

מותרות³⁶⁶.

אפילו עיקור הגבר מותר בתנאים מסויימים³⁷². לפי האיסלם מותר השימוש באמצעי מניעת הריון גם בגלל סיבות כלכליות³⁷³.

הבודהיזם אינו מתנגד לשימוש באמצעי מניעה כאשר המטרה היא תכנון המשפחה, ומניעת לידות בלתי רצויות, אך מתנגד לכך כאשר המטרה היא חיי מתירנות³⁷⁴.

משאבים מגבלים

א. הגדרת המושג

ההתקדמות המהירה ברפואה ובטכנולוגיה הרפואית בשנים האחרונות יצרה בין השאר בעיה חמורה של משאבים מוגבלים בכסף, במכשור, בתרופות, בזמן, ובכוח אדם. אין כיום שום מדינה בעולם שיכולה לספק לכל אזרח את כל הדרוש לו מבחינה רפואית, ולכן יש הכרח לקבוע מדיניות ציבורית של קדימויות ועדיפויות. הבעיה היא כלכלית: כיצד לחלק את המשאבים המוגבלים במירב היעילות

הכנסיה המורמונית העבירה בשנת 1989 את ההחלטה על שימוש אמצעי מניעה לזוג עצמו, ואין היא אוסרת מבחינה דתית-בסיסית שימוש באמצעי מניעה כלשהו בשעת הצורך, פרט לעיקור³⁶⁷.

הכנסיה הלוטרנית מתירה שימוש באמצעי מניעה מודרניים לפי החלטת בני הזוג, ובעיקר מסכימה לשימוש כזה כאשר יש בעיות רפואיות לאם, כאשר יש חשש לבעיות ביילוד העתידי, כאשר יש צורך במרווח בין הלידות, כאשר ההורים אינם מרגישים יכולת להביא עוד ילד לעולם, וגם מתוך שיקולים דמוגרפיים³⁶⁸.

בכנסיה הבפטיסטית-אוונגליסטית הדעות חלוקות אם יש מקום כלשהו להתיר אמצעי מניעה או לא³⁶⁹.

האיסלם איננו מתנגד לנקיטת אמצעים למניעת הריון, ובוודאי מותרים אמצעים אלו במצב של סכנה לאם³⁷⁰. לשיטתם אין איסור בהתקן תוך-רחמי, בהנחה שפעולתו איננה הפלה, אלא מניעת השרשה³⁷¹.

.al, *Bioethics Yearbook*, Vol 1, 1991:106 [372] שם, עמ' 112. וראה עוד בכרך 3 של ספר זה, 1993, עמ' 137-138. על השפעת הכנסיה הקתולית והאיסלם בתיכנון המשפחה בארצות המתפתחות העניות – ראה, Verkuyl DAA, *Lancet* 342:473, 1993 [373]. Omran AR, *Lancet* 342:808, 1993 [374]. ראה – Nolan K, In Lustig BA, et al (eds), *Bioethics Yearbook*, Vol 3, 1993:192-193. וראה במאמר – Butler C, *Lancet* 343:582, 1994, שזו גם עמדתו של הדלאי לאמה הטיבטי.

Granbois JA & — 1, 1991:86 [366] ראה — Smith DH, In Brody BA, et al, *Bioethics Yearbook*, Vol 1, 1991:79 [367]. ראה — Campbell CS, In Brody BA, et al, *Bioethics Yearbook*, Vol 1, 1991:27-28 [368]. ראה — Nelson P, In Brody BA, et al, *Bioethics Yearbook*, Vol 1, 1991:124-5 [369]. ראה — Simmons PD, In Lustig BA, et al (eds), — *Bioethics Yearbook*, Vol 3, 1993:247 [370]. ראה הרפואה והיהדות, עמ' 202. Hathout H, In Brody BA, et — [371]

זאת, במצב של בריאות גבוהה, השקעה גדולה מקדמת רק במעט את הבריאות.

סיבות כלליות לעליית עלויות –

הרפואה המודרנית הביאה להארכת תוחלת החיים, להישרדות של חולים עם מחלות כרוניות קשות או עם נכויות גופניות ו/או נפשיות קשות, להישרדותם של פגים וילודים פגומים, לאבחונים ולטיפולים יקרים וממושכים, ולטכנולוגיות חדישות ומורכבות (כמו החייאה, השתלות, והפריות חוץ-גופיות). כל אלו עולים בכסף רב, ומצריכים שיקולי קדימות ועדיפות. בנוסף לרפואה הטיפולית והפעילה מתקיימים גם מחקרים בסיסיים וקליניים מרובים, מורכבים, ממושכים ויקרים, וכן מופעלת מערכת רפואה מונעת ציבורית רחבת-היקף ויקרה.

בנוסף לכך קיימים קשיים תקציביים וכלכליים עולמיים, המשפיעים באופן שלילי על יכולת המדינות לדאוג לאספקת שירותי בריאות לאוכלוסייה. בארצות מתפתחות ועניות יש בעיות קיום רציניות כמו רעב, חוסר תעסוקה, בעיות דיור, צפיפות אוכלוסייה; בארצות המפותחות יש דרישות לאיכות חיים גבוהה במיוחד ויקרה מאד, כאשר מרכיב הבריאות הוא רק חלק קטן מן ההוצאה האישית והציבורית הנדרשת.

ריבוי התביעות על רשלנות רפואית וגובה הפיצויים שבתה המשפט מעניקים לנפגעים אף הוא תרם הרבה לעלות

והתועלת; והבעיה היא מוסרית: כיצד לחלק את המשאבים המוגבלים במירב הצדק וההגינות.

קיימים שני מישורי בעיה עיקריים בחלוקת המשאבים המוגבלים ברפואה: מישור לאומי וציבורי¹, ומישור פרטני².

בערך זה יידונו בעיות החלוקה הצודקת של משאבים מוגבלים הנוגעות לרפואה הציבורית והלאומית, למדיניות הבריאות הכללת, ולהשפעות של שיקולים כלכליים ותקציביים על הרפואה³.

ב. רקע היסטורי ועובדתי

עבר והווה – בעבר היה מקובל הכלל, שאם פעולה או התערבות מסוימת היא טובה לחולה, הרי שיש לעשות אותה. ההסתייגויות מפני התערבויות רפואיות התייחסו רק לשאלות האם פעולה רפואית מסוימת היא יעילה, בטוחה, ומקובלת. כיום, לאור ההתקדמות האדירה ברפואה, התווספה גם השאלה של כדאיות ויכולת כלכלית. שכן הרפואה כיום מבוססת על טכנולוגיה, ציוד, מכשור וכוח אדם, שעלותם הכספית-כלכלית גבוהה מאד.

שאלת החלוקה הצודקת של משאבים מוגבלים הפכה להיות בעייתית במיוחד בשנים האחרונות בגלל הקידמה הרפואית והטכנולוגית, שכן עובדה ידועה היא, שבמצב של בריאות ירודה, השקעה קטנה מעלה בהרבה את רמת הבריאות; לעומת

[3] על בעית המשאבים המוגבלים ברפואה הפרט – ראה ע' קדימויות בטיפול רפואי.

[1] המכונה מאקרו = macro-allocation.
[2] המכונה מיקרו = micro-allocation.

תחום אחר בכלכלה. אחוז ההוצאה לרפואה מתוך התוצר הלאומי הגולמי (תל"ג) עלה במרבית המדינות המתועשות בעולם בצורה ניכרת ביותר.

בארה"ב חל השינוי הבולט ביותר, כאשר בשנת 1960 היה האחוז להוצאה לרפואה מתוך התל"ג 5.2%, ובשנת 1997 הוא היה 13.9%. זוהי המדינה עם ההוצאה לרפואה מתוך התל"ג הגבוהה ביותר.

ההוצאה לבריאות בארה"ב בשנת 1990 היתה בסך 2,400 דולר לכל אזרח⁴, למרות שרק אחוז קטן מהאוכלוסייה מבוטח בביטוח ממלכתי, והרוב מבוטחים בביטוחים פרטיים, או שאינם מבוטחים כלל.

להלן מספר דוגמאות להוצאות ציבוריות בתחומי רפואה בארה"ב: בשנת 1980 בוצעו למעלה מ-100,000 ניתוחי מעקב-לב בעלות כוללת של כשני מיליארד דולר לשנה⁵; העלות המשוערת להשתלות לב היא כשלושה מיליארד דולר לשנה⁶; העלות הממוצעת המוערכת לטיפול בכל חולה במחלת איידס⁷ נעה בין 30,000-40,000 דולר לשנה⁸; מחיר ממוצע לטיפול בחולה ביחידה לטיפול נמרץ נע בין 3,000 ל-5,000 דולר⁹; עלות ממוצעת לטיפול ביילוד מתחת למשקל

הגבוהה של הרפואה בארה"ב, שכן הרופאים נזקקו לבטח את עצמם מפני תביעות כאלו בעלויות גבוהות, וגלגלו את ההוצאות הנוספות הללו על החולים, וכמו כן נקטו בפעולות אבחוניות וטיפוליות מיותרות מבחינה רפואית-אובייקטיבית רק כדי לא לעמוד בפני תביעות עתידיות, ובכך נקטו ברפואה הגנתית שעלותה הכלכלית גדולה ומיותרת. ובכלל יש נטיה מוגזמת לביצוע פעולות אבחוניות רבות ויקרות, אשר ה כבלתי תורמות לתוצאות טובות יותר, ויש מגמה אובייקטיבית להפחית במספר הביורורים ובסוגיהם, כדי להפחית את העלות ואת הסבל לחולים, ללא פגיעה באיכות הטיפול.

בעיה ייחודית היא הטיפול בחולים עם מחלות נדירות, אשר מעצם ההגדרה מדובר בקבוצה קטנה של נזקקים, ואשר על כן הטיפולים היעילים עשויים להיות יקרים ביותר, כי השוק עבור הטיפולים הללו הוא קטן. הן המחקר לקידום הטיפול במחלות נדירות והן הטיפול בפועל מצריכים התערבות ממשלתית, שאם לא כן לא ניתן לעמוד בעלויות הגבוהות. תרופות למחלות כאלו מכונות "תרופות יתומות", ומדינות שונות פתרו את הבעיה בדרכים שונות.

עלות הרפואה מתוך התל"ג — עלות הרפואה עלתה בשנים האחרונות יותר מכל

[9] Detsky AS, et al, *N Engl J Med* 305:667, 1981. בארה"ב בשנת 1988 היו 6556 יחידות לטיפול נמרץ, המהווים כ-7% מסך מיטות בית החולים באותה מדינה. בשנת 1992 היתה העלות הכוללת של היחידות לטיפול נמרץ כ-140 מיליארד דולר, אשר מהווים כ-1% מהתוצר

[4] Jecker NS and Schneiderman LJ, *Am J Med* 92:189, 1992 [5] NCHCT, *Med* 92:189, 1992 [6] Technology Assessment Forum, *JAMA* Centerwall BS, *N Engl* 246:1645, 1981 [7] *J Med* 304:901, 1981. AIDS. ראה ע' אידס. [8] Hay WJ, *J AIDS* 1:466, 1988

מדינות השוק האירופאי באותה שנה עמד על 8.4%.

בשנת 1990 היתה ההוצאה לבריאות ברחבי העולם בסך 1.7 טריליון דולר, שהוא היווה 8% מסך הייצור העולמי. המדינות המתועשות הוציאו כ-90% מסך זה, כאשר ארה"ב לבדה צרכה כ-41% מההוצאה הגלובלית-עולמית לבריאות. במדינות עשירות היתה ההוצאה לבריאות לנפש בסך 1500 דולר, בעוד שבמדינות העניות היתה ההוצאה לבריאות לנפש בסך 41 דולר¹³.

ג. פתרונות אפשריים

האילווצים – ללא ספק אין שום מדינה וחברה בעולם, שיכולה לספק את כל הצרכים הרפואיים לכל האזרחים הנזקקים לכך במידה שווה. לפיכך, מוכרחה כל חברה להגביל את ההקצאה וההקצבה לסיפוק הצרכים הרפואיים¹⁴, אף במצבים שללא העלות והמרכיב הכלכלי היתה הצדקה רפואית מלאה לספק את השירות או הטיפול היקר לכל האוכלוסייה הזקוקה לה¹⁵; לקבוע סדרי עדיפויות וקדימויות של הצרכים ושל הנזקקים; ולקבוע שיטות ביטוח בריאות.

לידה של 1,500 גר' הוא כ-900 דולר ליום למשך 100 הימים הראשונים ביחידה לטיפול נמרץ בפגים¹⁰; עלות הטיפול בחולים עם אי ספיקת כליות סופנית היא תשעה מיליארד דולר לשנה¹¹.

בישראל בשנת 1989 היה אחוז ההוצאה לרפואה מתוך התל"ג 7.6%, ובשנת 1997 הוא היה 8.4%. בשנת 1989 היתה ההוצאה השנתית לבריאות לגולגולת רק בסך 472 דולר, ובשנת 1997 עלתה ההוצאה הלאומית לבריאות לנפש בישראל לסך 1,511 דולר, למרות שכמעט כל האוכלוסייה מבוטחת בביטוח בריאות ממלכתי וציבורי.

ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל בראשית המאה ה-21 היתה ממומנת על ידי שלושה מקורות עיקריים: תקציב המדינה (43%), מס בריאות (25%), ותשלומי התושבים עבור תרופות ושירותים רפואיים (32%). באותה עת היווה סעיף הבריאות 4.9% מתוך סל התצרוכת של משקי הבית הפרטיים¹².

החציון עבור ההוצאה לרפואה מתוך התל"ג של 29 המדינות המתועשות בעולם בשנת 1997 היה 7.5%, והממוצע של

.AW, et al, *Pediatrics* 89:56, 1992
Blagg CR and Fitts SS, *JAMA* 271:67, [11]
1994. [12] מתוך: י. קופ (עורך), הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2002, עמ' 148 ואילך. World Bank, *World* [13]
Development Report 1993: Investing in rationing; [14] *Health*, New York
Asch DA and Ubel PA, *N* [15] *allocation*.
Engl J Med 336:1668, 1997

הלאומי של מדינה זו, ראה – Bone RC and Elpern EH, *Arch Intern Med* 151:1061, 1991. לעומת זאת באנגליה רק 1%-2 ממיטות האשפוז הן ביחידות לטיפול נמרץ – ראה Osborne M and Evans TW, *Lancet* 343:778, 1994. [10] Stahlman MT, *J Pediatr* 105:162, 1984. וראה עוד על הכראיות הכלכלית בטיפול בפגים – Hernandez JA, et al, *Clin Perinatol* 13:461, 1986; Imershein

העוני; וביטוח בריאות לזקנים¹⁸, המבטיחה טיפול כמעט מלא על חשבון המדינה לאזרחים מעל גיל 65 שנה¹⁹.

שיטת ביטוח בריאות אחרת היא חיוב כל מעסיק לדאוג לביטוח בריאות חלקי או מלא של עובדיו ובני משפחותיהם, והבטחת ביטוח בריאות על ידי הממשלה לאנשים בלתי מועסקים ועניים²⁰.

דרך נוספת הנהוגה בארה"ב היא שיטת ארגון השמירה על הבריאות²¹, המבוססת על תשלום אחיד של משפחות או יחידים עבור ביטוח בריאות לקבוצה ציבורית, אשר מספקת שירותי רופאים בתחומים מגוונים. בנוסף כמו בארה"ב קבוצות רופאים מאורגנות אחרות למתן שירותי רפואה²².

ניסיון לצמצם עלויות בלתי מוצדקות באשפוזים בבתי חולים היא התכנית המכונה 'קבוצות ייחוס אבחנות'²³. לפי שיטה זו יש רשימה מפורטת של מחלות

תכניות ביטוח בריאות — למרות תכניות בריאות רבות ומגוונות, וניסיונות לפתרונות שונים של הבטחת בריאות חלקית או מלאה לאוכלוסייה על ידי ביטוח בריאות ממלכתי, ביטוחי בריאות ציבוריים, או ביטוחי בריאות פרטיים, טרם הושגו התקוות שתלו בהם¹⁶.

ביטוח בריאות ממלכתי מלא ושוויוני קיים רק במספר קטן של מדינות. שיטה זו אמנם מקטינה את התמותה, אך מגדילה את התחלואה, ואת חוסר שביעות הרצון של המטופלים בגלל הורדת רמת הרפואה הכללית הנדרשת כדי לשמור על שוויון, ובגלל זמני המתנה ארוכים לטיפולים ולניתוחים.

בארה"ב אין כיום ביטוח בריאות ממלכתי לכלל האוכלוסייה, אך יש שתי שיטות ממלכתיות להבטחת טיפול רפואי לאוכלוסיות בעייתיות: ביטוח רפואי לעניים¹⁷, המבטיחה טיפול רפואי על חשבון המדינה למשפחות שמתחת לקו

בארה"ב: האם יש לדאוג לביטוח בריאות לכל האזרחים? איך מספקים כסוי בריאותי לכולם? איך מרחיבים את כסוי הבריאות הקיים? איך תשלם החברה את הכסוי המלא? איזה הטבות בריאותיות יש לכסות? איך לפקח על ההוצאות? מי צריך להפעיל את תכניות הבריאות? [17] medicaid. [18] medicare. [19] על שיטות ביטוח בריאות שונות במדינות ארה"ב ראה — Dukakis MS, *N Engl J Med* 327:1090, 1992; Iglehart JK, *N Engl J Med* Blendon RJ — [20] 328:896, 1993 and Edwards JN, *JAMA* 265:2563, 1991. [21] health maintenance organizations = independent practice HMO. [22] כגון physician- hospital associations = IPAs; organizations = PHOs ועוד. [23] Diagnosis

[16] בבטאון הרפואי היוקרתי — New England Journal of Medicine, פורסמה סדרה ארוכה של מאמרים המתארים את הפתרונות והשיטות השונות במדינות המפותחות העיקריות: ארה"ב, יפן, גרמניה, אנגליה, וקנדה בין השנים 1983-1992 — ראה Iglehart JK, *N Engl J Med* 309:1264, 1983; idem, 310:63, 1984; idem, 315:202, 1986; idem, 319:807, 1988; idem, 321:1767, 1989; idem, 322:562, 1990; idem, 324:503, 1991; idem, 324:1750, 1991; idem, 326:962, 1992; idem, 326:1715, 1992; idem, 330:75, 1994. על שיטת ביטוח הבריאות בצרפת — ראה Fielding JE and Lancry P-J, *JAMA* 270:748, 1993. וראה עוד במאמר, Blendon RJ, et al, *JAMA* 267:2509, 1992, סיכום של מספר שאלות מעשיות הנוגעות לביטוח בריאות ציבורי

ליותר. זאת בניגוד לשיטה המקובלת של תשלום-בעד-שירות²⁵, שבה נקבעת ההוצאה בהתאם לשירות שניתן, על פי הצרכים המשתנים בזמן אמת²⁶.

דרך נוספת להגביל הוצאות רפואיות היא בשיטת רופאים "שומרי השער"²⁷. המדובר בדרך כלל ברופאים ראשוניים, כגון רופאים כלליים, רופאי משפחה או רופאי ילדים, אשר קובעים איזה חולים יופנו למומחים בתחומי רפואה ספציפיים, אלו חולים יופנו לבתי חולים, ואיזה אבחונים יבוצעו בחולים. ההנחה היא שהרופאים הראשוניים יכולים לספק לחולים רבים את צורכיהם הרפואיים האמיתיים, ובכך תורמים הן לחולים, שאינם צריכים להתרוצץ בין מומחים שונים המתייחסים אך ורק לבעיות בתחומי מומחיותם הצרה, והן לחברה, בכך שההוצאות פחותות וההמתנה בתור לגורמים מקצועיים ומיוחדים קצרה יותר עבור אלו שזקוקים לשירותים מיוחדים אלו²⁸.

"טיפול מנוהל" – דרכים אלו ודומות להן מכונות בשם "טיפול מנוהל"²⁹, היינו מנגנונים מוגדרים הבאים לצמצם את עלויות הטיפול הרפואי, בין השאר ואולי בעיקר על ידי הגבלת כושר ההחלטות של הרופאים בהתאם למגבלות כלכליות המוכתבות על ידי פקידים שאינם עובדי

ומצבים רפואיים, אשר מוגדר עבורם המחיר הטיפולי והאבחוני המירבי. ההחזר לבתי החולים עבור אשפוזים ייעשה רק בהתאם למה שנקבע ברשימות, ולא לפי ההוצאות בפועל שבית החולים הוציא עבור החולה האינדיבידואלי. לפי שיטה זו חייבים הרופאים ובתי החולים לצמצם את ימי האשפוז, את אמצעי האבחון, ואת דרכי הטיפול והניתוח בהתאם לעלות הקבועה מראש, ורק במקרים חריגים ואחרי תהליך של שכנוע, יכירו חברות הביטוח בהוצאות חריגות.

דרך נוספת לצמצם הוצאות היא שיטת 'הדעה השניה'²⁴, היינו אין חברת הביטוח מכירה בהוצאות לניתוחים או לטיפולים יקרים אחרים, אלא אם כן הטיפול אושר על ידי רופא מומחה נוסף.

דרך נוספת לפיקוח על הוצאות הרפואה ולצמצומן היא שיטת הקפיטציה, היינו שיטה בה רופא, קבוצת רופאים, בית חולים או מוסד רפואי, מקבלים מהמבטח מראש סכום קבוע לטיפול בכל חולה אינדיבידואלי. בדרך זו יש מצד אחד הגבלה על הרופא או המוסד הרפואי על הוצאות עבור החולים שבטיפולם מעבר לסכום שנקבע מראש, ומאידך יש עידוד לחיסכון בהוצאות רפואיות לחולים שיכולים להסתפק בפחות על מנת לאפשר הוצאות גדולות יותר לחולים הנזקקים

השער" ברפואה הציבורית. לדוגמא ראה – Pellegrino E and Thomasma DC, *A Philosophical Basis of Medical Practice*. Oxford, 1981; Toon PD, *Lancet* 343:585, 1994. managed care [29]. ראה על כך – Iglehart JK, *N Engl J Med* 327:742, 1992

Relating Grouping=DRG [24]. second opinion [25]. fee-for-service [26]. על השיקולים המוסריים בעד ונגד שיטות קפיטציה – Kassirer JP, *N Engl J Med* 339:397, 1998. gatekeepers [27]. קיימת ספרות רחבה על מקומם המוסרי והמעשי של "שומרי

בריאות מקצועיים, ואשר פועלים בדרך של פיקוח מצד החברות-המממנות, כגון חברות הביטוח או קופות חולים. דבר זה נעשה הן בדרך של עידוד הרופאים לצמצום השימוש בפרוצדורות רפואיות יקרות על ידי מתן תגמולים, והן בדרך של מניעת אישורים לביצוע פרוצדורות רפואיות יקרות על ידי פקידים של חברות הביטוח. כמו כן מבוצע הפיקוח על פעילויות רפואיות באמצעות הנחיות ניהוליות כוללניות מצד המבטחים, המגבילות אמצעי אבחון ו/או טיפולים יקרים, למרות שבמקרים אינדיבידואליים יש להם תועלת רבה לחולה על פי שיפוטו ושיקולו של הרופא המטפל. יתר על כן, על מנת להגביר את יכולת השליטה הכלכלית על הפעולות הרפואיות יש עידוד לתחרות בין חברות המספקות שירותי בריאות, ובכך מגבירים את הלחץ על עובדי הבריאות לצמצם בהוצאות.

תכנית אורגון – ניסיון מעניין לפתור

את בעיית המשאבים המוגבלים ברפואה נעשה במדינת אורגון³⁰ בארה"ב בשנת 1989³¹. המטרה היתה לספק צרכי בריאות בסיסיים למספר רב יותר של אנשים על ידי הגבלת מספר השירותים הבריאותיים וסוגיהם, בהתאם להגדרת סל בריאות בדרך של ניקוד על פי קדימויות, היינו קביעת סדר הקדימויות של כל הטיפולים

שיטה זו זכתה לביקורות נוקבות הן על בסיס מוסרי, והן על בסיס מעשי, ואמנם נתגלו הרבה עיוותים בקביעת הקדימויות³². אכן, בבדיקה לאחר מספר שנים הסתבר כי החוק הוסיף יותר מ-100,000 מבטחים של המדינה לקבלת שירותים רפואיים בסיסיים, ולא היו טענות רציניות על פרטי החוק מצד

תולדות החוק, השינויים שחלו בו, והיתרונות והחסרונות שלו – ראה Bodenheimer T, *N Engl J Med* 337:651, 1997 [32] – Hadorn DC, *JAMA* 265:2218, 1991; Daniels N, *JAMA* 265:2232, 1991; Stason WB, *JAMA* 265:2237, 1991; Klein R, *BMJ* 304:1457, 1992.

[30] Oregon. Kleivit HD, et al, *Arch Intern Med* 151:912, 1991; Hadorn DC, *JAMA* 265:2218, 1991; Eddy DM, *JAMA* 266:417, 1991; Callahan D, *J Am Geriat Soc* 39:622, 1991; Dixon J and Welch HG, *Lancet* 337:891, 1991; Steinbrook R and Lo B, *N Engl J Med* 326:340, 1992.

של הסתדרות העובדים. כ-75% מאזרחי ישראל היו מבוטחים בקופת חולים זו. בנוסף לתפקידה כמבטחת בריאות שימשה קופת החולים הכללית גם כמספקת שירותי בריאות ראשוניים, רפואה מונעת, וכן היו שייכים לקופה זו כשליש ממיטות האשפוז החרוץ בישראל. האידיאולוגיה של קופת החולים הכללית היתה רפואה שוויונית בהתאם לצרכים, ולא בהתאם ליכולת הכלכלית של המבוטחים; כ-20% היו מבוטחים בקופת החולים האחרות (מאוחדת, מכבי, לאומית), וכ-5% לא היו מבוטחים כלל. בשנים האחרונות חל גידול ברפואה הפרטית בישראל.

מערכת הבריאות בישראל, המאופיינת בגישה סוציאליסטית-שוויונית, ובביטוחי בריאות ציבוריים על ידי קופות החולים השונות, הגיעה אל סף התמוטטות תקציבית בגלל עלויות עצומות, והיעדר משאבים מתאימים לעמידה באתגר. מאז קום המדינה הוקמו 13 וועדות ציבוריות שונות שמטרתן היתה למצוא פתרונות הולמים להקצאת המשאבים והסדרי הבריאות בישראל. מאז 1973 הוגשו 8 הצעות חוק שונות בנידון. כל אלו לא הביאו לשינויים כלשהם בתיפקוד המערך הבריאותי בישראל.

ביוני 1988 החליטה ממשלת ישראל להקים וועדת חקירה ממלכתית (וועדת

האוכלוסיה³³).

התכנית בשבדיה — בשבדיה נעשה מאמץ ציבורי/ממלכתי להגיע להסכמה רחבה בקביעת הקדימויות הלאומיות בבריאות³⁴. עיקרי התכנית מבוססים על שלילת הגישה של בלעדיות השיקול הכלכלי של חישובי רווח/הפסד בקביעת הקדימויות בהקצאת משאבים. במקום זאת מודגשים העקרונות הבאים: שוויוניות, צרכים, והעדפה חברתית מתקנת³⁵.

תכנית קלינטון — ממשלו של הנשיא קלינטון הציע בשנת 1994 רפורמה בסיסית ונרחבת במערכת הבריאות של ארה"ב. בראש הצוות לקביעת הרפורמה עמדה רעיית הנשיא, גב' הילרי קלינטון. התוכנית נכשלה בקונגרס האמריקאי ולא התקבלה³⁶.

ישראל — עד ראשית המאה ה-21 היתה מערכת הבריאות בישראל מורכבת ממשדד הבריאות, האחראי למדיניות הבריאות הכוללת, פיקוח על מערכות הבריאות האחרות, וסיבסוד הגרעונות של המערכות האחרות. כמו כן מפעיל משרד הבריאות כמחצית ממיטות האשפוז החרוץ, חמישית ממיטות האשפוז הכרוני, ומחצית המיטות הפסיכיאטריות; הגורם המרכזי באספקת שירותי בריאות לאוכלוסיה היתה קופת החולים הכללית

and Figueras J, *BMJ* 312:691, 1996 על העקרונות המוסריים בבסיס תוכנית זו ראה — Brock DW and Daniels N, *JAMA* 271:1189, 1994. וראה עוד — Glick SM, *Jew Med Ethics* 4(1):46, 2001 [36] על הסיבות Blumenthal D, *N* — לכשלוך התכנית ראה —

Bodenheimer T, *N Engl J Med* 337:651, [33] 1997. Swedish Parliamentary [34] Priorities Commission: *Priorities in health care*. Stockholm, Ministry of Health and Social Affairs, 1995. [35] על תכנית זו ראה Klein R, *BMJ* 311:761, 1995; McKee M —

היו: חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שמכוחו תהיה כל האוכלוסייה מבוטחת בשירותי בריאות מוגדרים, שיסופקו תוך פרק זמן סביר. שירותי הבריאות יהיו בתחום הרפואה המונעת, האמבולטורית, אשפוזים לכל סוגיהם, שירותי שיקום, תרופות, ואביזרים, והם יכללו גם סיעוד קשישים, בריאות השן אצל קשישים נתמכים, הדרכה ורפואת שיניים מונעת לפעוטות, לילדים ולנוער, וטיפולים בחו"ל שאין להם תחליף מספיק בארץ. ביטוחים נוספים יינתנו רק כביטוחים מרצון. חוק הבריאות הממלכתי יאפשר חופש בחירה של קופות חולים ותחרות חופשית ביניהן, יגדיר סל בריאות מינימלי, יגדיר זמן המתנה מירבי לשירותי בריאות שונים, יגדיר את דרכי המימון של מערכות הבריאות, ויספק בסיס חוקי לפיקוח ממשלתי על המבטחים; הקמת רשות בריאות ממלכתית; ארגון מחדש של משרד הבריאות, כך שיוכל לפתח וליישם בעילות מדיניות בריאות כוללת; הנהגת ביזור על פי אזורים, והפרטה של בתי החולים, תוך תחרות חופשית ביניהם; הכנסת שירותי רפואה פרטיים בבתי החולים הציבוריים; שימוש בתמריצים כספיים להגדלת התפוקה; הכשרה והתאמה של כוח האדם המקצועי לרמה נאותה; והשקעה במחקר ובמערכות מידע³⁸.

נתניהו") לבדיקת תיפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל³⁷. הוועדה מצאה פגמים משמעותיים בתיפקוד מערכות הבריאות בישראל בכמה מישורים: רמת שירות נמוכה לאזרח, ניצול בלתי תקין של המשאבים הקיימים, יחסי חולה-רופא בלתי תקינים; תיפקוד לקוי של משרד הבריאות, חלוקה בלתי נאותה של נותני השירות הרפואי, קביעת מדיניות בריאות בלתי תקינה; דרכי מימון ותגמול בלתי תקינים ובלתי נאותים; קשיים בולטים בניהול ובארגון מערכת הבריאות. באופן כללי מצאה הוועדה, שמערכת הבריאות בישראל מאופיינת בריכוזיות יתר, קשיים בתיפקוד יעיל של משרד הבריאות, בנוהלי תקצוב ומימון בלתי ברורים, ובמחסור בכוח אדם ניהולי מיומן. ליקויים במבנה מערכת הבריאות ובמימונה הביאו לרמת שירות לאזרחים שהיתה בלתי מספקת, הערימו מכשולים ארגוניים למתן טיפול יעיל, הורידו את רמת שביעות-הרצון והמוטיבציה של העובדים, וגרמו לליקויים בהיבטים מסויימים של שירותי הבריאות, כגון תמותת יילודים גבוהה מהקיים באירופה, תמותה גבוהה מהרצוי ממחלות לב, בעיות חמורות ברפואת הפה, ושכיחות גבוהה מהרצוי של מחלות זיהומיות.

ההמלצות העיקריות של דו"ח הרוב

(מומחה ביחסי עבודה, אוניברסיטת תל-אביב); וד"ר דב צ'רניחובסקי (מומחה בכלכלת בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון באר שבע). הוועדה שמעה 148 עדים מומחים, ועברה על מסמכים רבים מאד. באוגוסט 1990 פרסמה הוועדה שני דוחות: דו"ח רוב חברי הוועדה (4 מתוך ה-5), ודו"ח מיעוט (פרופ' שירום). [38] דו"ח המיעוט תומך במרבית כיווני השינוי שהוצעו על ידי הרוב, אך

Engl J Med 332:465, 1995; Caplan AL, *Ann Intern Med* 122:795, 1995 [37] וועדה זו היתה מורכבת מחמישה חברים: שופטת בית המשפט העליון הגב' שושנה נתניהו, שימשה כיו"ר (מכאן שם הוועדה – 'וועדת נתניהו'); פרופ' מרדכי שני (מנכ"ל המרכז הרפואי שיבא בתל השומר); פרופ' שמואל פינחס (מנכ"ל המרכז הרפואי הדסה בירושלים); פרופ' אריה שירום

חוק ביטוח בריאות ממלכתי – בעקבות המלצות וועדת נתניהו נחקק ביוני 1994 חוק ביטוח בריאות ממלכתי³⁹. המרכיבים העיקריים של החוק הם כדלקמן:

כיסוי ביטוח בריאות אוניברסלי לכל אזרחי המדינה; חופש בחירה אישית של קופת חולים, ואפשרות למעבר מקופה לקופה בתקופות קצובות לפי בחירה אישית; סל שירותי בריאות וסל תרופות אחיד, קבוע ומפורט בחוק, המחייב כל קופת חולים הנותנת ביטוח בריאות, ואשר ניתן לשינוי רק על ידי שר הבריאות ומועצת בריאות; אפשרות אישית להוספת ביטוחים רפואיים משלימים פרטיים וציבוריים; ניתוק הקשר בין תשלום לקופת החולים למתן שירותי בריאות, כיסוי הוצאות ביטוח הבריאות על ידי מס בריאות קבוע של מועסק ומעסיק, והעברת הגביה לביטוח הלאומי; אחריות המדינה להשלמת המימון של סל השירותים, ומתן תוספות ממשלתיות לקופת החולים לפי הצורך; בסיס החישוב הוא מדד המחירים; פיקוח של משרד הבריאות על פעילויות קופת החולים השונות; הקמת נציבות לתלונות הציבור על ידי כל קופת חולים; כל קופת חולים יכולה לבחור לעצמה אזרחי פעילות גיאוגרפיים, אך הם צריכים להיות יותר מאזור אחד; בתי חולים אינם מורשים להקים קופות חולים.

מאז קבלת החוק הוכרו קשיים שונים ביישומו, ועקב כך הוספו תיקונים, תקנות ועדכונים שונים, מהם קטנים ומהם גדולים מאוד. עד ראשית שנת 2004 אושרו 357 עדכונים בתחומים שונים בסעיפי החוק⁴⁰. כמו כן ניתנו מספר פסקי דין, בעיקר של בתי הדין לעבודה, ביחס לתביעות של אזרחים לקבלת שירותים, ובעיקר תרופות, מהקופות המבטחות, אשר אינן כלולות בסל הבריאות⁴¹.

יש להדגיש, כי החוק בישראל לא בא על רקע של היעדר ביטוח בריאות לחלקים גדולים של האוכלוסייה, כפי שהדבר קורה למשל בארה"ב, שכן בעת קבלת החוק היו כ-97% מהאוכלוסייה מבוטחים בקופות החולים, ואף לגבי השאר היו הסדרים נאותים. החוק בא להסדיר את התמוטטה התקציבית של קופת חולים הכללית, אשר באותה עת ביטחה כ-70% מהאוכלוסייה בישראל.

עקרונות ביטוח בריאות ממלכתי – יש הסבורים, שבאופן אופטימלי צריכה מערכת בריאות ציבורית לענות על ששה קני מידה עיקריים:

ביטוח הבריאות וסעיפיו השונים צריכים להיות ברורים ומובנים לאזרחים; ביטוח הבריאות צריך להיות אוניברסלי, אשר יתן כסוי רפואי לכל האזרחים, ללא

הוא מותח ביקורת על דו"ח הרוב שהינו בלתי מציאותי בכך שהוא קורא להכנסת שינויים רבים מידי בו-זמנית. מוקד מרכזי של הוויכוח בין שני הדוחות קשור בתפקיד העתידי של קופת החולים, ובמידת הפיקוח שהממשלה תפעיל עליהן. [39] ראה נוסח החוק בנספח לערך זה.

[40] ראה סיכום עדכונים אלו במאמר – ט. חורב, רפואה ומשפט, ל:64, 2004. וראה עוד בג"צ 5012/97, מתן שירותי בריאות סיעוד נ' משרד הבריאות, תק-על(1)98, 326. [41] ראה במאמר כ. שלו, רפואה ומשפט, ספר היובל, נובמבר 2001, עמ' 190 ואילך. סיכום פסקי דין המתייחסים

טיפוליות ואבחוניות שניתן לצמצמן או להתמירם בשיטות ובאמצעים זולים יותר, דבר המאפשר לקחת בחשבון את השיקולים הכלכליים-ציבוריים מבלי לפגוע באיכות הטיפול בחולים אינדיבידואליים⁴⁴; הימנעות מרפואה הגנתית, ושיקולים ציבוריים-משפטיים להפחתת האשמות ברשלנות ו/או הטלת פיצויים גבוהים; הפחתה בעלויות ניהוליות, כפילויות של בתי חולים ומחלקות, וצמצומים מתאימים בכוח אדם ובהוצאות על ציוד; ניצול נכון ומלא של משאבים קיימים – הן בציוד ובמיקום, הן בכוח אדם, והן בזמן; והגדלת היעילות והפחתת הבזבוז בכל תחומי העשייה והמחקר בבריאות.

עקרונות אתיים – אתיקאים, רופאים וגופים ציבוריים וממלכתיים ניסו לקבוע עקרונות שונים שינחו את קובעי המדיניות בחלוקה צודקת של משאבים מוגבלים, כגון צרכים דחופים ומידיים לעומת צרכים כרוניים, טיפולים פעילים לעומת טיפולים מניעתיים, יעילות הטיפוליים, שיקולי רווח/הפסד וכיו"ב. אכן, כולם מודעים לקשיים היישומיים של עקרונות כלליים למקרים אינדיבידואליים ומשתנים.

באופן עקרוני יש להבדיל בין צרכים רפואיים הכרחיים וחיוניים, שבהם יש לשמור על שוויוניות מלאה, לבין צרכים ושאיפות להישגים מירביים בבריאות, או צרכים רפואיים שהם בגדר נוחיות והטבת איכות החיים, שאינם שונים מצרכים

הבדל רמת הכנסה, תעסוקה, גיל או מעמד; הביטוח צריך להיות מקיף, אשר מכיל כיסוי רפואי גם לבעיות נפשיות, גריאטריות, תרופות, ורפואה מונעת; שיטת הביטוח הרפואי צריכה להכיל יסודות לחיסכון בהוצאות, על ידי מתן תמריצים לשיטות טיפוליות זולות, והכבדה על שיטות טיפוליות יקרות, בתוך מסגרת נאותה מבחינת צרכי הבריאות של האזרחים; שיטת התשלום עבור ביטוח הבריאות צריכה להיות הוגנת ויחסית; שיטת שיטוח הבריאות צריכה לאפשר שביעות רצון הן של המטופלים והן של הרופאים, ולפיכך היא צריכה להכיל מרכיבים שיתנו סיפוק הדדי למטפל/מטופל⁴². בכל מקרה צריכה שיטת ביטוח בריאות ציבורית להבטיח את איכות הטיפול, ולדאוג לכך שהמטופל לא יפול קרבן לצרכים ציבוריים ולרצון לחסוך בהוצאות⁴³.

שיטות להורדת עלויות – בנוסף למציאת שיטת ביטוח בריאות אופטימלית ישנן דרכים שונות שניתן לנקוט בהן על מנת להפחית את ההוצאה הציבורית ברפואה:

חינוך עובדי הבריאות להתחשב בשיקולים כלכליים; בחירת טיפולים רפואיים ושיטות איבחון מתאימות לצורכי החולה, תוך התחשבות בשיקולים הכלכליים, בכדאיותם, באפשרות התמרתם בחלופות זולות יותר וכיו"ב. ואמנם הולכות ומתפרסמות רשימות של החלטות

327:800, 1992; Angell M, *N Engl J Med* Chassin MR, *JAMA* [43]. 329:1569, 1993 Friedman RB and ראה [44]. 270:377 1993

לחוק זה במשך 10 שנים מאז שחוקק – ראה ט. חורב, רפואה ומשפט, גיליון 32, עמ' 15 ואילך, Angell M, *N Engl J Med* [42]. 2005

אחרים להטבת איכות החיים, כמו דיור, הלבושה, חינוך וכד', שבדרך כלל לא נשמרת בהם שוויוניות. למשל, יש הבדל בין תרופות משככות כאבים עבור מחלות שגרתיות וחולפות, לבין תרופות עבור מחלות מסכנות חיים; יש הבדל בין ניתוחים פלסטיים לשיפור ההופעה החיצונית, לבין ניתוחי לב או ניתוחים לכריתת שאתות ממאירות, וכיו"ב. בריאות היא אמנם ערך חשוב, והתפיסה הרווחת בציבור היא, שצורכי הבריאות חשובים יותר מצרכים אחרים. אכן, גם בתוך מערכת הבריאות יש צרכים חשובים יותר, וצרכים חשובים פחות. חלק נכבד מצורכי הבריאות הם בעצם שירותי רווחה, ויש להתייחס עליהם בהתאם. החברה חייבת לספק את צורכי היסוד בבריאות וברפואה לכל אחד, אך ביחס לצורכי הרווחה בבריאות צריך רק לאפשר נגישות שוויונית, בעוד שהשגתם בפועל צריכה להיות בתחום האחריות ושיקול הדעת של כל אחד, ועליו לדאוג להשגתם באמצעים משלו, ולא על חשבון הציבור.

לפיכך יש הצדקה לשמור על השקעה ציבורית שוויונית בתחומים הבאים: רפואה פעילה הנוגעת למצבי פיקוח נפש, נכויות קשות, וסבל רב; מניעת נזקים סביבתיים וזיהומיים ברשות הרבים; רפואה מונעת לכל גווייה; העדפת שכבות מצוקה ושכבות נחשלות; מחקר בעל ערך יישומי. מאידך, שטחי בריאות אחרים (אשר בעצם כוללים לא רק טיפולים רפואיים אלא גם שירותי רווחה שונים המשפיעים על הבריאות, כגון השכלה,

דיור, ביגוד, מזון וכיו"ב) יינתנו תמורת תשלום מתאים, או שיטות ביטוח פרטיות שונות, תוך ידיעה ברורה שייוצר אי-שוויון חברתי. אי שוויון זה ייווצר לא רק בגלל הבדלים ביכולת הכספית להשגתם, אלא גם בגלל דגשים והעדפות שונות של בני האדם. מצב כזה קיים למעשה בכל שטחי החיים, ואין סיבה למנוע אותו דווקא בענייני בריאות כאלו שדרגת חיוניותם איננה גבוהה. נושאי הבריאות שלא ימוננו על ידי הציבור יהיו נתונים לתחרות חופשית בין חברות ביטוח שונות, שיוכלו להציע חבילות ביטוח-בריאות בדרגות שונות. יש מי שהציע לבנות מערכת ניקוד מוסרית-כלכלית המושתתת על היסודות דלעיל, ולבחון כל תוכנית ציבורית בתחום הבריאות בהתאם למערכת זו. במקביל היתה הצעה להתקין רשימת מחלות, תרופות, טיפולים ואבחונים, שבהם יוטל תשלום על הרוצה ליהנות מהם. מטרתן של רשימות כאלו היא לשקלל עד כמה שאפשר את היתרונות והחסרונות הקיימים בכל עיקרון שוויוני או תועלתני-כלכלי ביחס לכל תוכנית בריאותית⁴⁵.

[45] א. שטינברג, הרפואה, קיב: 512, 1987. Katt JA, *Arch Intern Med* 151:1165, 1991.

משמעותית בקבוצות אוכלוסיה שונות, ובעיקר בקבוצות נזקקות וחסרות יכולת כגון עניים, מינוטים, זקנים, נכים, וחולים כרוניים.

פדיון שבויים – המקור התלמודי העיקרי לדיון בשאלת ההקצאה הציבורית במשאבים מגבלים הוא הדין שאין פודים את השבויים יתר על כדי דמיהם, מפני תיקון העולם⁴⁷.

ד. פרטי דינים

ציבור מול יחיד – אחת משאלות היסוד הנוגעות לבעיית המשאבים המוגבלים ברפואה היא האם הכלל והציבור הוא ישות נפרדת, שיש לו אינטרסים משלו; או שהכלל והציבור הוא רק סך כל היחידים המרכיבים אותו, ולכן רק האינטרסים של כל יחיד הם הקובעים מבחינה מוסרית. אם רק היחיד קובע, הרי שיש לו זכות שיעשו עבורו כל מה שדרוש לו, גם אם החברה תצא נפסדת מאד; לעומת זאת, אם הכלל הוא ישות נפרדת, מותר להקדיש אמצעים לצורכי הכלל, ואפילו לצרכים כמו בניית ציבור, גינות נוי, כבישים וכד', אף על פי שעל ידי זה ייפגעו יחידים רבים מבחינת בריאותם ואפילו מבחינת חייהם.

על פי מחשבת ישראל משמע, שאין הכלל רק אוסף של יחידים, אלא הוא יחידה עצמאית, בעלת מהות מיוחדת עם חוקיות משלה, כמו שיש הבדל בין קרבן שותפים לבין קרבן ציבור⁴⁶, אם כי אין היחיד מתבטל כנגד הציבור במצבים

התלמוד מביא שני נימוקים אפשריים לדין זה: משום דוחק הציבור, היינו שמתן סכומים גדולים לפדיון שבויים ירושש את הציבור, ולא יוכלו להפנות משאבים לצרכים ציבוריים אחרים; או משום החשש שהגויים יחטפו יותר שבויים כדי לסחוט כסף מהציבור. ההבדל בין שני נימוקים אלו הוא אם יחיד יכול לפדות את קרוביו השבויים גם ביתר מכדי דמיהם: אם הטעם הוא משום דוחק הציבור, הרי הוא רשאי, כי אינו מטיל מעמסה כספית על הציבור; ואם הטעם הוא משום חשש חטיפות נוספות, אין הוא רשאי, כי הדבר יעודד את הגויים לחטוף עוד שבויים יהודיים⁴⁸.

יש שכתבו, שהתלמוד לא הכריע בין שני נימוקים אלו⁴⁹, ולפיכך שני הנימוקים תופסים להלכה⁵⁰; יש שהוכיחו ממקומות אחרים בתלמוד, שהנימוק להלכה הוא

[46] ראה הרב ע. קלכהיים, אדרת אמונה, עמ' 189, בשיטתו של המהר"ל בנידון. וראה עוד בכוזרי, מאמר שלישי, יט. וראה עוד דעתו של הרב מ.ד. טנדלר, הובא במאמר – Rosner F, *NY State J Med*, March 1983, pp. 353-358. [47] גיטין מה א. וראה תוס' שם ד"ה דלא, רמב"ן, רשב"א ומאירי שם, אם מחלוקת זו היא

כמחלוקת ת"ק ורשב"ג בכתובות נב א, בענין פדיון אשתו, עיי"ש. ואגב, ראה שו"ת רדב"ז ח"ג סי' מ, שעולה מדבריו כי "כדי דמיו" אינו ערכו של האדם בשוק עבדים, אלא הערך שמקובל לשלם בעולם לפדיון שבויים. [48] ראה רש"י גיטין שם ד"ה או דילמא. [49] רא"ש, ר"ן ופנ"י גיטין שם. [50] ר"ן גיטין שם; ש"ך יו"ד סי'

החשש מפני חטיפות וסחיתות נוספות⁵¹; על תלמיד חכם, שאף אותו אין פודים ויש שכתבו, שהטעם להלכה הוא כדי שהציבור לא יתרושש⁵².
דמיו⁵⁷.

נחלקו הפוסקים אם מצב של פיקוח נפש משנה את ההלכה, היינו שבמצב כזה פודים שבויים גם יותר מכדי דמיהם, ולפיכך יהיה חיוב על הציבור להוציא הוצאות מיוחדות וגדולות למניעת מצבים של פיקוח נפש – יש אומרים, שכשיש מצב של פיקוח נפש פודים יותר מכדי דמיהם⁵⁸; ויש אומרים, שגם במקום פיקוח נפש אין פודים יותר מכדי דמיהם⁵⁹. לפי זה יש מי שכתב, שדין 'לא תעמד על דם רעך' מתייחס דווקא ליחידים, אבל בציבור – טובת הרבים עדיפה, אפילו אם מצב

יש מי שחילק בין חובת היחיד לחובת הציבור, שהיחיד חייב לבזבז כל ממונו כדי לפדות שבויים הקרובים לו, אך הציבור אינו מחוייב בכך, כי דוחק הציבור הוא עצמו מצב של פיקוח נפש⁵³.

יש מי שכתבו, שהתקנה היתה דווקא על אחרים, אבל עצמו ואשתו פודים אף יותר מכדי דמיהם⁵⁴, שאדם יתן כל אשר לו בעד הצלת עצמו⁵⁵.

עוד נחלקו הפוסקים אם דין זה חל גם

נדרים, יו"ד רנב ד; תורת המדינה, עמ' 424 ואילך. [55] ראה מאמרו של הגר"ש ישראלי, תורה שבעל פה, יז, עמ' סט ואילך. [56] כך משמע מהרי"ף והרמב"ם, שלא הביאו חילוק כזה – ראה א. שטרנברג, בר-אילן, ו, תשכ"ח, 243 ואילך. וכך היתה דעתו של המהר"ם רוטנברג, שאמנם נישבה ואסר לפדות אותו יותר מכדי דמיו, ומת בכלאו. וראה מה שכתב בנידון ביש"ש גיטין פ"ד סי' סו. [57] תוס' גיטין שם ד"ה דלא, ותוס' גיטין נח א ד"ה כל; רמב"ן גיטין שם; תושו"ע יו"ד רנב ד. [58] תוס' גיטין נח א ד"ה כל, בתירוץ א'; שו"ת נחלה ליהושע, הובא בפת"ש יו"ד סי' רנב סק"ד. וראה מאמרו של הרב י. זילברשטיין, אסיא, ז, תשנ"ד, עמ' 3 ואילך, שפוסקי דורנו הכריעו שיש לפדות שבוי העומד להיהרג, כי הדבר ספק אם התקנה שלא לפדות יותר מכדי דמיהם חלה גם במצב כזה, ולפיכך יש לפסוק כדין תורה שפודים אפילו יותר מכדי דמיהם, וספק תקנה הרי היא כאיננה. [59] ח"י הרמב"ן גיטין שם; שו"ת מהר"ם מלובלין סי' טו; שו"ת יד אליהו סי' מג; תורת המדינה, עמ' 424 ואילך. וראה עוד בפת"ש שם; שו"ת כנסת

רנב סק"ד, בשם הב"ח. [51] הרמב"ן במלחמות, ברכות פ"ג, בעניין נשים בברהמ"ז; ח"י רמב"ן ורשב"א גיטין שם. וכן פסקו רמב"ם מתנות עניים ח יב, ותושו"ע יו"ד רנב ד. וכן משמע דעת הרי"ף גיטין שם. [52] יש"ש גיטין פ"ד סי' סו, בשיטת הר"ן. וראה באריכות בנידון בספרו של הרב י. שפנסקי, התקנות בישראל, ח"ב עמ' 51 ואילך. [53] שו"ת חת"ס חחור"מ סוסי' קעו. אך באמרי בינה, קונ' כללי התורה, סי' ד, הקשה על חילוק זה של החת"ס. וביותר קשה ממה שכתב הרמב"ם בפיהמ"ש פאה א א, שגם היחיד לא יוציא לפדיון שבויים יותר מחומש מנכסיו, והטעם משמע ממה שכתב בהל' ערכין וחרמין ח יג, שלא יפזר יותר מחמישית ממונו, כדי שלא יצטרך בעצמו לבריות, היינו כדי שלא יתרושש. וראה מה שכתב בנידון הרב ש.א. רפפורט, אסיא, מט-ג, תש"ן, עמ' 5 ואילך. וראה עוד בשו"ת בן פורת להגרי"י ענגיל ח"ב סי' י, שממון רבים חשוב כנפשות ממש. [54] ראה רי"ף ורא"ש כתובות נב ב; תוס' כתובות נב א ד"ה והיו; תוס' גיטין מה א ד"ה דלא; רמב"ם אישות יד יט; תושו"ע אבהע"ז עח ב, וברמ"א שם. וראה עוד בעניין סוגיא זו בידות

בסוגיא זו במצב של חיות ופיקוח נפש, כי יכולים בני העיר האחרת לטרוח ולהביא ממעיין אחר, או שיכולים לעקור לעיר אחרת, שלזה קודמים בני העיר של המעיין⁶⁵, ולפי זה אין כל כך ראייה מסוגיא זו לדיון של משאבים מוגבלים במקום סכנה ונוק ממשי.

גדרים הלכתיים – יש מי שכתב, שיש לציבור חובת קדימות להקצות משאבים לצורכי החיים הבסיסיים של האזרחים, ולטיפולים הידועים כבר שנוגעים למצבי פיקוח נפש, ודברים אלו קודמים למחקר רפואי, לפיתוח, לבניית תשתיות ולקידום הרפואה⁶⁶. יחד עם זאת יש מי שכתב, שיש להקצות משאבים גם לטיפולים נחוצים שדרגת דחיפותם להצלת חיים קטנה יותר, כי לציבור בכללותו יש צרכים כאלו, וגם הימנעות מפיתוח שירותים כאלו יגרום למורך לב בציבור, ופחד של יחידים יכול לגרום לסכנה לציבור הגדול, ושיקולי פיקוח נפש ציבורי שונים מפיקוח

כזה יסכן חיי יחידים⁶⁰.

שתי ערים ומעיין אחד – יש מי שהוכיח מהדין של שתי ערים המושכות מים מאותו מעיין, שנחלקו תנאים אם יש זכות לעיר אחת להשתמש במים לצורכי כביסה, כדי למנוע מחלות עתידיות, אף שבכך היא מונעת מים לשתייה מתושבי העיר האחרת, דבר שיכול לגרום לפיקוח נפש מידי⁶¹. יש שפסקו הלכה כאותו תנא שכביסתם של בני העיר קודמת לשתייתם של האחרים⁶². לפיכך, במקרים הנוגעים לציבור יש מקום לשקול מצבים עתידיים ולתכנן בהתאם, גם אם באופן מידי יכולים יחידים להיפגע⁶³, שכן צורכי רבים מוגדרים בהלכה כמצב של פיקוח נפש, והיינו שביחס לציבור דין פיקוח נפש הוא רחב בהרבה בהשוואה להגדרת מצב כזה ביחיד⁶⁴.

אמנם יש מי שכתב, שלא מדובר

בכך בשבט מיהודה עמ' סז-סח; הרב ש. דייכובסקי, תורה שבעל-פה, לא, תש"ג, עמ' מ ואילך. וראה עוד במאמרו של הגר"ע יוסף, דיני ישראל, ז, תשל"ו, עמ' לב ואילך, שהלכה כרבי יוסי. וכן משמע מב"ש אבהע"ז סי' פ סקי"ב. וכן כתב בשו"ת מהרש"ם ח"ב סי' רי. ומשמע מדבריהם שם, שצערן של אדם אכן קודם לחייו של אחר. [63] Tendler MD. Cited in: Rosner F, *NY State J Med*, March 1983, pp 353-358. [64] הרב ש. דייכובסקי, תורה שבעל-פה, לא, תש"ן עמ' מ ואילך. וראה שם ראיותיו מדוגמאות שונות בהלכה. וראה ע' פקוח נפש הע' 67 ואילך. [65] סי' יחוסי תנאים ואמוראים דל"ד. וכן כתבו בשו"ת אגרות משה חיו"ד ח"א סי' קמה, והגר"ע יוסף, דיני ישראל, שם, על פי ההפלאה בקונטרס אחרון סי' פ ס"ה. [66] הרב ש.א. רפפורט, אסיא, מט-ג, תש"ן, עמ'

יחזקאל סי' לח. [60] הרב מ. הרשור, הלכה ורפואה, ג, תשמ"ג, עמ' מח ואילך. וראה באריכות בשיטות השונות של פדיון שבויים במאמרו של הגר"ע יוסף, תורה שבעל פה, יט, תשל"ז, עמ' ט ואילך. וראה בס' תורת המדינה, עמ' 424 ואילך, שאם מדובר בחיילים שבויים שנשלחו מטעם המדינה למלחמה, יתכן שיש סברה לפדותם גם בהרבה יותר מכדי דמיהם, ואף אם יש בכך סכנה לרבים, כי זו חובת המדינה השולחת כלפיהם, ואולי לא על כך נתקנה התקנה שאין פודים שבויים יתר על כדי דמיהם, עיי"ש. [61] נדרים פ ב; ירושלמי שביעית ח ה. [62] העמק שאלה שאילתא קמו, שמחלוקת זו תלויה במחלוקת בן פטורא, ורבי עקיבא, וכיוון שהלכה כרבי עקיבא שחייך קודמים לחיי חברך, ממילא הלכה כאן שכביסתם של בני העיר קודמת לשתייתם של אחרים. וראה מה שדנו

המניעה יביאו להצלת יותר אנשים מאשר טיפולים מיוחדים ליחידים.⁶⁹

נפש של היחיד.⁶⁷

בעניינים הנוגעים לחלוקת משאבים במישור הפרט – ראה ערך קדימויות בטפול רפואי. יש מי שכתב, שבמקרים בהם נדרשת חלוקת משאבים ברמה ציבורית אין להתחשב בסדר הקדימויות הללו, אלא כל הקודם זוכה, ואם באו בבת-אחת – יטילו גורל.⁷⁰

ה. רקע אתי⁷¹

עקרון הצדק – היסוד המוסרי המשמש לדיון בשאלה זו הוא עקרון החלוקה הצודקת.⁷² חלוקה צודקת של משאבים יכולה להיות לפי קני-מידה שונים – שוויוניות מוחלטת; חלוקה לפי צורך; חלוקה לפי זכויות; חלוקה לפי מאמצים; חלוקה לפי התועלת והחשיבות של הפרט לחברה וכיו"ב.

שתי תורות מוסריות בסיסיות משמשות את הפילוסופים בדיון בשאלת החלוקה הצודקת של המשאבים המוגבלים: עקרונות השוויוניות⁷³, ועקרונות

עוד יש מי שכתב, שמותר לציבור לתכנן את הקצאת המשאבים לטווח ארוך, גם אם יהיה בזה שינוי לעומת המצב כיום, וגם אם עקב כך אנשים בעתיד לא יקבלו טיפולים שאנשים בהווה מקבלים אותם; אבל אין רשות לציבור לשנות הקצאות כך שאנשים שכבר מקבלים טיפולים חיוניים יפסיקו לקבל אותם, כגון סגירת מחלקות בבית חולים שיש בהם כעת מאושפזים הנזקקים לטיפולים אלו, או אף אם כבר נקבע להם תור לאשפוז בפועל. היינו מותר לציבור להחליט על מדיניות שבעתיד יכולה לפגוע ביחידים, כאשר אין כרגע סכנה מיידית לאותם יחידים, וחובת הציבור לדאוג להצלת הרבים לפני הצלת היחיד, ולכן יש חובה להתחשב ביעילות ההוצאה לרפואה מבחינת מספר הנפשות שאפשר להציל בהוצאה נתונה.⁶⁸

כמו כן מותר להפנות משאבים לצורך רפואה מונעת, כגון חינוך למניעת עישון ולתזונה נכונה, וכן לצורך בדיקות סקר לגילוי מוקדם של מחלות קשות, גם על ידי הפסקה עתידית של טיפולים וניתוחים שיש בהם הצלת נפשות, כי פעולות

[71] על גישת הדתות השונות לפתרונות חלקיים של דילמה זו ראה בספר Lustig BA, et al (eds), *Bioethics Yearbook*, Vol 3, 1993 – גישת הנצרות הקתולית, בעמ' 23-25; גישת הכנסייה האנגליקנית, בעמ' 100-102; גישת הכנסייה הלותרנית, בעמ' 171-172; גישת הכנסייה המתודיסטית, בעמ' 222-224, ובעמ' 232-233. [72] distributive justice. [73] equality.

5 ואילך. [67] הגרי"ש אלישיב, הובאו דבריו ע"י הרב י. זילברשטיין, בשיעוריו לרופאים. [68] הרב ש.א. רפפורט, אסיא, נא-נב, תשנ"ב, עמ' 46 ואילך, על פי שו"ת מהר"י בן לב ח"ב סי' מ, הובאו דבריו בש"ך חו"מ סי' קסג סקי"ח; הרב ש. דייכובסקי, תורה שבעל-פה, לא, תש"ג, עמ' מ ואילך. [69] הרב ש.א. רפפורט, אסיא, שם. [70] הרב י. זילברשטיין, בשיעוריו לרופאים.

זכות לכל טיפול לפי רצונו של כל אחד, ואין חובה על החברה ליזום חלוקה של אמצעי בריאות, אלא לקיים שיוויון בגישה האפשרית לאמצעי בריאות, כדי להגיע לרמה סבירה של טיפול נחוץ. חסרונה של השיטה הזו בהיעדר הגדרות מעשיות של המונחים השונים, כגון מה היא חלוקה צודקת, מה הוא טיפול סביר, ומי קובע זאת.

הבטחת זכות לכל אדם לאותה מידה של טיפול רפואי הדרושה להשגת רמת בריאות השווה לזולתו. הבעיה בשיטה זו היא, שככל שהאדם חולה יותר, הוא זכאי למידה גדולה יותר של טיפול רפואי, כדי להגיע לרמת בריאות שווה לזולתו. התוצאה תהא, שקבוצה קטנה של חולים עם בעיות רפואיות כרוניות וקשות, תשאב את מרבית האמצעים הרפואיים של החברה. לפיכך, יש שהכניסו הגבלות לגישה זו, וניסחו אותה כך שהזכות להביא כל אדם לרמת בריאות שווה לאחרים היא רק עד כמה שהדבר אפשרי⁷⁶. אף בגישה זו מתעוררת שאלת ההגדרה של האפשרויות.

הבטחת זכותם של כל החולים במחלות דומות לקבל אותה מידה של טיפול רפואי⁷⁷. גישה זו מדגישה את השוויון בהתאם למחלות, ולא בהתאם לחולים. גם שיטה זו לוקה בבעיות מעשיות של ניצול משאבים רפואיים רבים על ידי קבוצות קטנות.

התועלתיות⁷⁴. נקודות המוצא השונות של שתי תיאוריות אלו מביאה גם לפתרונות שונים, ולעתים אף מנוגדים.

עקרונות שוויוניות — אין ספק, שרגש הצדק הטבעי מעדיף שוויוניות מוחלטת, ולפיכך קיימת זכות יסוד לכל אזרח לקבל את כל הטיפול הרפואי המגיע לו. ואמנם חברה הנוהגת בשוויוניות מלאה בכל תחומי החיים צריכה לנהוג בשוויוניות גם ביחס לחלוקת המשאבים הרפואיים. אכן, עובדה היא שאין אפשרות לספק משאלה זו בתנאי הכלכלה והרפואה המודרניים בימינו. על כן השאלה היא כיצד לנהוג במשאבים רפואיים מוגבלים בחברה הנוהגת בחוסר שוויוניות ברוב תחומי החיים. לפיכך, יש שתי דרכים עקרוניות לפתור את השאלה: להוריד את רמת הרפואה מכל האזרחים, כדי לשמור על השוויוניות בתנאים אפשריים מבחינה כלכלית; או לבחור בשיטה שתמלא רק חלק מדרישות השוויוניות.

לאור הקושי בשמירת שוויוניות מוחלטת ברפואה הוצעו מספר דרכים לשמירה על שוויוניות מסוימת כדלקמן:

הבטחת זכות גישה והזדמנות שווה לכל האמצעים הרפואיים, לצורך קבלת רמת טיפול סבירה, אך כל אחד יקבל בפועל בהתאם ליכולתו הפרטנית לרכוש את המשאבים הרפואיים⁷⁵. ההנחה המוסרית של גישה זו היא, שאין להעניק

Veatch RM. In: Beauchamp TL [76]. 1983 and Walters L (eds), *Contemporary Issues in Bioethics*, 2nd ed, p. 410. [77] Outka G, *Perspective Biol Med* 18:197, 1975.

utilitarianism [74]. President's [75] Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: *Summing Up*, p. 72.

מורכבים? השאלות היישומיות-מעשיות: על פי תורה זו יש עדיפות בהשקעת משאבים רפואיים לאנשים צעירים ברי-סיכוי להחלמה, לעומת זקנים או נכים; יש עדיפות בהשקעת משאבים רפואיים במדענים או פוליטיקאים, לעומת קבצנים או מפגרים; יש עדיפות לטיפול בחולים עם מחלות חריפות לעומת חולים עם מחלות כרוניות, וכיו"ב.

התפיסות הכלכליות המתמחכות לשיקולי רווח/הפסד⁸⁰ מבוססות למעשה על הגישה הפילוסופית-מוסרית של תועלתיות. בשיטות כלכליות אלו ממירים לערכים כספיים את כל התרומות והיתרונות ברווחים ואת כל התרומות והחסרונות בהפסדים.⁸¹

לשיטה זו מספר חסרונות משמעותיים. זו גישה כלכלית טהורה, שקשה ליישמה ברפואה, שכן יש להתחשב בערכים אנושיים שאינם בעלי משקל וערך כספי; הרבה משתנים בתחום הבריאות אינם ניתנים להתמרה כלכלית מדוייקת. למשל, כמעט שאי אפשר להגיע למצב יישומי של הגדרת איכות החיים או אורך החיים בערכים כלכליים. יש אמנם מחברים שניסו להרכיב מדד כספי של ערכים אלו, אך נמצאו הבדלים גדולים בין ההערכות השונות, דבר המוכיח שאין הן הערכות מדעיות מדוייקות, אלא התאמות

הגישה החורגת ביותר מגדרי השוויוניות היא הגישה הדוגלת בזכות לקבל טיפול רפואי שוויוני רק בתחומים מוגבלים ומוגדרים, תוך שמירה על הגינות וצדק. שיטה זו מנסה לשמור על מידה מסוימת של שוויוניות תוך שמירה על אפשרויות מעשיות לספק את הצרכים. מדובר על קביעת סל בריאות מינימלי ושוויוני לכל אזרח, ומעבר לכך יכול כל אחד לזכות בשירותים בהתאם ליכולתו הכלכלית ולשיקולי העדפותיו⁷⁸. אכן יש לציין, שהגדרת סל הבריאות המינימלי שבו יהיה שוויון בין כל האזרחים לקבלת השירות והטיפול בהתאם לצרכים ולא בהתאם ליכולת הוא דבר קשה ליישום.⁷⁹

עקרונות התועלתיות – הנוסחה הבסיסית של תורה זו היא: מירב ההנאה ו/או האושר למירב האנשים. תורה זו מתעלמת מעקרונות שוויוניות, ורואה כפעולה נכונה וראויה מבחינה מוסרית כל מעשה שתוצאותיו ישיגו את הנוסחה הבסיסית.

קיימות בעיות רבות וקשות ביחס לתורה זו, וביחס ליישומה המעשי. השאלות העיוניות: האם אמנם האושר וההנאה כמוצרים סופיים הם קני-המידה המוסריים הבלעדיים? האם המטרה מקדשת את האמצעים? כיצד מחשבים את האושר או ההנאה הסופיים במצבים

Schneiderman LJ, *Hastings Cen Rep* 19:8, 1989; Baram MS. In: Beauchamp TL and Walters L (eds): *Contemporary Issues in Bioethics*, 2nd ed, p. 410, 1982; Weinstein WC and Stason WB, *N Engl J Med* 296:716, 1977.

.Fried C, *N Engl J Med* 293:241, 1975 [78]
Eddy DM, *JAMA* 265:782, — ראה [79]
.cost/efficiency; cost/benefit [80] 1991.
[81] ראה על שיטות אלו — Udvarhelyi IS, et al, *Ann Inter Med* 116:238, 1992; Eisenberg JM, *JAMA* 262:2879, 1989; Emery D and

תורות ועקרונות שונים, תוך התבססות עיקרית על הגישה של שווינויות כדרישת-יסוד בתחום הבריאות והרפואה, ושוק חופשי ביחס לצרכים אחרים, בהתאם לשיקולי העדפה תועלתניים. הדבר מבוסס על הגישה שרגש הצדק מחייב שוויון בחלוקת משאבים מוגבלים בנושאי בריאות, אך אילוצים כלכליים של הרפואה המודרנית היקרה אינם מאפשרים שוויון מוחלט. לכן יש להעדיף יכולת של רמת בריאות גבוהה, גם על חשבון הגבלות מסויימות בתחום השווינויות.

זכויות אזרח ואדם — שאלה מוסרית נוספת ביחס לחלוקה צודקת של משאבים מוגבלים ברפואה היא: האם קיימת זכות ליחיד וחובה לציבור ביחס לשמירה על הבריאות וביחס לאספקת שירותים לטיפול רפואי.

באופן עקרוני יש הכרה בזכויות שונות של היחיד ביחס לחברה, ובעיקר ביחס למדינה. זכויות האדם באופן כללי הוכרו כבר בשנת 1215⁸⁷. אכן, הדחיפה העיקרית וההכרה המעשית בזכויות האדם ניתנו בהכרזת העצמאות של ארה"ב בשנת 1776, הפותחת במילים: "אנחנו סבורים שאמת זו גלויה לעיני כל: כל בני האדם נבראו שווים; מידי בוראם הוענקו להם זכויות מסויימות, שאינן ניתנות לוותר, וביניהן החיים, החירות, והשאיפה

סובייקטיביות⁸²; חישובים כאלו גורמים להעדפות לא-שווינויות, כאשר חלק מהאוכלוסיה איננו יכול לקבל את הטיפול המגיע לו מבחינה רפואית-שווינוית⁸³.

בעיה נוספת היא העובדה שהמחיר המוחלט כשלעצמו איננו עיקר הבעיה, אלא כמה כסף ומשאבים נלקחים מתוכניות חיוניות אחרות, או האם חסכון בכסף בתוכנית אחת אכן מועבר בצורה היעילה והטובה ביותר לתכניות חיוניות חלופיות. בעיה חמורה במיוחד היא הפגיעה הקשה בשווינויות, שכן לפי תורה זו דווקא אוכלוסיות בעייתיות מבחינה רפואית וחברתית, שזקוקות יותר מכל לטיפול רפואי, אך עלות הטיפול בהם היא גבוהה, לא יזכו לטיפול בהתאם לתורה זו⁸⁴.

זקן וצעיר — במסגרת שיקולי תועלתנות היו שהציעו כי הגיל יהווה רכיב בזכאות להקצאת משאבים, כאשר לצעיר תהיה זכות יתר לקבלת שירותים בריאותיים דומים על בסיס צורך זהה, מתוך הנחה שהצעיר ממשיך לתרום לחברה ולעצמו, בעוד הקשיש כבר ניצל את מקורות החברה, ואיננו תורם לה עוד⁸⁵. אחרים מתנגדים לאפליה זו בתוקף⁸⁶.

שילוב ערכים — יש מי שהציעו לשלב

Callahan D, *N Engl J Med* 322:1810, [85] 1990; Callahan D, *The Troubled Dream of* Levinsky NG, [86] *Life*, New York, 1993 *N Engl J Med* 322:1813, 1990. וראה עוד בע' זקן ברקע האתי. [87] במסמך הנקרא magna charta.

[82] ראה — Morrow RH and Bryant JH, *Am J Public Health* 85:1356, 1995 [83] ראה Ubel PA, et al, *N Engl J Med* 334:1174, — 1996. [84] ראה במאמר א. שטינברג, הרפואה, קיב:512, 1987; הנ"ל, עמק הלכה, ב, תשמ"ט, עמ' 91 ואילך — דוגמאות לבעייתיות זו.

וכיו"ב, שכן אלו גורמים מזיקים לבריאות, אך מאידך מהוות דרישות כאלו פגיעה חמורה בעיקרון של חירות הפרט. יתר על כן, עצם ההגדרה של מושג הבריאות היא קשה. ארגון הבריאות העולמי⁸⁸ הגדיר מצב זה כהרגשה מושלמת מבחינה גופנית, נפשית, וחברתית. אם אמנם הזכות לבריאות כוללת את כל המרכיבים הללו, הרי שאין המשאבים הקיימים מאפשרים כלל מילוי הדרישות ההגדרתיות הללו.

גם העיקרון של הזכות לטיפול רפואי איננו מוסכם ואיננו מוגדר כל צרכו. ואמנם יש הסבורים, שאין כל חובה על החברה לספק את הדרישות לטיפול רפואי לכל, אלא יש לראות בזה שירותים שאותם יש לרכוש ככל שירות אחר, ועל כל יחיד לערוך את שיקוליו הכלכליים ברכישת השירותים ובמילוי הצרכים שלו⁸⁹.

עקרון האוטונומיה – בעיה עקרונית נוספת נוגעת לשאלת האוטונומיה והשלכותיה על חלוקה צודקת של משאבים מוגבלים. יסוד האוטונומיה⁹⁰ מקנה זכות לאדם להחליט מה יעשה בו. השאלה היא כאשר חולה או בני משפחתו מבקשים טיפול או אשפוז במצב שהערכת הרופאים היא שטיפול זה או אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ הם עקרים, היינו לא יביאו להחלמתו או לשיפור באיכות חייו וכיו"ב. מצד אחד הפך ערך האוטונומיה לערך עליון, ואין זה מוסרי להפעילו רק

לאושר". בחוקת ארה"ב משנת 1789 הוכנסו ונוסחו מספר ניכר של זכויות אדם. האסיפה הלאומית הצרפתית קיבלה בשנת 1789 את ההצהרה על זכויות האדם והאזרח. אכן, בכל המסמכים הללו לא נכללו הזכות לבריאות והזכות לטיפול רפואי זכויות נפרדות ומוגדרות. רק בשנת 1948, בהצהרת זכויות האדם מטעם האו"ם, נכללו במפורש בין 30 סעיפי הזכויות גם הזכות לרמת חיים הדרושה לבריאותו של האדם, ואשר כוללת מזון, לבוש, דיור, טיפול רפואי, שירותים חברתיים וביטוח מפני אבטלה, מחלה, או מחסור אחר. ההצהרה הזו היא אמנם כוללת, וניתנת לפירושים שונים, אך היא מעניקה במפורש זכות לבריאות ליחיד. היוצא מזה, שכל הדיונים על זכויות היחיד לבריאות ולטיפול רפואי הם חדשים יחסית.

זכויות בריאות וטיפול רפואי – קיימות שתי זכויות הנוגעות לשאלת החלוקה הצודקת של משאבים מוגבלים – הזכות לבריאות, והזכות לטיפול רפואי.

העקרון של הזכות לבריאות הוא אמנם גורף ומקיף, אך באופן מעשי הוא לוקה בחסר רב. שכן יישום זכות כזו מטיל על החברה את החובה לספק בריאות לכל יחיד. על כן, לדוגמה, יש לאסור את העישון, צריכת אלכוהול, אכילה מופרזת

1974, *Dis* 109:591. וראה עוד על זכויות בריאות במאמרה של כ. שלו, בתוך: ר. כהן-אלמגור (עורך): דילמות באתיקה רפואית, עמ' 37 ואילך. [90] ראה ע' תורת המוסר הע' 54 ואילך, וע' תורת המוסר היהודי הע' 121

[88] World Health Organization = WHO. [89] ראה Engelhardt HT, *J Med Philo* 4:113, 1979; Sade RM, *N Engl J Med* 285:1288, 1971; Siegler M, *J Med Philo* 4:148, 1979; Lee PR and Jonsen AR, *Am Rev Respiratory*

הנוגעות להגבלת משאבים מוגבלים לבין הביצועים המעשיים. גם אם יש הצדקה עקרונית להגביל טיפולים, מחקרים ופיתוחים רפואיים בתנאים מתאימים, בגין הנימוק שאין די משאבים לכל הצרכים, הרי שבפועל הגבלות כאלו מחוללים אמיתיים לפנינו, אשר תוצאתם יכולה להיות מותו של החולה, לא תמיד ניתנות להצדקה בנימוק כזה, שכן אין כל וודאות שהמשאבים ובתקציבים הנחסכים מאדם מסויים אכן מופנים למטרות טובות וראויות יותר. אדרבה, קיים יסוד סביר להנחה שאין הדבר כן, שהרי יש בזבוז רב במערכות הבריאות. אשר על כן, יש להבחין בין עקרונות להגבלת משאבים מוגבלים כעניין של מדיניות ציבורית או לאומית, שיש לה הצדקה מוסרית, לבין הגבלת משאבים מחולה הנמצא לפנינו, שתוצאתה היא נזק וודאי לחולה, אך ספק אם ישגיג מטרה ראויה יותר.

עוד היבט בעייתי מבחינה מוסרית מסתמן בשנים האחרונות, כאשר יש דרישה גוברת והולכת מצד מערכות בריאות לקבוע מראש את מטרות הטיפול בכל חולה, כאשר דרישה זו מוצגת כתביעה למלא את רצונו האוטונומי של כל חולה, בעוד שבפועל מסתרת מאחורי

בכיוון חד-סטרי, היינו כאשר החולה מסרב טיפול מאריך-חיים, אך לא לכבדו כאשר החולה מבקש טיפול מאריך חיים; מאידך יש הטוענים שזכות החברה להקצות משאבים לפי צרכיה ושיקוליה גוברים על זכויות הפרט לאוטונומיה⁹¹.

הפרט והציבור – בעיית המשאבים המוגבלים משפיעה בצורה בולטת על החלטות רפואיות בתחום הציבורי המביאות לצמצומים באפשרויות הטיפוליות, ויש להן השלכה גם על שיקולים אינדיבידואליים בהחלטות לקבלה או לשחרור של חולים מבתי חולים ובעיקר מיחידות לטיפול נמרץ, בפעולות להארכת חיים בחולים סופניים, בשיקולים של השתלות איברים, ביישום טכניקות מתקדמות של פוריות, בהחלטות על מידת בירורים אבחוניים, וכיו"ב. אכן, למרות הצורך הציבורי בהגבלת הוצאות רפואיות, נותרת החובה המוסרית הבסיסית של הרופא לחולה שלו בעינה, ועל הרופא להמשיך ולהעניק לחולה שבטיפולו את העדיפות הראשונה במסגרת הדרישות הרפואיות הנאותות⁹².

מן הראוי להדגיש את ההבדל המשמעותי בין התפיסות העקרוניות

315:1347, 1986; Veatch RM, *Hastings Cent Rep* 18:34, 1988; Ruark JE and Raffin TA, *N Engl J Med* 318:25, 1988; Perkins HS, *J Ger Intern Med* 1:170, 1986. ובעיקר ראה בהרחבה על היחס בין טיפולים עקרים לבין שיקולי קדימויות במשאבים מוגבלים במאמר – Jecher NS and Schneiderman JL, *Am J Med* AMA, Council on [92]. 92:189, 1992 Ethical and Judicial Affairs, *JAMA* 273:330,

ואילך. [91] ראה על וויכוח זה – Brennan TA, *JAMA* 260:803, 1988; Paris JJ, et al, *N Engl J Med* 322:1012, 1990; Jecker NS, *Hastings Cent Rep* 21:5, 1991; Schneiderman LJ, et al, *Ann Intern Med* 114:169, 1991; Hackler C and Hiller FC, *JAMA* 264:1281, 1990; Tomlinson T and Brody H, *JAMA* 264:1276, 1990; Brett AS and McCullough LB, *N Engl J Med*

שחלקן אכן בלתי מוסריות, אך יש שיטות המגבילות את רווחי הרופאים מחד גיסא, ומעודדות פיתוח שיטות למתן שירות רפואי שוויוני, יעיל וצודק⁹⁶.

אשר על כן, השיטות השונות של "טיפול מנוהל"⁹⁷ יוצרות דילמות מוסריות משמעותיות, בין השאר משום שהן נועדות לצמצם את מתן הטיפול והשירות לחולה, ולעתים הן יוצרות מצבים של ניגודי אינטרסים בתיפקודו של הרופא בין מחויבותו לחולה לבין מחויבותו לתכנית הביטוחית שאליה הוא משתייך. אי לכך יש שקבעו הנחיות מוסריות לרופא במסגרת עבודתו בתכנית "טיפול מנוהל" כלשהי:

חובתו הבסיסית והראשונית של הרופא לחולה שלו נותרת בעינה גם במהלך עבודתו במסגרת "טיפול מנוהל"; אם הנחיות והוראות של שיטת הטיפול המנוהל מגבילה בצורה משמעותית את היקף הטיפול והבחירה האבחונית והטיפולית, צריכות ההנחיות להיות כלליות ועקרוניות, ברמה של קביעת מדיניות כללית, ולא ברמה של החלטה אינדיבידואלית ליד מיטת החולה; יש לאפשר לרופאים להיות שותפים פעילים בקביעת מדיניות הריסון; יש להקים מנגנוני בקרה וערעור על החלטות של

דרישה זו הרצון הציבורי לחסוך בהוצאות. גישה זו פסולה מבחינה מוסרית, שכן יש הטיה ברורה לקבלת עקרון האוטונומיה כאשר רצון החולה תואם את רצון המערכת להגביל בהוצאות רפואיות, בעוד שאין רצונו האוטונומי של החולה מתקבל כאשר רצון זה בא להרבות בהוצאות⁹³.

השיטות השונות של "טיפול מנוהל" המבוססות על פיקוח אדמיניסטרטיבי במתן שירותי אבחון וטיפול לחולים על ידי רופאים, ושיטת התגמול להגבלת השימוש באמצעים רפואיים מתקדמים, מעוררות בעיות מוסריות כבדות משקל, ולמרות שבסיס-ההחלטה נובע מהצורך לחסוך בהוצאות מיותרות עקב משאבים מוגבלים, יש בשיטות אלו פגיעה קשה במערכת יחסי חולה-רופא, פגיעה באוטונומיה של החולה ושל הרופא כאחד. לעתים קרובות אין הצדקה מוסרית להגבלות הטיפוליות הנובעות מהחלטות אדמיניסטרטיביות, או מדחיפה ועידוד להגבלת טיפולים נחוצים על בסיס גמול כספי בלבד, ועקב כך נגרם נזק לחולה, דבר המנוגד למוסר הרפואה⁹⁴. ואמנם שיטות אלו נחשבות על ידי מרבית הרופאים בארה"ב כבלתי מוסריות, וכפוגעות במערכת יחסי חולה-רופא תקינים על פי אמות מידה מוסריות⁹⁵. אמנם יש הסבורים, שמן הצדק להבחין בין שיטות שונות של "טיפול מנוהל",

1995; Rodwin MA, *N Engl J Med* 332:604, 1995; Editorial, *Lancet* 345:399, 1995; Christensen KT, *J Law Med Ethics* 23:223, Sulmasy DP, et al, *Arch Intern* [95]. 1995 Holleman WL, et [96]. *Med* 160:649, 2000 [97]. *Lancet* 349:350, 1997

1995. [93] ראה — Levinsky NG, *N Engl J Med* 335:741, 1996 [94] ראה סיכום גישות מוסריות שונות בנידון — Pellegrino ED, *JAMA* 271:1668, 1994; AMA, Council on Ethical and Judicial Affairs, *JAMA* 273:330, 1995; Kassirer JP, *N Engl J Med* 333:50,

מדיניות; יש ליידע את החולה על מדיניות צמצום הטיפול והשירותים, ויש לקבל את הסכמתו המודעת לכך; על הרופאים להוסיף ולספק מידע חלופי לחולה, גם אם הצעות אלו חורגות מיכולת אספקתם בתוכנית הביטוחית שאליה משתייך החולה; אסור לרופאים להיות שותפים לשיטות טיפול מנוהל שלדעתם יורדים מן המקצועי מינימלי⁹⁸.
 על מעמדו של הרופא ותפקידו בקשר להקצאת משאבים מוגבלים – ראה ערך רופא.
 על בעיות אינדיבידואליות בקדימויות רפואיות – ראה ערך קדימויות רפואיות.

נספח לערך משאבים מגבלים

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 [תיקון אחרון: 19/7/01]*

[נתקבל בכנסת ביום ו' תמוז התשנ"ד (15.6.1994), ס"ח התשנ"ד, עמ' 1469]

1. ביטוח הבריאות הממלכתי

ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית.

פרק ב' – עקרונות יסוד

3. הזכות לשירותי בריאות

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

(ב) המדינה אחראית למימון סל שירותי הבריאות מהמקורות המגויסים בסעיף 13.

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

(ד) שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר

הע' 28 ואילך. [98] AMA, Council on Ethical and Judicial Affairs, loc. cit * להלן חלקים מהחוק.
 תחילתו של חוק זה ביום כ"ט בטבת התשנ"ה 1) בינואר 1995. החוק מכיל גם שבע תוספות, כולל פירוט מלא ומפורט של סל הבריאות וחשובים כלכליים שונים. תוספת שניה כוללת רשימת שירותי הבריאות של קופת חולים של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל ליבריה במועד הקובע; תוספת שלישית כוללת רשימת שירותי הבריאות שנתנה המדינה לפרט במועד הקובע.