



# חוזר המנהל הכללי

כ"ט באדר ב' תשס"ג (2/04/03)

6/03

תאריך

מס'

הנחיות לשימוש בייפוי כוח לפי חוק זכויות החולה

נושא:

א) רקע

1. חוק זכויות החולה תשנ"ו 1996 קובע כי לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך הסכמה מדעת.
2. סעיף 16 לחוק זכויות החולה קובע כי מטופל רשאי למנות בא כוח מטעמו, שיהיה מוסמך להסכים במקומו לקבלת טיפול רפואי. מינוי כזה נעשה באמצעות ייפוי כוח, המיוחד לעניין זה.
3. על-פי הפרשנות המקובלת לחוק, מינוי זה נועד למצב עתידי, צפוי או בלתי צפוי, בו המטופל לא יוכל לתת בעצמו הסכמה לטיפול רפואי.
4. למינוי בא כוח יתרונות רבים, בין השאר בכך שהוא מאפשר למטופל למנות אדם האמון עליו, ולהנחות אותו מראש כיצד לפעול בקשר לטיפול רפואי לו הוא עשוי להזקק בעתיד. כך, מקבלים רצונותיו של המטופל ייצוג נאות ואמיתי יותר בקבלת החלטות בעניינו, גם כאשר הוא עצמו אינו מסוגל עוד להביע את רצונו. כמו כן, בא כוח כאמור יכול להפחית את הצורך בפניה לבתי משפט - לשם מינוי אפוטרופוס לגוף או לשם קבלת הוראות לטיפול רפואי דחוף.

5. חוזר זה בא להנחות מתי וכיצד ניתן להסתייע ולהשתמש בייפוי כוח לטיפול רפואי, לפי חוק זכויות החולה.

ב. כללי יסוד

1. כל עוד המטופל עצמו מסוגל להביע דעה ולהסכים בעצמו לטיפול הרפואי, חובה לקבל הסכמה מדעת מן המטופל עצמו, גם אם מינה בא כוח. דעתו של המטופל הכשיר גוברת תמיד על הוראות בא כוחו. כמו כן, יש להתייחס לעמדה שמביע המטופל במפורש, גם אם אינו כשיר, בפרט כשהיא מנוגדת לעמדת מיופה הכוח. עם זאת, מטופל כשיר רשאי להורות כי יפעלו לפי הוראות מיופה כוחו, גם בעודו כשיר.
2. יש לפנות למיופה הכוח שמונה, כאשר לפי התרשמותו המקצועית של המטפל האמור לטפל במטופל, אין המטופל מסוגל לתת הסכמה מדעת לטיפול, בשל מצבו הרפואי, הנפשי, הקוגניטיבי, חוסר יכולת לתקשר, חוסר הכרה או סיבה אחרת. המטפל רשאי להתייעץ לעניין זה במטפלים אחרים לפי העניין.
3. כאשר המטופל אינו כשיר, מיופה הכוח בא בנעליו של המטופל לעניין הטיפול הרפואי, ויש להתייחס אליו כאילו היה המטופל, לעניין הסכמה מדעת. כלומר, אין מיופה הכוח רשאי לקבל החלטות שהמטופל עצמו לא רשאי היה לקבל, וניתן להתנגד להחלטות של מיופה כוח באותם מקרים בהם ניתן היה לעשות זאת כלפי החלטות של המטופל עצמו (כגון מקום שיש הצדקה לכפיית טיפול באמצעות ועדת אתיקה, או החלטות בנושא ניתוק ממכשירים מקיימי חיים, וכדומה).
4. ייפוי הכוח מקנה לבא-הכוח רק זכויות המפורטות בו, ואינו ייפוי כוח כללי.
5. ייפוי כוח לפי חוק זכויות החולה נועד למטרות טיפול רפואי, לרבות החלטה על אשפוז חולה בבית חולים או במוסד רפואי/סיעודי (אך לא ביחס לאשפוז ו/או טיפול פסיכיאטרי, הכפוף להוראות חוק טיפול בחולי נפש), ואיננו משמש למטרות כספיות כגון ניהול חשבונות בנק, קבלת קצבאות וכדומה.
6. ייפוי כוח זה לא נועד, לעת עתה, לקבלת החלטות בנוגע לטיפול בחולה הנוטה למות, באופן העלול להביא למותו של המטופל.

## ג. כשירות המטופל

1. המטופל חייב להיות כשיר משפטית בשעה שהוא ממנה בא כוח באמצעות ייפוי כוח, כלומר, להיות בגיר, צלול ומבין את משמעות מינוי מיופה הכוח. מטופל קטין, ומי שאינו מסוגל לתת הסכמה מדעת מכל סיבה, אינו יכול למנות לעצמו בא כוח.
2. במידה ומטופל לא מינה לעצמו בא כוח בעוד מועד, והפך בלתי מסוגל לתת הסכמה מדעת באופן קבוע או זמני, או במידה ומתעורר מצב רפואי שאינו מנוי בייפוי הכוח, עלול להיווצר צורך במינוי אפוטרופוס, או בפניה לבית המשפט לשם אישור פעולה רפואית, לפי העניין (כמובן שאין זה חל על מצב חירום רפואי - שלגביו יש הוראות מיוחדות).

## ד. מיופה הכוח

1. על המטופל לקבל את הסכמת בא הכוח למינויו.
2. מיופה הכוח חייב להיות בגיר וכשיר משפטית ולהבין את משמעות מינויו כמיופה כוח.
3. ניתן למנות יותר מבא כוח אחד, שותפים או חלופיים. אין זה מומלץ לקבוע שני באי כוח במשותף, אך במידה שמונו כך, יש לקבוע בייפוי הכוח הוראות לעניין שיתוף פעולה ביניהם, הכרעה במחלוקות וכיצד לנהוג במקרה שאחד מהם בלתי נגיש.

## ה. פרטים בייפוי הכוח

1. על ייפוי כוח לפרט את הנסיבות והתנאים שבהם יהיה בא הכוח מוסמך להסכים במקומו של המטופל לטיפול רפואי. ככל שייפוי הכוח יהא מפורט יותר - כך יקטן הסיכוי שמימוש יתקל בקשיים ומחלוקות.
2. בנוסף, על ייפוי הכוח לפרט את מועד נתינתו, מצבו של המטופל בשעת נתינתו, והגבלות על תוקפו, אם יש. למשל, המטופל רשאי להגביל מראש את ייפוי הכוח לתקופת זמן, לעניין מסוים, לטיפול רפואי מסוים או עד קרות אירוע מסוים וכדומה.



ו. ייפוי כוח - בכתב

1. ייפוי כוח יעשה בכתב, תוך ציון שמם המלא ומספר תעודת זהות של המטופל ושל בא או באי הכוח, ופרטים להתקשרות עמם (כתובת ומספר טלפון).
2. הסכמת בא הכוח להתמנות תיעשה גם היא בכתב, על גבי ייפוי הכוח.
3. בנסיבות בהן לא ניתן לערוך ייפוי כוח בכתב, ניתן למנות בא כוח בעל פה, בפני שני עדים, ובלבד שדבר המינוי והעדויות יתועדו בכתב, בהקדם האפשרי. התיעוד המאוחר יעשה על ידי המטפל או על ידי העדים (או המטופל) - לפי הנסיבות.

ז. עד לייפוי הכוח

1. חתימת המטופל על ייפוי הכוח תאומת על ידי עד מהימן, כגון: רופא, אחות, עו"ד, עו"ס, פסיכולוג וכדומה. לעד שני תפקידים: הראשון טכני, לאמת את זהותם של החותמים (המטופל ומיובה הכוח), והשני הינו להתרשם כי החותמים מבינים את משמעותו של מתן יפוי הכוח.
2. במרבית המקרים אין צורך בקביעת רופא בדבר כשירותם של החותמים. רק במקרה בו יש לעד ספק בדבר הכשירות - עליו להימנע מלאשר את ייפוי הכוח ולבקש חוות דעת מקצועית מתאימה.
3. רצוי ומומלץ, שהעד יהיה אדם המכיר את המטופל לאורך זמן.

ח. ביטול ייפוי הכוח

1. מטופל שנתן ייפוי כוח רשאי לבטלו בכל עת, או על פי תנאים שיקבע בייפוי הכוח מראש.
2. ייפוי כוח שניתן ולא נעשה בו שימוש במשך 10 שנים - תוקפו יפוג, ויש לערכו מחדש.

ט. מימוש ייפוי הכוח

1. במידת האפשר, המטופל יודיע לרופא המטפל בו על קיום ייפוי כוח, ועותק של ייפוי הכוח יתויק ברשומה הרפואית של המטופל. רצוי להכין מספר עותקי-מקור של ייפוי הכוח, או להכין עותקים נוספים מאושרים כמתאימים למקור, ואלה ישמרו אצל בא הכוח, ואצל המטופל.
- 5/..

2. כאשר ידוע שמטופל מינה מיופה כוח, אולם בשעה היעודה לא ניתן, במאמץ סביר, להשיגו מכל סיבה שהיא, או שמיופה הכוח חוזר בו מהסכמתו לשמש ככזה וכד', יש לנהוג במטופל כאילו שלא מינה מיופה כוח.
3. בא הכוח פועל כשליחו של המטופל, ומוטל עליו לברר מראש ככל שניתן מהם רצונותיו של המטופל, ולקיימם בנאמנות. שיקול הדעת העצמאי של בא כוח הינו מצומצם, ומוגבל לנושאים המוזכרים בייפוי הכוח.
4. מטפל הסבור כי בא הכוח אינו פועל לטובת המטופל, או שאינו פועל לפי הנחיות המטופל, רשאי להודיע על כך לפקיד סעד, באמצעות עו"ס המוסד הרפואי.

#### י. הבהרות והערות

1. ייפוי כוח זה אינו ייפוי כוח לפעולות כספיות או משפטיות אחרות, שאינן קשורות קשר ישיר לטיפול הרפואי במטופל.
2. ייפוי כוח אינו מעניק למיופה הכוח סמכויות וזכויות שאין למטופל עצמו. למשל, במקרה בו מותר לתת טיפול רפואי למרות התנגדות מטופל, מותר לטפל גם למרות התנגדות בא כוח, לפי אותם כללים.
3. במידה וישנם קשיים במימוש ייפוי כוח, ניתן להעזר, בין השאר, בממונה על תלונות הציבור או על יישום חוק זכויות החולה במוסד הרפואי, או ביועץ המשפטי של המוסד הרפואי, או של משרד הבריאות.

**מצ"ב הצעה לנוסח ייפוי כוח לפי סעיף 16 לחוק זכויות החולה.**

בכבוד רב,

ד"ר בעז לב

העתק: ח"כ דני נוה, שר הבריאות  
לת/5397

**ייפוי כוח לטיפול רפואי לפי סעיף 16 לחוק זכויות החולה**

1. אני החתום מטה \_\_\_\_\_ בעל ת"ז מס' \_\_\_\_\_  
שכתובתי \_\_\_\_\_  
ממנה בזאת את \_\_\_\_\_ בעל ת"ז מס' \_\_\_\_\_  
שכתובתו \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_  
(וואת \_\_\_\_\_ בעל ת"ז מס' \_\_\_\_\_  
שכתובתו \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_)  
שניהם ביחד וכ"א לחוד, להיות בא(י) כוחי להסכים/לסרב במקומי לקבלת  
טיפול רפואי וזאת לפי הוראות סעיף 16 לחוק זכויות החולה התשנ"ו 1996.  
(לא חובה למנות שני אנשים. מחק את המיותר)

2. יפויי כוח זה יכנס לתוקף אם וכאשר, מכל סיבה שהיא, גופנית או נפשית,  
לא אוכל להביע דעתי או לתת הסכמה מדעת לטיפול רפואי שידרש לי.

3. כוחו של יפוי כוח זה יהיה יפה לעניינים הבאים\*:  
[ ] להסכים/לסרב במקומי לכל הליך וטיפול רפואי שידרש לי, לרבות  
טיפול הטעון הסכמה בכתב.  
[ ] להסכים/לסרב במקומי לטיפולים רפואיים המנויים להלן בלבד:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(במידה וידרשו טיפולים שאינם מנויים לעיל - יהיה צורך לפנות לבית  
המשפט)  
[ ] לבקש ולקבל מידע רפואי ו/או חוות דעת רפואית מכל מטפל שבדק  
אותי או טיפול או מטפל בי, ומכל מוסד רפואי בו טופלתי או הנני  
מטופל, כאשר מידע זה נחוץ לשם החלטה בדבר הטיפול בי.  
[ ] להחליט לגבי אישפוזי במוסד רפואי או סיעודי לרבות אישפוז כרוני  
בכפוף להוראות כל דין, או בסייגים הבאים: \_\_\_\_\_  
(פרט) \_\_\_\_\_  
[ ] לייצגני בפני ועדת אתיקה לפי חוק זכויות החולה, במידת הצורך.

4. על אף האמור לעיל, ולמען הסר ספק, בא הכוח לא יהיה רשאי לעשות בשמי  
כל פעולה כספית או התחייבות כספית, ולא רשאי לוותר בשמי על הסודיות  
רפואית, למעט אם הדבר חיוני לצורך טיפול רפואי הדרוש לי ואשר לגביו  
הוא נדרש להחליט כבא כוחי.

5. תנאים ומגבלות על יפוי הכוח: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



6. ייפוי כוח זה אינו מהווה ויתור על זכויותי, ואהיה רשאי לחזור בי מן המינוי או לבטלו בכל עת לפני שנכנס לתוקף, או אחרי כן אם אוכל להביע דעתי בעניין, על ידי מתן הודעה **בכתב** לבא הכוח, או למטפל, או לכל מוסד רפואי בו נשמר עותק של ייפוי הכוח, לפי העניין. בנסיבות מיוחדות בהן לא ניתן יהיה לקבל ממני הודעה בכתב, אוכל להודיע על ביטול ייפוי הכוח בעל-פה בפני שני עדים, ובלבד שדברי והעדויות יתועדו בכתב סמוך ככל האפשר לאחר מכן.

7. הריני מוותר על כל תביעה וטענה שתהיה לי כנגד מטפל וכל אדם עקב הסתמכות בתום לב על ייפוי כוח זה, כל עוד לא קיבל הודעה על ביטולו.

8. ייפוי כוח זה יפקע מאליו בתוך עשר שנים מהיום, או\*:  
[ ] ביום \_\_\_\_\_ או  
[ ] במקרה של: \_\_\_\_\_

לפי המועד המוקדם יותר, אלא אם חודש על ידי או נכנס לתוקף ונעשה בו שימוש כאמור בסעיף 2 לעיל, לפני המועד האמור לעיל.

ולראיה באתי על החתום, בדעה צלולה, מרצוני החופשי וללא לחץ או כפייה, היום, יום \_\_\_\_\_ לחודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ במקום: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ : חתימת המטופל

### הסכמת בא הכוח

אני הח"מ \_\_\_\_\_ בעל ת"ז \_\_\_\_\_ מסכים להתמנות כבא כוחו של המטופל לעיל, לעניין טיפול רפואי, לפי סעיף 16 לחוק זכויות החולה, ומאשר כי קראתי את ייפוי הכוח והבנתי את תפקידי וסמכויותי.

ידוע לי כי מוטל עלי לברר מראש, ככל שניתן, מהם רצונותיו של המטופל בנוגע לטיפולים רפואיים במצבים שונים, ולקיים את רצונותיו בנאמנות. ידוע לי כי שיקול דעתי ויכולתי לפעול מוגבלים לנושאים המוזכרים בייפוי הכוח, ובכפוף להנחיות המטופל, ככל שניתנו לי מראש, ולטובתו של המטופל.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בא הכוח: \_\_\_\_\_

### חתימת עד מאמת (רופא/עו"ס/אחות/פסיכולוג/עו"ד)

הריני לאשר כי הנ"ל חתמו בפני על ייפוי הכוח לאחר שבדקתי את זהותם כמיטב יכולתי, והתרשמתי כי הם מבינים את משמעות המסמך.

תאריך: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

\* סמן X במקום המתאים

## דף למטופל

1. חוק זכויות החולה תשנ"ו 1996 קובע כי לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך הסכמה מדעת. יחד עם זאת, סעיף 16 לחוק קובע כי מטופל רשאי למנות בא כוח מטעמו, שיהיה מוסמך להסכים במקומו לקבלת טיפול רפואי. מינוי כזה נעשה באמצעות ייפוי כוח, המיוחד לעניין זה.
2. מינוי בא כוח למטופל מאפשר למנות אדם האמון על המטופל שיהיה מוסמך לקבל החלטות במקום המטופל במקרה והמטופל אינו מסוגל לעשות כן. למינוי מיופה כוח יתרונות רבים והוא עשוי לחסוך בירוקרטיה רבה ופניה לבית המשפט במקרים מסוימים.
3. ההנחיות המפורטות לשימוש בייפוי כוח מצויות בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות אותו ניתן למצוא באתר משרד הבריאות באינטרנט [www.health.gov.il](http://www.health.gov.il) תחת "חוזרים".
4. כאשר המטופל אינו כשיר - מיופה הכוח בא בנעליו של המטופל לעניין הטיפול הרפואי, ויש להתייחס אליו כאילו היה המטופל, לעניין הסכמה מדעת.
5. ייפוי הכוח מקנה לבא-הכוח רק זכויות המפורטות בו, ואינו ייפוי כוח כללי.
6. ייפוי כוח לפי חוק זכויות החולה נועד למטרות טיפול רפואי, לרבות החלטה על אשפוז חולה בבית חולים או במוסד רפואי/סיעודי, אך איננו משמש למטרות כספיות כגון ניהול חשבונות בנק, קבלת קצבאות וכדומה.
7. מייפה הכוח חייב להיות בגיר, צלול, ומבין את משמעות מינוי מיופה הכוח. מטופל קטין, ומי שאינו מסוגל לתת הסכמה מדעת מכל סיבה, אינו יכול למנות לעצמו בא כוח.
8. על המטופל לקבל את הסכמת בא הכוח למינויו. מיופה הכוח חייב להיות בגיר וכשיר משפטית ולהבין את משמעות מינויו כמיופה כוח.
9. ניתן למנות יותר מבא כוח אחד, שותפים או חלופיים. אין זה מומלץ לקבוע שני באי כוח במשותף, אך במידה שמונו כך - יש לקבוע בייפוי הכוח הוראות לעניין שיתוף פעולה ביניהם, הכרעה במחלוקות וכיצד לנהוג במקרה שאחד מהם בלתי נגיש.
10. יש לאמת את חתימת המטופל על ייפוי הכוח על ידי חתימתו של עד מהימן: רופא, אחות, עורך דין, עובד סוציאלי או פסיכולוג. לעד שני תפקידים: הראשון לאמת את זהותם של החותמים (המטופל ומיופה הכוח), והשני להתרשם כי החותמים מבינים את משמעותו של מתן ייפוי הכוח.



## דף למטפל

1. חוק זכויות החולה תשנ"ו 1996 קובע כי לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך הסכמה מדעת. יחד עם זאת, סעיף 16 לחוק קובע כי מטופל רשאי למנות בא כוח מטעמו, שיהיה מוסמך להסכים במקומו לקבלת טיפול רפואי. מינוי כזה נעשה באמצעות ייפוי כוח, המיוחד לעניין זה.
2. מינוי בא כוח למטופל מאפשר למנות אדם האמון על המטופל שיהיה מוסמך לקבל החלטות במקום המטופל במקרה והמטופל אינו מסוגל לעשות כן. למינוי מיופה כוח יתרונות רבים, המפורטים בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות.
3. מומלץ להציע למטופלים במצבים מסוימים להקדיש מחשבה לנושא, ולמנות מיופה כוח למקרה הצורך.
4. מצבים בהם ראוי להמליץ למטופל למנות מיופה כוח הנם למשל: מטופל הסובל ממחלה בעלת אופי מתמשך או מהלך מחלה בו צפויה ירידת יכולת קוגניטיבית או אבדן יכולות תקשורת, או אבדן הכרה, תרדמת, וכדומה; מטופל לפני ניתוח משמעותי (קיום סכנה לאי-התעוררות מהרדמה או צורך בהחלטות תוך כדי הניתוח); מטופל הסובל ממחלות כרוניות והנצרך לאשפוזים חוזרים; מטופל עם סיפור משפחתי של מחלות מהסוג הנ"ל; מטופל העוסק בעבודה מסוכנת או ספורט מסוכן; קשישים;
5. יש ליידע את המטופל על זכותו למנות מיופה כוח, ולספק לו את הטופס המתאים.
6. במידה והמטופל ממנה מיופה כוח, יש לתייק עותק מייפוי הכוח בתיק הרפואי ולסמן ברשומה הרפואית כי קיים מיופה כוח.
7. יש ליידע גורמים רלוונטיים על קיומו של ייפוי כוח לפי הצורך (כגון בהפניה לאשפוז, השמה במוסד, מעבר למטפל אחר, וכד').
8. יש להסביר למטופל כי ייפוי כוח עומד בתוקפו במשך 10 שנים, כל עוד לא נעשה בו שימוש, וכי אחרי 10 שנים יש לזכור ולחדשו.