חוזר מס' : 8/2015

ירושלים, ט"ו אייר, תשע"ה
4 מאי, 2015

אל: מנהלי בתי חולים
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים

הנדון: ייפוי כוח משולב לפי חוק זכויות החולה וחוק החולה הנוטה למות

סימוכין: חוזר המנהל הכללי 6/03 מיום: 2.4.03;
חוזר המנהל הכללי 7/08 מה-17.3.08

הננו להביא לידיעתכם הנחיות למתן ייפוי כוח משולב, בהתאם לחוק זכויות החולה וחוק החולה הנוטה למות, באמצעות טופס שנוסחו מובא בנספח לחוזר זה. יודגש כי אפשרות זו מתווספת לאפשרויות הקיימות לערוך ייפוי כוח לפי כל אחד מהחוקים בנפרד, ואינה מבטלת אותן.

1. רקע:

1.1. חוזר זה מבוסס על הוראות חוק זכויות החולה התשנ"ו – 1996 הקובע כי מטופל רשאי למנות מיופה כוח מטעמו, שיהיה מוסמך להסכים במקומו לקבלת טיפול רפואי. מינוי כזה נעשה באמצעות ייפוי כוח, המיוחד לעניין זה, שאינו תקף להחלטות של הימנעות מטיפול בסוף החיים.
כמו כן מבוסס על חוק החולה הנוטה למות התשס"ו – 2005 הקובע כי מטופל רשאי למנות מיופה כוח מטעמו, שיהיה מוסמך להורות במקומו על הסכמה או הימנעות מקבלת טיפול רפואי באם יהיה נוטה למות, חסר כשירות וסובל סבל משמעותי. מינוי כזה נעשה באמצעות ייפוי כוח המיוחד לעניין זה.
בהתאם לחוק החולה הנוטה למות ניתן למנות מיופה כוח ללא מתן הוראות מפורטות או באופן המנחה במפורט את מיופה הכוח כיצד להחליט בבוא העת (חלק א' לטופס).

1.2. מינוי מיופה כוח מאפשר למטופל למנות אדם האמון עליו, ולהנחות אותו מראש כיצד לפעול בקשר לטיפול רפואי לו הוא עשוי להזדקק בעתיד. כך, מקבלים רצונותיו של המטופל ייצוג נאות ואמיתי יותר בקבלת החלטות בעניינו, כאשר הוא עצמו אינו מסוגל להביע את רצונו. כמו כן, מינוי מיופה כוח יכול להפחית את הצורך בפניה לבתי משפט – לשם מינוי אפוטרופוס לגוף או לשם קבלת הוראות לטיפול רפואי דחוף.

2. **<u>מטרה</u>**

הנחיות למתן ייפוי כוח משולב ופרסום טופס ייעודי לכך.

3. **<u>הגדרה</u>**

"ייפוי כוח משולב" - מינוי מיופה כוח אחד המייצג את המטופל הן לפי חוק זכויות החולה והן לפי חוק החולה הנוטה למות.

4. **<u>כללי יסוד</u>**

4.1. כל עוד המטופל עצמו כשיר ומסוגל להביע דעה, חובה לקבל ממנו הנחיות לגבי הטיפול הרפואי, לרבות הסכמה מדעת לטיפול או הנחיות להימנעות מטיפול, גם אם מינה מיופה כוח. דעתו של המטופל הכשיר גוברת תמיד על הוראות מיופה כוחו. כמו כן, יש להתייחס לעמדה שמביע המטופל במפורש, גם אם אינו כשיר, בפרט אם היא מנוגדת לעמדת מיופה הכוח.

4.2. קביעת אי כשירות של המטופל לצורך פניה למיופה הכוח שמונה, תלויה בהגדרת המטופל בחוק:

4.2.1. לפי חוק זכויות החולה (לגבי מטופל שאיננו "חולה נוטה למות"), הקביעה היא לפי התרשמותו המקצועית של המטפל כי המטופל אינו מסוגל לתת הסכמה מדעת לטיפול, בשל מצבו הרפואי, הנפשי, השכלי, חוסר יכולת לתקשר, חוסר הכרה, או סיבה אחרת. על המטפל להתייעץ לעניין זה במטפלים אחרים, לפי העניין והצורך.

4.2.2. אצל מטופל שנקבע שהינו "חולה הנוטה למות" נדרשת החלטה רפואית מנומקת ומתועדת של הרופא האחראי (לפי הגדרתו בחוק החולה הנוטה למות – ר' חוזר 7/08), לאחר שקיים התייעצות עם המטפלים במטופל ועם רופאים רלוונטיים או מומחים, לפי העניין, ובמידת האפשר עם רופאו האישי של המטופל.

4.3. מיופה הכוח לא רשאי לקבל החלטות שהמטופל עצמו לא רשאי היה לקבל, או שההיענות להן אסורה לפי החוק. מטפל רשאי שלא לקיים החלטות של מיופה כוח באותם מקרים בהם הוא רשאי לעשות זאת ביחס להחלטות של המטופל עצמו (כגון מקום שיש הצדקה לכפיית טיפול באמצעות ועדת אתיקה, או דרישה לעשיית פעולה המכוונת להמית את המטופל).

4.4. ייפוי הכוח המשולב לא נועד לנושא אשפוז ו/או טיפול פסיכיאטרי (הכפוף להוראות חוק טיפול בחולי נפש), ולא נועד למטרות כספיות כגון ניהול רכוש וחשבונות בנק, קבלת קצבאות וכדומה.

5. **<u>בשירות המטופל לצורך מינוי מיופה הכוח</u>**

5.1. המטופל, בשעה שהוא ממנה מיופה כוח באמצעות ייפוי כוח משולב זה, חייב להיות כשיר משפטית, כלומר בגיר (מעל גיל 18), צלול ומבין את משמעות מינוי מיופה הכוח. מטופל קטין, ומי שאינו מסוגל לתת הסכמה מדעת מכל סיבה, אינו יכול למנות לעצמו מיופה כוח באמצעות ייפוי כוח משולב זה. קטין מעל גיל 17 יכול למנות מיופה כוח לפי חוק החולה הנוטה למות בלבד.

5.2. אם מטופל לא מינה מיופה כוח בעודו כשיר – יתכן ויהיה צורך לברר את רצונו בדרכים אחרות ו/או למנות לו אפוטרופוס, והכל לפי הוראות הדין.

6. <u>מיופה הכוח</u>

6.1. מיופה הכוח חייב להיות בגיר וכשיר משפטית ולהבין את משמעות מינויו כמיופה כוח.

6.2. באחריות המטופל:
לוודא כי מיופה הכוח מסכים להתמנות;
ליידע אותו על תפקידו ועל רצונותיו בעניין הטיפול הרפואי.

7. <u>פרטים לגבי ייפוי הכוח המשולב</u>

7.1. ייפוי הכוח המשולב נועד למטופל המבקש למנות מיופה כוח למטרות החלטה על קבלת טיפול רפואי בכלל, והסכמה או הימנעות מקבלת טיפול רפואי באם יהיה חולה הנוטה למות.

7.2. מטופל המבקש לפרט תנאים ומגבלות למיופה הכוח, מעבר למתאפשר בטופס שבנספח, יש להפנותו למלא טופסי ייפוי כוח נפרד/ים כמפורט בחוזרים שבסימוכין.

7.3. תוקפו המרבי של ייפוי הכוח הוא 5 שנים וניתן להגבילו לתקופה קצרה יותר. אם במהלך תקופת תוקפו של ייפוי הכוח הפך המטופל לבלתי כשיר – יכנס ייפוי הכוח לשימוש, וישאר בתוקף לכל זמן שיידרש (וכל עוד המטופל נותר בלתי כשיר).

7.4. ניתן להפקיד את ייפוי הכוח המשולב במאגר של ה"מרכז הארצי להנחיות מקדימות" במשרד הבריאות שיאפשר למטפלים לצפות בו, במקרה הצורך.
אם ייפוי הכוח הופקד - תישלח תזכורת לחידושו לקראת פקיעת תוקפו.

8. <u>ייפוי כוח – בכתב וחלופות לכתב</u>

8.1. ייפוי הכוח יעשה בכתב, תוך ציון השם המלא ומספר תעודת הזהות של המטופל ושל מיופה כוחו ופרטים להתקשרות עמם (מען ומספר טלפון).

8.2. בנסיבות בהן לא ניתן לערוך ייפוי כוח בכתב, ניתן למנות מיופה כוח בעל פה, בפני שני עדים, ובלבד שדבר המינוי והעדויות יתועדו בכתב, בהזדמנות הראשונה. התיעוד המאוחר יעשה ע"י המטופל, או המטפל, או ע"י העדים – לפי הנסיבות.

8.3. אדם כשיר שאינו יכול לחתום את שמו עקב מחלה או מום, יכול לחתום בטביעת אצבע במקום בחתימת יד. אולם – אסור לסייע פיזית לאדם לחתום את שמו או להטביע את טביעת אצבעו, באופן שאדם אחר מניע עבורו את היד.

8.4. אדם כשיר, שבשל מחלה או מום, לא יכול להניע את ידיו כדי לחתום את שמו או להטביע אצבע יצהיר בעל-פה, בפני שני עדים, שאינו מסוגל לחתום על המסמך בשל מוגבלות פיזית, ושכל הכתוב בו נכתב על דעתו ובהסכמתו, לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר. ההצהרה תתועד בכתב והעדים יאשרו בחתימת ידם כי האדם הצהיר בפניהם כאמור.

9. <u>עדים לייפוי הכוח</u>

9.1. חתימת המטופל על ייפוי הכוח תאומת על ידי שני עדים מהימנים. לעדים שני תפקידים: הראשון טכני, לאמת את זהותו של המטופל (ובמידת האפשר גם של מיופה הכוח), והשני הוא להתרשם מחופש ההחלטה של המטופל החותם (נותן ייפוי הכוח) והבנתו את משמעות מתן ייפוי הכוח. מומלץ שלפחות אחד העדים יהיה בעל מקצוע בתחום הרלוונטי כגון: רופא, אחות, עו"ס, פסיכולוג, עו"ד וכדומה.

9.2. במרבית המקרים אין צורך בקביעת רופא בדבר כשירותו של המטופל החותם. רק במקרה בו יש לעד ספק בדבר הכשירות – עליו להימנע מלחתום כעד על ייפוי הכוח ולבקש חוות דעת מקצועית מתאימה.

9.3. רצוי ומומלץ שהעד יהיה אדם המכיר את המטופל אך אסור שהוא יהיה מיופה הכוח עצמו או אדם בעל אינטרס כלכלי או אחר במטופל מייפה הכוח.

10. <u>הארכת, תיקון וביטול ייפוי הכוח</u>

10.1. תוקפו של ייפוי כוח משולב יפוג לאחר 5 שנים (או לאחר המועד לפקיעת תוקפו שנקבע בו) בכפוף לאמור בס' 7.3. ניתן ומומלץ לחדש ייפוי כוח זה על ידי מילוי <u>טופס הארכת תוקף</u> לפי חוק החולה הנוטה למות (ואם ייפוי הכוח הופקד במאגר משרד הבריאות יש להעביר את טופס ההארכה למאגר).

10.2. ניתן לשנות את ייפוי הכוח על ידי מתן ייפוי כוח חדש.

10.3. מטופל שנתן ייפוי כוח רשאי לבטלו בכל עת כל עוד הוא עצמו כשיר. אם ייפוי הכוח הופקד במרכז להנחיות רפואיות מקדימות של משרד הבריאות, יש לבטלו ע"י מילוי <u>טופס ביטול לפי חוק החולה הנוטה למות</u> ושליחתו למרכז להנחיות רפואיות מקדימות.

11. <u>מימוש ייפוי הכוח</u>

11.1. מומלץ כי המטופל:

11.1.1. יודיע לרופא המטפל בו על קיום ייפוי הכוח.

11.1.2. יכין מספר עותקי-מקור של ייפוי הכוח, או עותקים נוספים מאושרים כמתאימים למקור, שישמרו אצל מיופה הכוח ואצל המטופל.

11.1.3. יפקיד את ייפוי הכוח במרכז להנחיות רפואיות מקדימות של משרד הבריאות כדי שיוכל להיות זמין למטפלים גם באמצעות המאגר הממוחשב, בשעת הצורך.

11.2. נודע למטפל שיש למטופל ייפוי כוח – יציין את הדבר בצורה ברורה ברשומה הרפואית שלו, ובהפניות לטיפול בבית חולים.

11.3. כאשר ידוע שמטופל מינה מיופה כוח, אולם בשעת הצורך 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.

11.4. מיופה הכוח פועל כשליחו של המטופל, ומוטל עליו לברר מראש ככל שניתן מהם רצונותיו של המטופל ובהתאם לקיימם בנאמנות.

11.5. מטפל הסבור כי מיופה הכוח נמצא בניגוד עניינים, או שאינו פועל לטובת המטופל, או שאינו פועל לפי הנחיות המטופל, רשאי להודיע על כך לפקיד סעד, באמצעות עו"ס המוסד הרפואי. אם מדובר בחולה הנוטה למות, עליו לפנות לוועדה המוסדית לעניין חוק החולה נוטה למות, שלה הסמכות לקבוע כיצד לפעול במקרה כזה.

11.6. אם יש קשיים במימוש ייפוי כוח, ניתן להיעזר, בין השאר, בממונה על תלונות הציבור או בממונה על יישום חוק זכויות החולה במוסד הרפואי, או בוועדה מוסדית מכוח חוק הנוטה למות, או ביועץ המשפטי של המוסד הרפואי, או של משרד הבריאות, או במנהל המרכז להנחיות רפואיות מקדימות במשרד הבריאות, כל זאת לפי העניין.

מצ"ב בנספח הצעה לנוסח ייפוי כוח משולב לפי חוק זכויות החולה (ס' 16) וחוק החולה הנוטה למות (סעיפים 37 ו-42).

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

ב ב ר כ ה,

ד"ר ורד עזרא
ראש מנהל רפואה (בפועל)

העתק: המנהל הכללי
המשנה למנהל הכללי
הנהלה מורחבת
קרפ"ר – צ.ה.ל
קרפ"ר – שרות בתי הסוהר
קרפ"ר – משטרת ישראל
רכז הבריאות, אגף תקציבים – משרד הבריאות
יו"ר ההסתדרות הרפואית
יו"ר מועצה מדעית – ההסתדרות הרפואית
מנכ"ל החברה לניהול סיכונים ברפואה
בית הספרים הלאומי והאוניברסיטאי
ארכיון המדינה
מנכ"ל חברת ענבל
סימוכין : 29187115

כתובת אתר האינטרנט בו מפורסמים חוזרי מינהל הרפואה וחוזרי מנכ"ל היא: - www.health.gov.il

ייפוי כוח
למתן הנחיות רפואיות לטיפול רפואי
לפי חוק זכויות החולה (ס' 16)
וחוק החולה הנוטה למות (סעיפים 37 ו-42)

אני החתום מטה (שם ומשפחה): _____ _____

ת.ז. _____ מען: _____

טלפון/ נייד: _____

דואר אלקטרוני (לא חובה): _____

מצהיר כי אני מעל גיל 18, לא הוכרזתי כפסול דין.

אני נותן בזה ייפוי כוח לעניין הטיפול הרפואי בי - לפי הוראות חוק זכויות החולה וחוק החולה הנוטה למות ל :

שם פרטי: _____ שם משפחה:_____ ת.ז. _____

מען _____ טלפון: _____

שהוא מעל גיל 18 ושלא ידוע לי שהוכרז פסול דין, על מנת שיפעל בשמי לקבלת מידע רפואי לשם מתן הסכמה או סירוב לטיפול רפואי וסיעודי בי, כולל אשפוז רפואי וסיעודי ולקבלת החלטות הקשורות גם לסוף החיים, ולייצוגי מול כל גורם שידון בטיפול בי ויהיה רשאי להסכים למסור מידע אודותיי לכל גורם נחוץ.

ייפוי כוח זה ניתן למקרה שאהיה זקוק לטיפול רפואי אך לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת.

אם לא יוכל האדם האמור לעיל להיות מיופה הכוח שלי או יסרב לכך, אני ממנה במקומו להיות מיופה כוח שלי את:

שם פרטי: _____ שם משפחה:_____ ת.ז. _____

מען _____ טלפון: _____

ידוע לי כי ייפוי הכוח ייכנס לתוקף רק אם ייקבע לגבי כי אינני כשיר וכן כי דרוש לי טיפול רפואי ו/או אני חולה הנוטה למות, לפי העניין.

ידוע לי כי אני רשאי לשנות או לבטל את ייפוי הכוח בכל עת, וכל עוד לא ייקבע לגבי שאינני כשיר. אופן הביטול יהיה בהודעה למיופה הכוח או למטפלים בי על ביטולו, או במתן ייפוי כוח חדש. אם אעביר ייפוי כוח זה להפקדה במרכז להנחיות רפואיות מקדימות של משרד הבריאות, ידוע לי כי עלי לשלוח הודעת ביטול גם למרכז זה.

ידוע לי שייפוי כוח זה יהיה נגיש במערכת ממוחשבת לכל מטפל שהדבר יהיה דרוש לו לצורך הטיפול בי כדי שיוכל למלא את רצונותי באמצעות מיופה הכוח, אלא אם ביקשתי אחרת להלן:

☐ אני מבקש שייפוי כוח זה **לא** יהיה נגיש במערכת הממוחשבת לכל מטפל שהדבר יהיה דרוש לו לצורך הטיפול בי.

ידוע לי כי תוקף ייפוי כוח זה הוא **לחמש** שנים מיום חתימתו או עד לתאריך _____ (המוקדם שבהם).

לפי החוק, אם אהיה חולה נוטה למות ולא אהיה כשיר לקבל החלטות, ניתן יהיה **להימנע** מטיפול בי רק אם אסבול "סבל משמעותי". סבל משמעותי מוגדר בחוק ככאב או סבל, שאדם סביר היה מוכן לעשות מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו, אף אם הדבר כרוך בפגיעה משמעותית באיכות חייו או בתוחלת חייו. בנוסף, עבורי, סבל משמעותי הוא גם כל אחד מהמצבים המפורטים להלן:

_____

_____

_____.

מיופה כוחי יוכל לקבל כל החלטה הנוגעת לטיפול הרפואי בי, כולל טיפול מאריך חיים, בין אם מדובר בהסכמה או בסירוב ובהימנעות מהטיפול המוצע, והכל במגבלות החוק.

למען הסר ספק, ייפוי כוח זה מתייחס רק לנושאי טיפול רפואי וסיעודי **ולא תקף לעניינים כספיים ורכוש.**

אני פוטר בזה מאחריות לתוצאות השימוש בייפוי הכוח את מיופה כוחי ואת כל מי שיפעל על סמך ייפוי כוח זה, ובלבד שפעלו בתום לב וכחוק.

<u>התייחסות להנחיות רפואיות מקדימות</u> (יש לסמן X במשבצות המתאימות)

☐ בנוסף לייפוי כוח זה, נתתי גם הנחיות רפואיות מקדימות.
במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הוראה של מיופה כוח, תגבר
☐ ההנחיה רפואית המקדימה
☐ הוראות מיופה הכוח

חתימת נותן ייפוי הכוח יש לחתום בפני שני עדים

(אם נותן ייפוי הכוח אינו דובר או קורא עברית יש לציין שם מלא ומס' ת"ז של מי שתרגם עבורו את ההסברים וההוראות שבטופס)

אני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי,
ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

תאריך _____ חתימה _____

חתימת העדים

(שני העדים צריכים לחתום באותו מעמד עם נותן ההנחיות)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם המסמך מוכר לנו אישית ו/או הזדהה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה, חתם על המסמך בנוכחותי ובנוכחות העד השני, והוא נראה בעיני ערני מדבר לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו.

אני מצהיר שאינני מיופה כוחו של החתום ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם המסמך.

עד 1: שם ומשפחה _____ ת.ז _____
טלפון _____ חתימה _____ תאריך _____

עד 2: שם ומשפחה _____ ת.ז _____
טלפון _____ חתימה _____ תאריך _____