

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 מינימלי<sup>98</sup>.  
 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.

ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13.  
 (ה) שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית.

א3. קביעת תושבות [תיקון: תשנ"ט]

(א) מי שאינו רשום בקופת חולים ומבקש להירשם בקופת חולים יגיש למוסד בקשה לקבלת אישור כי הוא תושב (להלן – מגיש הבקשה), וכן בקשה לרישום בקופת חולים, לרבות בקשה לרישום ילדו הקטין, בטופס שקבע המוסד (להלן – בקשה לקביעת תושבות).

(ב) סעיף קטן (א) לא יחול על –

(1) קטין הנמצא במשמורתו של הורו או של אפוטרופסו החוקי, וההורה או האפוטרופוס, רשום כקופת חולים ונמצא בישראל, ובלבד שהקטין והורו או אפוטרופסו, רשומים במרשם האוכלוסין;

(2) מי שהיה רשום בקופת חולים תכוף לפני הגיעו לגיל 18 וטרם חלפו 12 חודשים מיום שמלאו לו 18 שנים;

(3) מי שהיה רשום בקופת חולים תכוף לפני שנעשה לחייל כמשמעותו בסעיף 55 וטרם חלפו 12 חודשים מהיום שחדל להיות חייל כאמור;

(4) מי שהיה רשום בקופת חולים תכוף לפני שהיה לאסיר או לעציר וטרם חלפו 12 חודשים מיום שחרורו ממאסר או ממעצר;

(5) מי שטרם חלפה תקופה של 90 ימים מיום שנכנס לראשונה לישראל לפי אשרת עולה לפי חוק השבות, התש"י-1950 6 (להלן – חוק השבות), או מיום שניתנה לו תעודת עולה לפי חוק השבות, לגבי התקופה שמיום קבלת אשרת העולה או תעודת העולה, כאמור.

(ג) קבע המוסד כי מגיש הבקשה אינו תושב, יודיע על כך למגיש הבקשה.

(ד) קבע המוסד כי מגיש הבקשה הוא תושב יקבע גם את המועד שממנו יש לראותו כתושב (להלן – מועד תחילת התושבות), וירשום אותו ואת ילדו הקטין, על אף האמור בסעיף 4א, בקופת החולים שצוינה בבקשה לקביעת תושבות; המוסד יודיע על הקביעה והרישום למגיש הבקשה (להלן – קביעת המוסד) ולקופת החולים; רישום לפי סעיף קטן זה יהיה בתוקף ממועד הודעת המוסד ויראו בקשה לרישום שהוגשה לפי סעיף קטן (א) כבקשה לרישום שהוגשה לפי הוראות סעיף 4א.

(ה) קבע המוסד כי מועד תחילת התושבות קדם למועד מתן הודעת המוסד יחולו, על אף האמור בחוק זה, הוראות אלה:

(1) מגיש הבקשה, אינו זכאי, בתקופה שקדמה להגשת הבקשה לקביעת תושבות, לשירותי בריאות לפי חוק זה, או להחזר תשלום בעד שירותי בריאות כאמור, והכל כפוף לאמור בפסקאות (2) ו(3) להלן;

(2) (א) שילם מגיש הבקשה לקופת חולים תשלום עבור ביטוח רפואי (להלן – תשלום לקופה) בעד חודש קלנדרי שחל בתקופה שממועד תחילת התושבות עד למועד הגשת הבקשה לקביעת תושבות, זכאי מגיש הבקשה להחזר סכום התשלום לקופה, עד לסכום דמי ביטוח בריאות שהוא חייב בתשלומו לפי חוק זה בעד אותו חודש;

(ב) שילם מגיש הבקשה תשלום לקופת חולים בעד חודש קלנדרי שחל בתקופה שממועד הגשת הבקשה לקביעת תושבות ועד למועד מתן הודעת המוסד, זכאי מגיש הבקשה להחזר סכום התשלום לקופה עד לסכום מרבי שקבע שר הבריאות בהסכמת שר האוצר ושר העבודה והרווחה;

(ג) המוסד ינכה את סכומי ההחזר לפי פסקאות משנה (א) ו-(ב) מסכומים שגבה כדמי ביטוח בריאות, וישלם למגיש הבקשה לפי כללים, תנאים ובמועדים שקבע שר העבודה והרווחה בהסכמת שר הבריאות ושר האוצר;

(3) (א) מגיש הבקשה זכאי להחזר בשל תשלום ששילם תמורת שירותי בריאות שניתנו לו בישראל בתקופה שמיום הגשת הבקשה לקביעת תושבות או מיום תחילת התושבות, לפי המאוחר, עד למועד שבו ניתנה לו הודעת המוסד, לפי כללים ותנאים שקבע שר הבריאות בהסכמת שר האוצר ובסכום שתקבע ועדה שימנה שר הבריאות; לענין זה, "שירותי בריאות" – שירותי הבריאות שבסל שבתוספת השניה ובצו לפי סעיף 8(ז);

#### 4. חברות בקופת חולים [תיקון:תשנ"ה(2), תשנ"ח, תשס"א(2)]

(א) תושב שמלאו לו 18 שנים חייב להירשם כחבר בקופת חולים, לפי בחירתו, ולרשום בה גם את ילדו הקטין (להלן – הילד), ובלבד שלא יירשמו ביותר מקופת חולים אחת; רישום ילד בידי הורה אחד פוטר את ההורה השני.

(ב) תושב שאינו רשום בקופת חולים יראו אותו כרשום בקופת חולים שקבע שר הבריאות, בהתאם ליחס שבין מספר המבוטחים בכל אחת מקופות החולים לבין סך כל מספר המבוטחים בכל קופות החולים; שר הבריאות בהסכמת שר העבודה והרווחה, יקבע כללים ונהלים לרישום ולמועדו, לרבות בדבר הגשת בקשה לרישום, אימות הפרטים שבבקשה, דחיית הבקשה אם לא נתקיימו התנאים לרישום לפי החוק, ומתן הודעה על כניסת הרישום לתוקף.

(ג) קופת חולים תקבל כל תושב שבחר להירשם בה, לא תגביל את רישומו ולא תתנה אותו בתנאי או בתשלום כלשהו.

(ד) (1) מעביד לא יבקש ממועמד לעבודה פרטים לגבי זהות קופת החולים שאליה הוא שייך, אלא לצורך הפניית המועמד לבדיקה רפואית, לפי בקשת המעביד או בהתאם לדרישות כל דין, לשם קביעת כשירותו של המועמד לתפקיד המוצע לו.

(2) מעביד לא יתנה עבודה בתנאי כלשהו הקשור להשתייכות לקופת חולים מסוימת ולא יחייב עובד להירשם בקופת חולים מסוימת.

#### 4.א. רישום ומעבר [תיקון: תשנ"ח]

בקשה לרישום בקופת חולים, הודעה על מעבר בין קופות החולים, והודעה בדבר ביטול הודעה על מעבר כאמור, לפי סעיפים 4 ו-5, יוגשו באופן בלעדי לבנק הדואר או לגוף אחר שיקבע שר הבריאות בהתייעצות עם שר העבודה והרווחה ועם השר הממונה על אותו גוף לפי הענין (בסעיף זה – הגוף המבצע); שר הבריאות בהסכמת שר האוצר ובהסכמת השר הממונה על הגוף המבצע, לפי הענין, יקבע את גובה התשלום אשר הגוף המבצע יהיה רשאי לגבות בעד הטיפול כאמור ואשר ישמש למימון פעולות אלה.

#### 5.ב. השגה על רישום [תיקון: תשנ"ה(2)]

מי שרואה עצמו נפגע מקביעה בקשר לרישומו או לרישום ילדו בקופת חולים או למעבר מקופת חולים אחת לאחרת, רשאי להשיג על כך לפני המנהל או מי שהוא הסמיכו לכך.

#### 6. תחומי שירותי הבריאות [תיקון: תשנ"ז]

(א) שירותי הבריאות יינתנו על-פי סל שירותי הבריאות בתחומים אלה –

- (1) רפואה מונעת אישית וחינוך לבריאות;
- (2) אבחון רפואי;
- (3) טיפול רפואי אמבולטורי, לרבות טיפול נפשי, בין במרפאה ובין בבית, לרבות במעון כמשמעותו בחוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה-1965:7;
- (4) אשפוז כללי, אשפוז פסיכיאטרי, אשפוז פסיכוגריאטרי ואשפוז כרוני סיעודי;
- (5) שיקום רפואי, לרבות שיקום פסיכולוגי, פיזיותרפיה, ריפוי הדיבור, ריפוי בעיסוק ועבודה סוציאלית בתחום הבריאות;
- (6) הספקת תרופות;

- (7) מכשירים ואבזרי עזר רפואיים;  
 (8) רפואת שיניים מונעת לילדים, עד גיל שיקבע שר הבריאות בתקנות;  
 (9) עזרה רפואית ראשונה, והסעת לבית חולים או למרפאה;  
 (10) שירותי רפואה בעבודה;  
 (11) טיפול רפואי ונפשי לגמילה לנפגעי סמים ואלכוהול.  
 (ב) שר הבריאות רשאי בצו, בהסכמת שר האוצר ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, להוסיף על התחומים המפורטים בסעיף קטן (א)(1) עד (11); הוספת תחום תפורסם בתוספת הראשונה.

#### 9. עלות סל שירותי הבריאות [תיקון: תשנ"ז]

- (א) שר הבריאות ושר האוצר יקבעו, עם תחילתו של חוק זה, באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת את עלות סל שירותי הבריאות, ובלבד שעלות הסל לא תפחת מסך כל ההוצאה של קופות החולים בתקציבן הרגיל בשנת 1993 בתוספת הסכומים ממקורות המימון שבסעיף 13(א)(3) ו(4) בשנת 1993.  
 (1א) (1) החל בשנת 1997, תפורסם מדי שנה, בסמוך למועד העדכון לפי סעיף קטן (ב)(2), עלות סל שירותי הבריאות.  
 (2) עלות סל שירותי הבריאות מהווה את סכום המרכיבים המפורטים להלן לאחר עדכונם לפי שיטות העדכון השונות שנקבעו להן:  
 (א) עלות מתן שירותי הבריאות בידי קופות החולים לפי חוק זה, כמפורט בתוספת השניה ובסעיף 7א (להלן – עלות הסל לקופות);  
 (ב) עלות מתן שירותי הבריאות לפרט, כמפורט בתוספת השלישית.  
 (3) בפרסום לפי סעיף קטן זה יפורטו גם מרכיבי עלות הסל, כמפורט בפסקה (2).  
 (ב) (1) עלות הסל לקופות תתעדכן מדי שנה בשיעור עליית מדד יוקר הבריאות שתפרסם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה; מרכיבי מדד יוקר הבריאות יהיו כמפורט בתוספת החמישית;  
 (2) שר הבריאות ושר האוצר יקבעו, באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, את מועדי העדכון;  
 (3) שר הבריאות ושר האוצר רשאים, על פי המלצת מועצת הבריאות ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת לשנות בצו את הרכב מדד יוקר הבריאות, או לעדכן את עלות הסל לקופות בשל השינויים הדמוגרפיים שחלו באוכלוסיה.

## 10. שירותי בריאות נוספים [תיקון: תשנ"ח]

(א) קופת חולים רשאית להציע לחבריה תכניות לשירותי בריאות נוספים שאינם כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה (להלן – תכנית לשירותים נוספים), בין בעצמה ובין באמצעות חברה-בת בשליטה מלאה (להלן בסעיף זה – הקופה); תכנית לשירותים נוספים, וכל שינוי בה, טעונים אישור שר הבריאות.

(ב) תכנית לשירותים נוספים תוצע לחברי הקופה כהסדר של איזון משותף הדדי בלבד, בכפוף לכללים הבאים:

(1) השירותים שבתכנית יינתנו אך ורק במסגרת המקורות שנגבו לענין זה ממי שהצטרף לתכנית (להלן – עמיתים);

(2) הקופה רשאית לשנות, מעת לעת, את זכויות העמיתים בתכנית ואת תשלומי העמיתים;

(3) התכנית תהיה למתן שירותים בפועל בלבד, בידי הקופה או באישורה, למעט שירותי סיעוד, ולא תכלול מתן פיצוי כספי לעמית כתחליף לשירות.

(ג) (1) קופת חולים תצטרף לתכנית כל חבר המבקש להצטרף לתכנית, ללא קשר למצבו הבריאותי או הכלכלי, ולא תגביל את הצטרפותו או את זכויותיו בעת הצטרפותו בתנאי כלשהו, למעט תקופות אכשרה סבירות, שייקבעו לגבי כלל העמיתים בתכנית לענין מתן שירותים שונים במסגרתה, ובלבד שלא תיקבע תקופת אכשרה כאמור לענין שירותים שהיו כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה לגבי מי שהיה חבר בקופה והצטרף לתכנית לא יאוחר משנה אחת אחרי השינוי בסל השירותים והתשלומים של הקופה;

(2) הקופה רשאית לקבוע, לענין תקופות אכשרה כאמור

בפסקה (1), הוראות שונות לגבי מעבר מתכנית של קופה אחרת.

(ד) בכפוף לאמור בסעיף קטן (ג), קופת חולים לא תפלה בין עמיתים בתכנית, בין בעת ההצטרפות אליה ובין במתן השירותים במסגרתה.

(ה) מחיר התכנית יהיה אחיד לכל קבוצת גיל, ללא תלות במספר

שנות החברות בתכנית, או במצבו הבריאותי או הכלכלי של העמית.

(ו) קופת חולים תיתן את שירותי הבריאות הנוספים במסגרת התכנית

באופן שהוצאותיה, בכל שנה, לא יעלו על הכנסותיה מתשלומי העמיתים.

(ז) סמכויות הפיקוח והבקרה לפי חוק זה יחולו על הקופה גם לענין

מתן שירותי הבריאות הנוספים לפי סעיף זה; ראה שר הבריאות כי לא עמדה הקופה בתנאים שבסעיף זה או מצא פגם או ליקוי במתן שירותים לפי התכנית, דרך כלל או לענין מסוים, רשאי הוא, לאחר שנתן לקופה הזדמנות להשמיע את טענותיה, להורות על תיקון הליקוי וכן, אם

הליקויים לא תוקנו, להורות לקופה להימנע מצירוף עמיתים חדשים לתכנית, עד לתיקון הליקויים להנחת דעתו.  
 (ח) שר הבריאות רשאי לקבוע כללים בכל הקשור להפעלה ראויה של תכניות לפי סעיף זה, לרבות לענין פרסום זכויות העמיתים בתכנית, הודעה על שינויים שאושרו בה וקביעת מועד תחילתם של השינויים; כן רשאי שר הבריאות לקבוע כללים בדבר החובה של קופת חולים לנהל חשבונות ולדווח דיווח כספי בקשר למתן שירותים לפי התכנית, וזאת מבלי לגרוע מהוראות כל דין; ספרי החשבונות, הדוחות והמאזנים הכספיים הקשורים למתן השירותים לפי התכנית יתנהלו בנפרד ובאופן שניתן להבחין בין שירותים אלה לבין שאר הפעילות הכספית של קופת החולים.

11. שירותי בריאות במדינות חוץ  
 שר הבריאות רשאי לקבוע כי שירות בריאות מסוים הכלול בסל שירותי הבריאות יכול שיינתן במדינת חוץ, בהתקיים נסיבות רפואיות מיוחדות, וכן רשאי הוא לקבוע את התנאים והנהלים לכך ואת שיעור ההשתתפות הכספית של המבוטח בעד השירות.

12. מתן שירותי בריאות על בסיס ארצי ואזורי  
 שירותי הבריאות, כולם או חלקם, יינתנו על בסיס ארצי, אזורי או בין אזורי, הכל כפי שיקבע שר הבריאות.

#### פרק ג' — מימון שירותי הבריאות

13. מקורות המימון [תיקון: תשנ"ז, תשנ"ח, תשנ"ט]  
 (א) מקורות המימון של שירותי הבריאות הניתנים לפי חוק זה יהיו:  
 (1) דמי ביטוח בריאות לפי סעיף 14;  
 (א1) סכומים שגבה המוסד בהתאם להוראות סעיף 58(ד);  
 (2) תקבולי המס המקביל לפי חוק מס מקביל בעד התקופה המסתיימת ביום כ"א בטבת התשנ"ז (31 בדצמבר 1996);  
 (3) (א) ההקצאה השנתית למשרד הבריאות כאמור בסעיף 237 (ב) ו-(ג) בחוק הביטוח הלאומי;  
 (ב) נמחק.  
 (4) (א) הסכומים המופיעים במועד הקובע בתקציב משרד הבריאות והמשמשים למתן שירותי בריאות לפרט, לרבות בתחומי הרפואה המונעת, הפסיכיאטריה, הגריאטריה ומכשירי השיקום;  
 (א1) הסכומים המופיעים בתקציב משרד הבריאות לשנת

1997 המיועדים להעברה לקופות החולים כמקור מימון לפי סעיף זה, למעט הסכומים לפי פסקה (5);";  
 (ב) הסכומים האמורים בפסקת משנה (א) יעודכנו בכל שנה, במועד ולפי המדדים המשמשים לעדכון תקציב המדינה;  
 (5) סכומים נוספים מתקציב המדינה כפי שייקבעו מדי שנה בחוק התקציב השנתי ואשר ישלימו את מימון עלות הסל לקופות בניכוי סכום שייחשב לענין זה כמקור המימון לפי פסקה (6); הסכום שינוכה כאמור יעמוד בשנת 1997 על סך של 687 מיליון שקלים חדשים במחירי מדד יוקר הבריאות הממוצע לשנת 1995, והוא יעודכן מדי שנה בשיעור עדכון עלות הסל לקופות;  
 (6) התקבולים של קופת החולים משירותי בריאות שניתנים בתשלום לפי סעיפים 7 ו-8.

(ב) (1) קופת חולים לא תגבה, במישרין או בעקיפין, דמי ביטוח בריאות או כל תשלום אחר עבור שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות, או עבור שירותי בריאות אחרים. ואולם רשאית היא לגבות תשלומים שנקבעו לפי סעיפים 7 ו-8, או תשלומים עבור ביטוח משלים כאמור בסעיף 10.  
 (2) קופת חולים רשאית לממן מתן שירותי בריאות גם ממקורות נוספים על המפורטים בסעיף קטן (א).

14. חובת תשלום דמי ביטוח לאומי [תיקון: תשנ"ה(2), תשנ"ז]

(א) בסעיף זה —

"סכום המינימום" — סכום של 47 שקלים חדשים לחודש שיעודכן החל ביום כ"ט בטבת התשנ"ה (1 בינואר 1995), במועדים ובשיעורים שבהם מתעדכנות קיצבאות כמשמעותן בחוק הביטוח הלאומי, לפי סעיף 2 לחוק האמור;  
 "קיצבת זקנה מיוחדת" — קיצבת זקנה מיוחדת המשתלמת מכוח הסכם לפי סעיף 9 לחוק הביטוח הלאומי;  
 "קיצבת זקנה" — קיצבת זקנה כמשמעותה בחוק הביטוח הלאומי או קיצבת זקנה מיוחדת;

"עקרת בית" — כמשמעותה בסעיף 238 לחוק הביטוח הלאומי.  
 (ב) (1) מעביד חייב לשלם למוסד דמי ביטוח בריאות בעד כל עובד מעובדיו שהוא מבוטח ושהמעביד חייב בתשלום דמי ביטוח לאומי בעדו, בשיעור של 4.8% מהכנסת העובד; המעביד ינכה את דמי ביטוח הבריאות משכרו של העובד;  
 (2) מבוטח שהוא עובד ושמעבידו אינו חייב בתשלום דמי ביטוח לאומי בעדו, אך העובד חייב בתשלום בעד עצמו, חייב לשלם למוסד דמי ביטוח בריאות בשיעור של 4.8% מהכנסתו;



- (ג) (1) מבוטח שהוא עובד עצמאי החייב בתשלום דמי ביטוח לאומי בעד עצמו, חייב לשלם למוסד דמי ביטוח בריאות בשיעור של 4.8% מהכנסתו;
- (2) מבוטח שאינו עובד ואינו עובד עצמאי החייב בתשלום דמי ביטוח לאומי בעד עצמו, חייב לשלם למוסד דמי ביטוח בריאות בשיעור של 4.8% מהכנסתו, ובלבד שסכום דמי ביטוח הבריאות שישולמו על ידיו לא יפחת מסכום המינימום; סכום המינימום לענין זה יעודכן החל ביום כ"ט בטבת התשנ"ה (1 בינואר 1995), במועדים בהם מתעדכנת הכנסת המינימום הקבועה בפרט 4 בלוח י"א לחוק הביטוח הלאומי.
- (ד) (1) מבוטח שמשלמת לו גימלה מאת המוסד, כמפורט בפסקה (2) שבסעיף קטן זה, חייב בתשלום דמי ביטוח בריאות מסכום הגימלה, בשיעורים בהם חייב מעביד בתשלום דמי ביטוח בריאות בעד עובדו;
- (2) (א) דמי פגיעה לפי פרק ה' לחוק הביטוח הלאומי;
- (ב) דמי תאונה המשתלמים לעובד או לעובד עצמאי, לפי פרק ו' לחוק הביטוח הלאומי;
- (ג) דמי לידה וגימלה לשמירת הריון כמשמעותם בפרק ג' לחוק הביטוח הלאומי;
- (ד) דמי אבטלה כמשמעותם בפרק ז' לחוק הביטוח הלאומי;
- (ה) גימלה המשתלמת לעובד בשל חוב שכר עבודה לפי פרק ח' לחוק הביטוח הלאומי;
- (ו) תגמול המשתלם לעובד המשרת במילואים לפי פרק י"ב לחוק הביטוח הלאומי.
- (3) שולמה גימלה כאמור בפסקה (2) על ידי המעביד, או שילם המעביד לעובדו שכר במקום אותה גימלה, יחול האמור בסעיף קטן (ב)(1) בשינויים המחוייבים, ולענין זה תיחשב הגימלה כהכנסת העובד.
- (ה) (1) מבוטח, שמשלמת לו קיצבת זקנה בתוספת גימלה לפי חוק הבטחת הכנסה, התשמ"א-1980 (להלן – השלמת הכנסה), חייב לשלם למוסד דמי ביטוח בריאות בסכום המינימום;
- (2) מבוטח שמשלמת לו קיצבת זקנה ללא השלמת הכנסה, חייב לשלם למוסד דמי ביטוח בריאות בסכום של 88 שקלים חדשים לחודש, ואולם מבוטח כאמור שמשלמת לו תוספת לקיצבה בעד בן-זוג וכן מבוטח כאמור שלבן-זוגו משולמת קיצבת זקנה, חייב לשלם דמי ביטוח בריאות בסכום של 128 שקלים חדשים לחודש. הסכומים הקבועים בפסקה זו יעודכנו

- במועדים ובשיעורים שבהם מתעדכן סכום המינימום;
- (3) האמור בפסקה (2) יחול גם על מבוטח שבשל הכנסתו אינו זכאי לקיצבת זקנה מיוחדת, וכן על מבוטח שמשלמת לו קיצבה לפי סעיפים 261 ו-320(ד) או (ה) לחוק הביטוח הלאומי;
- (4) מבוטח החייב בתשלום דמי ביטוח בריאות לפי סעיף קטן זה, לא יהיה חייב בתשלום דמי ביטוח בריאות לפי סעיפים קטנים (ב) עד (ד).
- (ו) מבוטח שאין משתלמים בעדו דמי ביטוח בריאות לפי סעיפים קטנים (ב) עד (ה), חייב לשלם דמי ביטוח בריאות בסכום המינימום.
- (ז) על אף האמור בסעיפים קטנים (ב) עד (ו), לא ישולמו דמי ביטוח בריאות בעד מבוטח שטרם מלאו לו 18 שנים ובעד עקרת בית.
- (ח) שר הבריאות רשאי, בהסכמת שר העבודה והרווחה ובאישור שר האוצר וועדת העבודה והרווחה של הכנסת, לקבוע בתקנות –
- (1) שיעורים וסכומים שונים של דמי ביטוח בריאות מאלה שנקבעו בסעיפים קטנים (א) עד (ו), לכלל המבוטחים;
- (2) פטורים ושיעורים מופחתים של תשלומים עבור שירותי בריאות לפי סעיף 8, לסוגי מבוטחים.
- (ט) שר העבודה והרווחה רשאי, בהסכמת שר הבריאות ובאישור שר האוצר וועדת העבודה והרווחה של הכנסת לקבוע בתקנות –
- (1) לכלל המבוטחים או לסוגים מהם, לרבות מבוטחים המגויים בסעיף 371186 לחוק הביטוח הלאומי –
- (א) כללים והוראות מיוחדות, בדבר תשלום דמי ביטוח בריאות ודרכי גבייתם;
- (ב) פטורים מדמי ביטוח בריאות ושיעור מופחת של דמי ביטוח בריאות לגבי חלק מהכנסתו של מבוטח;
- (2) שיעורים וסכומים שונים של דמי ביטוח בריאות, מאלה שנקבעו בסעיפים קטנים (א) עד (ו), לסוגי מבוטחים כאמור בפסקה (1).
- (י) על אף האמור בכל דין –
- (1) רשאי המוסד לנכות מכל גימלה או תשלום אחר שהוא משלם לפי כל דין, את דמי ביטוח הבריאות שבהם חייב מקבל הגימלה או התשלום; שר העבודה והרווחה רשאי לקבוע בתקנות כללים והוראות בדבר ניכוי דמי ביטוח בריאות כאמור;
- (2) משלם תגמול כמשמעותו בפסקאות (3) ו(4) לסעיף 350(א) לחוק הביטוח הלאומי, יעביר למוסד את דמי ביטוח הבריאות שבהם חייב מקבל התגמול לפי סעיף קטן (ו), לפי מועדים וכללים, לרבות כללים לענין קביעת זהות החייבים בתשלום דמי ביטוח בריאות כאמור, שיקבעו בתקנות שר

העבודה והרווחה ושר הבריאות, באישור שר האוצר; משלם התגמול רשאי לנכות מהתגמול את דמי ביטוח הבריאות שהועברו למוסד.

### פרק ה' — מתן שירותי בריאות

21. חובת קופת חולים למתן שירותים [תיקון: תשנ"ח]  
 (א) קופת חולים תיתן לכל מי שהיא אחראית כלפיו כאמור בסעיף 3(ג) את כל שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה, בין בעצמה ובין באמצעות נותני שירותים, ללא כל הפליה.  
 (ב) אי תשלום או פיגור בתשלום דמי ביטוח בריאות לא יפטר את קופת החולים מחובתה לתת את שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות ולא תתנה מתן שירותים הכלולים בסל השירותים שלה בהצטרפות או בחברות בתכנית לשירותים נוספים לפי סעיף 10.

21א. שירותי בריאות לתלמיד [תיקון: תשנ"ז(2)]  
 שירותי הבריאות לתלמידים בבתי הספר, המנויים בתוספת השלישית בסעיף 1(7), יינתנו בידי משרד הבריאות.

22. הטבת נזק  
 קופת חולים או נותן שירותים, שנתנו שירותי בריאות למי שחלה או למי שנפגע ממזיק זכאים להיפרע את הטבת הנזק מהמזיק או ממבטחו או מכל אדם אחד, בשל חבותם לפי כל דין או לפי כל חוזה ביטוח, בסכום ההוצאות אשר הוציאו בפועל למתן שירותי הבריאות למי שנפגע או שחלה כאמור.

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