה הם נוגעים לעניין. כך למשל, רשאי מטופל להזמין לדיון עדים, לרבות מומחה רפואי מטעמו. את סדר הדיון בפניה קובעת הוועדה בעצמה, אלא אם כן בעניין מסוים נקבע במפורש סדר דיון בתקנות. יודגש, כי החוק מקנה לוועדה הפסיכיאטרית סמכויות של ועדת חקירה המאפשרות לה לחייב עדים להופיע בפניה ולהעיד.

10.3.5. לעניין הזכות לייצוג בפני הוועדה: בשנת 1998 אמר בית-המשפט העליון בנושא זה, כי: "אין כמו חולה הנפש הזקוק לייצוג הולם. חולה הנפש אינו מסוגל, ברוב המקרים, לטעון לעצמו. מה ערך יש לזכות הטיעון של חולה הנפש, אם הוא אינו מסוגל לטעון לעצמו? זכות הטיעון של חולה הנפש כוללת, אפוא, בחובה גם את זכותו כי ימונה לו סגור שיטען לו". בעקבות דברים ברורים אלה, הוקמה ועדה ממשלתית, אשר בחנה את הנושא וקבעה פה אחד, כי יש מקום לקבוע זכות בחוק לאדם להיות מיוצג בפני הוועדה. בימים בהם נכתבת חוברת זו (ספטמבר 2001) נמשך המאבק הציבורי בנושא זה, כולל במסגרת עתירה לבג"צ שהוגשה ע"י האגודה לזכויות האזרח וארגון בזכות – המרכז לזכויות האדם של אנשים עם מוגבלויות.

10.3.6. הכלל הינו כי למטופל עומדת זכות להיות נוכח בכל מהלך הדיון. אם הוועדה סבורה כי נוכחותו של המטופל בדיון, כולו או מקצתו, עשויה לפגוע בשלומו הגופני או הנפשי, רשאית הוועדה, מנימוקים שיירשמו, לדון באותו חלק של הדיון שלא בנוכחותו.

10.3.7. על פי נוהלי משרד הבריאות, יש לתת למטופל את תמצית החלטת הוועדה בכתב עם סיום הדיון, ונימוקים בתוך 5 ימים, להוציא במקרים בהם לא ניתן לתת למטופל את ההחלטה מנימוקים מקצועיים, ואז יש לתת את העתק ההחלטה לבא-כוח.

11. הגשת ערעור לבית משפט

11.1. המטופל בעצמו, קרוב משפחה וכן נציגי המדינה רשאים לערער על כל החלטה של ועדה פסיכיאטרית בפני בית-המשפט המחוזי. ערעור כזה יוגש בתוך ארבעים וחמישה ימים מהמועד שבו נמסרה החלטת הוועדה, והוא נידון בפני שופט מחוזי יחיד.

11.2. בית-המשפט הדן בערעור רשאי לאשר את החלטת הוועדה, או להחזירה לוועדה, או להחליט החלטה אחרת במקומה.

נושא 9 - זכויות מטופלי פוריות בישראל

זכאות במסגרת סל הבריאות (הוכן ע"י עופרה בלבן, עמותת חן לחיים)

1. מטופל או מטופלת בנושא פוריות זכא/ת לקבל טיפולי פוריות עד להולדת שני ילדים על פי הוראת הרופא.
2. טיפולי פוריות עד לרמת הפריית מבחנה יהיו במתקני קופות חולים ומדרגת הפריית מבחנה ביחידות הפריית מבחנה בבתי החולים השונים בארץ.
3. רוב התרופות נמצאות בסל הבריאות ונמכרות למטופלים במסגרת הסל.
4. גיל מרבי של מטופלת להפריה:
 - 4.1. הפריה מביצויה-44 שנים
 - 4.2. הפריה באמצעות תרומת ביציות בלבד עד גיל 51 שנים
5. טיפולי הפריה כאשר האישה בקופה מסוימת והגבר בקופה אחרת.
 - 5.1. הגבר בקופה שלו והאישה בקופה שלה.
 - 5.2. טיפול ההפריה עצמו (חזרת עוברים וכו') ע"ח הקופה של האישה

זכאות במסגרת הביטוחים המשלימים

תרומת ביציות - מכיוון שאין בארץ תרומות ביציות, קופות החולים משתתפות בביטוחים המשלימים שלהן בחלק מעלויות הטיפול בחו"ל. מכבי, מאוחדת ולאומית כ- 7,500 ₪ מעלות הטיפול ואילו שירותי בריאות כללית כ- 2,900 ₪ מסל הבריאות ומהביטוח המושלם עוד כ- 5,600 ₪.

קריטריונים להגבלה או הפסקה של הטיפול בהפריה חוץ גופית (ונגזרותיה)

- א. **גיל האישה**: הגיל הכרונולוגי לפי שנים שלמות (יום הולדת).
- א.1. גיל מקסימאלי לטיפול לא יעלה על גיל 45 שנה.
 - א.2. בגיל 40-45 לא יינתן טיפול לנשים בהן ערכי ה-FSH עולים על 19 I.U./L ביום השלישי למחזור ב-2 בדיקות עוקבות ובטווח של חודשיים (מקסימום) מהטיפול.
 - א.3. בגיל פחות מ-40 שלא הגיבו לגירוי שחלתי על ידי גונדוטרופינים, לא יינתן טיפול נוסף כאשר ערכי FSH מעל 30 i.u/L. (תזמון הבדיקות כמו בסעיף א.2.)

ב. אי הצלחה של טיפול בהפריה חוץ גופית:

- ב.1. **טיפולים בגורם נקבי:**

לא יינתנו טיפולי הפריה חוץ גופית נוספים, כאשר:

- ב.1.1. ב-3 מחזורי טיפול עוקבים בגונדוטרופינים לשם גירוי שחלתי, לא הושגה תגובה שחלתית מספקת לשם שאיבת ביציות.
 - ב.1.1. ב-3 מחזורי טיפול עוקבים לא נשאבו ביציות.
 - ב.1.1. ב-3 מחזורי טיפול עוקבים לא היתה הפריה.
- בקריטריונים בסעיפים ב.1.1., ב.2.1., ב.3.1., יש לאפשר לאישה טיפול נוסף (אחד לפחות) ביחידה אחרת להפריה חוץ גופית.

- ב.2. **אי פוריות הגבר:**

עמוד מס' 50

לא יינתנו טיפולי הפריה חוץ גופית בגורם הגבר בטכניקות המתקדמות להשגת זרע כאשר:
ב.1.2. ב- 3 ניסיונות לא הופק זרע.

ב.2.2. הופקו זירעונים אך לא היתה הפריה ב- 3 מחזורים.

גם בקריטריונים בסעיפים ב.1.2.1 – ב.2.2. יש לאשר לגבר לעבור ניסיון נוסף להפקת זרע, ביחידת הפריה חוץ גופית אחרת (רצוי אפילו לאחר 2 ניסיונות).

הערה: לגבי סעיפים א' וב' הכוונה לשימוש בגמטות הומולוגיות (של האישה ובן זוגה).
באם יוסכם על תרומת זרע או ביציות (לפי המקרה) יינתנו טיפולים שיחולו עליהם הגבלות בהתאם לסעיפים א', ב'.

ג. מספר הטיפולים האופטימלים לשנה: _____

מכיוון שתכיפות יתר של הטיפולים עלולה להיות קשורה בסיכוני יתר, יש להגביל את מספר הטיפולים המרבי השנתי ל- 4-6. זאת בתנאי שהמרווח המינימאלי בין שאיבת ביציות אחת לבאה לא יפחת מ- 45 יום. הגבלה זו אינה חלה על החזרת עוברים מוקפאים.

ד. גיל מקסימאלי לתרומת ביצית:

לא יינתנו טיפולי הפריה עם ביציות תורמת בגיל אישה מעל 51 (גיל הפוריות המרבי).

הערה כללית:

הקריטריונים שהוצגו בסעיפים א', ב', ג', ד', מתייחסים לרוב המקרים המטופלים בשיטה זו, אך לא לכל מקרה פרטני, לכן מתן טיפולי הפריה מעבר לקריטריונים הנ"ל, אינו מהווה סטייה מרפואה סבירה, במידה והטיפול ניתן לאחר שיקול מעמיק לש יחס סיכון/ תועלת ובהסכמה מלאה של המטופלת.

זכויות עובדים בזמן הריון וטיפולים

לפרוט זכויות מומלץ לעיין [באתר וויצו](#).

נושא 10 – זכויות מיוחדות בתחום בעיות ראייה

1. מכשירי עזר לראייה למבוגרים מגיל 18 ומעלה
 - 1.1. משרד הבריאות משתתף במימון מכשירי עזר לראייה: משקפיים טלסקופיים, מקרוסקופיים ועדשות מגע מיוחדות ועיניים תותבות.
 - 1.2. סכום ההשתתפות מגיע ל- 75% מהמחיר שנקבע במשרד הבריאות. משפחות המקבלות הבטחת הכנסה זכאיות לקבל מימון מלא על חלק מהמכשירים.
 - 1.3. מסמכים נדרשים:
 - 1.3.1. אישור רופא מומחה - כולל אבחנה ברורה וציון הצורך במכשיר.
 - 1.3.2. דו"ח סוציאלי - אם יש.
 - 1.3.3. אישור קבלת הקצבה מביטוח לאומי - אם יש.
 - 1.3.4. הצעות מחיר או קבלות - לא יאוחר מ-120 יום ממועד הקניה.
 - 1.4. בכל מקרה רצוי לבדוק בלשכת הבריאות המחוזית לפני תחילת הטיפול ברכישת הפריט מהם הטפסים והמסמכים הספציפיים הנדרשים לכל בקשה.

נושא 11 – זכויות מיוחדות בתחום בעיות שמיעה

1. משרד הבריאות משתתף במימון מכשירי שמיעה לילדים ונוער (עד גיל 18) על פי המלצה של קלינאית/ת תקשורת ו/או רופא אף אוזן גרון.
2. משפחות המקבלות הבטחת הכנסה זכאיות לקבל מימון מלא על חלק מהמכשירים.
3. מכשיר FM אישי (המתחבר אל מכשיר השמיעה), מוכר לפעמים כמכשיר שמיעה למטרת עזרת מימון אך לא בנוסף.
 - 3.1. מסמכים נדרשים:
 - 3.1.1. אישור רופא מומחה - כולל אבחנה ברורה וציון הצורך במכשיר.
 - 3.1.2. אישור מאודיולוג/קלינאית תקשורת, כולל ממצאי הבדיקה.
 - 3.1.3. דו"ח סוציאלי - אם יש.
 - 3.1.4. אישור קבלת הקצבה מביטוח לאומי - אם יש.
 - 3.1.5. הצעות מחיר או קבלות - לא יאוחר מ-120 יום ממועד הקניה.
 - 3.2. בכל מקרה רצוי לבדוק בלשכת הבריאות המחוזית לפני תחילת הטיפול ברכישת הפריט מהם הטפסים והמסמכים הספציפיים הנדרשים לכל בקשה.

הסכומים להשתתפות משרד הבריאות:

- מכשיר דיגיטלי בסיסי** - תדירות החלפה לא פחות מ- 3 שנים, סכום השתתפות מירבי: 3,500 ש"ח לכל אוזן.
- מכשיר אנלוגי** - תדירות החלפה לא פחות מ- 3 שנים, סכום השתתפות מירבי: 3,000 ש"ח לכל אוזן.
- מכשיר ממוחשב** - תדירות החלפה לא פחות מ- 3 שנים, סכום השתתפות מירבי: 3,500 ש"ח לכל אוזן.
- מכשיר F.M.** - תדירות החלפה לא פחות מ- 5 שנים, סכום השתתפות מירבי: 5,500 ש"ח.
- * לפני הקניה מומלץ לברר את הזכות להשתתפות.
- ועדת חריגים**: השתתפות במימון מכשירים נוספים ניתן להשיג באמצעות פניה לוועדת חריגים במשרד הבריאות.

נושא 12 - חוק החולה הנוטה למות

לקוח מתוך: אתר האינטרנט של משרד הבריאות: <http://www.health.gov.il/term-ill>

הסבר כללי

חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו (2005) להל " חוק " קובע את המקרים והתנאים בהם אדם בישראל רשאי לקבוע איזה טיפול רפואי יהיה מוכן לקבל, אם בכלל, במידה שייקבע כי הוא סובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא ושתוחלת חייו אינה עולה על 6 חודשים גם אם יקבל טיפול רפואי ' כלומר, הוא " חולה הנוטה למות, "לפי הגדרת החוק.

הזכות של חולה להסכים ולסרב לטיפול רפואי נקבעה כבר בחוק זכויות החולה בשנת התשנ"ו-1996. ככלל, חוק זכויות החולה קובע שאין לתת טיפול רפואי למטופל, אלא אם כן נתן לכך את הסכמתו מדעת, בעל-פה, בהתנהגות או בכתב. הסכמה מדעת של המטופל ניתנת רק לאחר שהמטפל מסר לו את המידע הרפואי הדרוש לו כדי להחליט אם להסכים לטיפול. יחד עם זאת, בחוק זכויות החולה לא נקבעו הוראות מפורשות לעניין תוקפו של סירוב לטיפול, העלול להוביל למותו של המטופל ולעניין קבלת החלטות במצב כזה, במקרה בו המטופל כבר אינו מסוגל להביע את דעתו באופן מפורש בעצמו.

חוק החולה הנוטה למות מרחיב את הזכות לסרב או להסכים לטיפול, על ידי כך שהוא מאפשר לאדם **להביע את רצונו מראש** לגבי טיפול רפואי עתידי בו, אם וכאשר ייקבע שהוא חולה הנוטה למות. הרופאים יעזרו בהוראות שניתנו מראש רק אם המטופל יגיע למצב בו אינו יכול לקבל החלטות בנוגע לטיפול בו, או למצב בו אינו יכול להביע את רצונו (כגון בשל פגיעה ביכולתו לתקשר עם סביבתו).

במילים אחרות, החוק מאפשר לאדם, גם **בהיותו בריא**, להשאיר הנחיות בכתב ("הנחיות רפואיות מקדימות") לצוות הרפואי לגבי הטיפול שישכים לקבל, או שירצה שלא לקבל, במידה שיהיה חולה הנוטה למות שמצבו אינו מאפשר קבלת החלטות, בזמן אמת ביחס לטיפול המוצע לו.

על פי החוק, לחולה הנוטה למות יש זכות לבקש להימנע מלתת לו טיפול רפואי להארכת חייו ובה במידה הוא זכאי לבקש לקבל טיפול רפואי להארכת חייו, גם אם לדעת הרופא האחראי על הטיפול בו אין לכך הצדקה, בנסיבות העניין. בשני המצבים נדרש הצוות הרפואי לכבד את רצונו של " החולה הנוטה למות, "במסגרת המגבלות הקבועות בחוק, ולאחר שהוכח רצונו של המטופל מעבר לספק סביר.

עם זאת, החוק אינו מתיר כל פעולה וכל הימנעות מטיפול, אלא יש בו סייגים, שיפורטו בהמשך דפי מידע אלה.

החוק קובע כי קבלת החלטות בעניין זה תיעשה אך ורק לפי רצונו של המטופל עצמו, ולא לפי רצונם של בני משפחה או שיקולים אחרים. רצונו של המטופל יכול להיות מוכח בדרכים שונות, והטובה שבהן היא - הוראות מפורשות שכתב בעצמו.

דרך נוספת שמאפשר החוק היא באמצעות **מתן ייפוי כוח** מיוחד לאדם אחר: במידה והמטופל מגיע למצב שתואר לעיל - הרופאים יהיו מחויבים לקבל את הוראותיו של מיופה הכוח, כאילו הן הוראותיו של המטופל עצמו.

עוד קובע החוק כי אם יש ספק סביר לגבי רצונו של המטופל שלא יטפלו בו - יש לטפל בו כרגיל. כלל זה נקרא " חזקת הרצון לחיות. "

החוק קובע דרכים שונות לקבוע את רצונו של " החולה הנוטה למות "לעניין קבלת טיפול רפואי:

כאשר חולה נוטה למות הוא עדיין " בעל כשרות - " כלומר, מתפקד ומסוגל לגבש רצון ולהביע אותו - פועלים על פי רצונו המפורש, כפי שמובע על ידו בזמן אמת.

לעומת זאת, לגבי " חולה נוטה למות " שאינו בעל כשרות - כלומר, אינו מסוגל לגבש רצון או להביע אותו בזמן אמת - ישנן מספר דרכים אחרות להוכחת רצונו:

1. הנחיות רפואיות מקדימות שניתנו על ידי המטופל בכתב .
2. החלטה של מיופה כוח שהמטופל מינה לעניין זה .
3. שילוב של הנחיות רפואיות מקדימות עם החלטה של מיופה כוח.
4. החלטה של ועדה מוסדית או הוועדה הארצית – במקרים המתאימים המפורטים בחוק .
5. אם אין הנחיות , ייפוי כוח או החלטות ועדה כלשהן – , ניתן להיעזר לשם בירור רצונו של מטופל בעדויות של אנשים קרובים אליו (הניתנות בתצהירים), ובמקרים חריגים ניתן גם להיעזר בעמדתו של אפטרופוס שמונה לו , אם הוא גם אדם הקרוב למטופל) דהיינו שמכיר את המטופל היטב ולאורך זמן.

הועדות הנזכרות באפשרות מס (4) הן ועדות מיוחדות , רב מקצועיות , הכוללות אנשי רפואה וסיעוד , דת , אתיקה ומשפט . הועדות יופעלו במסגרת מוסדות רפואיים גדולים המטפלים בחולים קשים , ותפקידן יהיה להכריע במקרה של מחלוקת או אם עולה ספק ביחס לרצונו של המטופל, בכל עניין הנוגע ליישום החוק . בנוסף , תפעל ועדה ארצית , שתפקידה , בין היתר , לדון בעררים על החלטות של הודעות המוסדיות . בכך – יצומצם הצורך לפנות לבתי המשפט בהליכים יקרים ומורכבים , בעניינים אלה שאינם בהכרח משפטיים אלא בעיקר חברתיים , משפחתיים , ובעלי היבטים דתיים ואתיים .

שים לב!

החוק אינו מתיר חופש פעולה מוחלט !!!

למרות שבד"כ יכובד רצונו של" החולה הנוטה למות "להימנע מטיפול בו", חל איסור לבצע:

- אסור לעשות כל פעולה המכוונת להמית את המטופל , או שתוצאתה , קרוב לוודאי , היא גרימת מותו
- אסור לסייע לאדם להתאבד.
- אסור להפסיק טיפול רפואי רציף שהפסקתו עלולה להביא למותו של המטופל. (מותר להימנע מחידוש טיפול רפואי רציף שנפסק שלא במכוון ושלא בניגוד לחוק, וכן מותר לא לחדש טיפול רפואי מחזורי).
- אסור להימנע מלתת לחולה נוטה למות , שאינו כשיר , מזון ונוזלים , טיפול פליאטיבי וטיפול נלווה (גם אם הוא ביקש במפורש להימנע מכך).

את החוק , את כל הטפסים הנזכרים בדפי-המידע ובחוק ומידע נוסף ניתן למצוא באתר האינטרנט של משרד הבריאות בכתובת: <http://www.health.gov.il/term-ill> כמו כן ניתן לקבל את הטפסים באמצעות פניה למשרד הבריאות, בפקס 02-6706922

תקנות בריאות העם (שמירת רשומות), תשל"ז 1976 - 1

בתוקף סמכותי לפי סעיף 33(ט) לפקודת בריאות העם, 1940, אני מתקין תקנות אלה:

1. הגדרות (תיקון: תשל"ח)

בתקנות אלה -

"**רשומה**" - כל כתב על גבי נייר או על גבי חומר אחר, כל תרשים, דיאגרמה, ציור, תו, תיק, צילום, תצלום, סרט, תקליט וכיוצא באלה שנעשו עקב קבלת אדם לבית-חולים, הטיפול בו ושחרורו ממנו, לרבות שחרור עקב פטירה, ומסמכים אחרים שנעשו בבית-חולים, או שנעשו לשם קבלת אדם לבית-חולים, כמפורט בטור א' של התוספת;

"**בית חולים**" - כמשמעותו בסעיף 24 לפקודה;

"**מוסד ממוסדות המדינה**" - כמשמעותו בחוק הארכיונים, תשט"ו 1955-;

"**ממונה**" - מנהל בית-חולים או מי שהסמיך בכתב לענין תקנות אלה.

2. החזקת רשומות (תיקון: תשנ"ז)

כל בית חולים יהיה אחראי להחזקת הרשומות שנעשו בבית החולים או שהגיעו אליו, באופן שיאפשר איתורן בתוך זמן סביר.

3. הוצאת רשומות מבית-חולים (תיקון: תשל"ח)

(א) לא תוצא רשומה מבית-חולים ללא הרשאה בכתב מאת הממונה.

(ב) בהרשאה להוצאת רשומה יציין הממונה את הסיבה להוצאתה ולמי נמסרה.

(ג) ביקש אדם או נציגו החוקי להעביר רשומה שנעשתה לגביו לבית-חולים אחר, יורה הממונה להעביר את הרשומה לפי בקשתו של אותו אדם או נציגו החוקי.

(ד) נסגר בית-חולים או בוטל רישומו ואין בית-חולים אחר בא במקומו, יעביר הממונה של אותו בית-חולים את הרשומות שבו לבית-חולים שהוא מוסד ממוסדות המדינה, בהתאם להוראות המנהל.

(ה) הוצאה רשומה מבית-חולים למעט כמפורט בתקנה משנה (ג), ישמור הממונה על העתק או צילום ממנה במקומה.

4. תקופת שמירה

(א) בכפוף לאמור בתקנה 3, חייב בית-חולים לשמור על רשומות שבהחזקתו בתקופות הנקובות לצידי בטור ב' של התוספת.

(ב) צילם בית-חולים במיקרופילם רשומה וכן צילם באותו סרט אישור מאת הממונה שהצילום הוא העתק מדויק ממנה, לא יהיה חייב לשמור על אותה רשומה לאחר שלושים יום מתאריך הצילום.

(ג) בית החולים ישמור על המיקרופילם של כל רשומה שצולמה כאמור בתקנת משנה (ב) במשך הזמן שנקבע בטור ב' של התוספת לגבי הרשומה המקורית.

(ד) הורה רופא בבית-חולים לשמור על רשומה פלונית תקופה ארוכה יותר מזו שנקובה בטור ב' של התוספת, ישמור בית החולים על אותה רשומה כפי שהורה אותו רופא.

(ה) תקנות משנה (א), (ב) ו-(ג) לא יחולו על בית-חולים שהוא מוסד ממוסדות המדינה או של רשות מקומית.

5. שמירת תוקף

תקנות אלה באות להוסיף על כל דין.

6. תחילה

תחילתן של תקנות אלה כתום שלושים יום מיום פרסומן ברשומות.

7. הוראות מעבר

תקנות אלה יחולו גם על רשומות שבבתי-חולים ביום תחילתן.

תוספת (תקנה 1)

טור א'	טור ב'
1	תיק רפואי של חולה בבית-חולים כללי (למעט במרפאת חוץ של בית החולים), למעט גליון סיכום מחלה
2	20 שנה לאחר האישפוז או הטיפול האחרון; ואם אין בתיק גליון סיכום מחלה - 25 שנה או 7 שנים לאחר פטירת החולה, הכל לפי המוקדם יותר
3	7 שנים לאחר הטיפול האחרון. אם צורף לתיק הרפואי בבית החולים - כתקופת ההחזקה של התיק הרפואי בבית החולים.
(3) גליון סיכום מחלה או מכתב סיכום לרופא המטפל	100 שנה

4	פנקס קבלת חולים	10 שנים לאחר הרישום האחרון
5	פנקס אבחנות ומפתח שמי של חולים	100 שנה לאחר הרישום האחרון
6	מסמכי חדר מיון	7 שנים
7	ספר בדיקות מעבדה	10 שנים לאחר הרישום האחרון
8	ספר ניתוחים	10 שנים לאחר הרישום האחרון
9	ספר הרופאים המרדמים	10 שנים לאחר הרישום האחרון
10	ספר לידות	100 שנה לאחר הרישום האחרון
11	העתקים של תעודות רפואיות המוצאות על פי נתונים שבתיק הרפואי	7 שנים
12	פנקס רנטגן	שנה לאחר הרישום האחרון
13	צילום רנטגן, למעט דו"חות על המימצאים לפי הצילום	10 שנים מתום הטיפול האחרון בתיק תצלומי הרנטגן או 7 שנים לאחר פטירת החולה, לפי המוקדם
14	תרשים במכון או במעבדה – מימצא פתולוגי	10 שנים
15	תרשים במכון או במעבדה - מימצא שלילי	2 שנים
16	א.ק.ג.	10 שנים. אם מוחזק העתק הא.ק.ג. בתיק הרפואי של בית החולים - כתקופת ההחזקה של התיק הרפואי בבית החולים
17	ספר רפורטים של אחיות, רישום הוראות הרופאים	7 שנים לאחר הרישום האחרון. אם הועתקו ההוראות לתיק הרפואי - 30 יום לאחר ההעתקה האחרונה
18	ספר מסירת משמרות של אחיות, דו"ח על טיפולים	7 שנים לאחר הרישום האחרון
19	טופס דרישת ניתוח גוויה	10 שנים
20	רישום גוויות נפטרים	10 שנים
21	פרוטוקול על פתיחת גוויה	25 שנים
22	דו"ח מימצא היסטולוגית מיקרוסקופית	25 שנים
23	מפתח שמי של בדיקות היסטולוגיות-מיקרוסקופיות	25 שנים
24	הזמנה לבנק הדם	3 שנים
25	כרטיס עירוניים בבנק הדם	7 שנים
26	ספר עירוניים בבנק הדם	7 שנים לאחר הרישום האחרון
27	ספר בדיקות סוגי דם בנק הדם	15 שנים לאחר הרישום האחרון
28	ספר הכנת הדם בבנק הדם	7 שנים לאחר הרישום האחרון
29	ספר תורמי הדם	7 שנים לאחר הרישום האחרון
30	אישור להפסקת הריון	7 שנים לאחר הטיפול האחרון; אם צורף לתיק הרפואי בבית-החולים - כתקופת ההחזקה של התיק הרפואי בבית-החולים
31	ספר פטירות	100 שנה לאחר הרישום האחרון

¹ ק"ת תשל"ז, 876, 468, 270; תשל"ח, 732, 425; תש"ס, 1599; תשנ"ז, 415.

המידע המפורט לעיל הוא מידע כללי המבוסס על המידע שבידי האגודה לזכויות החולה ביום הכנת המסמך. הוא אינו מהווה ייעוץ משפטי או תחליף לו. ייתכן וחלו השמטות ו/או טעויות ואין להסתמך על מידע זה לצורך נקיטת הליכים ו/או כל פעולה. כל המסתמך על המידע בכל דרך שהיא עושה זאת על אחריותו בלבד ומסיר מהאגודה לזכויות החולה ומי מטעמה שמסר מידע זה, כל אחריות.