



יונתן דייזיס

אחריות מקצועית של מטפלים ברפואה משלימה

מבוא

התופעה של היזדקקות הציבור לרפואה המשלימה מתפשטת בקצב מהיר. כיום הביקוש לטיפול הרפואה המשלימה גדול עד כדי כך שאינו פוחת מהצורך להיזקק לרפואה הקונבנציונלית. מכיוון שמדובר בתחרות כלכלית של ממש

ראוי לבחון את היקף ההזדקקות של הציבור לרפואה המשלימה, זאת לפני שאנו בוחנים כיצד מוסדרת הרפואה המשלימה בחוק ומה אחריותם המקצועית של המטפלים ברפואה המשלימה¹.

בסקר שנערך בארה"ב אודות הרפואה האלטרנטיבית מצוטט בהרחבה בספרות הרפואית New England Journal of Medicine (להלן - NEJM)² שצטט את הסקר, ציין כי יותר אמריקאים פנו לטיפולים המוצעים ע"י הרפואה המשלימה מאשר לרפואה קונבנציונלית. בשנת 1998 פורסם מאמר מעקב³ אשר הצביע על גידול ניכר בהיזדקקות לטיפול אלטרנטיבי. המחקר גילה כי 42.1% אמריקאים מכלל הפונים פנו לפחות לסוג אחד מתוך 16 סוגים של טיפולים אלטרנטיביים מוצעים במשך שנת 1997. זהו ריבוי של 33.8% בהשוואה לשנת 1990. למעלה מ-75 בתי ספר רפואיים מרכזיים התחילו ללמד קורסים הקשורים לרפואה אלטרנטיבית. יתירה מזאת, מדובר בתעשייה של ממש המייצרת תשתית מדעית, ספרות מקצועית וסטנדרטים מקצועיים הכוללים הכשרה אקדמית. המחקר מגלה שהציבור האמריקאי ביקר 425 מיליון פעם אצל מטפלים אלטרנטיביים והוציא \$10.3 מיליארד דולר לטיפול רפואי חילופי לרפואה הקונבנציונלית.

למרות הגידול הדרמטי של הרפואה המשלימה או האלטרנטיבית, היא עדיין לא הגיעה לבשלות מקצועית עצמאית. זאת נוכח המתח הקיים בינה ובין הרפואה הקונבנציונלית, שאינה מכירה בה אלא כאחותה החורגת. הגישה הרווחת בקרב ציבור ניכר של רופאים היא שהרפואה המשלימה מנסה - ללא בסיס מדעי - להסיג את גבולה של הרפואה הממוסדת ולהצר את רגליה. בהקשר זה ראוי לציין כי ההסתדרות הרפואית האמריקאית (AMA)⁴ ניסתה למנוע ממטפלים אלטרנטיביים לטפל במטופליהם בטיפולים כירורגיים. בעיתונות האמריקאית⁵ פורסמה ביקורת חריפה אודות הטיפולים האלטרנטיביים בטענה כי התאוריות עליהן הטיפולים מבוססים

לא נבדקו באופן מדעי והם עלולים להזיק למטופלים יותר מהתועלת שהם עשויים להביא.

ננסה להשיב לשאלה מהי האחריות המקצועית של המטפל ברפואה המשלימה לנזק שעלול להיגרם למטופל? האם בהעדר מעמד חוקי לרפואה המשלימה והאלטרנטיבית, קיימת חובת ביטוח אחריות מקצועית? כיצד מוגן המטופל במקרה של נזק שעלול להיגרם לו בטיפול לא קונבנציונלי? ומהי אחריותו של משרד הבריאות, שעל אף חוסר ההסדר החוקי נוהג להנפיק "תעודות הכרה במעמד" ובכך הוא מכשיר למעשה חלק מהמקצועות הלא רפואיים ויוצר נורמה חדשה של הכרה במקצועות בריאות בלתי חוקיים. אנו מציעים הגדרה שונה לרפואה משלימה ולרפואה אלטרנטיבית, ונוכח ההבחנה בין סוגי הטיפולים נייחד את השאלות הנ"ל לאחריות המטפל ברפואה משלימה.

הגדרת הרפואה המשלימה או האלטרנטיבית

קיים בלבול בהגדרת סיווג הטיפולים הלא קונבנציונלים. יש המגדירים את הטיפולים שאינם נמנים על הרפואה הקונבנציונלית כ"רפואה אלטרנטיבית", ויש המעדיפים להשתמש במינוח "רפואה משלימה", כאשר כוונתם לטיפול לא קונבנציונאלי כי טיפול זה משקף את האינטראקציה בין רפואה אלטרנטיבית לבין הרפואה הסטנדרטית.

הצורה השכיחה ביותר של רפואה משלימה או אלטרנטיבית היתה פעילות גופנית, ואחריה לפי סדר יורד של שכחות: שינויים באורח החיים, נטילת תוספי מזון, טיפול מילולי (פסיכולוגי או אחר), צמחי מרפא, ויטמינים במינונים גבוהים, ותפילה מסוג כלשהו.⁶

מטפלים אלטרנטיביים מתייחסים לגוף כיחידה שלמה אחת, ורואים את השפעת המחלה על הגוף במבט כללי, בעוד שמטפלים קונבנציונאליים מתייחסים לגוף כקבוצה של יחידות מכניות הנזקקות לריפוי עצמאי ובלתי תלוי.

הבדל נוסף בין שני סוגי הרפואה נעוץ בהתייחסותם השונה למושג "טיפול רפואי". מטרת הרפואה הקונבנציונאלית לרפא את הגוף ממחלה. הרפואה היא מכשיר חיצוני ובלתי אמצעי שמטרתו לרפא באמצעות שיטות אבחנה שונות. טיפול רפואי ותרופתי, להבדיל מן הרפואה האלטרנטיבית, שמטרתה לרפא את המחלה מתוך הגוף עצמו - זהו מושג הטומן בתוכו שאיפה לקראת איזון מושלם מנטאלי, פיזי, ואמוציונאלי. מטרת הטיפול האלטרנטיבי להפעיל את היכולות הרפואיות העצמאיות הפנימיות של הגוף. טיפול אלטרנטיבי יוצר סינתזה בין הגוף לבין סביבתו. הרפואה המשלימה מקבלת את מצבו של המטופל ושל מחלתו כנתון ומבקשת להתמודד אתם מתוך הגוף עצמו ולא באמצעים חיצוניים.

כל ניסיון להגדיר את הרפואה המשלימה או האלטרנטיבית על מנת שנכלול בהגדרה את כל

סוגי הטיפולים הקיימים, ואת אלה שנולדים חדשות לבקרים, לא יהיה ממצה. אנו מציעים להסתפק בסיווג הטיפולים השונים על מנת להבחין בין "רפואה משלימה" ו"רפואה אלטרנטיבית" או "רפואה חילופית".

בכינוי "רפואה משלימה" נכלול את כל הטיפולים שמטרתם לרפא, בין שהטיפול הוא פיזי (באמצעות מגע), מילולי או תרופתי, ובהם נזכיר מבלי למצות טיפולים כגון: כירופרטיקה, דיקור ורפואה סינית, הומואפטיה, ביופידבק, רפלקסולוגיה, דיאטטיקה, כירופודיסיטיקה, פודיאטריה, היפנוזה, אוסטאופתיה, עיסויים למיניהם וכד'.

ב"רפואה אלטרנטיבית" נסווג את כל אותם טיפולים שיוריים, שמטרתם אינה לרפא אלא לשפר את איכות החיים, ונזכיר בין היתר, מבלי למצות את הטיפולים באמצעות צמחי מרפא, יצירה, אומנות והבעה, התעמלות על שיטותיה השונות (אלכסנדר, פאולה, פלדנקרייז, טאי צ'י) וכד'.

כאמור, אין מדובר ברשימה סגורה של טיפולים, ויש שטיפול מסויים יסווג הן כ"רפואה משלימה" והן כ"רפואה אלטרנטיבית" כאשר אבן הבוחן לסיווג הפנימי תהיה, האם מדובר ב"טיפול רפואי" המוגדר בחוק זכויות החולה תשנ"ו - 1996 באופן כללי כפעולה שמטרתה "טיפול רפואי. זאת - לרבות פעולות איבחון רפואי, טיפול רפואי מונע, טיפול פסיכולוגי או טיפול סיעודי" ובאופן ספציפי בתקנות הביטוח הלאומי⁷ כטיפול לצורך - כלשון החוק - "ריפוי, לרבות בדיקות-מעבדה, ריפוי פסיקלי, בדיקות וריפוי ברנטגן, ריפוי-רדיום, כולל ריפוי באיזוטופים ובחמרים דומים, בדיקות רופאים מקצועיים, טיפול פסיכואנליטי ופסיכותרפויטי, אישפוז, תרופות, החלמה, שיקום רפואי, אספקת מכשירים אורתופדיים ותרפויטיים, כולל פרוטוזות מסוגים שונים, שיניים תותבות, מכשירי-שמיעה, משקפיים, נעליים אורתופדיות ואבזרים אישיים אחרים שאושרו על ידי רופא".

לאבחנה הנ"ל יש חשיבות גם בהתייחסות המשפטית לרפואה המשלימה בכלל ולשאלת האחריות המקצועית בפרט.

ראשית, לצורך ההכרה של מקצוע מסויים מבחינת דרישות ההשכלה והניסיון, מבחני הרישוי, אתיקה מקצועית (כולל סייגים לפירסום), פיקוח בריאותי ודיני משמעת⁸.

שנית, לצורך קביעת סטנדרטים מקצועיים בכל תחום ותחום, לרבות קביעת נוהלים באשר לצורך להפנות את המטופל לייעוץ או טיפול של בעל מקצוע אחר או לשיתוף פעולה עימו.

שלישית, לצורך קביעת האחריות והפיקוח על כל תחום ומקצוע ע"י משרד הבריאות, לרבות לצורך קביעת כללים ותקנות אתיקה (כולל נציב תלונות הציבור) והן לצורך תקשורת בין האירגון היציג של בעלי המיקצוע והציבור.

רביעית, יש לאבחנה חשיבות מבחינת האחריות המקצועית של המטפל והנזק שעלול להיגרם למטופל. גם לרפואה משלימה, על תת המקצועות שבה, יש תופעות לוואי וסיכונים העלולים

לגרום נזק. לעתים הנזק יכול להיגרם ממעשה כגון שבמהלך עיסוי רפואי או כתוצאה מזהום לאחר פעולה פולשנית של מחט, ולעיתים כתוצאה ממחדל כגון שהמטופל לא הועמד על הסיכון שבטיפול והסכים שלא במודע לטיפול העלול לגרום לו נזק. כיום אין למטופל הניזוק תרופה משפטית כלשהי, למעט הגשת תביעה בגין רשלנות מקצועית, אך בהעדר פיקוח כלשהו או דרישה לרישוי וקביעת סטנדרטים מינימליים, רשימת הטיפולים והמטפלים האלטרנטיביים גדלה. כל "מטפל" יכול להכריז עצמו "מומחה לטיפול אלטרנטיבי" ולתת טיפול העלול לחשוף את הציבור לנזק⁹. אין דומה נזק שניתן ע"י טיפול רפואי לעומת נזק שנגרם במהלך טיפול אלטרנטיבי, ולכן דרושה הגדרה ברורה של הטיפול המוצע על מנת שהציבור ידע מראש מהו הטיפול שבו הוא מסכים להפקיד את גופו למטפל.

היקף ומעמד הרפואה המשלימה בישראל

הטיפולים השונים הנכללים במסגרת הרפואה המשלימה ניתנים לציבור ע"י בעלי מקצוע אשר רכשו את השכלתם בין בלימודים ובין ברכישת ניסיון מקצועי תוך כדי עיסוק במקצוע הספציפי. חלק גדול מהמקצועות, שאת חלקן פירטנו לעיל, אינם מוסדרים בחוק או בתקנות, ולגבי חלקם נוהג משרד הבריאות להעניק "תעודות הכרה במעמד"¹⁰. תעודות אלה ניתנות על יסוד מסמכים המעידים על השכלה או על לימוד המקצוע.

על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד-1994 מוסדרים תחומי שירותי הבריאות הניתנים לציבור על-פי סל שירותי הבריאות בתחומים רבים¹¹, אך סל הבריאות לא חל על שירותי הרפואה המשלימה.

בהעדר חוק המסדיר את מעמד הרפואה המשלימה למקצועותיה השונים משרד הבריאות אינו מכיר במעמד המקצועי של מי שעוסק ברפואה המשלימה. ובהעדר הכרה ממסדית, אין כל חובה חוקית על בעל מקצוע להשתלם מקצועית או לעמוד בבחינות של מוסד ממלכתי, ולמעשה די בדיעה מינימלית והתמצאות חלקית בתחום מסויים כדי שבעל מקצוע ברפואה משלימה יציע את שרותיו לציבור המתרפאים. יתרה מזאת, למוסדות הבריאות אין חובה חוקית לדון בתלונות של הציבור אודות מטפל מסוים ברפואה משלימה ובפועל אין מוסדות הבריאות עוסקים בכך.

למרות חוסר המעמד הרשמי קנתה לה הרפואה המשלימה מאחז של ממש בתרבות הצרכנית והרפואית של הציבור. משרד הבריאות מכיר ברשימה ארוכה של מטפלים מתחום הרפואה המשלימה. בקופות החולים ובמרכזים רפואיים רבים ניתנים טיפולים רפואיים כחלק משירותי הרפואה המשלימה, ובין היתר נציין טיפולי הומאופתיה, רפואה סינית, אקופנטורה, צמחי מרפא, רפלקסולוגיה, שיאצו, כירופרקטיקה, ביופידבק, רפואה הודית, נטורופתיה, מסגי לימפטי,

פרחי באך, היפנוזה, פלדנקרייז, רפואה אנתרופוסטרפית, טווינא, נויורולטרפיה, אוסטאופתיה, טיפול תרופתי, ניקוז לימפטי, פאולה, קרניו סקראל תרפי, אנטאי, טיפול להסרת אלרגיה, עיסוי הוליסטי ועוד. בכך ממסדת המערכת הרפואית את הרפואה המשלימה, ומכירה, בשלב זה, רק במקצועות שיש להם ביקוש ותמורה כלכלית בצידה.

למרות שהרפואה המשלימה נתפסת כבת חריגה של הרפואה הקונבנציונלית, הרי כיום אנו מוצאים כי רבים מהעוסקים ברפואה המשלימה הנם רופאים מורשים, בעיקר בטיפולים המחייבים מומחיות והכשרה כגון רפואה סינית, אקופונטורה, היפנוזה, טיפול תרופתי ועוד. בכך מתמזגת הרפואה המשלימה עם הרפואה הקונבנציונלית וההבדל מיטשטש.

קתדרה של אונסקו לביו-אתיקה

הארגון העולמי של אונסקו כונן את הקתדרה העולמית שלו לביו-אתיקה בישראל. בחוזה שנחתם לאחרונה בין מנכ"ל אונסקו לבין רקטור אוניברסיטת חיפה, הוסכם על הקמת הקתדרה אשר תתייזב בראש רשת בינלאומית של מכונים אקדמיים במדינות מפותחות ומדינות מתפתחות. הקתדרה אמורה לקדם את המחקר והחינוך בתחום הביו-אתיקה ברחבי העולם, וכמו-כן, לפתח ולהפיץ תכנית הוראה חדישה של אתיקה בפקולטות לרפואה. הקתדרה הוקמה במרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה, בפקולטה למשפטים של אוניברסיטת חיפה. פרופ' **אמנון כרמי** נבחר על-ידי הנהלת האוניברסיטה וארגון אונסקו לעמוד בראש הקתדרה.

עיון בפסיקות של בתי המשפט מלמד שהרפואה המשלימה, אף שלא זכתה להכרה חוקית, מוכרת כחלק מהצורך החברתי. כך, מצאנו שבתי המשפט הכירו בקיומם של טיפולים אלטרנטיביים ובצורך של נפגעי תאונות דרכים ונפגעים אחרים לטיפולים מתחום הרפואה המשלימה כגון רפלקסולוגיה, הוליסטיקה, אקופונטורה וכד¹².

הקושי באי ההכרה הרשמית של הרפואה המשלימה הוא שהטיפולים הניתנים במסגרתה אינם מוכרים בסל שירותי הבריאות כפי שהוגדר ע"פ חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ה - 1995. לפיכך כל אימת שנוקם מבקש לקבל שירותים של הרפואה המשלימה הוא חייב לממן אותם מכיסו ולמצער להיזקק לחסדיה של קופת החולים אשר מעניקה את הטיפולים.

נפגעי תאונות דרכים אינם זכאים כדבר שבשיגרה לפיצוי עבור הוצאות לטיפולים מתחום הרפואה המשלימה. תקנות הפיצויים לנפגעי דרכים תשל"ה-1975, מורות כי הערכת הנזק תיעשה ע"י מומחה רפואי כהגדרתו בתקנות. כמומחה רפואי יכול לשמש רק רופא, והוא הגורם היחיד המוסמך להעריך את צרכיו של הנפגע. כך נמצא הנפגע תלוי בחסדיו של המומחה הרפואי, ואפילו נזק הנפגע לטיפול אלטרנטיבי, והמומחה אינו מכיר בטיפול כזה, יקשה על הנפגע להוכיח לבית המשפט את זכאותו¹³.

חוסר הודאות המשפטית בה מצוייה הרפואה המשלימה מחד והציבור שהנו הצרכן של שירותי הרפואה המשלימה, שאינו יודע אם נותן הטיפולים הוא אדם מוסמך בעל תעודה או סתם מטפל קיקיוני, זהו הנו מצב הקורא להסדר. אמנם משרד הבריאות פועל לחוקק חוק מקצועות בריאות מוסדרים, אך הצעת החוק המיועדת לחול על שבעה מקצועות בלבד אינה מספיקה ומשאירה בחלל ריק את כל המקצועות שהזכרנו לעיל, המוכרים בחלקם ע"י קופות החולים. הצעת החוק משאירה את מעמדם של המטפלים במקצועות הנ"ל, אשר אינם מוכרים ע"י משרד הבריאות כמעמד בלתי חוקי.

ההסדר החוקי של הרפואה המשלימה

טיפול רפואי מוגדר בחוק זכויות החולה תשנ"ו-1996 כטיפול שמטרתו לרפא באמצעות פעולות איבחון רפואי, טיפול רפואי מונע, טיפול פסיכולוגי או טיפול סיעודי. ואילו "מטפל" לפי החוק הנו רופא, רופא שיניים, סטויר, אח או אחות, מיילדת, פסיכולוג, וכן כל בעל מקצוע שהכיר בו המנהל הכללי, בהודעה ברשומות, כמטפל בשירותי הבריאות¹⁴.

ע"פ פקודת הרופאים "עיסוק ברפואה" מוגדר "כבדיקת חולים ופצועים, אבחונם, ריפויים, מתן מרשם פיקוח על נשים בזיקה להריון וללידה, או שירותים אחרים הניתנים בדרך כלל מידי רופא; לרבות ריפוי באקופונקטורה". פקודת הרופאים מייחדת את העיסוק ברפואה רק לרופא מורשה¹⁵, ומחמירה מאוד עם אלה המנסים להסיג את גבולות מקצוע הרפואה. כך קובעת הפקודה¹⁶ כי "לא ישתמש אדם בכינוי 'רופא', 'עוסק ברפואה', 'מנתח' או בכינוי דומה, במלים או באותיות, המרמז שיש לו כשירות ברפואה, אלא אם הוא רופא מורשה". החוק אוסר העסקת אדם שאינו רופא מורשה¹⁷ ואינו מתיר למי שאינו רופא מורשה לטפל בחולה, להשגיח עליו או לנתחו, כשהענין דורש שיקול דעת או מיומנות מקצועיים של רופא¹⁸. מי שאינו רופא מורשה לא יוכל להיפרע בבית-משפט שכר טרחה או תשלום אחר בעד עבודה או שירות שעשה ושלפי פקודה זו היו צריכים להיעשות בידי רופא מורשה, והוא הדין בעד תרופה שרשם וסיפק¹⁹. משמעות הדבר היא שאדם שעיסוקו ברפואה משלימה לא יוכל לתת חוות-דעת-מומחה לבית משפט. ואמנם בעבר הגבילו בתי המשפט את האפשרות להגיש חוות דעת רפואיות לבתי משפט רק לרופאים מורשים, כך לא קיבלו חוות דעת של פסיכולוגים וכירורגים²⁰. מכאן שכל

טיפול רפואי שניתן ע"י מי שאינו רופא ואינו מוכר כ"מטפל" ע"פ חוק זכויות החולה ופקודת הרופאים כאמור, הנו עיסוק אסור. ואמנם בית המשפט העליון באחד מפסקי הדין הבודדים בהם נדרש לסוגיה זו קבע בע"פ 726/78 **שלחין נ' מדינת ישראל**²¹ כי עיסוק באופטומטריסטיקה הוא עיסוק ברפואה המחייב רשיון של רופא, ומשבוצע ע"י מי שאינו רופא הוא מהווה עבירה פלילית.

גישה מקילה יותר לנושא, לדעתנו בשל הפרשנות המשפטית הזהירה הניתנת לזהות המטפל, ניתנה ע"י בית המשפט העליון לאחרונה בע"פ 2222/98 **אגודת בי"ח מאקסד נ' כאיד מראוונני**²²: בעת לידתו של המשיב העסיקה המערערת רופא מיילד מטעמה חרף העובדה שהוא לא היה מורשה, באותה עת, לעסוק ברפואה, ולא החזיק ברשיון בר תוקף בהתאם להוראת פקודת הרופאים (נוסח חדש). כיוון שכך, הפרה המערערת - כך פסק בית המשפט המחוזי - חובה חקוקה, וקמה למשיב עילת תביעה בנוזיקין מכוח הוראת סעיף 63 לפקודת הנוזיקין [נוסח חדש]. החיקוק שמכוחו הוטלה החובה, כך פסק בית המשפט, נועד להגן על צבור החולים בכלל ועל המשיב ואמו היולדת בפרט, והסיכון אשר נגרם בפועל הוא הסיכון שבגיניו הטיל המחוקק את החובה. בית המשפט סבר כי נתקיים קשר סיבתי בין הפרת החובה החקוקה לבין הנזק שנגרם למשיב בעת לידתו. את קיומו של הקשר הסיבתי הזה תלה בית המשפט בהנחה כי הרופא המיילד, שהועסק על ידי המערערת, לא היה מיומן דיו לטפל בלידה מורכבת, כפי שהייתה לידתו של המשיב.

בית המשפט העליון לא קיבל גישה זו והסתפק בקביעה כי יסוד הקשר הסיבתי בין הפרת החובה והנזק לא התקיים, וכדבריו:

"אין ספק כי במקרה זה מתקיימים אחדים מיסודות העוולה. על הרופא המיילד מוטלת היתה, מכוח פקודת הרופאים, החובה שלא לעסוק ברפואה בהעדר רשיון תקף; החיקוק - פקודת הרופאים - נועד להגן על ציבור החולים בכלל ואף על הניזוקים כאן, הרופא המיילד הפר את החובה המוטלת עליו, והנזק שנגרם הלכה למעשה הוא מסוג הנזקים אותם ביקש המחוקק למנוע. המערערת עצמה הפרה את החובה המוטלת עליה מכוח סעיף 6 לפקודת הרופאים, ולעניין זה קמה לה אחריות ישירה, נוסף על אחריותה השילוחית" (ראו לעניין זה: פרופ' א' ברק אחריות שילוחית בדיני נזיקין (ירושלים, 1964), עמ' 93, הי"ש 9). "ספק הוא, מאידך גיסא, אם ניתן לקבוע, בנסיבות המקרה, את דבר קיומו של קשר סיבתי עובדתי בין הפרת החובה החקוקה לבין הנזק שנגרם. במקרה זה, נלמד חוסר המיומנות של המיילד מן הראיות האחרות שבאו במשפט. אלה מייטרות במקרה זה את הצורך להכריע בשאלת תחולתה של עוולת הפר החובה החקוקה. הן מייטרות גם את הצורך להכריע בשאלת תחולתה של הוראת סעיף 41 לפקודה".

חרף גישת בתי המשפט כאמור, ובשים לב להיקף הפעילות של הרפואה המשלימה על כל זרועותיה, המצב המשפטי לפיו הרפואה המשלימה והאלטרנטיבית אינן מוסדרות בחוק אלא

בהחבא ודרך אגב, הוא מצב בלתי נסבל. הלכה למעשה כל הטיפולים המוענקים במסגרת קופות החולים אינם מוסדרים בחוק, ואף שמשדד הבריאות מכיר בחלק מהטיפולים הרפואיים הניתנים כשירות לציבור ע"י מטפלים שאינם רופאים, הרי חלק גדול אם לא רוב הטיפולים המוגדרים במסגרת "הרפואה המשלימה" או "האלטרנטיבית" אינם מוכרים ע"י המחוקק. נרחיק לכת ונקבע שכל טיפול רפואי אשר מבוצע ע"י מי שאינו רופא הנו עבירה פלילית ועומד בניגוד לפקודת הרופאים [נוסח חדש].

קושי נוסף הוא שאלת ביטוח האחריות המקצועית של המטפלים ברפואה משלימה ואלטרנטיבית. ביטוח כזה מטרתו לבטח את המטפל במקרה שבו התרשל וגרם נזק למטופל כתוצאה ממעשה ו/או מחדל מקצועי. חברות הביטוח נוהגות להחריג במסגרת הפוליסות שהן מנפיקות פעולה בלתי חוקית, כך ייתכנו מצבים שלמרות קיומה של פוליסת ביטוח אחריות מקצועית, הרי לא תהיה לה תחולה אם יימצא שהמעשה ו/או המחדל של המטפל היו בלתי חוקיים. בארה"ב החלו חברות הביטוח לתת כיסוי ביטוחי לאחריות המקצועית של מטפלים ברפואה משלימה.

הבסיס המשפטי עליו נשענת הזכות של המטפלים ונותני השירותים לעסוק ברפואה משלימה הוא חוק יסוד: חופש העיסוק תשנ"ב-1992, לפיו לכל אזרח או תושב המדינה יש זכות לעסוק בכל עיסוק, מקצוע או משלח יד²³. בנוסף יש לכל אדם זכות לבחור את הטיפול הרצוי לו, וזאת מכח זכותו לאוטונומיה והגדרה עצמית, זכות שהוכרה כזכות יסוד ע"פ חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו תשנ"ב-1992.

מדינת ישראל נוסדה ופעלה כמדינת רווחה. היא חוקקה מערכת מפותחת של כללים והקיימה מערכת מסועפת של מוסדות לפיקוח על אספקת שירותים ומצרכים. כדי לתת תמונה כללית, בלי למצות, די לציין את חוק הגנת הצרכן, התשמ"א-1981, שהקים (בסעיף 19) את מוסד הממונה על הגנת הצרכן; חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996, שהקים (בסעיפים 2-5) מוסדות שונים לצורך פיקוח על המחירים; חוק החוזים האחידים התשמ"ג-1982, שנועד להגן על לקוחות מפני תנאים מקפחים בחוזים אחידים של ספקים; חוק ההגבלים העסקיים, התשמ"ח-1988, שמטרתו לפקח על הגבלים עסקיים באמצעות רשות שהוקמה (בסעיף 41א) לשם כך.

נוסף לכך הוקמו, באמצעות חוקים שונים, מוסדות לפיקוח בענפים מיוחדים של המשק, בהם קיים צורך מיוחד בפיקוח ממלכתי. כאלה הם, לדוגמה, פקודת בריאות העם (1940); חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד-1994 ותקנות רישוי עסקים (תנאי תברואה נאותים לעסקים לא רפואיים לטיפול בבני אדם) תשל"ה-1995; חוק ארגון הפיקוח על העבודה, התשי"ד-1954 ועוד. מוסדות פיקוח אלה ואחרים נועדו, על פי מהותם, להגביל את חופש החוזים. כידוע, חופש החוזים, כמו כל זכות, עשוי להתנגש בזכויות אחרות ובאינטרס הציבור. לכן ניתן וראוי להגביל אותו בדרך שתאזן כראוי בין הזכויות והאינטרסים המעורבים. איזון זה הוא תפקיד עיקרי,

וגם בעיה עיקרית, של מוסדות הפיקוח למיניהם, ובכלל זה משרד הבריאות.

הבעיה בהקשר זה היא, עד כמה ניתן וראוי שמשרד הבריאות, יהיה הגוף המפקח על שירותי הבריאות שאינם מוסדרים בחוק, ואף יתערב ביחסים החוזיים שבין המטפלים לבין הצרכן. הפתרון לבעיה אמור לבטא, בין היתר, את התפיסה המקובלת בחברה לגבי מידת המעורבות הראויה של המדינה, באמצעות מוסדות רשמיים, ביחסים שבין גופים ופרטים בחברה. תפיסה זאת עשויה להשתנות מעת לעת. לאחרונה, כך נראה, חל שינוי בתפיסה הרווחת בישראל (ובמדינות נוספות שבמשך שנים רבות נהגו כמדינת רווחה), המצדדת במעורבות נרחבת גם בתחום הכלכלי. כיום המדינה נוטה לצמצום המעורבות שלה, במגמה לעודד כלכלה חופשית, המתבססת על יזמות ותחרות. נטייה זאת באה לידי ביטוי, בין היתר, במדיניות ההפרטה, המכוונת להעברת מפעלים ושירותים מידי המדינה לידיים פרטיות. היא עשויה לבוא לידי ביטוי גם בהרפיית הפיקוח מצד המדינה על אספקת שירותים ומצרכים על ידי גופים פרטיים²⁴. נטייה זאת מבקשת להתבסס, במישור המשפטי, גם על חוק-יסוד: חופש העיסוק תשנ"ב-1992. חוק-יסוד זה העלה את חופש העיסוק, ובעקיפין גם את חופש החוזים בתחום העיסוק, לדרגה של זכות חוקתית. לפי סעיף 10 לחוק-היסוד, חובה היא לפרש גם חוקים קודמים ברוח ההוראות של חוק-יסוד זה. אולם רפואה משלימה אינה עוד מוצר כלכלי, כגון ביטוח, תהא חשיבותו אשר תהא. מדובר כאן בבריאות הציבור, ולפיכך כנגד האינטרס המצוי בחוק יסוד חופש העיסוק קיים האינטרס הציבורי שלרפואה המשלימה תהיה מסגרת חוקית לפיה הנזקקים לשירותיה ידעו שבעלי המקצועות אליהם הם פונים, הם בעלי השכלה בתחום עיסוקם, שנקבעו לגביהם כללי אתיקה הגינות ויושר, וכי למטופל הפונה לטיפול רפואי אלטרנטיבי יש הגנה על גופו של האדם, קדושת ואיכות חייו. כל זאת כיאה למדינה דמוקרטית מודרנית הנדרשת לדאוג לבריאות תושביה.

על מנת למצוא את האיזון הראוי בין האינטרסים הני"ל, ראוי לחוקק חוק אשר יסדיר את פעילות רוב המקצועות ברפואה המשלימה, על פיו יוסדרו הוראות רישוי, דרישות השכלה וניסיון, ייחוד העיסוק, הכרה בתוארים, מומחיות, ועדות היגוי, חובות ואיסורים, כללי אתיקה והליכות, פיקוח רפואי, חובת סודיות, חובת ביטוח אחריות מקצועית, תקופת הכשרה והתמחות, הקמת מוסד אומבודסמן ונציב תלונות הציבור, עבירות משמעת והקמת טריבונלים משמעתיים וכד'. כמוכן יש להטעים את הרפואה המשלימה במסגרת מערכת החוקים הקיימת והתאמה הדדית למצב המשפטי החדש.

ההגנה על שלמות גופו וחיו של המטופל ברפואה המשלימה

מטרת דיני הנזיקין היא לקבוע סטנדרטים של התנהגות ראויה של בעלי מקצוע על מנת למנוע ולהקטין את הסיכון של גרימת נזק לניזוק. ההגנה על שלמות גופו וחיו של הניזוק נעשית

באמצעות עוולת הרשלנות הקבועה בסעי' 36-35 לפקודת הנזיקין [נוסח חדש].

עוולת הרשלנות מתקיימת בהתמלא ארבעה תנאים: קיומה של חובה, הפרתה, יסוד הנזק ושאלת הקשר הסיבתי בין הפרת החובה והנזק. רבים מהמקרים בהם הוכחה רשלנות אין התובע יכול להיפרע פיצויים מאחר ולא הוכח שנגרם לו נזק. הערכת הפיצויים בתביעות רשלנות רפואית נגזרת מתורת הפיצויים ע"פ דיני הנזיקין הכלליים.

אחריותם של המטפלים תיגזר על קריטריונים שנקבעו בדיני הרשלנות שהתגבשו במשך השנים. כך למשל, אם ייגרם למטופל נזק במהלך הטיפול המשלים יוחלו הקריטריונים לסטנדרט התנהגות שנקבעו לגבי רופא כונן²⁵:

"במסגרת חובת האבחון של המחלה, אין רופא יוצא ידי חובתו רק בכך שהוא מסיק את המסקנה הנכונה מן העובדות המובאות לפניו. מוטלת עליו גם החובה לגלות יוזמה ולברר את העובדות לאמיתן. חלק מכישוריו של רופא סביר, הוא לדעת לשאול, לחקור ולברר בדבר קיומן או אי קיומן של תופעות מסוימות. לא אחת, כדי לאבחן כראוי את מצבו של החולה, נדרש הרופא שלא להסתפק במה שרואות עיניו, אלא מוטלת עליו חובה נוספת לחקור, לברר ולעקוב אחרי החולה הנזקק לטיפולו ואחר קורותיו, על מנת לאמת או לשלול ממצאים מסוימים, ממצאים שיש בהם כדי לסייע לאבחון נכון".

על כל מטפל ברפואה משלימה מוטלת חובת זהירות מושגית כלפי מטופלו, ויש להניח שיוחלו לגבי החובות הקבועות בחוק זכויות החולה תשנ"ו-1996 בדבר טיפול רפואי נאות: הפניית הנבדק לטיפול ע"י מומחה בתחום הרלבנטי, הסבר האפשרות למתן חוות דעת נוספת, אזהרת המטופל כי הטיפול נשוא הפניה עלול להזיק, הסבר אודות הסיכויים והסיכונים שבטיפול, קבלת הסכמה מדעת של המטופל והחתמת הנבדק על טופס הסכמה לטיפול חובות רישום ועריכת רשומה²⁶.

הקושי הגדול ברפואה המשלימה הוא מציאת האיזון בתקשורת והחלפת המידע בין הרופאים הקונבנציונליים והמטפלים ברפואה המשלימה, ועומדת השאלה האם יהיה שיתוף פעולה ביניהם כאשר מטרת התקשורת היא ריפוי של המטופל. בארה"ב הורחבה חובת רופא להזהיר אף כלפי צדדים שלישיים, הגם שלא נתקיימו יחסי רופא-חולה בין הצדדים²⁷.

בעניין **Bradshaw v. Daniel** נדון עניינו של התובע (ברדשו), בנה של המנוחה, אשר נפטרה ממחלת טיפוס לא מדבקת המכונה Rocky Mountain Spotted Fever. בעלה של המנוחה שהיה מטופל על ידי הנתבע ד"ר דניאל - נפטר קודם לכן מאותה מחלה. נטען כלפי הרופא כי התרשל בכך כי על אף שלא נתקיימו יחסי רופא-חולה, לא הזהיר את המנוחה בדבר הסיכונים של המחלה וכי חוסר האזהרה הוא שגרם למותה.

הדיון התנהל בשלש ערכאות עד שהגיע לביהמ"ש העליון של מדינת טנסי. בימ"ש זה קבע

שלמרות שלא היו יחסי רופא - חולה בין הצדדים, הרי שניתן לבסס את שאלת האחריות על פי דיני הרשלנות, ולבחון האם חב די"ר דניאל חובת זהירות כלפי המנוחה והאם ניתן היה לצפות את הנזק שייגרם.

באופן עקרוני קבע ביהמ"ש העליון בטנסי בהתבסס על הלכה קודמת, כי רופא חב בחובת זהירות מושגית כלפי צד שלישי, אף שלא התקיימו ביניהם יחסי רופא - חולה. בדחותו את טענת הנתבע כי חובת האזהרה של הרופא לא חלה מקום שלא היה מדובר במחלה מדבקת, קבע ביהמ"ש העליון של טנסי כי היה על רופא סביר לצפות כי בני המשפחה של מטופלו עלולים להיפגע ממעשהו, ולהידבק מהמחלה. התנהגות סבירה הייתה להזהיר את המנוחה כי חוסר טיפול נאות עלול לסכן אותה.

ביהמ"ש ביסס את ההלכה הנ"ל על פסק דין בעניין **Tarasoff v. Regents of University of California** 551 2d 334 (1976) אשר קבע שחובת האזהרה של רופא כלפי צדדים שלישיים אינה מצטמצמת רק לצדדים שלישיים מזוהים כגון בני משפחה, אלא חלה כלפי כל מי שעלול להיפגע מהתנהגותו הרשלנית של הרופא.

באותו מקרה נקבעה אחריותו של פסיכיאטר אשר נמנע מלדווח לרשויות אודות נטיותו הרצחניות של מטופלו. הפסיכיאטר טיפל באדם אשר סיפר לו על כוונותיו לפגוע בחברתו. הרופא נמנע מלהזהיר את החברה על הכוונות של מטופלו, והמטופל מימש את כוונתו ורצח את החברה.

ביהמ"ש העליון של קליפורניה קבע כי לפסיכיאטר קיימת חובת זהירות קונקרטיית כלפי נפגע אלימות מסוים, אף אם המידע שהגיע לידי הפסיכיאטר הוא במסגרת יחסי רופא - חולה. חלק ניכר מהדיון נסב סביב שאלת חסיון המידע המוחלף בין הפסיכיאטר והמטופל. נטען כי זכות חסיון המידע מנעה מהפסיכיאטר מלגלות לצדדים שלישיים אודות כוונותיו האלימות של מטופלו. ביהמ"ש העדיף את זכות הקורבן למידע אפילו במחיר הפרת חובת החסיון.

הלכת **טרסוף** והרחבת חובת הזהירות של הרופא המטפל להזהיר את קורבנות האלימות הפוטנציאליים, קיבלה תשומת לב מיוחדת בעידן האיידס, כאשר הרופא המטפל חב בחובת דווח אודות מטופליו.

הלכת **Bradshaw v. Daniel** מרחיבה את חובת הזהירות של רופא כלפי צדדים שלישיים העלולים להיפגע ממחדלו בכך שלא הזהיר מפני סכנת הדבקות במחלה מדבקת. עם זאת, היא מצמצמת את מעגל הנפגעים כלפיהם חב הרופא חובת זהירות, לבני משפחתם של מטופליו. נציין כי בתי המשפט בארה"ב לא הגבילו את חובת הזהירות של הרופא למעגל מצומצם של צדדים שלישיים קרובים וככל שמדובר במחלות מדבקות נקבע שחובת האזהרה כלפי צדדים שלישיים היא בלתי מוגבלת. ר' **Gamill v. U.S.** (1984) 727 F2d 95.

על היקף חובת מתן ההסבר והאזהרה ניתן ללמוד מנסיבותיו של פסק הדין בת.א. (ת"א) 624/94 רחל ניסני נ' ד"ר נורית ורדינון ואח' (לא פורסם). התובעת רחל ניסני פנתה ביום 28.1.91 לביה"ח איכילוב בבקשה לערוך לה בדיקת דם לגילוי נגיפי אידס. התובעת הייתה מכורה לסמים ומגיל מוקדם החלה לעסוק בזנות כדי לממן את רכישת הסמים. הסיבה לפנייתה הייתה רצונה להתקבל לטיפול גמילה מסמים וכתנאי, נדרשה להמציא את תוצאות הבדיקה, כאמור. הבדיקה העלתה שהתובעת אכן נושאת נגיפי "אידס", אך תוצאות הבדיקה לא נמסרו לתובעת והיא עצמה לא התעניינה בתוצאות הבדיקה, לאחר שחזרה בה מכוונתה לקבל טיפולי גמילה מסמים. התובעת הגישה תביעה לתשלום פיצויי נזיקין על כך שלא הודיעו לה את תוצאות הבדיקה, ובכך למעשה מנעו ממנה את סיכויי ההחלמה. ביהמ"ש בחן את חובת הזהירות של הנתבעים כלפי התובעת בכל הנוגע למסירת תוצאות הבדיקה, גם מההיבט העקרוני שעניינו קיומה או העדרה של חובת זהירות מושגית וגם מההיבט העקרוני של קיומה או העדרה של חובת זהירות קונקרטי. נקבע כי משקיבל ביה"ח איכילוב על עצמו לבצע את הבדיקה לפי בקשתה של התובעת, נטל על עצמו כלפיה את חובת הזהירות המושגית, בכל הכרוך בביצוע הבדיקה. לפיכך, משנמצא כי תוצאות הבדיקה היו חיוביות, והתובעת לא הגיעה לקבל את התוצאות, היה על הרופאה שגילתה את הממצאים וערכה את הבדיקה לדווח על המקרה להנהלת בית החולים, תוך ציון העובדה שמדובר בנרקומנית העוסקת בזנות. נקבע, שזו התנהגות סבירה שהייתה מצופה מהאחראית למעבדה בנסיבות שתוארו לעיל.

בית המשפט קובע, כי בכך שלא דווחה בכלל להנהלת בית החולים על עניין התובעת "לא מיד לאחר שהתובעת לא התייצבה ולא לאחר כישלונה לאתר את התובעת, התרשלה ד"ר ורדינון במילוי תפקידה, שהרי, היא ידעה שנשאית המזריקה סמים, עלולה להדביק אחרים שישתמשו באותו מזרק, היא ידעה שנשאית העוסקת בזנות עלולה להדביק את המקיימים עמה יחסי מין, וידיעותיה אלה מגבירות את חומרת שתירתה ואת מחדלה בכך שלא דווחה על המקרה, בלי להפחית מאומה מהחובה ליידע את התובעת עצמה, כדי שתוכל לפנות לצורכי השגחה ולקבלת טיפול רפואי, הייתה בענייננו חובה לאתר את התובעת מטעמים של מניעת מפגע לציבור".

בית המשפט מוסיף וקובע כי הוכחה גם רשלנות ישירה של משרד הבריאות: בהיות משרד הבריאות ממונה על בריאות הציבור, הוא אחראי לגילוי חולי "אידס", ולמניעת הפצת המחלה. משרד הבריאות חייב היה לנקוט בפעולות, לרבות קביעת הוראות ברורות לאיתור נבדקים שנמצא שהם נשאים. במיוחד חייב היה המשרד לתת הנחיות ברורות למרכזי הבדיקה בארץ, בדבר התנהגות כלפי אלה הנמנים עם קבוצת הסיכון, למסור פרטים שיאפשרו איתור מהיר של הנבדק למקרה שתוצאות הבדיקה יהיו חיוביות.

ביהמ"ש קבע אפוא, כי משרד הבריאות, כאחראי לעריכת בדיקות "אידס", חב קונקרטי כלפי הנבדקים, ליידע אותם במקרה של גילוי חיובי. לפיכך, חייב היה לנקוט מראש אמצעים

למילוי חובתו, ומכאן שמשרד הבריאות התרשל כלפי התובעת, בכך שלא דאג מראש לקביעת נוהלים שיבטיחו את האפשרות ליידע אותה בדבר תוצאות הבדיקה.

מקרים אלה מציגים את הקשיים בהם יעמדו המטפלים ברפואה המשלימה כאשר בקו התפר שבין הטיפול הקונבנציונלי והמשלים עומדת חובת הגילוי והדווח למטופל. חובה זו היא חובה עצמאית ובלתי תלויה ולא תמיד קשורה לטיפול שניתן, במובן זה שהמטפל חב באחריות מקצועית מעבר לטיפול שניתן.

סיכום

כפי שציינו לעיל²⁸, להגדרת הרפואה המשלימה והעמדתה כמקצוע עצמאי מוכר הנמצא בפיקוח של משרד הבריאות, יש השלכות רבות בין היתר בנושא האחריות המקצועית של המטפל ברפואה המשלימה. אנו צופים כי מגמת ההתמקצעות של הרפואה המשלימה וריבוי התחומים ותת התחומים עלולים לעורר מספר קשיים שראוי לתת עליהם את הדעת בקביעת קרטריונים ומדיניות רפואית ומשפטית בעתיד.

עמדנו על האפשרות של גרימת נזק במהלך טיפול משלים. זוהי רק אחת התוצאות של הרפואה המשלימה שניתן למנוע ע"י קביעת קריטריונים וניהול סיכונים בשלב ההתפתחותי של מקצוע הרפואה המשלימה. כך למשל, עוד לפני הטיפול המשלים זכאי הציבור לדעת מיהו המטפל. מה ניסיונו ומהי הכשרתו המקצועית. האם הטיפול המשלים מתאים לו, ומקובל גם על הרופא המטפל במסגרת קופת חולים, או שמא הוא מסכן אותו והרופא המטפל כלל לא מודע לאופן הטיפול. רצוי שהרופאים הקונבנציונליים יעברו השתלמויות אודות הרפואה המשלימה, כך שידעו להתמודד עם חולים שנוזקים לשרותי הרפואה המשלימה, יכירו את חולשות הטיפול הסיכונים של הטיפול והתאמתו לטיפול הרגיל. אחת הסכנות שברפואה המשלימה הוא טיפול ללא אבחנה נכונה של הבעיה הרפואית, וכתוצאה מכך טיפול לא נכון או שאינו מכוון לבעיה. טיפול שיינתן ללא אבחנה מלאה או אבחנה בחסר ייחשב כטיפול רשלני אשר עשוי להקים למטופל זכות תביעה בנויקין אם יוכיח את יסודות עוולת הרשלנות כאמור. לפיכך, מומלץ שכל טיפול משמעותי ברפואה משלימה יהיה בשיתוף פעולה עם הרפואה הקונבנציונלית ובידיעתה.

ההכרה במקצוע הרפואה המשלימה מחייב הערכות והכרה ממסדית. אין די בהכרה חלקית של מספר מקצועות בתחום והסדרתם בחוק, תוך התעלמות מיתר המקצועות והשארתם לכוחות השטח. דרושה בחינה רחבה של הנושא, בדומה לועדה אשר הוקמה מטעם בית הלורדים הבריטי לגיבוש המלצות וקביעת קריטריונים אשר יסדירו את ההכרה והפיקוח על המקצועות השונים ברפואה המשלימה, לצורך ההכרה של מקצוע מסויים מבחינת דרישות ההשכלה והניסיון, מבחני הרישוי, אתיקה מקצועית (כולל סייגים לפירסום), פיקוח בריאותי ודיני משמעת²⁹.

מומלץ לקבוע סטנדרטים מקצועיים בכל תחום ותחום לרבות קביעת נוהלים באשר לצורך להפנות את המטופל לייעוץ או טיפול של בעל מקצוע אחר או לשיתוף פעולה עימו. קביעת האחריות והפיקוח על כל מקצוע ותת מקצוע צריכה להתבצע ע"י משרד הבריאות, לרבות לצורך קביעת כללים ותקנות אתיקה (כולל נציב תלונות הציבור) והן לצורך תקשורת בין האירגון היציג של בעלי המקצוע והציבור. מומלץ לתת לציבור את מלוא המידע הדרוש לו כדי לקבל החלטה מושכלת באיזה מקצוע ואיזה טיפול עליו לבחור, ולמנוע מצב כפי שהוא כיום, כאשר כל אדם יכול לתת כל טיפול כפי יכולת השכנוע שלו תוך חשיפת הציבור למידע מטעה וחוסר יכולת להבחין בין טיפול ראוי ויעיל ובין טיפול שאין בו הפקת תועלת אלא לכיסו של המטפל.

מקורות:

1. לסקירה רחבה בנושא ר' דו"ח הועדה למדע וטכנולוגיה של בית הלורדים הבריטי בנושא "רפואה משלימה ואלטרנטיבית" מיום 21/11/200 באתר האינטרנט www.publications.parliament.uk/pa/id199900/idselect/
2. David M. Eizenberg et al., Unconventional Medicine in the United States: Prevalence, Costs, and Patterns of use, 328 New England J. Med., 246, 246 (1993).
3. David M. Eizenberg et al., Trends in Alternative Medicine Use in the U.S. 1990-1997, 280, JAMA 1569, 1575 (1998).
4. Wilk v. American Med. Ass 719 F.2d 207, 211 (7th Cir, 1983) cert, 467 U.S 1210 (1984)
5. Richard Saltus, Medical Journals Rips Alternative Remedies, Boston Globes, Sept. 17 1998.
6. הועדה המדעית טכנולוגית בבית הלורדים המליצה לחלק את תחומי העיסוק ברפואה המשלימה והאלטרנטיבית ל-3 קבוצות, הראשונה כוללת את הטיפולים המוכרים ע"י הממסד הרפואי והנמצאים תחת פיקוח, בקבוצה השנייה יכללו כל הטיפולים האלטרנטיביים והמשלימים שאינם מוסדרים, ובקבוצה השלישית יכללו כל הטיפולים האחרים.
7. ר' תקנות הביטוח הלאומי (מתן טיפול רפואי לנפגעי עבודה), תשכ"ח-1968.
8. ר' תזכיר הצעת חוק מקצועות בריאות מוסדרים התשס"א-2001, שבו מוצע להכיר בשבעה מקצועות בריאות (גנטיקה קלינית, דיאטטנות תזונאות, כירופרטיקה, מעבדות רפואיות, פודיאטריה, קלינאות תקשורת, רישום מידע רפואי).

9. ר' למשל בשי"פ (ת"א) 8241/98 **ארנון אבני נ' מדינת ישראל** (לא פורסם) שם לפי הנטען בכתב האישום, בתמצית, עסק הנאשם בעסקי נדל"ן וכן בתחום הטיפול הרפואי המשלים המכונה "שיאצו". את העבירות המיוחסות לו ביצע כלפי צעירות שבהן טיפל.

10. משרד הבריאות מעניק תעודות הכרה במעמד במקצועות הבאים: (1) אורטוטיסטיים ופרוטוטיסטיים, (2) גנטיקאיים קליניים, (3) דיאטטיקה, (4) טכנולוגיה רפואית לסוגיה, (5) כירופודיסטיים, (6) כירופרקטיקה, (7) מפעילי מכונות לב ריאה, (8) עובדי מעבדה רפואית, (9) סיעות לרופאי שיניים, (10) פודיאטריה, (11) פיזיותרפיה, (12) קלינאי תקשורת, (13) קרימינולוגיה קלינית, (14) ריפוי ביצירה והבעה, (15) ריפוי בעיסוק, (16) רנטגנאות. ר' תזכיר הצ"ח מקצועות בריאות מוסדרים התשס"א-2001.

11. ר' סעיף 6 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הקובע מהם תחומי הרפואה עליהם חל החוק:

- (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;
- (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 שלהכנסת, להוסיף על התחומים המפורטים בסעיף קטן (א)(1) עד (11); הוספת תחום תפורסם בתוספת הראשונה.

12. בע"א 283/89 **עירית חיפה נ' איה מוסקוביץ** פ"ד מז(2) 718 הכיר בית המשפט העליון בצורך של התובעת לטיפול רפלקסולוגיה. ור' ת.א. (חיפה) 1733/94 **סיבוני רוני נ' דנקנר השקעות בע"מ** תק-מח 99 (1) 90. בת.א. (ת"א) 48/95 **איריס מנדלסון נ' כלל חב' לביטוח בע"מ** תק-מח 97 (2) 3173 הכיר בית המשפט בצורך של הנפגעת מתאונת דרכים בטיפול אפוקנטורה ואף פיצה אותה עבור ההוצאה לטיפול הרפואי, כך גם בת.א. (ת"א) 831/92 **שושנה לחיאני נ' תדיראן**.

13. בתי המשפט דחו במקרים רבים את הצורך של נפגע תאונת דרכים לפיצויים בגין טיפולים אלטרנטיביים. ר' למשל ת.א. (ירושלים) 1050/94 **מתיה חביב נ' אליהו חב' לביטוח בע"מ** תק-מח (1997) 2297 (טיפולי אלכסנדר ורפלקסולוגיה), ת.א. (ירושלים) 239/95 **רונית סופר נ' שמעוני יהושע ואח'** (טיפולי אקופנטורה), ת.א. (ת"א) 40/97 **עינת שינדלר נ' מגדל חב' לביטוח בע"מ ואח' תק** - מח (1)98 2424 (טיפולים הוליסטיים).
14. ע"פ הודעת מנכ"ל משרד הבריאות אשר פורסמה לפי סמכותו בהתאם לסעיף 2 לחוק זכויות החולה התשנ"ו-1996 בילקוט הפירסומים התשנ"ח מיום 8/3/98 בעמ' 2703 הורחבה רשימת המטפלים ע"פ ההגדרה של "מטפל" למקצועות הבאים: אופטומטריה, אורתוטוסיטיקה, אורתוטוסיטיקה-פרותוטוסיטיקה, גנטיקה קלינית, דיאטטיקה, תזונאות, טכנאות הנשמה, טכנאות שיניים, כירופודיסיטיקה, כירופרטיקה, סיוע לרפואת שיניים, פודיאטריה, פיזיותרפיה, קלינאות תיקשורת, קרימינולוגיה קלינית, רוקחות, עוזר רוקח, ריפוי בהבעה ובאומנות, ריפוי בעיסוק ושיננות.
15. סעיף 3 לפקודת הרופאים [נוסח חדש] קובע כי:
- (א) "מי שאינו רופא מורשה לא יעסוק ברפואה ולא יתחזה, במפורש או מכללא, כעוסק ברפואה או כמוכן לעסוק בה.
- (ב) האמור בסעיף זה אינו בא למנוע -
- (1) רופא שיניים מורשה או רוקח בעל רשיון או מי שרשאי לעסוק במיילדות - מעסוק במקצועם לפי הפקודות החלות עליהם;
- (2) אחות או אדם אחר - מסיעוד חולים;
- (3) כל אדם - ממתן עצה או טיפול, באקראי ובלי שכר או גמול, או מעבודה תחת פיקוחו האישי הישיר של רופא מורשה".
16. סעיף 5 לפקודת הרופאים.
17. סעיף 6 לפקודת הרופאים.
18. סעיף 7 לפקודת הרופאים.
19. סעיף 8 לפקודת הרופאים.
20. ר' ת.א. (ירושלים) 227/86 **דוד סימן טוב נ' מנורה חב' לביטוח בע"מ** (לא פורסם) שם נדחתה בקשת התובע להסתמך על חוות דעת של כירופקטור בנימוק שתקנות סדר הדין האזרחי אינן מתירות הגשת חוות דעת על ידי מי שאינו רופא.
21. פ"ד לד (2) 701.
22. תקדין על 2000(2) 709.

23. ר' סעיף 3 לחוק היסוד והפרשנות לסעיף שניתן בבית המשפט העליון בג"ץ 1715/97 **לשכת מנהלי ההשקעות בישראל נ' שר האוצר**, פ"ד נא(4) 367, 383 ואילך). ומחופש העיסוק נגזר גם חופש התחרות, שהוא האנטיתזה למונופולין ושקיומו מהווה תנאי-בלעדיו-אין לקידום אינטרסים חברתיים, משקיים וצרכניים חשובים (ראו: רע"א 89/371 **ליבוביץ נ' א. את י. אליהו בע"מ**, פ"ד מד(2) 309, 327; ע"א 18/86 **מפעלי זכוכית ישראלים פניציה בע"מ נ' לה וריה דה סנט גוביין**, פ"ד מה(3) 224, 232; וע"א 90/347 **סודהגל נ' ספילמן**, פ"ד מז(3) 453, 477. ואילו, מאידך, ניצבת זכותו של המטופל, שגם ההגנה עליו מערבת אינטרסים ציבוריים נכבדים (השווה רע"א 94/5768 **א.ש.י.ר. ייבוא יצור והפצה ואח' נ' פורום אביזרים ומוצרי צריכה בע"מ**, פ"ד נב(4) 289, 472, והאסמכתאות המובאות שם).

24. ר' שנתון הממשלה לשנים תשנ"ז-תשנ"ח, עמ' 139, על ענף ביטוח הרכב, במסגרת אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר: "[ענף ביטוח הרכב] נמצא במהלך בחינה של רמת התחרותיות בו לקביעת רמת הפיקוח המתאימה, כדי לאפשר פעילות בענף ביטוח זה - אגב צמצום מידת הפיקוח הישיר והסתמכות גוברת על בקרת השוק".

25. ר' למשל בע"פ 89/116 **אנדל נ' מדינת ישראל**, פ"ד מה (5) 276

ע"א 90/3425 **פינסטרבוש נ' שר הבריאות**, פ"ד מו (1) 321

26. ע"א 82/58 **קנטור נ' מוסייב פ"ד** לט (3) 253;

ע"א 91/5461 **עזבון המנוח עבד אל קאדר נ' קופת חולים הכללית** תק-על 96 (2) 263;

ע"א 95/935 **משה רביד (קטינה) נ' קליפורד דניס** תק-על 98 (3) 644

ת.א. (חיפה) 92/1124 **אורן סלמן נ' קופת חולים הכללית** ת-מח 97(1) 712;

ע"א 98/423 **וינראוב שלו נ' ד"ר אטד ואח' תק-על 98 (2) 496;**

ע"א 96/7003 **פנירי כוכבה נ' מרכז רפואי שע"צ** תק-על 98 (2) 447;

ע"א 96/3709 **קופת חולים נ' פלד** תק-על 98 (3) 172;

27. **Bradshaw v. Daniel** (1993) S W 2d 854

28. ר' לעיל בפרק שדן בהגדרת הרפואה המשלימה והאלטרנטיבית.

29. ר' תזכיר הצעת חוק מקצועות בריאות מוסדרים התשס"א-2001, שבו מוצע להכיר בשבעה מקצועות בריאות (גנטיקה קלינית, דיאטטנות תזונאות, כירופריטיקה, מעבדנות רפואית, פודיאטריה, קלינאות תקשורת, רישום מידע רפואי).