

## הצעת חוק: החולה הנוטה למות, התשס"ב – 2002 הדיונים, ההשגות וההסכמות

### ראשי פרקים:

- מבוא להצעת החוק**
- פרק א: הוראות כלליות**
1. מטרה
  2. הגדרות
  3. תחולה
  4. חובת הדיון
- פרק ב: עקרונות וחזקות**
5. עקרון יסוד
  6. חזקת הרצון לחיות
  7. חזקת כשרות
  8. חזקת תקפות
- פרק ג: הטיפול בחולה הנוטה למות לחיות**
9. חולה נוטה למות הרוצה להוסיף לחיות
- חולה הנוטה למות אשר אינו רוצה שחייו יוארכו**
10. מתן טיפול רפואי לחולה נוטה למות הכשיר
  11. מתן טיפול רפואי לחולה נוטה למות הבלתי כשיר
  12. הפסקת טיפול רפואי
  13. הימנעות מטיפול רפואי
  14. מצב חירום רפואי
  15. טיפול מקל (פליאטיבי)
  16. איסור המתה במעשה
  17. סיוע להתאבדות
  18. חובת תיעוד
  19. חובת הערכה חוזרת
- פרק ד: קביעת רצונו של החולה הבלתי כשיר**
20. כללי
- הנחיות רפואיות מקדימות**
21. הוראת היסוד
  22. הכשרות לתת הנחיות
  23. אין משמעות לאי-מתן הנחיות
  24. דרכי מתן ההנחיות ותיעודן
  25. התנאים לתוקף ההנחיות
  26. תחילת תוקף ההנחיות
  27. הנחיות לא ברורות או לא מתאימות
28. הנחיות בעניין שמירה על אוטונומיה של החולה
- בא כח**
29. יפוי כוח
  30. דרכי המינוי
  31. תוקף המינוי
  32. הסמכות
  33. ערעור על החלטת בא הכוח
- שילוב בין הנחיות רפואיות מקדימות למנוי בא כוח**
34. אפשרות השילוב
  35. סדר עדיפות
- הוראות כלליות**
36. ביטול ושינוי
  37. עדיפות הרצון המפורש
  38. מאגר מידע וחינוך הנחיות
  39. תיעוד ברשומה הרפואית
  40. מאמץ לגילוי קיומן של הנחיות או של בא כוח
  41. חובת יידוע
- פרק ה: ילוד וקטין (טרם נכתב)**
- 42-43.
- פרק ו: וועדות אתיות**
44. וועדות
- וועדה אתית מוסדית**
45. הרכב הוועדה ומינוי חבריה
  46. פניה לוועדה
  47. סמכויות הוועדה וקבלת החלטות על ידי הוועדה
- וועדה אתית ארצית**
48. סמכויות הוועדה
  49. הרכב הוועדה ומנוי חבריה
  50. קבלת החלטות על ידי הוועדה
  51. פניה לוועדה
  52. ערעור
- פרק ז: שונות**
53. פטור מאחריות
  54. הזכות לייעוץ
  55. העברת הטיפול למטפל אחר מסיבות מצפוניות
- הסתייגות**

## מבוא להצעת החוק

הבעיות המוסריות, הרפואיות, ההלכתיות והמשפטיות הקשורות לחולה הנוטה למות, המכונה גם חולה סופני (terminally ill patient), או חולה בסוף ימיו (end-of-life patient), הן מהקשות ומהנידונות ביותר בתחום הרפואה המודרנית. הדילמות ביחס לחולה הנוטה למות נוגעות באופן אישי וישיר כמעט לכל אדם, בין אם הדבר נוגע להחלטות בסוף חייו-הוא, או שהדבר נוגע להחלטות בסוף חייהם של מי מיקריו. במיוחד קשה סוגיה זו בגין העובדה שמדובר בהחלטות גורליות של חיים ומוות, פשוטו כמשמעו.

מאז ומעולם היו הגישה והיחס לחולה הנוטה למות מן הבעיות המוסריות הבולטות ביותר בתחום הרפואה. אכן, בשנים האחרונות הפכה הבעיה של החולה הנוטה למות להיות אחת הבעיות המוסריות-רפואיות החמורות ביותר, והיא מעוררת ויכוחים סוערים בכל חלקי הציבור ובכל רחבי העולם.

מספר סיבות חברו יחדיו בשנים האחרונות, וגרמו להחרפה ניכרת בבעייתיות המוסרית של נושא זה:

א. הקידמה האדירה בידע המדעי-רפואי ובאמצעים הטכנולוגיים הביאה להארכת תוחלת החיים הממוצעת באופן משמעותי. יתר על כן, הקידמה הטכנולוגית והרפואית מאפשרת כיום להאריך חיים בשלבים סופניים בתנאים ובמצבים שבעבר היו בלתי אפשריים. דא עקא, הארכת החיים לא תמיד מביאה לשיפור מקביל באיכות החיים, ולפעמים סובלים הנותרים בחיים מהפרעות קשות בתפקודי איברים שונים, כאבים פיזיים, תיפקוד שכלי לקוי, וסבל גופני ונפשי חמור.

ב. המהפך המוסרי ביחסי חולה-רופא, מגישה פטרנליסטית, שעל פיה הרופא הוא המחליט מה טוב לחולה ופועל בהתאם להבנתו בלבד, לגישה אוטונומיסטית, שעל פיה החולה הכשיר הוא המחליט עבור עצמו, במסגרת מגבלות רפואיות, חוקיות ומוסריות, ולפיכך נדרשת הסכמתו המודעת לכל הליך טיפולי-רפואי.

ג. האנשים המעורבים בטיפול בחולה הנוטה למות הם רבים, והם בעלי רקע תרבותי והשקפתי שונה, ולפיכך הם מייצגים דעות שונות ביחס לשאלה מה ראוי לעשות לחולה הסופני, ומה בלתי ראוי לעשות לו.

ד. הציבור בכללותו מעורב כיום במידה רבה יותר בבעיות המוסריות הנוגעות לרפואה בכלל ולנוטה למות בפרט. דבר זה בא לידי ביטוי, בין השאר, במעורבות תקשורתית, משפטית וחקיקתית.

ה. המשאבים המוגבלים ברפואה שאינם מאפשרים לתת את כל הטיפול הרפואי האפשרי לכל נזקק משליכים גם הם על הבעיות המוסריות הנוגעות לחולה הנוטה למות, ומהווים לעתים אחד השיקולים בתהליך קבלת ההחלטות ביחס לחולים אלו.

הדילמות הקשורות בנושא זה הן רבות ומורכבות, וניתן למצוא צידוקים פילוסופיים, משפטיים ודתיים כמעט לכל כיוון של חשיבה ופעולה. הגישה המעשית לחולים הנוטים למות בישראל משתנה ממרכז רפואי אחד למשנהו, ממחלקה אחת לאחרת, ולעתים מרופא אחד לחברו. הנוהג היישומי בישראל ביחס לחולים הנוטים למות לא נחקר, והוא בוודאי איננו אחיד. על כן, מבחינה חברתית ולאומית יש להגיע לפתרון מוסכם על ידי מציאת קונסנזוס במכנה-משותף הרחב ביותר, תוך איזון בין הערכים המנוגדים שביסוד תהליכי קבלת ההחלטות בנושא הנידון. בישראל, יש צורך ייחודי להגיע להסכמה על בסיס מערכת ערכיה כמדינה יהודית ודמוקרטית.

ניסיונות חקיקתיים ומשפטיים לפתרון הדילמה הזו בעבר לא הגיעו לכלל הבשלה ויישום:

- בשנת 1992 הובאה בפני הכנסת הצעת חוק זכויות החולה, התשנ"ב-1992, אשר כללה את הסעיף הבא: "10. חולה סופני זכאי למות בכבוד ועל פי עיקרי השקפת עולמו ואמונתו, וככל שהדבר אפשרי, בנוכחות אדם שהמטופל רצה בו, והרופא המטפל והמוסד הרפואי יסייעו לו במימוש זכותו זו, וימנעו כל דבר העלול לפגוע בכבודו". הצעת חוק זכויות החולה עברה קריאה ראשונה בכנסת רק לאחר שהמזיעים הסכימו למחוק ממנה את סעיף 10 הנ"ל. בדיונים ממושכים על החוק הנ"ל בוועדת העבודה והרווחה של הכנסת לפני הקריאה השניה הוסכם על נוסח שיגדיר את הגישה החוקית לחולה הנוטה למות, אך בצורתו הסופית של חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 הושמטה לחלוטין כל התייחסות חוקתית לחולה הסופני.

- מקרים בודדים הנוגעים לטיפול בחולה הנוטה למות הובאו לדיונים בפני בתי המשפט בישראל. עד כה נידונו כ-20 מקרים בבתי המשפט המחוזיים ובבית המשפט העליון. פסק הדין הישראלי המנחה בסוגיה זו הוא ע"א 506/88 יעל שפר נ' מדינת ישראל, פד"י מח(1), 87. בפסק דין מקיף ומעמיק זה נידונו סוגיות רבות הנוגעות לחולה הנוטה למות, ומגמת הפסיקה היא למצוא את האיזון הנאות והראוי בין הערכים הרלוונטיים השונים ברוח חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, ועל פי ערכיה של מדינת ישראל היהודית והדמוקרטית.

- בשנת 1996 פורסם חוזר מנכ"ל משרד הבריאות (מס' 2/96) בנושא הטיפול בחולה הנוטה למות. הפתרונות המוצעים בהנחיות אלו לסוגית

החולה הנוטה למות אף הם מכוונים למציאת האיזון הנאות והראוי בין הערכים השונים ברוח ערכיה של מדינת ישראל היהודית והדמוקרטית.

● בפני וועדת חוקה חוק ומשפט של הכנסת עלו שתי הצעות חוק פרטיות בנידון: הצעת חוק הזכות למות בכבוד, התשנ"ט-1999, של חבר הכנסת אברהם יחזקאל (פ/199), והצעת חוק העונשין (תיקון – הזכות להחליט על הארכת חיים), התש"ס-1999, של חברת הכנסת ענת מאור (פ/189). שתי הצעות החוק הללו אוחדו להצעת חוק מס' פ / 819, הימנעות מהארכת חיים – הוראות רפואיות מקדימות, התשס"א-2001, מאת חה"כ גב' ענת מאור. ההצעה הועברה לוועדה ביום טז בתמוז התש"ס (19 ביולי 2000), ועניינה תוקפן החוקי של הנחיות רפואיות מקדימות. בעת כתיבת שורות אלו ההצעה טרם עברה קריאה ראשונה בכנסת.

לאור העובדה שעד כה לא הוסדר עניינו של החולה הנוטה למות בצורה נורמטיבית, אחידה ומחייבת מבחינה חוקית – החליט שר הבריאות דאז, חה"כ הרב שלמה בניזרי, למנות את פרופ' אברהם שטינברג לשמש כיו"ר וועדה ממשלתית-ציבורית, שתפקידה לגבש הצעת חוק בנושא החולה הנוטה למות. המינוי נכנס לתוקפו ביום 20.2.00. לצורך דיון אפקטיבי ומעמיק חולקה הוועדה לארבעה וועדות-משנה – רפואית/מדעית, בראשות פרופ' צ'רלס ספרונג, פילוסופית/ערכית, בראשות פרופ' אסא כשר, הלכתית, בראשות הרב יעקב אריאל, ומשפטית, בראשות פרופ' אמנון כרמי. הוועדה הורכבה מ-59 חברים מדיסציפלינות רלוונטיות מגוונות. כל חברי הוועדה נבחרו על סמך כישוריהם המקצועיים בתחומים הרלוונטיים, ללא כל משקל פוליטי, אינטרסנטי, או תיקשורתי.

וועדות המשנה התכנסו בסך הכל ל-35 ישיבות. לאחר גיבוש טיוטת הצעת חוק התקיימו שלוש ישיבות של מליאת הוועדה. בסך הכל נידונו 6 טיוטות שונות של הצעת החוק.

ביום 17.1.02 הוגשה הצעת החוק יחד עם דין וחשבון הוועדה הציבורית לידי שר הבריאות חה"כ הרב נסים דהן.

המטרות שהוועדה הציבה לעצמה היו:

- הצעה הכוללת איזון נאות וראוי של כל המרכיבים הנחוצים לטיפול בחולה הנוטה למות מבחינה רפואית, מוסרית, דתית ומשפטית.
- הצעת חוק מפורט, ישים ויעיל, מוסכם בקונסנסוס רחב ככל האפשר.
- הוועדה הממשלתית/ציבורית בדקה את הפתרונות החוקיים הקיימים בעולם הרחב ביחס לחולה הנוטה למות, כגון בהולנד ומדינת אורגון בארה"ב, ומצאה שאינם מתאימים לערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית

ודמוקרטיה. לפיכך החוק המוצע על ידי הוועדה הוא ייחודי במידה רבה למדינת ישראל.

במהותו – החוק המוצע מבוסס על ערכי מדינת ישראל היהודית והדמוקרטית, תוך התחשבות בדעותיהם של נציגי הדתות בישראל (יהודים, נוצרים, מוסלמים, דרוזים – מזרמים שונים).

הצעת החוק מורכבת מאיזון ראוי בין ערכים שונים:

- העקרון הערכי של קדושת החיים של האדם (sanctity of life), היינו היחס אל חיי אדם, על פי תפיסה נורמטיבית, המחייבת מתן עדיפות מעשית עליונה לשמירה על חיי אדם מפני כל סכנה משמעותית הנשקפת להם, בין נוכח סכנה מיידיית ובין בעוד מועד.

- חשיבות איכות החיים (quality of life), היינו מכלול ההיבטים של חיי האדם, שהם בעלי ערך אובייקטיבי, לשם קיומו או בריאותו, או בעלי ערך סובייקטיבי, לפי טעמו, התלויים במישרין, באופן אובייקטיבי, במצב בריאותו, הגופני או הנפשי, או באופן סובייקטיבי, בהערכה העצמית של מצב בריאותו, הגופני או הנפשי.

- הערך המוסרי של מניעת כאב (pain), היינו החוויה התחושתית והרגשית השלילית, זמנית או מתמשכת, בעלת איפיון פיסי וסיבה פיסי, המעוררת באדם החש בה רצון מעשי להפסיק אותה בהקדם האפשרי, ולהימנע ממנה ככל האפשר, ומניעת סבל (suffering), היינו כאב או מועקה, גופניים או נפשיים, שאדם מעדיף להיות מחוסר הכרה ולא לחוש בסבל זה מאשר להיות בהכרה ולחוש בו, או שאדם עושה מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו.

- העקרון הערכי של כבוד האדם וזכויותיו בתחום מימוש האוטונומיה שלו (autonomy), היינו מימוש היכולת של אדם לקבל החלטות מתוך בחירתו, בדבר מעשה או הימנעות ממעשה, או בדבר עקרון מעשי, כללי או בסיסי, על יסוד תפיסה משלו ושיקולים של עצמו, כגילוי של רצון חופשי, והשתתת הטיפול הרפואי בו על הסכמתו מדעת.

כל אלו נידונים בהקשר של טיפול רפואי לחולה הנוטה למות על פי מערכת ערכים רפואיים, מוסריים, משפטיים, הלכתיים ורתיים.

לשמחתנו, הביאו אמנם דיונים מעמיקים ופוריים לאיתורו של קונסנסוס רחב כזה.

הצעת החוק מתייחסת באופן כוללני לחולה הנוטה למות, והיא מוגבלת רק לחולה כזה, כפי הגדרתו בהצעת החוק.

ההצעה מכילה את המרכיבים הבאים:

- הגדרות רלוונטיות לצורך חוק זה.
- עקרונות יסוד.
- התייחסות לחולה נוטה למות שהוא כשיר, ולחולה נוטה למות שאינו כשיר.
- התייחסות לחולה נוטה למות בכל הגילים – יילוד, קטין ובגיר.
- מתן הנחיות רפואיות מקדימות (advance medical directives) ומינוי מיופי כוח (surrogate).
- מעמד מטפלים, בני משפחה או ידידים, אישי דת, וועדות אתיות.
- המותר והאסור ביחס לשיטות טיפול שונות, כולל המתה במחדל, שמכונה גם מיתת חסד, ושבעבר היה מכונה המתה סבילה (passive euthanasia), היינו הימנעות מפעולה, בכוונה תחילה, ועל יסוד תחזית סבירה של התוצאות, העלולה לגרום את מותו של חולה הנוטה למות; והמתה במעשה, או המתה פעילה (active euthanasia), היינו פעולה על ידי כל אדם הגורמת במישרין, בכוונה תחילה, ועל יסוד תחזית סבירה של התוצאות, להחשת מותו של החולה הנוטה למות, גם אם היא נעשית על פי רצונו ובקשתו של החולה.
- נהלים ותהליכי קבלת החלטות.
- מנגנונים לפתרון בעיות באמצעות וועדות אתיקה מוסדיות וארציות.
- תיעוד ובקרה.

## הצעת החוק<sup>1</sup> החולה הנוטה למות<sup>2</sup> התשס"ב - 2002 פרק א : הוראות כלליות

### 1. מטרה

חוק זה בא לקבוע את ההתייחסות הכוללנית לחולה הנוטה למות על ידי קביעת איזון ראוי בין העקרונות הערכיים של קדושת החיים של האדם וחשיבות איכותם, ובין העקרונות הערכיים של כבוד האדם וזכויותיו בתחום מימוש האוטונומיה שלו. חוק זה מבוסס על מערכת ערכים רפואיים, מוסריים, משפטיים, הלכתיים ודתיים, וערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית.

1. הצעת חוק זו הומלצה על ידי הוועדה הציבורית לענייני החולה הנוטה למות, והיא מופיעה כפרק ג' בהמלצות הוועדה שהוגשו לשר הבריאות ביום ה', ד' בשבט תשס"ב (17.01.02).

2. חברי הוועדה הציבורית דנו בשם הראוי לחולה נשוא-הדיון, ובשם הראוי להצעת החוק. יש המכנים את החולה נשוא-הדיון בשם חולה סופני, יש המכנים אותו חולה בסוף/בקץ חייו/ימיו, או חולה בערוב ימיו. הוועדה החליטה שהשם "חולה הנוטה למות" הוא הראוי למצב הנדון ולהצעת החוק.

2. הגדרות<sup>3</sup>

בחוק זה –

**“אדם כשיר”** – אדם שמצבו ההכרתי, השכלי והנפשי מאפשר לו לקבל החלטות בקשר לטיפול רפואי מתוך הבנה ושיקול דעת, תוך שיפוט חופשי, ואשר לא הוכרז פסול-דין.

**“אמצעים טיפוליים מיוחדים”** – אמצעים לטיפול רפואי שאינם חלק משיגרה טיפולית, בהיותם בעלי אופי ניסויי, בהיותם בעלי סיכוי הצלחה נמוך מאד, בהיותם מוסיפים סבל משמעותי, או בהיותם עלולים לגרום נזק משמעותי למטופל או לאחרים.<sup>4</sup>

**“בא-כוח”** – מי שהתמנה על ידי אדם על פי סעיף 16 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, במפורש, על יסוד הבנה ושיקול דעת, להחליט במקומו על טיפול או אי-טיפול רפואי בו בעתיד, אם לא יוכל להורות בעצמו.<sup>5</sup>

**“בן משפחה או ידד”** – אדם בעל קירבה משפחתית או קירבה רגשית אל החולה הנוטה למות, שהוא מסור לו ומכירו היטב, על יסוד קשר רצוף ומתמשך עמו בתקופה שלפני הטיפול הרפואי או במהלכו.<sup>6</sup>

3. חברי הוועדה הציבורית דנו בהרבה מושגים ומונחים רלוונטיים מבחינה פילוסופית, אתית והלכתית. רק חלק מהמושגים והמונחים הללו נכללים בהצעת החוק, הלא הם המושגים המוזכרים בחוק עצמו. חלק אחר של המושגים כלול במבוא להצעת החוק, שהוא חלק בלתי נפרד מהצעת הוועדה הציבורית לחוק החולה הנוטה למות. דיון מקיף ומפורט ככל המונחים והמושגים הרלוונטיים לחולה הנוטה למות יבוא בספר על הנושא שהוועדה הציבורית מתכננת להוציא לאור.
4. הגדרה זו רלוונטית רק לסעיפים 11(ב) ו-14(ב) של הצעת החוק. יש מחברי הוועדה הציבורית שסבורים כי אם החולה מעוניין בהמשך חייו גם במחיר נזק משמעותי, ויש בטיפול המיוחד כדי להאריך את חייו – יש לעשות זאת. המצב של נזק משמעותי לאחרים מתייחס לטיפול אנטיביוטי מיוחד מאד, ללא עדות בקטריולוגית ייחודית המצדיקה טיפול זה, כאשר קיים חשש לפגיעה ביעילותו של תכשיר אנטיביוטי זה לשימוש בחולים אחרים, אך ברגיל אין למנוע טיפול יעיל לחולה בפנינו כאשר נזק לאחרים הוא תיאורטי בלבד.
5. א. סעיף 16 לחוק זכויות החולה קובע: (א) מטופל רשאי למנות בא כוח מטעמו שיהיה מוסמך להסכים במקומו לקבלת טיפול רפואי; בייפוי הכוח יפורטו הנסיבות והתנאים שבהם יהיה בא הכוח מוסמך להסכים במקומו של המטופל לטיפול רפואי. (ב) השר רשאי לקבוע הוראות לעניין אופן מתן יפוי הכוח לפי סעיף זה.  
ב. בא כוח על פי חוק זכויות החולה מוסמך רק להסכים במקום החולה לקבלת טיפול רפואי, אך אינו מוסמך לטוב לקבלת טיפול רפואי בעתיד. לעומת זאת בא כוח לפי הצעת חוק זה מוסמך להחליט במקום החולה הן על טיפול והן על אי-טיפול רפואי בו בעתיד, אם לא יוכל להורות בעצמו.
6. חברי הוועדה הציבורית קיימו דיונים רבים על מקומם של בני משפחה או ידידים בתהליך קבלת החלטות. חברי הוועדה העדיפו לתת משקל לבן משפחה או ידיד שיש לו קירבה משמעותית ומעשית לחולה הנוטה למות על פני בני משפחה המוגדרים רק על סמך קירבת דם, אם אין לקרובים אלו מעורבות אמיתית בטיפול בחולה, ואין להם היכרות משמעותית כאשר לרעותיו ולרצונותיו.

"בעיה רפואית חשוכת מרפא" – מחלה, חבלה, או הפרעה גופנית אחרת, הגורמת למוות, אשר לפי הידע הרפואי העדכני אין דרך לרפא אותה, לעצור את התפתחותה, או להאט את התפתחותה באופן משמעותי.

"הסכמה מדעת להנחיות רפואיות מקדימות" – הסכמה שאדם נותן, מרצונו החופשי, על יסוד מידע רפואי כמוגדר בסעיף 13 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, ומידע נוסף שנדרש על ידו, ועל יסוד הבנה, שיקול דעת והחלטה, בדבר רצונו לגבי טיפול או אי-טיפול רפואי, בבעיה רפואית שהוא סובל או יסבול ממנה, למקרה שמצבו הרפואי לא יאפשר לו לגבש או להביע את רצונו כאשר מצבו יחייב טיפול רפואי לשם הגנה חלקית או מלאה על חייו, על בריאותו, או על איכות חייו.<sup>7</sup>

"הסכמה מדעת לטיפול רפואי" – כהגדרתה בפרק ד לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.

"השר" – שר הבריאות הממונה על ביצוע חוק זה.

"חולה בשלב סופי" – חולה נוטה למות, בשלב סופני מידי מאד, שתוחלת חייו אינה עולה על שבועיים, והוא במצב של כשל של יותר ממערכת גופנית חיונית אחת, והוא סובל סבל משמעותי.<sup>8</sup>

"חולה נוטה למות" – חולה הסובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא, שלפי הידע הרפואי העדכני תוחלת חייו אינה עולה על חצי שנה.<sup>9</sup>

7. בעבר היה מדובר על "צוואה מחיים" (living will). הכוונה היתה למסמך כללי של הצהרת כוונות, ללא פירוט אבחנתי וטיפולי נאות. כיום מדובר על "הנחיות רפואיות מקדימות" (advance medical directives), כשהכוונה להיעוד מפורט של רצון האדם בעת היותו כשיר, כמפורט בהגדרה זו, ובפרטי הדרישות להנחיות רפואיות מקדימות בפרק ד, סימן א להצעת החוק. אכן, לפי הצעת החוק הזה אין מניעה שאדם יצהיר, באמצעות מסמך שיוכל לקרוא לו גם "צוואה מחיים", על רצונו וכוונותיו – ואלה יישקלו בבוא העת – אך תוקף מחייב יינתן רק להוראות כמשמעותן בחוק זה.

8. הגדרה זו מתחייסת לסעיפים 11(ב), 13(ב) ו-14(ב). מצב זה הוא ייחודי בכך שצוות מטפל רשאי להגביל טיפולים מארכי חיים גם בקבוצה מיוחדת של חולים הנוטים למות שאין ידיעה ברורה אם זה היה רצונם. המצב הרפואי הנדרש לשם כך כולל שלושה מרכיבים (הכרחיים: א) החולה הוא בסוף-סוף חייו, עד שבועיים לפני מותו; (ב) יש כשל של יותר ממערכת גופנית חיונית אחת; (ג) החולה סובל סבל משמעותי. מרכיבים (א-ב) קובעים מצב רפואי סופי ומידי מאד, ולפי נתונים רפואיים שנמסרו לחברי הוועדה הציבורית אמנם ניתן לקבוע מצב כזה באופן רפואי-סטטיסטי בדרגת מהימנות גבוהה; ומרכיב (ג) נותן את הביסוס המוסרי להימנעות מטיפול מאריך חיים בתנאים הרפואיים המיוחדים לפי מרכיבים (א-ב). ההנחה המוסרית ביסוד סעיף זה היא שיש להניח שחולה בתנאים המתוארים בסעיף זה היה רוצה שייגבילו את הטיפול מאריך-החיים בו, אילו יכול היה להביע את דעתו בקשר לכך, ובהיותו במצב כה סופי יחד עם סבל משמעותי – אין עוד חובת הצלה לגביו.

9. א) הגדרת החולה הנוטה למות מכילה שני מרכיבים: (1) הבעיה הרפואית, שהיא חשוכת מרפא; (2) משך החיים הצפוי בתוך התהליך של הבעיה הרפואית חשוכת המרפא, שאינו עולה על חצי שנה. היינו, יכול אדם לחלות במחלה חשוכת מרפא, אך מרגע האבחנה עד למותו מאותה מחלה יכול שיעבור זמן רב. אשר על כן, הגדרתי כחולה הנוטה למות לצורך חוק זה תחול רק מאותה עת שלפי ההערכה הרפואית נותר לו לחיות פחות מחצי שנה. ב) חלק מחברי הוועדה העדיפו לצמצם את משך הזמן לצורך הגדרה זו לתקופה של שלושה חודשים, ואף פחות מכך, אך מרבית חברי הוועדה העדיפו תקופה של חצי שנה, בין השאר

**"טיפול רפואי"** – טיפול הניתן לאדם לפתרון בעיה רפואית, על סמך שיקולים מקצועיים, המעוגנים בידע רפואי עדכני, בהתאם לעקרונות האתיקה הרפואית, ומיועד להארכת חיים, לשיפור, תיקון, הקלה, או הבראה של מצב פתולוגי או סימפטומטולוגי.

**"טיפול רפואי בדיד"** – טיפול רפואי, שבמהותו ניתן באופן מחזורי ובהפסקות, המאפשר הבחנה מעשית וברורה בין סיום מחזור אחד של טיפול לתחילת המחזור הבא, וכן טיפול שתוכנן מראש, באמצעים מתאימים, להינתן בשיעורים הניתנים לחידוש<sup>10</sup>.

**"טיפול רפואי מקל (פליאטיבי)"** – טיפול כוללני שניתן לחולה, אשר מטרתו העיקרית היא להפחית סבל גופני, נפשי וקיומי, ולשפר את איכות החיים הנותרים.

**"טיפול רפואי רציף"** – טיפול רפואי, שבמהותו ניתן באופן מתמשך ובלא הפסקות, שאינו מאפשר הבחנה מעשית וברורה בין סיום מחזור אחד של טיפול לתחילת המחזור הבא, ושלא תוכנן מראש, באמצעים מתאימים, להינתן בשיעורים הניתנים לחידוש<sup>11</sup>.

**"מטפל"** – רופא, אח או אחות מוסמכים, עובד סוציאלי, פסיכולוג קליני.

**"סבל משמעותי"** – כאב או סבל שאדם סביר מוכן לעשות מאמץ ניכר, תוך נכונות לוותר על חלק משמעותי מאיכות חייו, כדי להימנע ממנו או לסלקו; לגבי מי שאינו כשיר – סבל שסביר שכך היה נוהג לגביו.

**"רופא אחראי"** – מנהל המחלקה או מנהל היחידה האחראי על הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, וכן רופא מומחה שמונה על ידי מי מהם לשם כך<sup>12</sup>.

**"רופא אישי"** – רופא שיש לו היכרות קרובה עם החולה, רצונו ועמדותיו ביחס לטיפול הרפואי בו, בין שהוא רופא המשפחה של החולה ובין שהוא הממונה על הטיפול בחולה בקהילה, או הממונה באופן אישי על הטיפול בחולה בבית החולים, אם מונה כזה.

**"תוחלת חיים"** – משך החיים הממוצע הצפוי במצב הרפואי הנתון, על פי הידע הרפואי העדכני.

גם לאור העובדה שקיימות כיום שיטות איבחון פרוגנוסטיות, המאפשרות לרופא לחזות תקופה כזו במידה גדולה של סבירות. יש לציין, כי הגדרה זו של חצי שנה מקובלת בכמה מדינות מערביות לצורך חוק כזה.

ג) חלק מחברי הוועדה סברו שיש להוסיף להגדרה זו בסופה את המשפט "ואשר המשך חייו כרוכים בכאב או בסבל משמעותיים". מרבית חברי הוועדה סברו, שמרכיב הכאב והסבל ודרגותיהם הוא אמנם חשוב ביישום פרטי הצעת החוק, וכפי שבא לידי ביטוי בסעיפים שונים בהצעת חוק זה, אך אין הוא מהווה מרכיב בעצם ההגדרה של חולה הנוטה למות.

10. ראו הערות לסעיף 12 להצעת החוק.

11. ראו הערות לסעיף 12 להצעת החוק.

12. ראו הערות לסעיף 3(ב) להצעת החוק.

### 3. תחולה

א. הוראות חוק זה יחולו רק לגבי חולה הנוטה למות<sup>13</sup>.  
 ב. הרופא האחראי מוסמך לקבוע, בהתייעצות עם הרופאים המומחים בצוות המטפל, אם מצבו הרפואי של החולה עומד בדרישות ההגדרה של חולה הנוטה למות. אם הרופא האישי של החולה זמין – יש להיוועץ גם בו<sup>14</sup>.  
 ג. חלק החולה או נציגו על קביעה זו של הרופא האחראי – תכריע בדבר וועדת האתיקה המוסדית.

### 4. חובת הדיון

משנקבע שהחולה הוא נוטה למות, יקיים הרופא האחראי יחד עם הצוות המטפל, בהקדם האפשרי, דיון מפורט על מצבו של החולה, ועל הטיפול הרפואי הראוי בו, בהתאם להוראות חוק זה.

## פרק ב: עקרונות וחזקות

### 5. עקרון יסוד

מצבו הרפואי, רצונו וסבלו המשמעותי של החולה הנוטה למות הם הנתונים הבלעדיים לעניין השיקולים הנוגעים להמשך הטיפול הרפואי בו או בהימנעות מטיפול בו.

### 6. חזקת הרצון לחיות

(א). חזקה על אדם שהוא רוצה להוסיף לחיות, אלא אם כן הוכח אחרת מעל לכל ספק, ובמקרה של ספק יש לנטות לטובת החיים.  
 (ב). אין מוציאים חולה הנוטה למות מחזקת רצונו להוסיף לחיות אלא בהתקיים בו אחד מאלה:

13. חברי הוועדה הציבורית דנו אך ורק בחולה המוגדר בהצעת חוק זו כחולה "הנוטה למות". אין בהצעת החוק הזה התייחסות לחולים אחרים בסוף ימיהם שאינם מתאימים לקריטריונים המוצעים בחוק זה לחולה הנוטה למות. היינו לא מדובר בהצעת חוק זה בחולים המוגדרים "צמחים", בחולי אלצהיימר או פרקינסון וכיוצ"ב בטרם הגיעו להגדרה של חולה נוטה למות. אין להסיק כל מסקנות מהצעת החוק הזה לגבי חולים כאלו.

14. חברי הוועדה הציבורית הגיעו להסכמה שיש צורך ב"כתובת" ברורה להגדרת החולה כנוטה למות, על כל המשתמע מכך לגבי חוק זה. לפיכך נקבע בהצעה, שהרופא האחראי כפי הגדרתו בסעיף 1(ב) הוא המוסמך לעניין זה, אך עליו להתייעץ עם הרופאים המומחים בצוות המטפל, שכן לעתים מדובר בחולה הסובל מבעיות רב-מערכתיות שלגבי נדרש מידע ממומחים שונים. בנוסף לכך מצאו חברי הוועדה לנכון לשתף גם את הרופא האישי של החולה הנוטה למות בהגדרת מצבו, על פי הגדרתו בסעיף 1(ב), מתוך הנחה שהוא יודע פרטים רבים, רפואיים ואחרים, אודות החולה, אשר לא תמיד ידועים לרופא האחראי או לצוות המטפל בבית חולים, שכן אלו לעתים מכירים את החולה רק זמן קצר לפני הצורך בהגדרתו כחולה הנוטה למות.

- (1) חולה כשיר – על פי דבריו המאוחרים ביותר.
- (2) חולה בלתי כשיר –  
 (א). על פי הנחיות רפואיות מקדימות, או על פי הנחיות בא כוחו, לפי הוראות פרק ד לחוק זה.
- (ב). (1) בהיעדר הנחיות רפואיות מקדימות או בא כוח, על הרופא האחראי לעשות מאמץ לברר עדותם של בן משפחה או ידיד כמוגדר לעיל ורשאי הרופא להתחשב בעדות ברורה מפייהם;<sup>15</sup> (2) בהיעדר כל אלו רשאי הרופא להתחשב בעמדתו של אפוטרופוס, אם התמנה כזה;<sup>16</sup>
- (ג). חובת המטפל לעשות כל שלא ידו כדי להציל את חיי החולה ולעכב את מיתתו אינה חלה לגבי חולה הנוטה למות שיצא מחזקת רצונו להוסיף לחיות, כאשר הטיפול צפוי להאריך את סבלו; והכל כאמור בחוק זה.

### 7. חזקת כשרות

- (א). חזקה על אדם שהוא כשיר. חזקה זו חלה על אדם שמלאו לו 17 שנה.<sup>17</sup>
- (ב). אין מוציאים אדם מחזקת כשרותו לצורך חוק זה, אלא בהחלטה רפואית מוסמכת, מנומקת ומתועדת של הרופא האחראי בהתייעצות עם הצוות המטפל.<sup>18</sup>
- (ג). אם החלטת הרופא האחראי איננה מקובלת על החולה - תכריע בדבר וועדת האתיקה המוסדית.

15. לדעת רוב חברי הוועדה הציבורית יש מעמד לבן משפחה או לידיד לעניין חוק זה רק כאשר הם מעידים עדות ברורה על רצון החולה; אין חשיבות לצורך חוק זה ברצונם-הם או בהערכתם האישית על מה ראוי או בלתי ראוי לעשות לחולה.
16. מעמד האפוטרופוס לעניין חוק זה הוא מוגבל, שכן אין הוא יכול לייצג את רצונו של החולה, מאחר שמינויו על ידי בית המשפט בא בשלב שהחולה כבר איננו כשיר להביע את רצונו. ההתחשבות בעמדתו היא רק מכוח המינוי שלו לצורך שמירה על האינטרסים של החולה.
17. חברי הוועדה הציבורית מצאו לנכון לסטות מהמקובל בחקיקה עד היום, שבאופן גורף נחשב אדם כבגיר רק מעל גיל 18 שנה; הנחת חברי הוועדה היא, שכשרות שכלית לקבלת החלטות קיימת גם מתחת לגיל 18 שנה. הבחירה של גיל 17 שנה אף היא שרירותית במידה רבה, אך היא משקפת את הרצון לקבוע גיל כשרות יותר הגיוני. כמו כן מודגש בסעיף זה, שיש לשתף בהליך קבלת החלטות גם קטינים, ובלבד שכשרם השכלי והנפשי מוערך כמתאים לצורך זה.
18. א) היו מחברי הוועדה הציבורית שדרשו בכל מקרה בדיקה על ידי פסיכיאטר לצורך קביעת כשרותו של אדם לצורך חוק זה, אך מרבית חברי הוועדה הציבורית סברו שדרישה גורפת כזו תקשה מאד על הניהול הרפואי השוטף, ומבחינה מעשית הדבר בלתי אפשרי. אי לכך הוסכם שיש לתת סמכות לרופא האחראי, כפי הגדרתו בסעיף 2, שידע מתי לבקש הערכה פסיכיאטרית, ומתי לא יהא צורך בכך. "החלטה רפואית מוסמכת" דורשת לעתים מעורבות של פסיכיאטר, כאשר מצבו הקוגניטיבי והרגשי של החולה הנוטה למות לא ברור לרופא האחראי.
- ב) סעיף זה בא להסדיר את ההתנהגות היומיומית בבית החולים. כמובן, שאין זה בא לגרוע מסמכותו של בית המשפט לקבוע את כשרותו של אדם לכל נושא ועניין, כולל למטרות הצעת חוק זה.

(ד). קטין שטרם מלאו לו 17 שנה – על הצוות המטפל להעריך את כושרו ובשלותו השכלית והנפשית, ובהתאם לכך לשתף אותו בהחלטה על המשך הטיפול הרפואי בו. במקרה של מחלוקת בין הקטין לבין הוריו או בינו לבין הצוות המטפל – תכריע בדבר וועדת האתיקה המוסדית.

## 8. חזקת תקפות

הוראה מוקדמת עומדת בעינה עד שיוכח שעמדת נותנה השתנתה.

## פרק ג: הטיפול בחולה הנוטה למות

### חולה נוטה למות הרוצה להוסיף לחיות

9. (א). חולה נוטה למות כשיר המבקש טיפול רפואי מעבר למוצע על ידי הצוות המטפל על מנת להאריך את חייו – חובה על הצוות המטפל לכבד תצונו, למעט טיפול שלפי ההערכה הרפואית לא צפוי שיאריך את חייו, וטיפול שעלול לגרום נזק משמעותי לחולה<sup>19</sup>.

(ב). חולה שאינו כשיר –

(1). הוראתו בהנחיות רפואיות מקדימות, או הוראת בא כוחו בהתאם לפרק ד של חוק זה, או הוראת אפוטרופסו, או עדותם המשותפת, החד-משמעית והברורה של בני המשפחה או הידידים, ייחשבו כהבעת רצונו של החולה הנוטה למות. הרופא האחראי רשאי לראות גם בעדותו הברורה של בן משפחה או ידיד יחיד את הבעת רצונו של החולה הנוטה למות לעניין זה<sup>20</sup>.

(2). על הרופא האחראי לעשות מאמץ סביר לקבל את כל הנתונים והמסמכים מכל הגורמים הרלוונטיים הנימנים בס"ק 1 לעיל, ולהגיע

19. סעיף זה בא לתת מענה אוטונומי לחולה שערך החיים שלו, לגביו, הוא בעל משמעות, אם מדובר באיכות חיים נמוכה, או באורך-חיים קצר. גישה פרטית כזו של אדם יכולה לנבוע משיקולים פילוסופיים, דתיים או סובייקטיביים. בסעיף זה יש משום ביטול חלקי של המושג "טיפול עקר" [futile treatment], אשר לפי גישות שונות הבאות לידי ביטוי בספרות המקצועית, הוא איננו מבטא מציאות מדעית/רפואית אלא גישה ערכית/סובייקטיבית של מקבל ההחלטות עבור החולה. יחד עם זאת, סבורים חברי הוועדה הציבורית שאין חובה לתת לחולה טיפולים חריגים במיוחד, שלא צפויים להאריך את חיי החולה, או שעלולים לגרום לו נזק משמעותי.

20. חברי הוועדה הציבורית סבורים כי יש להבחין בין עדות משותפת, ברורה וחד-משמעית של כל בני המשפחה והידידים ברבר רצונו של החולה להאריך את חייו בכל דרך, לבין עדות ברורה של בן משפחה או ידיד יחיד בעניין זה. במקרה הראשון חלה חובה לקבל את העדות; במקרה השני אמנם רשאי הרופא לקבל עדות זו, אך אם יש לו סיבה טובה שלא לקבל עדות זו – אין הוא חייב לקבלה. מובן שאם לחולה הנוטה למות יש רק בן משפחה יחיד ובודד – דינו כאילו היתה עדות של כל בני המשפחה. כאשר בני המשפחה או הידידים חלוקים ביניהם בדבר רצונו של החולה הנוטה למות – יש להביא את הדין להכרעת הוועדה האתית המוסדית.

להסכמה על המשך הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות. במקרה של אי-הסכמה בין הגורמים הנ"ל, או בין הרופא האחראי לבין מי מהגורמים הנ"ל – תכריע בדבר הוועדה האתית המוסדית, או מי שהוסמך לכך מטעמה, בהתאם לפרק ו סימן א לחוק זה.

### חולה הנוטה למות אשר אינו רוצה שחיייו יוארכו

#### 10. מתן טיפול רפואי לחולה נוטה למות הכשיר

חולה הנוטה למות, שיצא מחזקת הרוצה להוסיף לחיות על פי סעיף 6(ב) דלעיל, והוא כשיר –

(א) לא יינתן לו טיפול רפואי אלא אם כן נתן לכך הסכמה מדעת.

(ב) חובה על הצוות הרפואי לעשות כל מאמץ לשכנע את החולה שיינתנו לו חמצן, אוכל, שתיה, תרופות קבועות, וטיפול מקל (פליאטיבי), בכל צורה יעילה, כשאין לכך הורייית-נגד רפואית<sup>21</sup>.

#### 11. מתן טיפול רפואי לחולה נוטה למות הבלתי כשיר

חולה הנוטה למות, שיצא מחזקת הרוצה להוסיף לחיות על פי סעיף 6(ב) דלעיל, והוא אינו כשיר – יינתן לו טיפול רפואי על פי הנתונים והגורמים המפורטים באותו סעיף.

(א) על הרופא האחראי לעשות מאמץ סביר לקבל את כל הנתונים והמסמכים מכל הגורמים הרלוונטיים כמפורט בסעיף 9(ב) לעיל, ולהגיע להסכמה על המשך הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות. במקרה של אי-הסכמה בין הגורמים הנ"ל, או בין הרופא לבין מי מהגורמים הנ"ל – תכריע בדבר הוועדה האתית המוסדית, או מי שהוסמך לכך מטעמה, בהתאם לפרק ו סימן א לחוק זה.

21. בנושא זה היתה מחלוקת בין חברי הוועדה הציבורית – היו ססבר, שאין האדם בעלים על גופו להתאבד על ידי מניעת טיפול שגרתי, ובעיקר על ידי מניעת אוכל ושתייה, כאשר אין הורייית-נגד רפואית, וכאשר אין קשר בין טיפולים אלו לבין הבעיה הרפואית חשוכת המרפא שבגינה הוא הוגדר כחולה הנוטה למות. לפיכך, יש לכפות טיפולים אלו גם על חולה כשיר. לעומתם, היו שהצביעו על כך שחוק זכויות החולה מכיר בזכותו של אדם (כשהוא כשיר) למנוע מעצמו טיפול כלשהו, ושהאוטונומיה של החולה היא הערך הדומיננטי במקרים כגון אלו, ולפיכך יש לקבל כל בקשה של חולה כשיר, "בזמן אמת", שלא לקבל כל טיפול רפואי, גם אם הוא שגרתי, ואפילו שלא לאכול ולשתות. חברי הוועדה הציבורית הגיעו להסכמה, שאין זה ראוי לאפשר לאדם למות ברעב, או למות על ידי היעדר טיפול שגרתי, מבלי לעשות כל מאמץ אפשרי לשכנעו לנהוג אחרת. מאידך גיסא, הסכימו חברי הוועדה הציבורית, שאין לכפות עליו טיפולים אלו, אם מאמצי השכנוע נכשלו. זאת מפני טעמים אחדים: טיפול כפוי כזה עלול להזיק לחולה מבחינה נפשית, ודווקא לקרב את מותו; כפיית החולה לטיפולים כאלו מחייבת את קשיבתו וטיפול בו בדרך פולשנית, ואין זה כבוד האדם לנהוג כך באדם כשיר; מבחינה מעשית דבר כזה הוא כמעט בלתי אפשרי..

(ב) בהיעדר כל הנתונים והמסמכים האלו, כאשר מדובר בחולה בלתי כשיר בשלב סופי – רשאי הרופא לנהוג על פי הוראות חוק זה בסעיפים 12-13, ורשאי גם להימנע מאמצעים טיפוליים מיוחדים.<sup>22</sup>

## 12. הפסקת טיפול רפואי

(א) אסור להפסיק טיפול רפואי רציף שלא לצורך טיפול רפואי כשההפסקה עלולה להביא למותו של חולה, בין שהוא כשיר ובין שאינו כשיר; אך מותר להפסיק טיפול רפואי בדיד בכפוף לסעיף 13.

(ב) טיפול רפואי רציף, שהופסק רק בגלל סיבות רפואיות – יחול עליו סעיף 13(א)<sup>23</sup>.

## 13. הימנעות מטיפול רפואי

(א) בכפוף לאמור בחוק זה מותרת הימנעות מטיפול רפואי הקשור לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא של חולה הנוטה למות, בין שהוא כשיר ובין שאינו כשיר, הכרוך בסבל משמעותי; בכלל זה מותר להימנע מהחייאה, מחיבור למכשיר הנשמה, מטיפולים כימותרפיים או הקרנות, מדיאליזה, מניתוחים, מבדיקות, או מטיפולים ניסיוניים.

(ב) בחולה הנוטה למות שאינו כשיר אסור להימנע מפעולות המכוונות לטיפול באירועים רפואיים המתרחשים בו ללא קשר לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא – טיפולים שגרתיים נחוצים לטיפול במחלות אינטרקורנטיות, במחלות רקע, ובכאבים. מניעת אוכל ושתיה – בכל צורה – אסורה.

(ג) האיסור על פי האמור בס"ק(ב) לעיל לא יחול כשיש הורייית-נגד רפואית מוכחת לגבי החולה, ולא אם קיימות הנחיות רפואיות מקדימות

22. בסעיף זה מוצע להפעיל את העקרון המנחה ביחס לחולה בשלב הסופי של חייו. ההנחה הנתמכת בנתונים סטטיסטיים היא שרוב החולים, שיענו על הקריטריונים של חולה הנוטה למות, יהיו בלתי כשירים בעת הצורך לקבל החלטות טיפוליות, וכי לרוב החולים הללו לא יהיו הנחיות רפואיות מקדימות או באי-כוח שהם מינו בהיותם כשירים. יתר על כן, ההנחה הסטטיסטית היא שביחס לרובם גם לא תהיה עדות ברורה וחד-משמעית על רצונם, אשר תוכל לשמש את בני המשפחה או היחידים לתרום להליך קבלת ההחלטות לפי הצעת חוק זו. אשר על כן, בדרך כלל תחול החוקה על פי סעיף 5א(ב) ביחס לחולה הנוטה למות. אך בחקופת סוף החיים, בהתקיים שלושת התנאים המוצעים (הערכה לתחלת חיים של פחות משבעים ימים, כשל של יותר ממערכת חיונית אחת, סבל משמעותי), מוצע להניח שמתקיימת חוקה שאין החולה רוצה עוד לחיות, כי הגיע "עת למות", ולפיכך מותר להגביל את הטיפול לא רק על פי סעיפים 12-13 להלן, אלא גם ביחס לאמצעים טיפוליים מיוחדים, כפי שהוגדרו בסעיף 2.

23. (א) הטיפול הרלוונטי העיקרי, וכמעט היחיד, הכלול בהגדרה של טיפול רפואי רציף הוא הנשמה מלאכותית במנשם (ventilator, respirator). לעומת זאת, כמעט כל הטיפולים הרלוונטיים בחולים הנוטים למות כלולים בהגדרה של טיפול רפואי בדיד, כגון כימותרפיה, רדיותרפיה, דיאליזה וכיצ"ב וראו בהערה לאחר סעיף 13(ב) הפסקת פעולת מנשם מסיבות רפואיות מתייחסת למצב שבו מבחינה רפואית יש נתונים המאפשרים גמילה ממכשיר הנשמה כחלק מהליך רפואי, ומתוך הנחה שהחולה ימשיך לחיות ללא צורך במנשם. אם במהלך הגמילה ובתקופה הסמוכה שלאחריה נותר החולה יציב מבחינת הסימנים החיוניים, ואחר כך חלה החמרה או הידרדרות במצבו כי אז יחול עליו סעיף 13(א).

שבהן דרישה להימנע מטיפולים כאלה; אך הנחיות רפואיות מקדימות להימנע מטיפולים כאלה לא תהיינה בעלות תוקף אלא בחולה בשלב סופי, כאשר מדובר באוכל, שתיה, או טיפולים שגרתיים שהימנעות מהם לא צפויה לגרום לקיצור חיי החולה הנוטה למות.<sup>24</sup>

24. (א) סעיפים 12-13 מתייחסים למצב שנהגו לכנותו המתה (אותנויה) או מיתה סבילה (פסיבית) או המתה (מיתה) במחדל (passive euthanasia). מושגים אלו שנויים במחלוקת בספרות המקצועית, ולפיכך החליטו מרבית חברי הוועדה הציבורית שלא לכלול אותם בסעיף ההגדרות 2, אלא להתייחס למציאות המתוארת בסעיפים 12-13.
- (ב) סעיפים אלו היו הסעיפים השנויים ביותר במחלוקת בין חברי הוועדה, וחלק מהם הסתייגו מסעיפים אלו. ההצעה דלעיל מבוססת על סדרת ההנחות הבאות: הדוגלים בערך החיים כערך מוחלט ואין-סופי אינם יכולים להסכים להגבלת טיפול כלשהו, בין אם הוא רציף או בדיד, בין אם מדובר בהפסקת טיפול או בהימנעות מטיפול, בין אם מדובר בטיפולים הקשורים לבעיה הרפואית חשובת המרפא או שמדובר בטיפולים שגרתיים. בכל מקרה, לשיטה זו, יש להמשיך בכל טיפול שיאריך את חיי החולה, ללא קשר לאיכות חייו או לאורכם הצפוי, ואף ללא קשר לרצונו או סירובו בנידון. הדוגלים בערך האוטונומיה כערך עליון, או אף מוחלט, אינם יכולים להסכים להגבלת כלשהי ביחס לרצונו של החולה בכל הנוגע לצורת הטיפול בו. לפיכך, גם הם אינם מכירים באבחנה כלשהי של צורת טיפול, אלא שלשיטה זו יש דווקא להימנע או להפסיק כל טיפול, בין אם הוא קשור לבעיה הרפואית חשובת המרפא ובין אם לאו, ואפילו אוכל ושתיה – הכל בכפוף לרצונו של החולה. יתר על כן, בצורה הקיצונית של עקרון האוטונומיה יש לכבד גם רצון של חולה לסיוע בהתאבדות, ואף להמתה במעשה. כל חברי הוועדה הציבורית הסכימו שיש לאזן בין ערך החיים לבין ערך האוטונומיה. לפיכך, מוסכם על דעת כל חברי הוועדה שאין לכבד בקשה אוטונומית של חולה הנוטה למות להמתה במעשה (סעיף 16 להלן), וכמעט כולם הסכימו שאין לכבד בקשה אוטונומית של חולה הנוטה למות לסייע להתאבדות (סעיף 17 להלן). מאידך גיסא, מוסכם על דעת כל חברי הוועדה, שאין לטפל בכל חולה ללא גבול ובניגוד לרצונו. אלא שעדיין נותרה מחלוקת בין חברי הוועדה הציבורית ביחס לאיזון הפרטי בין הקצוות הללו: חלק מחברי הוועדה סברו, שהאיזון הראוי הוא לכבד את ערך החיים ככל שהדבר נוגע להמתה במעשה ולסייע להתאבדות, ולכבד את ערך האוטונומיה ככל שהדבר נוגע לכל טיפול ולכל דרך של טיפול. לפיכך, לדעתם יש לאסור המתה במעשה וסייע להתאבדות, גם אם זה רצונו של החולה, אך יש לקבל את רצונו ביחס לאי-טיפול, בלא להבחין בין טיפול רציף לטיפול בדיד, ובין טיפול הקשור לבעיה הרפואית חשובת המרפא או שאין הטיפול קשור בה, שכן לדעתם אין להבדילים אלו בסיס מוסרי, ואין לכפות על אדם טיפול או המשכת-טיפול בניגוד לרצונו. לעומתם היו בין חברי הוועדה שסברו, שיש הבדל משפטי ומוסרי בין הימנעות מפעולה בדרך פסיבית, בבחינת "שב ואל תעשה", אף שתוצאתה היא מותו של החולה, שכן כמקרה כזה הוא מת ממחלתו ולא מהתערבות של בני אדם, לבין פעולה אקטיבית של ניתוק מכשירים, בבחינת "קום ועשה", אשר עצם הפעולה מביאה למותו של החולה. כמו כן היו מבין חברי הוועדה, שסברו שגם מבחינה רגשית ומקצועית קיים הבדל בין הימנעות מטיפול לבין הפסקת טיפול, כפי שעולה ממקרי דעת רופאים ואחיות, אשר בפועל מבחינים בין שתי צורות אלו. עוד היו מבין חברי הוועדה שסברו, שאף שמבחינה מוסרית, לדעתם, אין הבדל מהותי בין הימנעות מטיפול לבין הפסקת טיפול, הרי שמבחינת האתיקה המקצועית של הרופאים יש להבחין ביניהם, שכן תפקיד הרופא הוא לרפא ולהציל חיים, ואין תפקידו לקצר חיים. אשר על כן, הפסקת טיפול לבעיה הרפואית חשובת המרפא, את האתיקה המקצועית, עוד היא בעמדת הוועדה שחששו מפני המדרון החלקלק, כאשר היתר של הפסקת טיפול רציף יביא בעקבותיו להיתר המתה במעשה או סיוע בהתאבדות, שכן קיים דמיון תועלתי רב בין הקבוצות הללו.
- חלק מחברי הוועדה הציבורית סברו, שיש להבחין בין טיפולים הקשורים לבעיה הרפואית חשובת המרפא, שלגביהם יכולים לחול הגבלות טיפוליות בהתאם לתנאי הצעת חוק זו, לבין טיפולים שאינם קשורים לבעיה הרפואית חשובת המרפא, שכן הימנעות מטיפולים שאינם קשורים לבעיה הרפואית חשובת המרפא, ובוודאי הימנעות מאכילה ושתיה, היא בעצם צורה של התאבדות, ובלשון אחד החברים, היא לקיחת "טרמפ" על הבעיה הרפואית חשובת המרפא כדי למות. עוד היו חברים שלא רואים בטיפול בבעיות הרפואיות בסוף החיים מעין עסקת

## 14. מצב חירום רפואי

(א) במצב חירום רפואי כשהחולה הנוטה למות איננו כשיר, או שלא ניתן לקבל הסכמתו-מדעת בשל נסיבות החירום, והוא לא הביע את רצונו מראש באחת הדרכים המנויות בחוק זה, ובהעדר עדות ברורה של בן משפחה או ידיד – יש לנהוג על פי הוראות סעיף 15(3) לחוק זכויות החולה ה'תשנ"ו-1996.<sup>25</sup>

חבילה, הכל או לא כלום, אלא יש להבחין בין סוגי טיפולים שונים. עוד היו חברים שהבחינו בין טיפולים רפואיים לבין אוכל ושתיה, שלדעתם אין הם שווים – אוכל ושתיה הם צרכים בסיסיים של כל אדם חי, ואין לראות בהם צורה של טיפול; הימנעות ממתן אוכל ושתיה, ועקב כך מוות מרעב ומצמא, יש בו פגיעה משמעותית בכבוד האדם.

(ג) מכל מקום התברר, שהגישה שאינה מבחינה בין סוגי טיפולים, ובין צורות מתן או אי-מתן הטיפולים נוגדת בצורה ברורה וקטבתית את עמדת ההלכה על פי דעת רוב-רובם של הפוסקים. לפי עמדה זו יש בהפסקת טיפול רציף המביא למותו של החולה משום רציחה, ולפיכך היא כדף המתה במעשה (סעיף 16 להלן). כמו כן הימנעות מאוכל ושתיה וטיפולים שגרתיים היא בגדר התאבדות, ולכן היא אסורה (סעיף 17 להלן). מאידך, מסכימים רבים מהפוסקים, אם כי לא כולם, שהימנעות מטיפולים הקשורים לבעיה חשוכת המרפא מותרת. לדעת אחד מהפוסקים מותרת הימנעות כזאת רק אם הטיפול עצמו מוסיף סבל משמעותי וחדש לחולה, אך רבים מהפוסקים סבורים שעצם הארכת חיי סבל מהווה נימוק להימנעות מהארכת החיים באמצעים הקשורים למחלה חשוכת המרפא.

(ד) הנחת חברי הוועדה הציבורית היתה שסלע המחלוקת הנוגע להפסקת פעולת מכשיר הנשמה עשוי להיות ולוונטי מבחינה מעשית במספר מצומצם של מקרים. שכן אדם המעוניין בטיפול כזה, ובהמשך טיפולו גם במצב של חולה הנוטה למות – בוודאי זכאי לקבל טיפול זה; אדם שאיננו מעוניין בטיפול כזה במצב של חולה הנוטה למות, יוכל להימנע מטיפול זה על פי הצעת חוק זו בדרכים אחרות; חולה נוטה למות בשלב סופי, לא יחובר למכשיר הנשמה, אלא אם כן ביקש זאת. אשר על כן, שיעור החולים הנוטים למות שיחברו למכשיר הנשמה, ויהא צורך כלשהו לנתקם ממנו, צפוי שיהיה נמוך. יחד עם זאת, הוסכם על ידי חברי הוועדה, שיש למצוא פתרונות הולמים גם לחולים כאלו, ועניינם יוכל להידון בפני ועדת האתיקה הרפואית, בתוקף סמכותה לדרוש במקרים חריגים בעלי משמעות עקרונית (סעיף 48(א) להלן). ניתן בתנאים שונים להפוך את ההנשמה מטיפול רציף לטיפול בדיד, כגון על ידי התקנת timer על מכשיר הנשמה, או בדרכים אחרות, אשר ייבחנו בהקדם על ידי מומחים בתחום הטכני-רפואי ויישמו בהקדם האפשרי. וראו בפרק ה של דו"ח הוועדה הציבורית, המלצות חברי הוועדה הציבורית בנידון. אחד מחברי הוועדה ציין כי יש מהפוסקים שפתרון ה-timer איננו מקובל עליו בגלל תקלות אפשריות, אם כי פוסקים אחרים סבורים, שפתרון זה מקובל על פי ההלכה.

(ה) ביחס למצב שבו אדם תיעד בהנחיות רפואיות מקדימות, או שהורה לבא כחזו, שאין רצונו שיאכלו או ישקו אותו או יתנו לו טיפול רפואי שגרתי בעת שיהא חולה נוטה למות – הוסכם על ידי חברי הוועדה הציבורית, כמוצא של פשרה, הפתרון הבא: אין לקבל הנחיה כזו בשלבים המוקדמים של מצבו כנוטה למות, שכן אין אפשרות לנסות לשכנעו, כמתחייב מסעיף 10(ב) לעיל, ולכן יש לראות כזה משום סיוע להתאבדות; וכן בהיותו בלתי כשיר אין הוא מבצע פעולות התנגדות להאכלתו, ועל כן הפגיעה בכבוד האדם למות מרעב או מצמא גוברת על הפגיעה באי-מילוי רצונו הקודם. נתונים אלו מביילים בין חולה כשיר "בזמן אמת", שאמנם יש לשכנעו לקבל טיפולים אלו, אך אין לכפות עליו טיפולים אלו, לבין חולה בלתי כשיר "בזמן אמת", למרות שנתן הנחיה רפואית מקדימות בנידון. אכן, על פי מה שנמסר לחברי הוועדה מהמומחים הרפואיים, הימנעות מאוכל ומטיפולים שגרתיים בשלב הסופי של החיים, כמוגדר בסעיף 2 לעיל, אינם משנים את המהלך הטבעי, ועל פי הידע הרפואי החולה ימות ממילא ממצלתו בתקופה זו. לפיכך, אין בקיום בקשתו משום התאבדות, ואין בזה משום פגיעה בכבוד האדם.

25. סעיף 15(3) לחוק זכויות החולה הקובע: "בנסיבות של מצב חירום רפואי רשאי מטפל לתת טיפול רפואי דחוף גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל, אם בשל נסיבות החירום, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן לקבל את הסכמתו מדעת; טיפול רפואי המנוי בתוספת יינתן בהסכמת שלושה רופאים, אלא אם כן נסיבות החירום אינן מאפשרות זאת".

(ב) חולה בשלב סופי, המוכר לרופא ככזה, הנמצא במצב חירום רפואי, בתנאים המתוארים בס"ק (א) דלעיל – רשאי הרופא להימנע מטיפול רפואי מציל-חיים בו, ורשאי הוא גם להימנע מאמצעים טיפוליים מיוחדים.

### 15. טיפול מקל (פליאטיבי)

(א) מטרת הטיפול המקל היא הקלה על כאב וסבל, ושיפור איכות החיים.  
 (ב) חובה על הצוות המטפל לעשות כל הניתן להקל על כאבו וסבלו של החולה הנוטה למות, הכשיר והבלתי כשיר, למרות סיכונים סבירים לחייו, הן באמצעות תרופות משככות כאבים ותרופות רלוונטיות אחרות, והן באמצעים פסיכולוגיים, סיעודיים וסביבתיים, על פי העקרונות והסטנדרטים המקובלים של הטיפול הפליאטיבי.

(ג) על הצוות המטפל לדאוג במידת האפשר גם לרווחת בני המשפחה של החולה הנוטה למות, על פי העקרונות והסטנדרטים המקובלים של הטיפול הסוציאלי והטיפול הפליאטיבי.<sup>26</sup>

### 16. איסור המתה במעשה

פעולה שהיא טיפול רפואי, או שהיא טיפול רפואי במראית עין, שכוונתה או תוצאתה הוודאית לרוב דעות המומחים העוסקים בתחום זה באותה עת היא גם מעשה המתה – אסורה, גם אם היא נעשית מתוך מניעי חסד וחמלה, או נעשית על פי בקשתו המפורשת של החולה הנוטה למות, בא כוחו, אפוטרופסו, בן משפחה, ירד, או כל אדם אחר.<sup>27</sup>

26. חברי הוועדה הציבורית רואים בחיוב רב את הכנסת סעיף זה להצעת החוק, אשר נותן זכות לכל אדם לקבל טיפול פליאטיבי, והמחייב את הצוות המטפל לתת טיפול כזה בצורה אופטימלית, הן ביחס לחולה עצמו והן ביחס לבני משפחתו, תוך הדגשת המטרה של טיפול זה בסעיף 15(א). וראו עוד בפרק ה של דו"ח הוועדה הציבורית, המלצות חברי הוועדה הציבורית בנידון.

27. (א) סעיף זה בא לאסור בצורה ברורה וחד-משמעית את מה שמכונה אותגוזה פעילה (אקטיבית) (active euthanasia). בסעיף זה בא לידי ביטוי לא רק עצם האיסור המכוון להמית חולה, אלא גם כאשר הדבר נעשה בדרך של טיפול רפואי, או במראית עין של טיפול רפואי.  
 (ב) רוב חברי הוועדה הציבורית הסכימו שלא רק כוונה להמית את החולה אסורה, אלא גם כאשר התוצאה הוודאית של הטיפול הרפואי או מראית העין של הטיפול הרפואי היא מותו של החולה – נכללת פעולה כזו באיסור ההמתה במעשה. מאידך גיסא, אין הכוונה בסעיף זה לאסור טיפול מועיל לחולה, כגון טיפול במשככי כאבים, כאשר הוא נעשה בכוונה להקל על החולה ולא להמיתו, וזאת גם כאשר קיים סיכון של החששת המוות בגין הטיפול, כמפורט בסעיף 15(ב) לעיל, כל עוד מדובר בטיפול מקובל, שתוצאת המוות איננה וודאית אלא אפשרית. הברל זה מבוסס על התפיסה שעקרון ה-double effect הוא מוסרי רק כאשר התוצאה השלילית היא אפשרית ולא הכרחית.

(ג) המתה במעשה שלא בדרך טיפול רפואי, כגון הזרקת חומר רעל קטלני או יריה, בוודאי אסורה מדיני החוק הפלילי, אך שאין עניינה במסגרת הצעת החוק הזו, ולכן לא נכללה בסעיף זה.

**17. סיוע להתאבדות**

סיוע להתאבדות, על ידי מטפל או על ידי כל אדם אחר – אסור, גם אם הוא נעשה מתוך מניעי חסד וחמלה, וגם אם זו בקשתו המפורשת של החולה הנוטה למות<sup>28</sup>.

**תיעוד והערכה****18. חובת תיעוד**

עם קבלת החלטה על דרך הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות –

(א) על הרופא האחראי לתעד את הדין, הנימוקים וההחלטות בגיליונו של החולה הנוטה למות.

(ב) על הרופא האחראי לעשות מאמץ סביר להביא את ההחלטה מיד ובצורה ברורה לידיעת כל הגורמים הרלוונטיים, רפואיים ואחרים, הידועים לו ומעורבים בטיפולו של החולה הנוטה למות, וכן יאפשר לגורמים המעורבים עיין במידע הרפואי, אלא אם כן אסר המטופל על מי מהם לקבל מידע רפואי הנוגע לו. כללים סותרים של סודיות רפואית לא יחולו לגבי סעיף זה.

(ג) השר יקבע בתקנות נהלים לתיעוד ולדיווח בדבר הליכי קבלת ההחלטה הנוגעים לחולה הנוטה למות על פי חוק זה, לצורכי בקרה ומחקר, הן במסגרת הרשומה הרפואית של החולה והן במסגרת ארצית, והבאת ההחלטה לידיעת הגורמים המעורבים בטיפול בחולה.

**19. חובת הערכה חוזרת**

יש לבצע הערכות רפואיות חוזרות לגבי החולה הנוטה למות, ומשחל שינוי במצבו או ברצונו – יש לחזור ולקבוע את המדיניות של הטיפול הרפואי בו.

**פרק ד: קביעת רצונו של החולה הבלתי כשיר****20. כללי**

(א) אדם רשאי להביע את רצונו מראש בשאלת הטיפול הרפואי שיינתן או שלא ינתן לו אם יהיה חולה נוטה למות, בין בהנחיות רפואיות מקדימות, בין במינוי בא-כוח, ובין בשילוב ביניהם, לפי הוראות פרק זה.

<sup>28</sup>. הרוכ המכריע של חברי הוועדה הסכים לסעיף זה. אחד מחברי הוועדה הסתייג מסעיף זה, וסבור שיש להתיר סיוע להתאבדות כמוצא ראוי לחולים מסוימים, זאת על אף שאיסור הסיוע להתאבדות קיים ממילא בספר החוקים של מדינת ישראל.

(ב) הנחיות רפואיות מקדימות מתועדות והנחיות בא כוח – מחייבות, בכפוף להוראות חוק זה.

### הנחיות רפואיות מקדימות

#### 21. הוראת היסוד

הנחיות רפואיות מקדימות הן כלי להבעת רצונו של אדם למימוש האוטונומיה שלו בגבולות המותר בחוק זה, לכשלא יהיה כשיר או מסוגל עוד לבטא רצון זה. תוקף ההנחיות יהיה בהתאם להוראות חוק זה<sup>29</sup>.

#### 22. הכשרות לתת הנחיות

אדם שמלאו לו 17 שנה הכשיר לתת הסכמה מדעת להנחיות רפואיות – כשיר לתת אותן<sup>30</sup>.

#### 23. אין משמעות לאי-מתן הנחיות

אין לייחס לאי-מתן הנחיות רפואיות מקדימות משמעות לגבי רצונו של האדם לעניין הטיפול הרפואי בו.

#### 24. דרכי מתן ההנחיות ותיעודן

ניתן לתעד הנחיות רפואיות מקדימות בין בנוסח שייקבע בתקנות ובין בנוסח אחר, או באמצעים טכניים אחרים. הנחיות רפואיות מקדימות שאינן מתועדות – אינן מחייבות, אך יש להביאן בחשבון במסגרת השיקולים של מקבלי ההחלטות, בהתאם לסעיף 9<sup>31</sup>.

#### 25. התנאים לתוקף ההנחיות

(א) הנחיות רפואיות מקדימות תהיינה בנות-תוקף כשניתנו על ידי בעל ההנחיות לאחר שקיבל את המידע הרפואי הדרוש לו מרופא או מאחות

29. באופן כללי סבורים חברי הוועדה הציבורית שיש לאזן בין הצורך לפשט את הליכי ההנחיות הרפואיות המקדימות ו/או מינוי בא-כוח, על מנת לאפשר לרבים ככל האפשר להביע את רצונם בדרך כזו, לבין הצורך להבטיח שהדברים הנוגעים לחיים ולמוות ייעשו בצורה רצינית, מודעת ויעילה ליישום ככל האפשר. אשר על כן, מכילה הצעת החוק פירוט רב של תנאים להבטחת האיוון הראוי הזה.

30. (א) ראו הערה לסעיף 7 (א) לעיל.

(ב) היו מחברי הוועדה הציבורית שסברו שיש לדרוש השתתפות פסיכיאטר בכל הליך של מתן הנחיות רפואיות מקדימות, אך מרבית חברי הוועדה סברו שהדבר בלתי ישים מבחינה מעשית, וכי ההכבדה הזו תפר את האיוון במפורט בהערה לסעיף 21 לעיל.

31. בפני חברי הוועדה הציבורית עמדה הצעה להוסיף טופס מובנה ומחייב של הנחיות רפואיות מקדימות כנספח לחוק זה. עמדה זו נדחתה על ידי רוב חברי הוועדה, וזאת על מנת לאפשר גמישות ואינדיבידואליות בחיעוד הנחיות רפואיות מקדימות. יחד עם זאת, מציעה הוועדה בהמלצותיה, המלוות הצעת חוק זו (ראו פרק ה לדו"ח הוועדה הציבורית), שמנכ"ל משרד הבריאות יתקין בחקנות נוסח מעובד באופן מקצועי לטופס הנחיות רפואיות מקדימות, שאדם הרוצה בכך יוכל להשתמש בו.

מוסמכת; הנחיות שניתנו במסמך ייחתמו על ידי בעל ההנחיות ושני עדים, והרופא או האחיות המוסמכת רשאים לשמש עדים.<sup>32</sup>

(ב) מסמך הנחיות רפואיות מקדימות יכול תמצית המידע הרפואי שניתן לאדם עובר לחתימת המסמך, והצהרה כי הנחיותיו הרפואיות המקדימות ניתנו באופן חופשי, על יסוד הבנה, שיקול והחלטה.

## 26. תחילת תוקף ההנחיות

הנחיות רפואיות מקדימות יכנסו לתוקף במועד שבו איבד החולה הנוטה למות את הכשירות או את היכולת להביע את רצונו לגבי הטיפול הרפואי בו, והן תהיינה בתוקף כל זמן שהחולה הנוטה למות הוא נטול כשירות או יכולת כאמור.

## 27. הנחיות לא ברורות או לא מתאימות

אם רצונו של החולה הנוטה למות אינו עולה בבירור מן ההנחיות הרפואיות המקדימות שנתן, או אם ההנחיות אינן מתאימות לנסיבות, או שהן פוגעות בצורה חמורה בכבוד האדם – ובהיעדר בא כוח, או אפוסטרופוס, או עדות ברורה של בן משפחה או ידיד – תכריע בדבר הוועדה האתית המוסדית.<sup>33</sup>

## 28. הנחיות בעניין שמירה על אוטונומיה של החולה

הנחיות רפואיות מקדימות מיוחדות הנוגעות בתפיסת הכבוד האישית של בעל ההנחיות, שהוא רשאי לתיתם כאדם כשיר – תחייבנה.

## בא כוח

### 29. יפוי כוח

(א). רשאי אדם למנות כל אדם הכשיר לשמש בא כוח, לקבל במקומו החלטות לגבי הטיפול הרפואי בו לעניין חוק זה. על יפוי הכוח יחולו הוראות סעיף 16 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 והוראות סימן זה.<sup>34</sup>

32. היו מחברי הוועדה הציבורית שסברו שהרופא חייב להיות חתום כער על מסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות; היו חברים שסברו שיש לפסול עדים שיכולים להיות בעלי עניין ביחס לבעל ההנחיות, כגון קרוב משפחה שיכול להיות יורשו. מרבית חברי הוועדה סברו שהגבלות אלו אינן מועילות ואינן נחוצות, והן סוטות מהאיוון כמפורט בהערה לסעיף 21 לעיל.

33. "הנחיות הפוגעות בצורה חמורה בכבוד האדם" עניינן בכך, שאם אדם ציווה לנהוג בו בצורה הפוגעת בכבוד האדם באופן חמור, על פי אמות מידה אוניברסליות, אין לקבל זאת כדבר המובן מאליו, אלא יש להפנות בעיה כזו לוועדה האתית המוסדית.

34. ראו בסעיף 2 "בא כוח" את נוסח הוראות סעיף 16 לחוק זכויות החולה.

(ב). רשאי אדם למנות בא כוח משני, שימלא תפקיד זה אם בא הכוח לא יוכל או יימנע מלמלא את תפקידו.

### 30. דרכי המינוי

(א) מינוי של באי כוח יהיה מתועד, ובחתימת הממנה ושני עדים.  
 (ב) על הממנה לציין במפורש במסמך המינוי שבא הכוח יהיה מוסמך לקבל החלטות במקומו בעניין הטיפול הרפואי בו אם יהפוך לחולה הנוטה למות והוא לא יהיה כשיר או מסוגל להביע רצונו בעצמו.  
 (ג) הממנה יפרט במסמך המינוי את הנסיבות והתנאים שבהם יהיה בא הכוח מוסמך להחליט במקומו של הממנה על הטיפולים הרפואיים, כולם או חלקם.

### 31. תוקף המינוי

תוקף סמכותם של באי הכוח הוא מעת שקיבלו את המינוי, או מעת שיקבע הממנה במסמך המינוי.

### 32. הסמכות

סמכות באי הכוח מוגבלת לפעולות המותרות על פי חוק זה.

### 33. ערעור על החלטת בא הכוח

אדם החושש שבא הכוח פועל שלא על פי רצונו של החולה הנוטה למות, או שלא לטובתו, או מתוך ניגוד עניינים, רשאי לפנות לוועדת אתיקה מוסדית לקבלת הכרעתה על הטיפול הרפואי הראוי בחולה הנוטה למות.

### שילוב בין הנחיות רפואיות מקדימות למנוי בא כוח

### 34. אפשרות השילוב

רשאי אדם לשלב הנחיות רפואיות מקדימות על פי סימן א', יחד עם מינוי באי כוח מטעמו, על פי סימן ב' דלעיל.

### 35. סדר עדיפות

(א) ניתן לכלול בהנחיות הרפואיות המקדימות ובכתב המינוי של באי כוח הנחיות בדבר סדרי העדיפות בהנחיה, למקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הנחיה של בא כוח.  
 (ב) בהיעדר סדרי עדיפויות בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין הנחיות של בא כוח – הרי אם ניתנו בסמיכות, או שהנחיה מאוחרת מן המנוי – עדיפה ההנחיה המקדימה; אם המנוי מאוחר מן ההנחיה – תכריע וועדה אתית מוסדית.

## הוראות כלליות

### 36. ביטול ושינוי

(א) הנחיות רפואיות מקדימות או מינוי באי כוח ניתנים לשינוי או לביטול על ידי בעל הדבר בכל עת ובכל דרך שבה ניתן לתימם מלכתחילה.  
 (ב) יש לתעד בכתב מראש או בדיעבד מיד בהזדמנות הראשונה, החלטות בדבר ביטול או שינוי הנחיות רפואיות מקדימות או מינוי באי כוח<sup>35</sup>.

### 37. עדיפות הרצון המפורש

בעת היותו כשיר, גובר רצונו המפורש של החולה הנוטה למות על כל הוראה שנתן בעבר, על כל הנחיה שנתנו באי כוחו או אפטרופסו, ועל עדות בן משפחה או ידיד ביחס לכל טיפול רפואי.

### 38. מאגר מידע וחיידוש הנחיות

(א) השר אחראי להקמת מאגר מידע מרכזי שבו יירשמו ההנחיות הרפואיות המקדימות והמינויים של באי הכוח.

(ב) השר יקבע הנחיות בדבר שיטות התייעוד במאגר המרכזי. כן יקבע השר הנחיות בדבר נגישות למידע במאגר המידע המרכזי. הוראות חוק הגנת הפרטיות יחולו על מאגר המידע המרכזי.

(ג) האחראים על המאגר ישלחו הודעות תזכורת לחידוש או עידכון ההנחיות הרפואיות המקדימות והמינויים של באי הכוח מידי חמש שנים על מנת לשמר את תוקפן<sup>36</sup>.

(ד) במידה וההנחיות הרפואיות המקדימות לא חודשו למרות שהמנחה קיבל הודעת תזכורת – חזקה שהן עדות לרצונו של החולה<sup>37</sup>.

35. הרישה תיעוד מראש ובצורה מסודרת של השינוי או הביטול של הנחיות רפואיות מקדימות ו/או מינוי באי-כוח היא לכתחילה, כדי למנוע אי הבנות וטעויות. אך דרישת התייעוד לא באה לגרום מעצם תוקפם של השינוי או הביטול, ולפיכך יחול השינוי או הביטול גם אם לא היה לכך תיעוד מראש, ודי לתעד זאת גם בדיעבד.

36. א) הדישה לחידוש או עידכון ההנחיות הרפואיות המקדימות נחוצה, לדעת חברי הוועדה הציבורית, על מנת לוודא שבעל ההנחיות לא שינה דעתו ביחס לחלק או כל ההנחיות. שינויים כאלו אכן קורים באחוז לא מבוטל של בעלי הנחיות, כפי שהוכח במחקרים שהוצגו בפני הוועדה הציבורית.

ב) חלק מחברי הוועדה הציבורית סברו שיש לדרוש חידוש או עידכון ההנחיות כל שלוש שנים, אך התקבלה הדעה שמספיק לחדשם/לעדכןם פעם בחמש שנים, על מנת שלא להכביד על המערכת ועל בעלי ההנחיות יתר על המידה.

ג) כמו כן סברו מרבית חברי הוועדה הציבורית, שאין להטיל את החובה לזכור ולחדש או לעדכן את ההנחיות על בעל ההנחיות, יש לסייע לו בכך על ידי גוף מרכזי מתאים, היינו מאגר המידע המרכזי.

37. חברי הוועדה הציבורית נחלקו ביניהם ביחס לדרגת תוקפם של הנחיות רפואיות מקדימות שלא חודשו – יש סבורו, שהן בטלות לחלוטין; יש סבורו, שאין הן בטלות אך גם אינן

**39. תיעוד ברשומה הרפואית**

רשאי אדם לבקש שההנחיות או המינוי יתועדו ברשומה הרפואית המתנהלת על ידי קופת החולים שבה הוא חבר, או בבית החולים שבו הוא מקבל טיפול, ועל המוסד הרפואי לפעול בהתאם לבקשתו.

**40. מאמץ לגילוי קיומן של הנחיות או של בא כוח**

(א) כשמגיע אדם, הנחזה כחולה הנוטה למות, לטיפול רפואי או לאשפוז בבית חולים, חובה על הצוות המטפל לעשות מאמץ סביר לברר אם נתן החולה הנוטה למות הנחיות רפואיות מקדימות, או מינה בא כוח, ואם כך הוא – יצרף הרופא מידע זה לרשומה הרפואית שמנהלת לאותו חולה.

(ב) משנוצרה לראשונה האפשרות המעשית שרופא יידרש לפעול על פי הנחיות רפואיות מקדימות, הרי אם החולה כשיר חובה על הרופא האחראי לבקש מן החולה לאשרר או לעדכן את ההנחיות, לאחר שיימסר לו המידע הרפואי על ידי רופא או על ידי אחות מוסמכת בנוכחותו של רופא.

**41. חובת יידוע**

(א) הרופא המטפל יידע את בא הכוח, או האפוטרופוס, או בן המשפחה או הידיד על כוונתו לפעול בהתאם להנחיות הרפואיות המקדימות שנתן החולה הנוטה למות, וישתף אותם במידע הרפואי.

(ב) הרופא המטפל יידע את בן המשפחה או הידיד על כוונתו לפעול בהתאם להנחיות של בא הכוח או האפוטרופוס, אלא אם כן אסר המטופל לתת למי מהם מידע כזה.

(ג) בהיעדר הנחיות מקדימות, או בא כח, או אפוטרופוס ישתף הרופא במידע הרפואי את בן המשפחה או הידיד על תוכניות הטיפול בחולה הנוטה למות, מראש או בדעיכה, אלא אם כן אסר המטופל לתת למי מהם מידע כזה<sup>38</sup>.

(ד) כללים סותרים של סודיות רפואית לא יחולו לגבי סעיף זה.

מחייבות, אלא יש לראות בהם הצהרת כוונת בלבד, ויוכלו להוות מרכיב נוסף במסגרת השיקולים של מקבלי ההחלטות; ויש שסברו, שהן תקפות במידה מלאה. מרבית חברי הוועדה הציבורית הסכימו לדעה שיש לראות אותן בגדר חזקה שהן עדות לרצונו של החולה, היינו שהן מחייבות, אלא אם כן הן הופרכו בראיה.

38. ברגיל יש למסור את המידע לגורמים המנויים בסעיפים אלו מראש, אלא אם כן הנסיבות הרפואיות מחייבות פעולה מיידית, שאז יש למסור את המידע בדעיכה.

## פרק ה: יילוד וקטין

42-43. יילוד וקטין<sup>39</sup>

### פרק ו: וועדות אתיות

#### 44. וועדות

תוקמנה וועדות אתיות מוסדיות וארציות בהתאם לאמור בפרק זה, והן תהווה גם וועדות אתיקה על פי סעיף 24 לחוק זכויות החולה התשנ"ו-1996<sup>40</sup>.

#### וועדה אתית מוסדית

#### 45. הרכב הוועדה ומינוי חבריה

(א) וועדה אתית מוסדית תורכב מנציגים של תחומי העיסוק הבאים:

- 4 רופאים, שאינם מהצוות המטפל ישירות בחולה הנוטה למות, מתוך תחומי המומחיות הרפואית הבאים – פנימית, גריאטריה, קרדיולוגיה, נוירולוגיה, אונקולוגיה, רפואה פליאטיבית, טיפול נמרץ, הרדמה, פסיכיאטריה, רפואת המשפחה. כשמדובר בקטין – יהיה אחד מארבעת המומחים רופא ילדים; כשמדובר ביילוד – יהיה אחד מארבעת המומחים ניאונטולוג; אחות מוסמכת; עובד סוציאלי או פסיכולוג קליני; אתיקאי;
- משפטן;

39. סעיפים אלו טרם נכתבו. ראה עמ' 5 ו-8 בחוברת אסיא ס"ט-ע' (ניסן תשס"ב). בינתיים חלק מהחסר הושלם ובא לידי ביטוי בסימן ר' לחוק החולה הנוטה למות, עמ' 314-315 להלן.

40. א) על פי חוק זכויות החולה התשנ"ו-1996, סעיף 24 אמנם הוקמו וועדות אתיקה מוסדיות בבתי החולים בישראל. אכן, הרוב המכריע של חברי הוועדה הציבורית סבר כי הרכב הוועדה האתית על פי חוק זכויות החולה ודרכי פעולתה רחוקים מלהיות אופטימליים, ובוודאי שלצורך חוק זה אין הם עונים על הצרכים. לפיכך, מוצע בהצעת חוק זה להקים וועדה אתית שונה בהרכבה ובדרכי פעולתה, מתוך הנחה ותקווה שההרכב המוצע ודרכי הפעולה של הוועדה האתית יענה על הדרישות והצרכים של החולים, בני המשפחה והידידים, והמטפלים לפתרונות אופטימליים של בעיות קשות.

(ב) יתר על כן, חברי הוועדה הציבורית מציעים הקמת וועדת אתיקה ארצית, שסמכותה מפורטת בסימן ב' להלן, שאיננה קיימת על פי חוק זכויות החולה. הנחת חברי הוועדה הציבורית היתה שעדיף ליצור פורומים ייחודיים לטיפול בבעיות אתיות-רפואיות על פני הידיקאות לבתי משפט במקרים כגון אלו.

(ג) חברי הוועדה הציבורית ממליצים לאמץ את ההצעה הזו גם ביחס לוועדות האתיקה מכוח חוק זכויות החולה – לשנות את הרכב הוועדה האתית ותיפקודה על פי חוק זכויות החולה בהתאם למוצע בחוק זה ביחס לחולה הנוטה למות, לאחד את שתי הוועדות, ובכך לחשוך קיומם של וועדות שונות לנושאים דומים.

- רב, ובמקרה של חולה הנוטה למות שאינו יהודי – איש דת מאותה הדת של החולה הנוטה למות.
  - (ב) וועדה אתית מוסדית תבחר את היושב ראש שלה.
  - (ג) החולה או שלוחו רשאים לבקש השתתפותו של נציג, המשקף את ערכיו של החולה, בדיון של וועדה אתית מוסדית. לנציג זה תהיה זכות הצבעה<sup>41</sup>.
  - (ד) החולה או שלוחו זכאים להרפיע בפני הוועדה על מנת לטעון את טיעוניהם. לחולה או לשלוחו זה לא תהיה זכות הצבעה.
  - (ה) חברי הוועדה האתית המוסדית יתמנו על ידי מנכ"ל בית החולים, בהתייעצות עם יושב ראש הוועדה האתית הארצית, ובאישור מנכ"ל משרד הבריאות.
  - (ו) הוועדה האתית המוסדית רשאית להסמיך הרכב מצומצם מתוכה, שידון במקרים קונקרטיים, כאשר יש צורך בדיון דחוף. בהרכב המצומצם חייב להיות רופא ועוד שניים מביין החברים הבאים: משפטן, אתיקאי, איש דת.
  - (ז). חברים בוועדה האתית המוסדית יעברו השתלמויות מרוכזות להכרת חוק זה וריקעו, ולהכרת חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. מנכ"ל משרד הבריאות אחראי לארגון ההשתלמויות.
- 46. פניה לוועדה**
- הפניה לוועדת האתיקה המוסדית יכולה להיות על ידי כל אחד מהגורמים הבאים:
  - החולה הנוטה למות עצמו, כשהוא כשיר, או שלוחו של חולה נוטה למות כשיר המוגבל באופן פיסי;
  - בא כוחו, אפוטרופסו או בן משפחה או ידיד של חולה נוטה למות שאיננו כשיר;
  - מטפל מביין חברי הצוות הרפואי.

41. חלק מחברי הוועדה הציבורית ביקשו לאפשר לחולים שאינם דתיים את פסילת איש הדת מהשתתפות בוועדה האתית המוסדית בדיון בעניינם, ואחד מהם אף הסתייג מסעיף זה. מרבית חברי הוועדה הסכימו שאין לפסול ענף תרבותי כלשהו בדיון ערכי כזה, וכפי שמקובל גם בארה"ב בנידון, וכמו כן הועלו טענות שאם תותר פסילת איש דת, יוכל חולה אחר לפסול אתיקאי, חולה שלישי יפסול משפטן וכיוצ"ב, ואין זה רצוי מבחינה חברתית. יחד עם זאת, כדי לאפשר ייצוג הולם להשקפת עולמו ומערכת ערכיו של חולה ספציפי הסכימו חברי הוועדה הציבורית לצרף נציג מטעמו לדיוני הוועדה, אם רצונו בכך. אחת מחברי הוועדה הציבורית הסתייגה משיתוף אתיקאי כחבר בוועדה האתית המוסדית, ובעיקר בהרכב המצומצם. אכן, מרבית חברי הוועדה הציבורית סברו, שענף מקצועי זה הוא חשוב מאד בדיוני וועדה אתית.

**47. סמכויות הוועדה וקבלת החלטות על ידי הוועדה**

(א) וועדה איתת מוסדית מוסמכת להכריע במקרים שבהם יתעורר ספק כיצד לנהוג בחולה הנוטה למות, או במקרים שבהם יהיו חילוקי דעות בין הגורמים הרלוונטיים כיצד לנהוג בחולה הנוטה למות, והכל בכפוף להוראות חוק זה. במיוחד תדון הוועדה האיתת המוסדית בנושאים המפורטים בסעיפים 3(ג), 7(ג), 7(ד), 33, 35(ב), 55(ב).

(ב) המטרה ביסוד ההחלטות של וועדה איתת מוסדית היא לברר ולממש את רצונו של החולה הנוטה למות ביחס לטיפול הרפואי בו על פי נתונים עובדתיים שיובאו בפניה.

(ג) בהיעדר נתונים עובדתיים תקבע הוועדה האיתת המוסדית את החלטתה בהתאם לאומד רצונו של החולה על פי השקפת עולמו ואורח חייו, ובמידת הצורך גם בהתייעצות עם אנשים המייצגים השקפת עולם דומה, אם אין נציג כזה בעת הדיונים בוועדה.

(ד) החלטות הוועדה האיתת המוסדית תתקבלנה ברוב דעות.

(ה) החלטות וועדת אתיקה מוסדית תהינה תקפות רק אם השתתפו בדיון ובקבלת ההחלטות 5 חברים, ובתוכם לפחות רופא אחד, ושני חברים מאלו שאינם רופאים.

(ו) וועדה איתת מוסדית רשאית לקבוע שהחלטתה היא מחייבת או שהיא רק המלצה למטפל כיצד לנהוג<sup>42</sup>.

**וועדה איתת ארצית****48. סמכויות הוועדה**

(א) וועדה איתת ארצית מוסמכת להכריע במקרים שבהם יש חילוקי דעות בלתי מוכרעים בוועדה איתת מוסדית, בערעורים על החלטות וועדה איתת מוסדית, ובמקרים חריגים בעלי חשיבות עקרונית.

(ב) המטרה העיקרית של הוועדה האיתת הארצית היא לברר ולממש את רצונו של החולה הנוטה למות ביחס לטיפול הרפואי בו על פי נתונים עובדתיים שיובאו בפניה.

(ג) בהיעדר נתונים עובדתיים תקבע הוועדה האיתת הארצית את החלטתה בהתאם לאומד רצונו המשוער של החולה על פי השקפת עולמו

42. חברי הוועדה הציבורית נחלקו ביניהם בשאלה אם יש להקנות להחלטות וועדת האתיקה המוסדית תוקף מחייב או תוקף מיעץ בלבד. הסכמת רוב חברי הוועדה הציבורית היתה לתת לוועדת האתיקה המוסדית בעצמה את הזכות לקבוע בכל מקרה אם החלטתה מחייבת או שהיא בגדר המלצה בלבד.

ואורח חייו, ובמידת הצורך גם בהתייעצות עם אנשים המייצגים השקפת עולם דומה, אם אין נציג כזה בעת הדיונים של הוועדה.

#### 49. הרכב הוועדה ומינוי חבריה

(א) הוועדה האתית הארצית תורכב מנציגים של תחומי העיסוק הבאים, שהם בעלי ניסיון בתחומי חוק זה:

- רופא, בדרג מנהל יחידה, או מנהל מחלקה, או מנכ"ל בית חולים;
- אתיקאי, בדרגה אקדמית בכירה;
- רב, במעמד רבני בכיר. במקרים שיהיו נוגעים לחולים שאינם יהודים – ימונה במקום רב איש דת במעמד בכיר מאותה עדה דתית;
- משפטן, בעל כשירות להיות שופט בית המשפט העליון, או בדרגה אקדמית בכירה;
- אחות מוסמכת, בדרגת ניהול בכירה;

עובד סוציאלי בבית חולים, בדרגת ניהול בכירה, או פסיכולוג קליני בבית חולים, בדרגת ניהול בכירה<sup>43</sup>.

כולם ממלאי תפקידים כאמור בעת המנוי הראשון או בעבר, לא יותר מחמש שנים מתום כהונתם.

(ב) תוקף המינוי יהיה למשך חמש שנים; ניתן להאריך את המינוי לחמש שנים נוספות.

(ג) לכל תחום עיסוק של הרכב הוועדה הארצית ימונו 4 אנשים, שמתוכם יזומנו לדין מכל תחום עיסוק נציג אחד וממלא מקום לו.

(ד) יהיה ייצוג הולם לגברים ונשים בוועדה.

(ה) מנכ"ל משרד הבריאות ימנה את יושב הראש של הוועדה האתית הארצית ואת ממלא מקומו.

(ו) החברים בוועדות האתיות הארציות ימונו על ידי מנכ"ל משרד הבריאות. הרב ימונה בהתייעצות עם הרבנים הראשיים לישראל, איש דת לא-יהודי ימונה בהתייעצות עם נשיא בית הדין לערעורים של אותה עדה דתית בישראל, והמשפטן ימונה בהתייעצות עם היועץ המשפטי לממשלה.

43 חברי הוועדה הציבורית בנו בחלופות שונות של הגדרת בעלי העיסוק השונים בוועדת האתיקה הארצית. בין השאר נידונה ההצעה הבאה: רופא, בדרגת מנהל יחידה, מנהל מחלקה, או מנכ"ל בית חולים; אתיקאי, בדרגת פרופסור; רב, בדרגת רב עיר או אב-בית-דין רבני; משפטן, בדרגת שופט מחוזי או פרופסור למשפטים; אחות, בדרגת אחות ראשית של בית חולים; עובד סוציאלי בדרגת מנהל שירות סוציאלי בבית חולים ובעל וותק של 10 שנים לפחות, או פסיכולוג קליני בדרגת מנהל שירות פסיכולוגי בבית חולים ובעל וותק של 10 שנים לפחות. מרבית חברי הוועדה הציבורית העדיפו את החלופה כפי שמופיעה בהצעת החוק.

(ז) החולה או שלוחו זכאים למנות נציג, המשקף את ערכיו של החולה, בוועדה האתית הארצית. לנציג זה תהיה זכות הצבעה.  
 (ח) החולה או שלוחו זכאים להופיע בפני הוועדה על מנת לטעון את טיעוניהם. לחולה או לשלוחו זה לא תהיה זכות הצבעה.

#### 50. קבלת החלטות על ידי הוועדה

(א) החלטות של הוועדה האתית הארצית תתקבלנה ברוב דעות המשתתפים.

(ב) להחלטות וועדת האתיקה הארצית יהא תוקף מחייב.

(ג) תוקף ההחלטות של וועדת אתיקה ארצית מותנה בהשתתפות בדיון של נציג מכל אחד מתחומי העיסוק שמהם מורכבת הוועדה.

#### 51. פניה לוועדה

(א) הפניה לוועדת האתיקה הארצית יכולה להיות על ידי כל אחד מהגורמים הבאים:

- החולה הנוטה למות, כשהוא כשיר, או נציגו של החולה הנוטה למות, כשהוא כשיר, המוגבל באופן פיסי;
- בא כוחו, אפוטרופסו, או בן משפחה או ידיד של חולה נוטה למות שאיננו כשיר;
- מטפל מבין חברי הצוות הרפואי;
- כל אחד מחברי וועדת האתיקה המוסדית.

(ב) בכל מקרה תותר פניה לוועדת האתיקה הארצית רק לאחר דיון בוועדה אתית מוסדית, למעט מקרים חריגים בעלי חשיבות עקרונית, שניתן להפנות ישירות לוועדת האתיקה הארצית.

#### 52. ערעור

כל אחד מבעלי הזכות לפניה לוועדת האתיקה הארצית זכאי לערער על החלטת הוועדה בפני בית משפט מחוזי בהרכב של שלושה שופטים.

## פרק ז: שונות

## 53. פטור מאחריות

מטפל וחבר וועדה אתית לא יישאו באחריות לפי כל דין על פעולתם לפי הוראות חוק זה<sup>44</sup>.

## 54. הזכות לייצוץ

(א) חולה נוטה למות זכאי להורות לצוות המטפל להעביר מידע רפואי לאנשים שהוא מבקש לשתפם בהחלטותיו, בגבולות החוק והאתיקה הרפואית.  
(ב) חולה נוטה למות זכאי לבקש את שיתוף הפעולה של הצוות המטפל עם טיפול לא-קונבנציונלי, בכפוף לאישור מנכ"ל בית החולים.

## 55. העברת הטיפול למטפל אחר מסיבות מצפוניות

(א) אין בהוראות חוק זה כדי לחייב את המטפל לתת טיפול רפואי או להימנע ממתן טיפול רפואי בחולה הנוטה למות בניגוד לערכיו, למצפנו, או לשיקול דעתו הרפואי, אך עליו להעביר את הטיפול למטפל אחר, על פי הסדר שייקבע מראש בתיאום עם הנהלת בית החולים<sup>45</sup>.

(ב) מטפל המתנגד עקרונית לטיפול בחולה הנוטה למות על פי הוראות חוק זה רשאית ועדת האתיקה המוסדית להיענות לבקשתו לשחררו מטיפול רפואי בחולה הנוטה למות, כאשר יש לו התנגדות ערכית או מצפונית לבצע את ההנחיות הכלולות בחוק זה ביחס לטיפול רפואי או לאי-טיפול רפואי בחולה הנוטה למות – ובלבד שתימצא חלופה נאותה לטיפול רפואי בחולה תוך קיום הוראות החוק. הוועדה רשאית לסרב לכך רק אם לא ניתן להציע חלופה נאותה לטיפול בחולה תוך קיום הוראות חוק זה<sup>46</sup>.

44. חסינות משפטית מפורשת כזו לחבר בוועדה אתית לא כלולה בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. אין בכונת סעיף זה בהצעת חוק זו כדי להשליך בדרך כלשהי על מעמדם של חברי הוועדה האתית מכוח חוק זכויות החולה.

45. חברי הוועדה הציבורית נחלקו בשאלה על מי יש להטיל את האחריות להעברת הטיפול למטפל אחר – על הרופא המבקש להשתחרר מהטיפול, או על הנהלת בית החולים. ההצעה שהתקבלה מטילה את האחריות על הרופא עצמו, אך דורשת תיאום עם הנהלת בית החולים על פי הסדר קבוע מראש למקרים חריגים אלו.

46. סעיף זה בא להסדיר מצב שבו מטפל מתקשה מוסרי/מצפונית לטפל בחולים הנוטים למות על פי עקרונות הצעת חוק זה באופן עקרוני. זאת בהבדל מסעיף 55(א) לעיל, אשר דן רק במקרה ספציפי, חריג וחד-פעמי.

## הסתייגויות

### הסתייגות של פרופ' הרב דוד גולינקין

**סעיף 13(ג) "הימנעות מטיפול רפואי":**

**עמדה:** לבטל את ההיתר להימנע ממתן מאוכל ושתייה בחולה בשלב סופי, כשאיננו כשיר, אף שכתב הנחיות רפואיות מקדימות כנ"ל.

**נימוקים:** יש חובה להאכיל ולהשקות כל אדם, גם חולה בשלב סופי, וגם אם הנחה בעבר שלא לעשות כן, כי הימנעות מאוכל ומשתייה כמוה כהסכמה להתאבדות.

### הסתייגויות של הרב יעקב וינר

**סעיף 6(ב)(2) "אפוטרופוס":**

**עמדה:** לבטל את זכותו של האפוטרופוס להחליט על מעמדו של חולה הנוטה למות כמי שיצא מחזקת רצונו להוסיף לחיות.

**נימוקים:** האפוטרופוס איננו מכיר את החולה ואת רצונותיו, ולפיכך עמדתו משקפת את דעתו האישית ולא את רצונו של החולה. לפיכך, אין להעניק לו כוח הכרעה לקיצור חיי החולה.

**סעיף 13(ג) "הימנעות מטיפול רפואי":**

**עמדה:** לבטל את ההיתר להימנע ממתן מזון, נוזלים וטיפולים שגרתיים בחולה בשלב סופי, כשאיננו כשיר, אף שכתב הנחיות רפואיות מקדימות כנ"ל.

**נימוקים:** למרות ההסבר הרפואי שאי-מתן מזון, נוזלים וטיפולים שגרתיים בשלב הסופי איננו מקצר את חיי החולה, אין הדבר מוסכם על כל הרופאים, ולפיכך יש לראות בהסכמה כזו כסיוע להתאבדות.

### <sup>47</sup>הסתייגויות של השופט משה טלגם

**סעיף 12 "הפסקת טיפול רפואי":**

**עמדה:** להוסיף סעיף-קטן (ג): "אפשר להפסיק טיפול שניתן אם היה החולה כשיר והורה כן, או אם ניתן הטיפול ללא הסכמתו המפורשת של החולה, והחולה חוזר ונעשה כשיר, וכן אם הוברר שרצונו של החולה היה שלא לקבלו מלכתחילה".

**סעיף 13(ב) "הימנעות מטיפול רפואי":**

**עמדה:** מסכים שמניעת אוכל ושתייה אסורה, אך מסתייג מהמלים "בכל צורה".

47. עו"ד נעמה ויצ'נר מצטרפת להסתייגויות של השופט טלגם.

**סעיף 13(ג) "הימנעות מטיפול רפואי":**

**עמדה:** מסתייג מההגבלה של קבלת ההנחיות ביחס לטיפולים שגרתיים ואוכל ושתייה רק בשלב סופי, ומציע שהן תהיינה בעלות תוקף אם הן מפורשות.

**נימוקים:** אי קבלת ההסתייגויות הללו מהווה פגיעה בזכויות החוקיות הקיימות; הזכות של כל חולה להורות אוטונומית על כל טיפול שיקבל או יימנע הוכרה בחקיקה, וכיום היא דין המחייב בפלילים ("תקיפה") ובנזיקין. אין לשלול זכות זו מחולה נוטה למות שאינו כשיר, אם השאיר הוראות רפואיות מקדימות; די בהגבלות ביחס להמתה כמעשה וביחס לסייע להתאבדות, ואין להוסיף פטרונות על חולה שאינו כשיר, וידוע חפצו שלא יטופל; רופא שאינו שלם אם הפסקת טיפול ראשי שלא לבצע פעולה זו על פי סעיף 55 להצעת החוק, אך אין בכך כדי להצדיק כפיית קיום וטיפול על החולה.

**הסתייגות של ד"ר רפי כהן-אלמגור****סעיף 17 "סיוע להתאבדות":**

**עמדה:** להשמיט סעיף זה מהצעת החוק, ולאפשר סיוע של רופא להתאבדות.

**נימוקים:** יש חולים שערך החיים איננו ערך עליון ומוחלט עבורם, אלא אמצעי להגשמת ערכים והישגים אחרים. כאשר הם מגיעים למצב בו לדעתם אין עוד ערך להמשך חייהם, מפאת איכות חיים גרועה ביותר – הם מעדיפים למות, תוך כדי שליטה על רגע מותם, על מקום מותם, ועל התנאים שבהם ימותו. לחולים כאלו חלופת המוות עדיפה על המשך החיים; יש חולים המבקשים להתאבד, אך אינם יכולים או אינם רוצים לעשות זאת בעצמם, בין אם מפאת קשיים פיסיים או קשיים רגשיים ואחרים. מקצוע הרפואה הוא המתאים ביותר לסייע לחולים כאלו במילוי בקשתם.

**הסתייגות של פרופ' שרה כרמל****סעיף 45(א) ו-1(ו) "וועדה אתית מוסדית – הרכב"**

**עמדה:** לבטל את האתיקאי מהרכב הוועדה האתית המוסדית, ובעיקר מהרכב הוועדה המצומצמת.

**נימוקים:** ההתנגדות לתחום עיסוק זה היא פרקטית – היעדר מספיק אנשים העוסקים באתיקה כמקצוע, ועקב כך צמצום משמעותי ביכולת התיפקוד של וועדות אתיקה מוסדיות; הרבב עשוי להיות בולט במיוחד בבתי חולים פריפריים; אין התנגדות עקרונית לצורך בתחום עיסוק זה בהרכב הוועדה, ויש להסתפק בייצוג מקצועי זה בוועדת אתיקה ארצית.

## הסתייגויות של פרופ' אבינועם רכס

### סעיף 12(א) "הפסקת טיפול רפואי":

**עמדה:** לבטל את ההבחנה בין טיפול רציף לטיפול בדיד, ולאפשר ניתוק ממנשם תחת השפעה של תרופות הרגעה, במגבלות סעיפים 16 ו-55 להצעת החוק.

**נימוקים:** על פי הצעת החוק האוסרת הפסקת טיפול רציף לא יהיה פתרון הולם לחולה בניוון שריריים (ALS) המבקש מתוך הכרה מלאה לסיים את חייו; פתרונות מסוג מוני זמן הם בעייתיים.

### סעיף 13(ג) "הימנעות מטיפול רפואי":

**עמדה:** לבטל את המגבלה של חלות הנחיות רפואיות מקדימות ביחס להימנעות מטיפולים שגרתיים, אוכל ושתייה לשלב הסופי של החיים, ולהכיר בהנחיות רפואיות מקדימות גם ביחס לטיפולים כאלו בכל תקופת המצב של חולה הנוטה למות.

**נימוקים:** ההגבלה כמוצע בהצעת החוק היא פגיעה מובהקת בכבוד האדם, בחירותו ובאוטונומיה שלו על גופו, ועומדת בסתירה לחוק זכויות החולה; יש בהגבלה זו סתירה להגדרה של הנחיות רפואיות מקדימות, שאין בהן הגבלת זמן; לא ניתן לקבוע את תקופת השלב הסופי של החיים.

### סעיף 25(א) "תנאים לתוקף ההנחיות":

**עמדה:** לבטל את הדרישה לקבלת מידע והסברים מרופא או אחות מוסמכת, ולבטל את הצורך בחתימת גורמים אלו על מסמך ההנחיות הרפואיות המקדימות.

**נימוקים:** מרבית האנשים מכינים את משמעות חתימתם על טופס הנחיות רפואיות מקדימות; הדרישה להסברים על ידי גורמים רפואיים היא הגבלה אדמיניסטרטיבית שעלולה להקטין את הנגישות של הציבור למסמך הנחיות מקדימות.

### סעיף 45(ו) "הרכב וועדה אתית":

**עמדה:** להגביל את השתתפות איש הדת בוועדה המצומצמת רק לחולים דתיים; ביחס לחולים חילוניים יוחלף איש הדת ברופא נוסף/אחות בכירה/משפטן/פילוסוף.

## הסתייגויות של ד"ר כרמל שלו

אני מצטרפת להסתייגויות של פרופ' עמוס שפירא, השופט משה טלגם, ופרופ' אבינועם רכס, ומבקשת להוסיף:

### סעיף 5 "עקרון יסודי":

**עמדה:** אחרי המלים "החולה הנוטה למות" להוסיף "וכן הזכויות שזכו להכרה בחוק זכויות החולה".

**נימוק:** הצעת הוועדה מופנית בעיקרו של דבר לרופאים, וקובעת מה מותר, אסור וחובה עליהם לעשות. יש להבהיר כי על הרופאים לקחת בחשבון את זכויות החולים אשר כבר הוכרו במשפט הישראלי, ואשר נגזרות מערכי היסוד של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית, כפי שנקבעו בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו.

### סעיף 12(א) "הפסקת טיפול רפואי":

**עמדה:** לבטל את ההבחנה בין טיפול רציף לטיפול בדיד ולהתיר גם הפסקת טיפול רציף, אם כך הוא רצונו של החולה.

#### נימוקים:

1. כשם שדרושה הסכמה מדעת של חולים לפני מתן טיפול רפואי, ואין לתת אותו בניגוד לרצונם, כך גם אסור לכפות אותם להמשיך לקבל טיפול אם ברור שהם אינם רוצים בכך. בשני המקרים, כפיית הטיפול היא פגיעה בזכות לשלמות הגוף, ומהווה תקיפה על פי הדין הקיים.

2. איסור הפסקת טיפול גורע מזכויות חולים שכבר הוכרו בבתי המשפט בישראל, במיוחד לגבי ההנשמה של חולים במחלות ניוון שרירים.

3. לא ברור שאיסור ההפסקה של טיפול הנשמה יהיה רלבנטי רק במספר מצומצם של מקרים. חולים רבים שמגיעים לחדרי מיון מונשמים כעניין של נוהל מציל חיים. לא יהיה ניתן להפסיק את ההנשמה אם יתברר לאחר מכן כי החולה אינו רוצה בכך.

4. פתרון טכנולוגי שיהפוך את ההנשמה לטיפול בדיד אינו קיים היום. אין לדעת כמה זמן דרוש לפיתוח הטכנולוגיה ומה תהיה עלותה, ואין ערובה לכך שהיא תותקן בכל בתי החולים בישראל ושכל החולים יוכלו ליהנות ממנה באופן שוויוני.

### סעיף 13 "הימנעות מטיפול רפואי"

#### לסעיף 13(א)

**עמדה:** למחוק את המלים "ואשר מוסיף סבל משמעותי".

**נימוק:** תנאי זה מהווה הגבלה על זכות החולה הכשיר להסכים ולסרב מדעת לטיפול רפואי כפי שהיא מוגנת היום בחוק זכויות החולה.

#### לסעיף 13(ג)

**עמדה:** למחוק את הסיפא של הסעיף המגביל את התוקף של הנחיות מקדימות של חולה בלתי כשיר.

#### נימוקים:

1. אין הגיון משפטי בהבחנה בין טיפולים רפואיים כאלה לאחרים.

2. יש להבחין בין אוכל ושתייה לבין הזנה מלאכותית ועירווי נזולים, אשר נחשבים כטיפול רפואי בכל שיטות המשפט הקרובות לשיטת המשפט הישראלי. הזכות של

חולה להימנע מהזנה מלאכותית ועירוי נוזלים על סמך הרצון שהובע לפני שהפך לבלתי כשיר כבר הוכרה בפסיקה בישראל.

3. בהרבה מקרים אובדן הכשירות הוא זמני. אם הותחל בהזנה מלאכותית בזמן של חוסר כשירות, בניגוד להנחיות המקדימות של החולה, לא יהיה ניתן להפסיק אותה לאחר שחזרה הכשירות, מכיוון שההזנה המלאכותית היא טיפול רציף.

4. בהרבה מקרים אובדן היכולת לאכול ולשתות הוא חלק מתהליך המוות הטבעי. אין לראות ברצון האדם להימנע מהזנה מלאכותית משום התאבדות. יש הבדל בין אדם שמבקש ליטול את חייו במעשה לבין אדם שמבקש שיניחו לו ללכת לעולמו בשלום.

5. הגבלת התוקף של ההנחיות המקדימות חלה גם לגבי אותם אנשים המשתייכים לקהילה הקטנה של עדי יהווה בישראל, אשר מתנגדים מטעמי דתם לעירוי דם.

6. הגבלת התוקף של ההנחיות המקדימות יוצרת חלון זמן של חמישה וחצי חודשים שבהם אין מכבדים את רצון החולה. דווקא בסוף החיים, כאשר האדם הוא חסר אונים ותלוי בזולת, יש להקפיד על שמירת הזכות לכבוד ולכיבוד הרצון.

### פרק ו' "ועדות אתיות"

**עמדה:** לבטל את הוועדות האתיות על פי הצעת החוק, ובמקום זאת להסמיך את הוועדות שהוקמו בחוק זכויות החולה לקבל החלטות גם ביחס לחולים בסוף חייהם.

**נימוק:** ועדות האתיקה על פי חוק זכויות החולה כבר מוסמכות, בין היתר, לדרוך בעניינם של חולים המסרבים לקבל טיפול רפואי. ריבוי של ועדות אתיות יגרום אומנם בלבול, אך מוטב לחזק את חוק זכויות החולה, שהוא חוק חשוב ביותר, ואת הוועדות הפועלות מכוחה. המערכת החדשה המוצעת היא מסורבלת יותר, ובנוסף קיים חשש כי זכויות נוספות של חולים שאינם נוטים למות, המוכרות בחוק זכויות החולה, עשויות ללכת לאיבוד.

### <sup>48</sup>הסתייגויות של פרופ' עמוס שפירא

#### סעיף 12(א) "הפסקת טיפול רפואי":

**עמדה:** לא להיזדקק בהצעת החוק להבחנה בין טיפול "רציף" לבין טיפול "בדיד", ולהתיר הפסקת טיפול רפואי רציף או בדיד בתנאים המפורטים בהצעת החוק, בין אם הטיפול הרציף ניתן מלכתחילה בהסכמת החולה, ובין אם ניתן מלכתחילה ללא הסכמתו. זאת בכפוף לסעיף 16 להצעת החוק, ובמקרי ספק יש להעדיף את האמור בסעיף 16, ובכפוף לסעיף 55 להצעת החוק. כמו כן ניתן לקבוע בחוק שמוסדות רפואיים הפועלים על פי עקרונות המסורת הדתית, ואשר על פי מדיניותם המוצהרת והפומבית הם מתנגדים להפסקת טיפול רציף – יוכלו לנהוג כך ביחס לחולים המאושפזים אצלם.

48. הרב ד"ר משה זמר ועו"ד יצחק חשן מצטרפים להסתייגותו של פרופ' עמוס שפירא.

**נימוקים:** אין הבחנה לוגית, מוסרית או אתית ממשית בין הימנעות מלכתחילה מחיבור למנשם לבין הפסקת פעולתו; איסור גורף על הפסקת טיפול רפואי רציף עלול לגרום לחולים להימנע בטרם עת מקבלת טיפול כזה מחשש שמא "ייתקעו" במצב ללא מוצא; איסור גורף כזה עלול לעמוד בסתירה לעקרונות "הרפואה הטובה", ולפגוע בערכי האתיקה המקצועית והמצפון האנושי של רופאים רבים; האיסור על המתה במעשה לפי סעיף 16 די בו כדי לאסור הפסקות טיפול שאינן ראויות ואינן קבילות עלינו.

### **סעיף 13(ב) "הימנעות מטיפול רפואי".**

**עמדה:** לבטל את ההבחנה בין טיפולים רפואיים הקשורים לבעיה הרפואית חשוכת המרפא כאמור בסעיף 13(א) לבין טיפולים רפואיים "שגרתיים" כאמור בסעיף 13(ב), ולהתיר לגבי כולם הימנעות מטיפול רפואי כאמור בסעיף 13(א), ובתנאי שניתנו הנחיות רפואיות מקדימות מפורשות וספציפיות ביחס לטיפולים האמורים בסעיף 13(ב).

**נימוקים:** ההגבלה בסעיף 13(ב) סותרת באופן חזיתי את עקרון ההסכמה מדעת לטיפול רפואי; אין הגיון בהבחנה בין ההיתר להימנע מטיפולים המנויים בסעיף 13(א) לבין אלו המנויים בסעיף 13(ב), שכן בשני המצבים עלולה ההימנעות מטיפולים אלו להחיש את מותו של החולה הנוטה למות, ואין בקבוצה אחת יותר משום "סיוע להתאבדות" מאשר בקבוצה האחרת.

**מקור:** אסיא סט-ע, עמ' 24-58 (2002)