

בג"ץ 9327-16
בג"ץ 7470/16

בבית המשפט העליון
בשבתו כבית משפט גבוה לצדק

1. אלזיר
2. צביח
3. אלרג'בי
4. אמרזיאן
5. חוז
6. סלאק
7. אלגעברי
8. אבו עודה
9. המוקד להגנת הפרט מיסודה של ד"ר לוטה זלצברגר
על ידי ב"כ עוה"ד עביר ג'ובראן דכוור ואח' מהמוקד להגנת הפרט
מיסודה של ד"ר לוטה זלצברגר
טלפון: 02-6283555; פקס': 02-6276317

ה ע ו ת ר י ס ב בג"ץ
9327/16

1. שויכי
2. שויכי
3. אבו סנינה
4. אבו סנינה
5. אלג'ואד
6. אלג'ואד
7. סלאמה
8. דיכ
9. גאנס
10. גנים
11. גנים

על ידי ב"כ עוה"ד נסראת דכוור
מאגודת "סנט איב" המרכז הקתולי לזכויות אדם
ת.ד. 1244, ירושלים 91000
טלפון: 02-2747603; פקס': 02-2751026

ה ע ו ת ר י ס ב בג"ץ
7470/16

נ ג ד

1. שר הבריאות
2. שר האוצר
3. שר הרווחה והשירותים החברתיים
על ידי פרקליטות המדינה,
משרד המשפטים, ירושלים
טלפון: 02-64666701; פקס': 02-6467011
4. שירותי בריאות כללית
ע"י משרד ליפא מאיר ושות', עורכי דין
מרחוב ויצמן 2 (בית אמות השקעות), תל אביב
טלפון: 03-6070600; פקס: 03-6070666
5. מכבי שירותי בריאות
ע"י משרד ש. הורוביץ ושות', עורכי דין
מרחוב אחד העם 31, תל אביב

טלפון : 03-5670700 פקס : 03-5660974

6. קופת חולים לאומית

ע"י משרד נשיץ, ברנדס, אמיר ושות', עורכי דין
מרחוב תובל 5, תל אביב

טלפון : 03-6235000 פקס : 03-6235005

7. קופת חולים מאוחדת

ע"י עו"ד דן גיורא ואח'

מרחוב החילוון 5, רמת גן

טלפון : 03-5618618 פקס : 03-5628050

ה מ ש י ב י ס ב ב ג " צ
9327/16

1. שר הבריאות

2. שר הרווחה והשירותים החברתיים

3. שר האוצר

4. שר הפנים

על ידי פרקליטות המדינה,

משרד המשפטים, ירושלים

טלפון : 02-64666701 ; פקס : 02-6467011

5. שירותי בריאות כללית

ע"י משרד ליפא מאיר ושות', עורכי דין
מרחוב ויצמן 2 (בית אמות השקעות), תל אביב

טלפון : 03-6070600 פקס : 03-6070666

6. מכבי שירותי בריאות

ע"י משרד ש. הורוביץ ושות', עורכי דין
מרחוב אחד העם 31, תל אביב

טלפון : 03-5670700 פקס : 03-5660974

7. קופת חולים מאוחדת

ע"י עו"ד דן גיורא ואח'

מרחוב החילוון 5, רמת גן

טלפון : 03-5618618 פקס : 03-5628050

8. קופת חולים לאומית

ע"י משרד נשיץ, ברנדס, אמיר ושות', עורכי דין
מרחוב תובל 5, תל אביב

טלפון : 03-6235000 פקס : 03-6235005

ה מ ש י ב י ס ב ב ג " צ
7470/16

תגובה מטעם המשיבים 1-4

בהתאם להחלטות בית המשפט הנכבד, המדינה מתכבדים משיבי המדינה, המשיבים 1-4 (להלן: "המשיבים") להגיש תגובתם לעתירות שבכותרת.

עמדת המשיבים הינה כי דין העתירות להידחות על הסף ולגופן, כפי שיפורט להלן בהרחבה.

א. פתח דבר

1. עניינן של העתירות בתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (רישום בקופת חולים, זכויות וחובות של מקבלי היתר שהיה לפי חוק האזרחות והכניסה לישראל (הוראת שעה התשס"ג-2003), התשע"ו-2016 (להלן: "התקנות"), אשר נכנסו לתוקף בתאריך 1.8.16.
2. במסגרת העתירה בבג"ץ 9327/16 מבקשים העותרים כי בית המשפט הנכבד יורה כי התקנות לא יחולו על קבוצה מסוימת של בעלי היתרי שהייה בישראל לפי חוק האזרחות והכניסה לישראל (הוראת שעה), התשס"ג - 2003 (להלן: "הוראת השעה"), אשר לגביהם התקבלה החלטת שר הפנים, כי בכפוף לבדיקות הנדרשות על פי הוראות הדין ונהלי משרד הפנים, ישודרג מעמדם לתושבים ארעיים בישראל. בנוסף מבקשים העותרים כי בית המשפט הנכבד יורה כי החובות הקבועות בתקנות (חובת תשלום ורישום לקופת חולים) לא יחולו על חברי קבוצה זו, וכי, לגבי אלו מבין הקבוצה אשר שודרג מעמדם או שמעמדם עתיד להיות משודרג בתקופה הקרובה, בית המשפט הנכבד יורה על ביטול הרישום שלהם לקופות החולים לפי התקנות ועל החזר של כל תשלום ששולם על ידם לפי התקנות.
3. יצוין כבר עתה, כי לפני משורת הדין, הוחלט ביחס לחברי האוכלוסייה נשוא בג"ץ 9327/16 אשר נהנו לתקופה קצרה משירותי ביטוח בריאות ממלכתיים לפי התקנות עד לשדרוג מעמדם, כי יינתן להם החזר/פטור יחסי מחובת התשלום לפי התקנות, בהתאם למשך הזמן בו היו מבוטחים כמפורט להלן.
4. במסגרת העתירה בבג"ץ 7470/16 מבקשים העותרים כי בית המשפט הנכבד יורה על ביטול השוני הקיים בתקנות ביחס לגובה התשלום ותקופת האכשרה בין בעלי היתר שהייה בישראל שהם בני זוג של תושבי קבע, לכאלו שהם בני זוג של אזרחים, כך שגובה התשלום ותקופת האכשרה החלה על בני זוג של תושבי קבע יהיו זהים לאלו של בני זוג של אזרחים.
5. עמדת המשיבים כי דין העתירות להידחות.
6. תחילה יצוין כי עניינן של התקנות נשוא העתירות עמד במרכזן של שלוש עתירות שנדונו במאוחד במסגרת העתירות בבג"ץ 2649/09, בג"ץ 2714/14 ובג"ץ 2987/14, **האגודה לזכויות האזרח בישראל ואח' נ' שר הבריאות ואח' (פורסם בנבו) (להלן: "העתירות הקודמות")**. בתום דיון נרחב בעתירות הקודמות, ולאחר שהתקנות על פי תוקפן אז הוקפאו ולא הופעלו עקב קיומו של ההליך המשפטי, החליט בית המשפט הנכבד שלא להתערב בתקנות והורה על מחיקת העתירות, זאת על מנת לאפשר את הפעלתן של התקנות, תוך שנקבע כי ניתן יהיה לבחון את **אופן יישומן** בתום שנה ממועד כניסתן לתוקף, ומידי שנה בשנה על פי הנדרש.

7. בהמשך לאמור נכנסו התקנות לתוקף, ביום 1.8.2016. משכך, בהתאם לפסק דינו של בית המשפט הנכבד בעתירות הקודמות, ולנוכח העובדה שעסקינן בתקנות שהינן בתוקף תקופה קצרה של כשבעה חודשים בלבד, **המשיבים יטענו טרם הבשילה העת לדון בעתירות שעניינן תקיפת התקנות, ודינן להידחות על הסף.**
8. לזאת נוסיף, כי במסגרת פסק דינו בעתירות הקודמות, בית המשפט הנכבד קבע שהאפשרות לבדוק את התקנות בתום שנה ממועד הפעלתן, תתייחס **לאופן יישומן**, ולא להוראות העקרוניות אשר נקבעו במסגרתן. בכך למעשה אישר בית המשפט הנכבד את סבירותן של התקנות, שעה שלא ראה לנכון להתערב בהוראות שביסודן, הגם שהתבקש לעשות כן. יובהר כי התקנות שבתוקף זהות בעיקרן לתקנות שעמדו לבחינת בית המשפט הנכבד במסגרת העתירות הקודמות. משכך, ובשים לב לכך שהעתירות במהותן אינן מעלות השגות הנוגעות לאופן יישומן של התקנות, אלא נוגעות לטענות ביחס לתחולתן וההוראות שנקבעו בהן, דין העתירות להידחות על הסף גם מטעם זה.
9. לגופה של העתירה יטענו המשיבים כי התקנות הן פרי דיונים מקיפים של ועדה בינמשרדית ייעודית שהוקמה (להלן גם: "**הוועדה**"), בין היתר, לשם בחינת האפשרות לעשות שימוש ראשוני מסוגו בסעיף 56(א)(1)(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, (להלן: "**חוק ביטוח בריאות**"), וזאת על מנת לתת מענה ייחודי לאוכלוסיית בעלי היתרי השהייה בישראל מכוח איחוד משפחות לפי הוראת השעה.
10. כפי שהוסבר במסגרת העתירות הקודמות, התקנות חוללו שינוי משמעותי ודרמטי בהיבט הרפואי מבחינת האוכלוסייה עליה הן חלות, זאת בכך שבעקבות התקנות, אוכלוסייה זאת זכאית **לראשונה** לקבלת טיפול רפואי בהיקף דומה לזה הניתן לתושבי ישראל, תוך שההסדר הגלום ביסודן של התקנות (עליו נעמוד בהמשך), מנסה למצוא את נקודת האיזון בין האינטרסים הרלוונטיים השונים, וביניהם: הצורך לתת מענה הולם וראוי ברמה הרפואית והבריאותית לאוכלוסייה עליה התקנות חלות, בחינת ההיבטים הכלכליים הנובעים מהסדר מעין זה, וכן צמצום התמריץ להגירה רפואית.
11. בהתאם לכך, המשיבים יטענו כי התקנות נושא העתירות משקפות מדיניות חברתית-כלכלית, אשר נקבעה לאחר שקילת כלל השיקולים הרלוונטיים, ומציאת איזון עדין ביניהם בשים לב למורכבות הסוגיה. **על כן, המשיבים יטענו כי כל בחינה של התקנות, לרבות בחינה של הסדרים נקודתיים הכלולים בהן, צריכה להיעשות במשורה, בראייה כוללת של ההסדר ובשים לב למורכבותה של הסוגיה.**
12. המשיבים יטענו להלן כי התקנות אשר אושרו על ידם מצויות במתחם הסבירות והמידתיות, ואין בעתירות כל טעם המצדיק התערבות שיפוטית של בית המשפט הנכבד. על כן, דין העתירות להידחות גם בהיעדר עילה.

13. להלן נבקש להציג את מלוא הרקע הרלוונטי הנדרש לענייננו. לאחר מכן תובא עמדת המדינה, תוך מתן התייחסות לכל אחת מהעתירות שבכותרת.

ב. הרקע הנדרש

ב.1. הרקע להתקנת התקנות

14. כאמור לעיל, התקנות נשוא העתירה הותקנו מכוח סעיף 56(א)(1)(ד) לחוק ביטוח בריאות. סעיף 56 לחוק שכותרתו "הסדרים מיוחדים" קובע, בין השאר, כי:

"56. (א) שר הבריאות רשאי לקבוע הסדרים מיוחדים

-

(1) בדבר רישום בקופת החולים ודרך מתן שירותי הבריאות -

.....

(ד) למי שנמצא בישראל ואינו מבטוח לפי חוק זה **בהיקף ובתנאים שיקבע**;

.....

(ב) הסדרים לפי סעיף קטן (א) פסקה (1)(א), (ג) ו-(ד) ופסקאות (2) ו-(3) ייקבעו באישור שר העבודה והרווחה; הסדרים לפי סעיף קטן (א)(1)(ד) ייקבעו גם באישור שר האוצר."

(ההדגשות מכאן ולהבא אינן במקור, אלא אם צוין אחרת – הח"מ).

15. סעיף 57 לחוק ביטוח בריאות שכותרתו "פטורים ושיעורים מיוחדים" קובע כי "שר הבריאות ושר האוצר, באישור שר העבודה והרווחה, רשאים לקבוע שיעור דמי ביטוח בריאות מיוחדים ופטורים וכן דרכי גביה למנויים בסעיף 56(א)(1)".

16. נוסף, כי בסוף שנת 2002 חוקק סעיף 2א לחוק הביטוח הלאומי, תשנ"ה-1995 (להלן: "חוק הביטוח הלאומי"), הקובע מי אינו "תושב" לצורך חוק זה. חוק ביטוח בריאות מפנה גם להגדרת התושבות כפי שהיא נקבעת לעניין חוק הביטוח הלאומי וממילא, מאמץ גם את הוראות סעיף 2א שבו לעניין השאלה מי אינו "תושב".

17. בהתאם לאמור לעיל, מכוח הוראת השעה, אשר חלה על "תושבי אזור" המבקשים להיכנס לישראל, הוראה שתכליתה ביטחונית, ככלל, האוכלוסייה עליה חלה הוראת

השעה, ואשר יכולה לקבל היתר שהיה בישראל, למטרת "איחוד משפחות" אינה זכאית לקבל בתקופת תוקפה של הוראת השעה רישיון ישיבה בישראל.

18. אוכלוסייה זו, על פי חוק הביטוח הלאומי, אינה נכללת בהגדרת "תושב" ולכן, **עד התקנת התקנות, מנגנון ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק ביטוח הבריאות, לא חל עליה.**

19. במרוצת השנים החלו להצטבר פניות מצד קבוצות שונות של נתינים זרים שוהים בישראל כדין, לפי אשרות או היתרים קצובים בזמן, אשר אינם בגדר הגדרת "תושב" כמפורט לעיל, ואשר בקשו את הפעלת הסמכות הנתונה לשר הרווחה ולשר האוצר לפי סעיפים 56, 57 לחוק ביטוח בריאות ולפי סעיף 378 לחוק הביטוח הלאומי (ביחס לזכויות סוציאליות).

20. בראשית שנת 2009 ובין היתר, כמענה לעתירות הקודמות, הוקמה על ידי שרי הבריאות והרווחה, ועדה בינמשרדית, אשר תפקידה היה לבחון אם וכיצד יש לעשות שימוש בסמכויות הרשות להתקין תקנות למי שאינם בגדר הגדרת "תושב", לצורך החקיקה הרלבנטית.

21. הוועדה התבקשה להביע דעתה "אם יש מקום לקבוע - בתקנות מכוח סעיף 378 לחוק הביטוח הלאומי ו/או מכוח סעיף 56 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - זכויות כמו גם חובות על פי חוקים אלה למי שאינם תושבי ישראל, לאילו אוכלוסיות של מי שאינם תושבים ובאיזה היקף, והאם הענקת הזכויות תהיה מותנית בתשלום, ואם כן, באיזה שיעור. הצוות ישקול בהמלצותיו השלכות תקציביות ואחרות".

22. בבג"ץ 2649/09, אחת מן העתירות הקודמות, נתבקשה המדינה לגבש הסדר מכוח סעיף 56 לחוק ביטוח בריאות ביחס לאוכלוסייה הנמצאת בישראל מכוח איחוד משפחות ושעליה חלה הוראת השעה. לימים, לאחר התקנת התקנות, תוקנה העתירה כך שתקפה את התקנות עצמן, ואליה נוספו שתי עתירות נוספות מטעם קופות החולים, אשר גם הן הופנו כנגד התקנות, והן העתירות הקודמות הנ"ל.

23. בראש הוועדה שהקימו אז שרי הבריאות והרווחה עמדו בשעתו ד"ר טוביה חורב, ששימש בזמנו כסמנכ"ל לכלכלה וביטוח בריאות במשרד הבריאות, ומר יגאל ברזני, סמנכ"ל מינהל הביטוח והגבייה במוסד לביטוח לאומי. בוועדה היו בנוסף חברים נציגי משרד הבריאות, משרד האוצר, משרד הפנים, המוסד לביטוח לאומי, משרד הרווחה ומשרד המשפטים.

2.ב. המלצות הוועדה הבינמשרדית

24. בעבודתה, החלה הוועדה הבינמשרדית תחילה במיפוי תמונת המצב הקיימת הן בתחום שירותי הבריאות ומימונם והן בתחום הביטוח הסוציאלי, זאת באופן כללי, בכלל, וביחס לאוכלוסייה נושא העתירות שבכותרת - בפרט.
25. הוועדה סקרה את המצב הקיים בתחום שירותי הבריאות, וציינה כי על כלל השוהים במדינת ישראל חל חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996, אשר בהתאם לסעיף 3(ב) שלו "במצב חירום רפואי זכאי אדם לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התניה". ככל שמדובר באוכלוסייה רבת הפנים של אזרחים זרים העובדים בישראל, הרי שעל עובדים כאמור חל צו עובדים זרים (איסור העסקה שלא כדין והבטחת תנאים הוגנים)(סל שירותי בריאות לעובד), תשס"א - 2001.
26. במסגרת גיבוש המלצותיה, יצאה מנקודת הוועדה ההנחה כי עם חקיקתו של חוק ביטוח בריאות, קיבלה על עצמה המדינה אחריות מקיפה כלפי **תושביה בלבד**, ואת הדאגה לבריאותם.
27. יובהר כבר עתה, כי חוק ביטוח בריאות מגדיר **חובות לצד זכויות** וקובע בין היתר, מספר עקרונות כדלקמן - כל "תושב" כהגדרתו שם, זכאי לביטוח רפואי, בהיקף שהגדיר החוק, ללא תלות במצבו הרפואי; המבוטח יכול לבחור לעצמו את ה"מבטח" הציבורי (אחת מקופות החולים) באמצעותו יממש את הזכות לקבלת שירותי הבריאות, בעת הצורך; הוא לא נדרש לשלם על שירותי הבריאות שהוגדרו, מעבר לסכומים או עקרונות תשלום שנקבעו בחוק או מכוחו.
28. המימון של הפרט בגין שירותי הבריאות מתבסס על שני סוגי תשלומים במימון הפרט - מיסים יעודיים והשתתפות עצמית, זאת לצד מקורות מימון נוספים המפורטים בסעיף 13 לחוק ביטוח בריאות.
- התשלומים במימון הפרט כוללים מיסים ייעודיים (דמי ביטוח בריאות), שהמוסד לביטוח לאומי גובה תוך מתן ביטוי לרמת ההכנסה של הפרט הנושא בתשלום, וזאת בשיעורים משתנים לפי שתי מדרגות שכר, ובסכום מינימום לגבי אוכלוסייה חסרת הכנסה (למעט פטורים מוגבלים). מעבר לכך, ההכנסה המובאת בחשבון לצורך חישוב החבות בדמי ביטוח בריאות מוגבלת אף היא בתקרה.
29. יצוין כי תשלומים מסוג זה (מיסים ייעודיים) מוטלים על כלל החייבים בהם לפי החוק וזאת ללא קשר לצריכת שירותי הבריאות. כמו כן, הזכות לקבלת שירותי בריאות שהוגדרו בחוק ביטוח בריאות, אינה מותנית בתשלום דמי ביטוח הבריאות.
30. הסוג השני של מימון הפרט בגין שירותי הבריאות, הוא תשלומי השתתפות עצמית בעת קבלת השירות. כאן התשלום אינו קשור ככלל להכנסה של הפרט (למעט הנחות או

פטורים הניתנים חלקית למקבלי קצבאות שונים, על פי רוב קשישים), והוא מוטל רק על צרכני השירות בפועל.

יובהר כי המדינה קיבלה על עצמה להשלים את מקורות המימון המצוינים לעיל - דמי ביטוח בריאות וההכנסה הנורמטיבית בהשתתפויות עצמיות, והיא מעבירה לסל שירותי הבריאות כ-22 מיליארד ש"ח נוספים, שמקורם מתקציב המדינה.

31. בהמשך לכלל של אחריות המדינה כלפי תושביה בלבד, מכוח חוק ביטוח בריאות ומנגנוני התשלום והגביה במסגרתו, נקבעה בסעיפים 56 ו-57 לחוק, הסמכה המאפשרת לקבוע בתקנות הסדרים לעניין החלת זכויות וחובות מכוח החוק **גם על מי שאינם תושבים**.

הואיל ומדובר בחריג ולא בכלל, וכדי שלא לפרוץ את העיקרון שנקבע בחוק - הוסכם על ידי חברי הוועדה כי יש לעשות בסמכות זו שימוש מוגבל זהיר, ולא להפכו למסלול "עוקף תושבות".

32. חברי הוועדה שקלו דרכים למפות את השיקולים הנוגעים לשאלת הצדקת התערבות המדינה בדרך של הסדרת נושא הביטוח הרפואי, קביעת נותן השירות, היקפו של השירות או סל השירותים הרפואיים, אופן הנגשתם וכן ביחס לתנאים למתן השירות, תקופות המתנה ואכשרה ועוד.

33. חברי הוועדה העלו מספר שיקולים שהסתמנו ככאלה הראויים לעמוד בבסיס הדיון באשר למענה הולם לגבי כל אחת מקבוצות האוכלוסייה אשר מופו - שיקולים הצריכים לשמש כבסיס להמלצת הוועדה. ואלה השיקולים שנמנו:

א. שיקולים להסדרה בידי המדינה - ביניהם מאפייני הפרט/קבוצת האוכלוסייה - חוקיות השהייה בישראל; זיקה נמשכת לישראל/למדינת המקור ואופק שהיה משמעותי בישראל ובכלל זה, האם נקודת הכובד של הזיקה - מייצגת בעיקרה קשר פוזיטיבי לישראל או היעדר קשר פוזיטיבי או ניתוק ממדינת המוצא; מחויבות לפי אמנות או מוסכמות בינלאומיות, או אחריות למצב דברים שגרם לצורך הרפואי או לשהות בישראל; קיומן של אלטרנטיבות סבירות מחוץ לישראל (לרבות במדינות המוצא).

ב. השפעות רחב מערכתיות - עלות ציבורית - התחשבות במגבלות התקציב הציבורי. גורמים העלולים בעתיד להשפיע על העלות הנוכחית; השפעה על בריאות הציבור.

ג. מניעת של תמריצים לניצול לא ראוי של מערכת הבריאות הציבורית בישראל - קרי, הגירה רפואית.

ד. המענה הניתן כיום - הערכת המענה הניתן כיום והערכת הסיכוי להשגת פתרון מספק, אחיד ורציף לסוגיית הביטוח הרפואי באמצעות מנגנוני השוק הרגילים הקיימים בישראל,

ללא התערבות המדינה, או בהתערבות מוגבלת. בכלל זה התייחסות לאופי האסדרה, מימון והיקף הכיסוי הביטוחי.

ה. חובות הפרט המבוטח - השתתפות המדינה בהסדרת ביטוח סוציאלי מכל סוג שהוא, כרוכה לא רק בשאלת הגדרת הזכויות של המבוטח, אלא גם בחובותיו כלפי המדינה.

34. לאחר שהוועדה השלימה את גיבוש מגוון השיקולים המנחים, כאמור לעיל, היא פנתה לבחון את עניינם של **בעלי היתרי שהייה בישראל מכוח איחוד משפחות לפי הוראת השעה**. ביחס לאוכלוסייה זו, נדרשה הוועדה לניתוח החלופות הקיימות מחוץ לישראל ובתוך ישראל. הוועדה סברה בסופו של יום כי יש מקום למעורבות המדינה באמצעות הסדרת אספקת שירותי בריאות לקבוצה זו.

35. לאחר שקילת מכלול שיקולים אלה ביחס לאוכלוסייה הנזכרת, התגבשה הסכמה בין רוב חברי הוועדה לפיה, היא נכון להמליץ לשרים להתקין תקנות, שיאפשרו לספק לקבוצת האוכלוסייה המדוברת שירותי בריאות באמצעות קופת חולים בהם מבוטחים יתר בני המשפחה שהינם תושבי ישראל בהתאם ובכפוף לתשלום "דמי בריאות מיוחדים", כמינוחם, ובהתאם להסמכה המפורשת בסעיף 57 לחוק ביטוח בריאות, כאשר שיעורי התשלום ייקבעו בתקנות ובהשתתפויות עצמיות דומות לאלה המקובלות לגבי מרבית המבוטחים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כפי שיפורט. "דמי ביטוח בריאות מיוחדים" ישולמו על ידי המובטח וייגבו על ידי קופות החולים ולכן הם שונים ומובחנים מדמי ביטוח בריאות אשר נגבים בהתאם לסעיף 14 לחוק ביטוח בריאות.

המלצת הוועדה בתחום שירותי הבריאות הייתה כי סל השירותים לו יהיה זכאי המבוטח ממועד תום תקופת המתנה ואילך יהיה - סל השירותים והתרופות, הניתן בישראל, לו זכאים המבוטחים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לרבות העדכוניים שיתבצעו בו, מעת לעת.

36. כמו כן המליצה הוועדה להגדיר 'תקופת אכשרה' שמשכה יהיה כדלהלן: לגבי מי שנישא **לאזרח** ישראל, 6 חודשים ממועד קבלת ההיתר לשהייה כדין בישראל לראשונה, ולגבי מי שנישא **לתושב** ישראל - 27 חודשים. במהלך תקופת האכשרה ישולמו דמי ביטוח בריאות מיוחדים ששיעורם ייקבע בתקנות, אך המבוטח לא יהיה זכאי עדיין לקבל את שירותי הבריאות שבסל.

37. יובהר כבר עתה כי השוני בתקופות לבין מי שנישא **לאזרח** ישראל לבין מי שנישא **לתושב** ישראל, עניין המצוי בלב העתירה בהליך 7470/16 שבכותרות, איננו שרירותי. קביעה זו משקפת את ההבדלים בתקופות המתנה לקבלת אשרת תושב ארעי בישראל (אשרת א-5), שלאחריה ככלל ניתן להיכלל בהסדר הקבוע ביסוד חוק ביטוח בריאות. כלומר, ככלל, בהיעדר מניעה, מי שנישא לאזרח ישראל, יקבל לאחר תקופה של 6 חודשים, בכפוף

לבדיקות ולאישור משרד הפנים, אשרת תושב ארעי, ומי שנישא לתושב ישראל. לאחר תקופה של 27 חודשים.

38. מעבר לכך שתקופת האכשרה אשר עליה הומלץ על ידי חברי הוועדה ביחס לבני זוגם הנשואים של אזרחי ישראל ובני זוגם הנשואים של תושבי ישראל, נועדה לשקף את ההבדלים המובנים ביניהם בתקופת ההמתנה לקבלת מעמד של תושב ארעי בישראל אשר **רק לאחר קבלתו** ניתן ליהנות מההסדר הקבוע בחוק כאמור; הדבר נועד גם לתת ביטוי בהבדל הקיים לטיב הזיקה לישראל, וזאת בשים לב למכלול השיקולים שהובאו לעיל.

39. בנוסף לתקופות הנ"ל הומלץ כי תוגדר תקופה נוספת של חצי שנה להמתנה לזכאות במהלכה ישולמו דמי ביטוח הבריאות ששיעורם ייקבע בתקנות ולא תינתן לשוהה כדין זכות לקבלת שירותים רפואיים אלא בסוף התקופה. אם השתכללה זכותו של השוהה למימוש אופרטיבי של רישומו בקופה ולקבלת שירותים במסגרתה (דהיינו - לא נשלל ממנו היתר שהיה בישראל) - הוא יוכל לקבל החזר רטרואקטיבי על שירותים שרכש במהלך תקופת חצי השנה האמורה. ממועד סיום כלל תקופות ההמתנה ואילך (המקבילה בהתאמה לתקופות הנוהגות היום במהלך ההליך המדורג לבני זוג עליהם לא חלה הוראת השעה) יהא זכאי מי שנמנה על הסדר זה למלוא סל השירותים והתרופות וזאת מבלי שיתקיים לגביו כל סייג בגין מצב בריאות שהתקיים בו טרם כניסתו לישראל, אך - בכפוף לכך ששולמו על ידו מלוא דמי ביטוח הבריאות שנקבעו ביחס לתקופה שנקבעה. יובהר, כי תשלום חודשי סדיר של דמי הביטוח מיום כניסת הביטוח לתוקפו ותשלומי ההשתתפות העצמית יהוו תנאי לקבלת השירות.

להשלמת התמונה נעיר בהקשר דומה, כי גם תושב חוזר, השב להתגורר בישראל, מחויב בתקופת המתנה של עד שישה חודשים בטרם יהיה זכאי לקבלת שירותים רפואיים לפי חוק ביטוח בריאות, אולם באפשרותו לפדות את תקופת ההמתנה על ידי תשלום מיוחד בסך של 11,190 ₪.

40. לעניין גובה דמי הבריאות המיוחדים המליצה הוועדה כי זה יעמוד על סך של 285 ₪. סכום זה נקבע, כפי שעולה מהערה 23 לדו"ח הוועדה, בהתבסס "על תחשיב המביא בחשבון ממוצע משוקלל של דמי ביטוח בריאות המשולמים על ידי עובדים המשתכרים שכר מינימום לבין אלה שהכנסתם בגובה השכר הממוצע במשק, בהתאם לכללים שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי (מחירי 2011)".

העתק מהמלצת רוב חברי הוועדה מצורף ומסומן מש/1.

41. כפי שלעיל פורט, המלצות אלו בתחום הביטוח הרפואי הינו משמעותיות וביצעו מהפך של ממש במעמדה של אוכלוסיית בעלי היתרי שהייה לפי הוראת השעה בהיבט הרפואי. בעוד שבעבר חלו על האוכלוסייה דנן ההסדרים הכלליים החלים על כלל

הנתינים הזרים הנמצאים בשטחה של המדינה, כשהסדרים אלה מעצם טיבם היו מוגבלים בהיקפם (טיפול חירום), כעת בהיבט ביטוח הבריאות, ובעיקר, הסדרתו הציבורית והנגשתו, המלצות הוועדה יצרו שינוי דרמטי. בהתאם להמלצות הוועדה, אוכלוסייה זו, בתמורה לתשלום דמי ביטוח בריאות ששיעורם הולם וסביר, תהא זכאית למכלול השירותים הניתנים בישראל לאזרחי הארץ ותושביה, וזאת, ללא סייג של מצב רפואי קודם. בנוסף, בזכות הסדר מוצע זה, כל בני המשפחה עתידים להיות מבוטחים באותה קופת חולים, כשביטוח תחת קורת גג אחת מהווה יתרון עבור היחידה המשפחתית בכללותה.

42. **לסיכום, עמדת הוועדה הייתה כי התוצאה המתקבלת מצירוף המצב המשפטי הקיים בתחום גמלאות הביטוח הלאומי והמלצותיה בתחום הבריאות, מהווה מענה שהוא מתקדם וראוי ביותר לאוכלוסיית בעלי היתרי השחייה באיחוד משפחות שחלה עליהם הוראה השעה. המשיבים יטענו להלן כי את ההסדר שגובש יש לבחון כמכלול וכמקשה אחת ולא לבדוד כל אחד ממרכיביו כשהוא לעצמו, כפי שנעשה בעתירות.**

המשיבים יטענו להלן, כי בראייה כוללת הלוקחת בחשבון את היקף ההסדרה הכולל, את המשקל היחסי והסגולי של התחומים בהם עסקה הוועדה, כל אחד מהם בהתחשב במשקלו היחסי (ובשים לב לחשיבות המרכזית של תחום הבריאות גם בהשוואה לתחומים אחרים); את היקף בני הקבוצה העשויים להיזקק להסדרה בתחום זה או אחר ובטווחי זמן הנראים לעין; על השינויים הצפויים בתחום זה או אחר - בהקשר לאוכלוסייה זו ודומות לה, והמחייבים זהירות נוספת ביצירת חריגים לעקרון התשובות; הרי שהמסקנה המתקבלת היא כי התמהיל הכולל אליו מובילות המלצות הוועדה בהקשר לאוכלוסייה הנידונה הוא תמהיל מקיף מאוד, סביר, ראוי ומידתי.

43. למען שלמות התמונה נציין, כי עמדתם של שניים מחברי הוועדה הייתה שונה, כשהמחלוקת הייתה לעניין תוכן המדיניות הראויה ולא לעניין המתחייב מהדין. עמדת שני חברי הוועדה מהווה, מהנימוקים המפורטים בה, הסתייגות מההמלצות האמורות.

44. במישור ביטוח הבריאות הצטרפו שני חברי דעת המיעוט להמלצות הוועדה וזאת מן הטעם שהם ראו בהסדר שגובש שיפור משמעותי בתחום זה שחשיבותו ברורה. הם הדגישו כי מובן מאליו שתומכים הם בהטלת חובת תשלום דמי ביטוח בריאות על בן הזוג בעל היתר המת"ק. יחד עם זאת, הסתייגותם נגעה לגובה התשלום וחובת התשלום גם בתקופת האכשרה הבסיסית.

העתק מדעת המיעוט מצורף ומסומן מש/2.

3.3. התקנות וההסדר הגלום בהן

45. במסגרת התקנות אומצה המלצת הרוב של הוועדה הבינמשרדית. ההסדר הגלום בתקנות, בתמצית, בקש למצוא את נקודת שיווי המשקל בין האינטרסים הרלבנטיים, כמפורט להלן.

46. מתן מענה הולם וראוי לצרכי הבריאות של האוכלוסייה עליה חלות התקנות, בהתחשב בכך שעסקינו בתא משפחתי ישראלי - שיקול זה בא לידי ביטוי במספר היבטים מרכזיים הנוגעים להיקף הזכאות :

ראשית, מכוח ההסדר תהא זכאית האוכלוסייה עליה הוא חל לקבלת טיפול רפואי בהיקף זהה לזה הניתן לתושבי ישראל כמוגדר בחוק ביטוח לאומי ובחוק ביטוח בריאות. משמע, האוכלוסייה הזו, בכפוף לקיום התנאים שנקבעו, ביחס לגביית דמי הביטוח, תוכל ליהנות ממלוא הטיפולים הכלולים הסל הבריאות ובראיה ארוכת טווח תהא צפויה ליהנות מכל הטיפולים שיתווספו לסל הבריאות לאורך השנים.

שנית, היכולת ליהנות מהמגוון הרחב של הטיפולים הכלולים בסל הבריאות צפויה לחול הן על מחלות עתידיות והן על מחלות קיימות. ההסדר המוצע אינו כולל חריג של מצב רפואי קודם. היעדר החרגה זו אף הוא נותן ביטוי לאופיו הממלכתי של ההסדר שכן בביטוחים מסחריים מובהקים נהוג לכלול סייג מעין זה.

שלישית, גידורה של חובת הן מבחינת הסכום לנפש (285 ₪) והן מבחינת הסכום המרבי לתא המשפחתי הכולל (570 ₪).

47. צמצום התמריץ להגירה רפואית - מספר הוראות נועדו לצמצם את התמריץ להגירה רפואית, כשחשש זה מוגבר לאור היקף סל הבריאות העשיר והמגוון שנקבע, ולנוכח העדר סייג בדבר מצב רפואי קודם. ואלה ההוראות :

ראשית, התניית הזכאות לשירות מכוח התקנות בעמידה בקיום חובת התשלום. כריכה זו יוצרת תמריץ לתשלום, שכן אלמלא כן - כך נקבע בתקנות - לא יהיה זכאי הפרט לטיפול רפואי מכוח התקנות.

שנית, חיוב בעל ההיתר להירשם בקופת חולים תוך הסמכת מנכ"ל משרד הבריאות לרשום בעל ההיתר בקופת חולים. הוראה זו מבטיחה כי ההצטרפות לקופת החולים (וחובת התשלום שבצידה) לא תהא בסמוך לאחר קבלת המעמד, ולא בעת הזדקקות לטיפול רפואי בלבד.

שלישית, קבלת השירותים מכוח הביטוח הרפואי כרוכה בתקופת אכשרה והמתנה בתשלום, כאשר תקופת האכשרה שנקבעה זהה במשכה לתקופת האכשרה הנדרשת במסגרת ההסדר המדורג לבן זוג של אזרח/תושב קבע לשם קבלת מעמד של תושב ארעי כמוסבר לעיל.

48. **היבטים כלכליים** - התייחסות להיבטים אלה נדרשה בראש ובראשונה לנוכח התפיסה הערכית לפיה המדינה נושאת באחריות מיוחדת כלפי תושביה **בלבד** ולכן אין פסול בכך שבהקצאת משאבים תעדיף המדינה את מי שתושב כמוגדר בחוק על פני מי שאינו כזה, ובלבד שזכויות היסוד לחיים ולשלמות הגוף מכובדות. בהתאם לתפיסה זו, מן הראוי גם כי במידה והמדינה תחליט שכן לתת למי שאינו תושב שלה זכות לביטוח רפואי מעבר לזכויות הניתנות בחוק זכויות החולה, הרי שמידת והיקף המימון הציבורי של עלות הביטוח הרפואי לנתינים זרים שאינם תושבים תהיה נמוכה ממידת והיקף המימון הציבורי הניתנים לשם ביטוח תושבי המדינה. בנוסף קיים אינטרס ציבורי ברור שההסדר שנקבע לא יגרום לכך, שקופות החולים תקלענה לגירעונות. המענה הניתן לחששות אלו בתקנה הוא במספר אופנים:

ראשית, הטלת חובת תשלום מכוח התקנות, כשנוכח כי גם הפרט בישראל נושא בחובת תשלום דמי ביטוח לפי חוק.

שנית, צמצום החשש להגירה רפואית, לנוכח השלכותיה הכלכליות הרחבות וההעדר ההצדקה למתן ביטוח רפואי למי שנישא לתושב ישראל לשם מטרה זו.

שלישית, העמדת תמריץ חיובי לתשלום בדמות התנאת הזכאות לשירותי הבריאות בביצוע תשלום בפועל.

49. עד כאן בתמצית על ההסבר הכללי לגבי התקנות וההסדר הגלום בהן.

ג. עמדת המדינה

50. כאמור לעיל, עמדת המשיבים היא כי דין העתירות להידחות, הן על הסף והן לגופם של דברים.

ג.1. זחיית העתירות על הסף

51. כבר בפתחה של עמדת המשיבים, נבקש לציין כי התקנות נושא העתירה נתקפות עוד בטרם נצבר ניסיון ביישומן.

כמוסבר לעיל, תקנות אלו הותקנו לאחר שקלול מכלול רחב וענף של שיקולים, הנוגעים לעיצובה של מדיניות חברתית וכלכלית מובהקת, תוך הסתייעות בוועדה בין משרדית אשר בחנה את הנושא לעומקו והעבירה את מסקנותיה. כמצוין לעיל, תקנות אלו פורסמו לראשונה בשעה שהיו תלויים ועומדים כנגדם הליכים משפטיים, ולכן בפועל, התקנות הוקפאו ולא יושמו.

עם סיום ההליכים המשפטיים ומתן פסק הדין בעתירות הקודמות, פורסמו התקנות מחדש, ונכנסו לתוקף ביום 1.8.16, כך שהתקנות הינן בתוקף תקופה קצרה של כשבעה חודשים בלבד (נכון למועד כתיבת שורות אלו).

52. על כן, עמדת המדינה הינה כי בחינה אם ההסדר הכולל הגלום בתקנות, **לרבות הסדרים נקודתיים ופרטניים**, אכן נותן מענה הולם תמורת תשלום הולם לצרכיה הרפואיים של האוכלוסייה עליה התקנות חלות, צריכה להיערך רק לאחר שייצבר ניסיון ממשי ואמיתי בהפעלתן. עמדה זו מתחזקת לנוכח היות התקנות נושא העתירה חדשניות וחסרות תקדים, שכן כאמור לעיל, מעולם **לא** נעשה שימוש קודם לכן בהוראת סעיף 56 ו-57 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

53. ודוק, העמדה לפיה ראוי לעיתים לדחות את מועד הבחינה השיפוטית הביקורתית של הסדר חדשני עד אשר ייצבר ניסיון בהפעלתו מעוגנת בפסיקתו של בית משפט נכבד זה.

כך למשל נפנה לדבריו של כבוד השופט א' גרוניס בפסק דינו בנוגע ל"נוהל לשכות פרטיות להבאה, לתיווך ולטיפול בעובדים זרים בענף הסייעוד" (דיון מאוחד בחמש עתירות: בג"ץ 4957/07, בג"ץ 5478/07, בג"ץ 5544/07, בג"ץ 5604/07, בג"ץ 6991/07, סעיף 10), בו נדונה חוקתיות של נוהל לפני שהופעל הלכה למעשה, ונאמר:

"בית המשפט איננו מומחה לדבר ואין באפשרותו לקבוע כי יעד כאמור אינו ריאלי, במיוחד כל עוד ההסדר החדש עדיין לא הופעל. המבחן האמיתי של הנוהל יהא עם יישומו ומימושו. רק משיופעל ההסדר החדש ניתן יהיה לבוחנו הלכה למעשה. השלב בו אנו נמצאים הינו מוקדם מכדי שבית המשפט יאמר כי ההסדר החדש פסול הוא (ראו והשוו, בג"ץ 125/07 עמותת מחוייבות לשלום ולצדק חברתי נ' שר התעשייה, המסחר והתעסוקה [פורסם בנבו], 30.7.07); בג"ץ 6433/01 מריה אמילי פילורה נ' שר הבריאות (לא פורסם, 23.10.01); בג"ץ 6883/00 בקטיטה דייווה נ' שר הפנים (לא פורסם, 18.11.02))."

54. בשים לב לכך, הרי שהמדינה סבורה כי נכון לעת הזו, כל הכרעה שיפוטית ביחס לתקנות תיעשה מבלי להתבסס על תשתית עובדתית מספקת, ומשכך בתנאים של אי ודאות. אי וודאות זו הובילה בעבר את בית המשפט הנכבד לדחות עתירות מסוג זה מפאת היותן מוקדמות וכאשר טרם נצבר ניסיון כלשהוא ביישום התקנות. ראו לעניין זה בג"ץ 6433/01 מריה אמילי פילורה ואח' נ' שר הבריאות, תק-על 2001(3) 2234, שם נקבע כדלקמן:

"...אשר לבחינה כללית של טיב ההגבלות וסבירותן, אנו מוצאים כי עת זו מוקדמת מדי לעריכת בחינה כאמור, משהצו נכנס לתוקפו רק בימים אלה וטרם נצברו נתונים וניסיון כלשהו

בהפעלת תנאיו הלכה למעשה. נוכח שיקולים אלה החלטנו, כאמור, לדחות את העתירה, מבלי לעשות צו להוצאות. "

כן ראו בג"ץ 6883/00 בקטיטה דייווה ו-2 אח' נ' שר הפנים ו-2 אח', תק-על 2002(3) 830 :

"...נוכח הצהרת באת כוח המשיבים, ומתוך כוונה שההנחיות הנדונות ייבחנו בחינה מעשית במשך תקופה של מספר חודשים, חזרו בהם העותרים מהעתירה והיא נמחקת בזה, תוך שמירת העותרים על זכותם לחזור ולפנות לבית המשפט."

55. והדברים יפים גם לענייננו. עמדה זו מקבלת משנה תוקף בשים לב לכך שבהתאם לתקנה 8 לתקנות, ההסדר הגלום בהן יחול בין 1.8.16 - 31.7.19. כלומר, לתקופה זמנית של שלוש שנים שבתומן יבחנו הדברים מחדש. ההסדר אשר נקבע בתקנות נסמך על הוראת שעה, הקצובה בזמן וניתנת להארכה, בנסיבות הזמן והמקום. זאת, בין היתר, בשל היותו של ההסדר אשר נקבע בתקנות חדשני וחסר תקדים. משכך, ביקש מחוקק המשנה לקיים בחינה נוספת בעתיד כדי לבחון אילו שינויים, אם בכלל, יהיו נחוצים בהסדר, בראי הלקחים שיופקו מיישומן. דברים אלה מחזקים את עמדתנו ולפיה טרם נצבר ניסיון ביישומן של התקנות וטרם התגבשה התשתית העובדתית המאפשרת הערכת פועלן.
56. לאור זאת סבורה המדינה, כי אפילו אם תישמענה טענות העותרים לגבי פגמים מסוימים בתקנות – והמדינה כאמור חולקת על כך – הרי שמן הראוי שבחינתם תעשה לאחר שיצטבר ניסיון בהפעלת התקנות, קרי, בתנאי ודאות, ואין מקום לבחינתם המוקדמת טרם נצבר הניסיון האמור וזאת בתנאי אי ודאות.
57. עמדה זו של המדינה התקבלה על ידי בית המשפט הנכבד במסגרת העתירות הקודמות, אשר לאחר שבחן את מלוא טענות הצדדים, קבע כי יש לאפשר את הפעלת התקנות, תוך שיהיה ניתן להידרש לאופן יישומן בתום שנה ממועד הפעלתן הראשוני, ובחלוף כל שנה נוספת שימשיכו להיות בתוקף. וכך בלשון פסק הדין :

"א. העתירות שלפנינו עניינן נושא חדשני וחשוב, המוצא ביטוי בתקנות בעלות השם הארוך אשר מצביע על מורכבותו – תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (רישום בקופות חולים, זכויות וחובות של מקבלי היתר שהיה לפי חוק האזרחות והכניסה לישראל (הוראת שעה), תשס"ג-2003), תשע"ד-2014 (להלן התקנות)....

...

ד. לאחר ששקלנו בדבר אנו סבורים כי יש לסיים היום את הטיפול בעתירות, כדי לאפשר להן להיכנס לתוקף ולהנות את הזכאים, בצעד חשוב מבחינה סוציאלית, אך תוך ההערות הבאות.

ה. ראשית, עסקינן בנושא הטבול במורכבות שבה נמצאת ישראל מול האוכלוסייה הפלסטינאית, והבאה לביטוי בחוק

הוראת השעה כל על בעייתיותו. עתירת האגודה לזכויות האזרח השיגה הישג חשוב עד מאוד בהסדרה סטטוטורית של סל בריאות למי שאינם תושבים על פי הדין, אך מצויים כאן בשהיה כדין מזה שנים. כפתגם סיני ידוע, גם דרך ארוכה ראשיתה בצעד אחד – וכאן הצעד אינו קטן כל עיקר. נראה לנו כי עלינו להתמקד בעתירה זו בנושא ביטוח הבריאות, וכפי שהתפתחה העתירה לא נידרש עתה לזכויות אחרות לפי חוק הביטוח הלאומי; עמדות העותרות בעניין זה – האגודה לזכויות האזרח וחברותיה – זכויותיהן שמורות לעתיד, אף שיודעות הן כי המדובר במשוכה לא פשוטה. אשר לביטוח הבריאות, ההישג של הסל כפי שניתן בדומה לאזרח ולתושב והיעדר החרגתו של מצב רפואי קודם – אינו מבוטל כל עיקר, ויש לברך עליו. עניין גובה התשלום, האכשרה, העדר פטורים ושאלת הקטינים – אינן סוגיות שיש להקל בהן ראש, אך סבורים אנו לעת הזאת שעדיף כי התקנות יופעלו ויבחנו בשטח, תוך אפשרות לבחינה ולמקצי שיפורים. נציין, כי איננו סבורים שחשש התמרוץ להגירה רפואית ממנו חוששת המדינה הוא חסר ממשות בתנאים האזוריים שמסביבנו, בלא שניטע כמובן מסמרות, אולם גם בלעדיו ראוי לנסות את החידוש שבתקנות; ואנו מאמינים שיימצאו – וצריך שיימצאו – פתרונות ראויים במקרים של חסרון כיס ועוני מובהקים, וזאת באמצעות שירותי הרווחה, מה גם שלגבי קטינים מדובר בתשלום לקטין אחד ועסקינן בין בני גיל 14 עד 18, מה שמצמצם את המספר והעלות. סבורים אנו, כי ההפליה הנטענת לגבי בני זוג של תושבים ממדינות אחרות היא בנסיבות סוג של הבחנה הנובעת מחוק הוראת השעה. שבתה את הלב טענת האגודה לזכויות האזרח, כי תקנות אלה אינן עוסקות בביטחון, שהוא יסוד חוק הוראת השעה; ואולם אנו מבקשים להביט אל התקנות כהתקדמות בתנאים שבהם אנו שרויים במישור הכללי, שהביטחון הוא רקעם – ולא בהכרח יוצרות הנסיבות למי שנקלעו להוראת השעה זכאויות זהות במלואן בכל בחינה לשל תושבים, ולא כך סבר המחוקק ככלל, אף כי כאמור, הסל הדומה הוא הישג חשוב. סיכומו של דבר בנושא היישום, גישתנו עיקרה מתן סיכוי ראוי לתקנות לפעול, ומורים אנו כי יישומן ייבחן כתום שנה (כמו לגבי קופות החולים כמפורט להלן), גם באשר לדרך שבה הן פועלות אל מול האוכלוסיה הזכאית – וכך גם בתום כל שנה נוספת. נציין כי הכתובת שקבעה המדינה לבחינה זו היא סמנכ"לית פיקוח ובקרה במשרד הבריאות, שתפעל בתיאום עם האוצר; אך לדעתנו יש צורך לצרף אליה לעניין זה גם גורם כמו מתאם הפעולה באיו"ש, המכיר מקרוב את נושאי האוכלוסיה הפלסטינאית והמוציא היתרי מת"ק, וכך אנו מורים. מלת המפתח היא יישום הוגן של התקנות ומטרתן, וזה עמוד האש לפני הרגולטור; ככל שהניסיון יגלה קשיים שלא נצפו, ניתן לשנות, ונזכור כי התקנות הן הוראת שעה לשלוש שנים (ניתן להניח כי המועדים המופיעים כיום בתקנות יתוקנו לפי הצורך).

...

ז. סוף דבר, אנו סבורים כי יש ליתן לתקנות סיכוי, מתוך ראייה שאין עליה חולק שבהיות הדבר חדשני – אינו מושלם, ויתכנו תיקונים לאורך הדרך. הבחינה תהיה עתית בכל שנה מהפעלת התקנות, והצדדים יוכלו להביא לבחינה כל נושא אמיתי העולה מן היישום, וזכויותיהם שמורות. בנתון לכך נמחקות העתירות. צו הביניים בטל; אין צו להוצאות.”

58. יוצא אפוא, בנוסף לנטען לעיל, שבהתאם לפסק דינו של בית המשפט הנכבד בעתירות הקודמות עניינן של התקנות ייבחנו רק בתום שנה ממועד הפעלתן. מועד זה כאמור טרם חלף. לא זו אף זו, הכתובת לבחינה ראשונית של התקנות, בתום שנה ממועד הפעלתן, הוא הרשות המנהלית, ורק לאחר מכן, במידת הצורך, יש מקום לפנות לבית המשפט הנכבד בעניין. גם מן הטעם האמור דין העתירות להידחות.

59. ודוק. בהתאם לאמור בפסק דינו של בית המשפט הנכבד, בתום שנה מהפעלת התקנות ניתן יהיה לתקוף את ההסדר הקבוע בהן, ואשר אושר על ידי בית המשפט הנכבד, רק בשאלות הנוגעות לאופן יישומן של התקנות. העתירות שבכותרת אינו נוגעות במהותן לאופן היישום של התקנות, אלא לעקרונות שנקבעו ביסוד ההסדר. כך, העתירה בהליך 9327/16 מבקשת הלכה למעשה לפטור חלק מבעלי היתרי השהייה מתחולת התקנות, ובעתירה בבג"ץ 7470/16 נתקפת האבחנה הקבועה בתקנות בין בני זוג של תושבים לבין בני זוג של אזרחים. על כן, אין מדובר בעתירות הנוגעות במהותן לבעיות הנובעות מאופן היישום של התקנות, אלא בעתירות המבקשות לתקוף את התקנות עצמן, הגם שאלו אושרו כבר על ידי בית המשפט הנכבד.

60. לאור טעמים אלו מתבקש בית המשפט הנכבד לדחות את העתירות על הסף. לחילופין נתייחס להלן לטענות העולות בעתירות ונציג את טעמינו לדחיית העתירות לגופן.

2.ג. היקף מתחם ההתערבות השיפוטית

61. עמדת המדינה היא כי דין העתירות להידחות לגופן בהיעדר כל עילה להתערבות בהוראות התקנות והחלתן.

62. העותרים, מבקשים למעשה לשים עצמם בנעלי המחוקק ונעלי מחוקק המשנה ולקבוע את המדיניות הראויה בתחום סבוך זה. לעניין זה פסק בית המשפט בבג"צ 8179/05 טקסי "המרכז" בע"נ נ' כנסת ישראל (לא פורסם), בקובעו כך (פסקה י' לפסק דינו של כבוד השופט א' רובינשטיין):

”ככלל נוקט בית משפט זה ריסון בהידרשות – בין השאר- לעניינים הכרוכים בגיבוש מדיניות כלכלית וחברתית, ונושא זה בגדרים אלה. לא אחת ייתכנו תפיסות אחדות באשר למדיניות הראויה, תוך הכרעה בין אינטרסים שונים ולרוב מנוגדים, וכן ייתכנו דרכי פעולה אפשריות אחדות ליישומה.

ההכרעה בין השיקולים השונים והבחירה בין האופציות השונות מסורה לרשות המבצעת, ככל שהיא פועלת בהתאם לדין... מכל מקום, בהנחה כי לא הוכח שדרכי קבלת ההחלטות לא היו תקינים או כי שיקולים זרים מילאו תפקיד, יש קושי בהתערבות כך במקרים שבהם מי מאיתנו היה מחליט ונוהג אחרת"

63. המדינה סבורה כי המדיניות החברתית-כלכלית בנושא הביטוח הרפואי והזכויות מכוח חוק הביטוח הלאומי אשר גיבשו ביחס לאוכלוסייה עליה חלות התקנות, היא סבירה וראויה ולא נפל בה פגם.

64. מדיניות זו גובשה לאחר שנשקלו לעומק ונלקחו בחשבון מכלול רחב של שיקולים ובהם, אופיו המקיף והנרחב של המענה בתחום הבריאות; השפעות הרחוב המערכתיות, לרבות שיקולים של מניעת תמריצים לניצול לא ראוי של מערכת הביטחון הסוציאלי הקיימות בישראל, נוכח הפער בינה לבין מערכות מקבילות בעולם; את המענה הניתן כיום והיקף הכיסוי בתחום הביטוח הלאומי; כמו גם את חובות הפרט והאוכלוסייה; את העלויות התקציביות הכרוכות בהעמקת המענה הסוציאלי, כשעלויות אלו תבואנה בהכרח על חשבון המשאבים העומדים לשם סיפוק צרכים נוספים, ועוד.

65. בהקשר זה, יש לציין, כי אף תושבים ישראלים עשויים שלא לזכות בכל אגד הזכויות. כך למשל, אזרחי ישראל ותושביה אשר שילמו דמי ביטוח לאורך שנים רבות, אך העתיקו את מרכז חייהם אל מחוץ לישראל ועל-כן, לא היו תושבים במועד הגיעם לגיל זקנה, אינם זכאים לתשלום קצבאות (ראו, בג"צ 890/99 מיכאל חלמיש נ' המוסד לביטוח לאומי נד 423 (4) (2000), בג"צ 9405/00 מיכאל חלמיש נ' המוסד לביטוח לאומי (לא פורסם, 6.8.01) וכן בג"צ 8313/02 אייזן נ' המוסד לביטוח לאומי (לא פורסם, 28.6.04). כך גם בעב"ל 23260-09-10 יוכי לפידות נ' המוסד לביטוח לאומי (לא פורסם, 29.4.13) נדחתה בקשה של תושבת חוזרת לקצבת נכות מאחר שלא הייתה תושבת ישראל בעת שנגרם לה אי הכושר (למען שלמות התמונה יצוין כי נכון להיום תלויה ועומדת בפני בית המשפט הנכבד עתירה בהליך בג"ץ 3223/16 בעניין אזרחי ישראלי, שעלה לישראל, חי בה מספר שנים, עזב חזרה לארץ הולדתו, ועתה הוא מבקש ליהנות מקצבת זקנה לאור השנים שחי בישראל ושילם דמי ביטוח).

66. כפי שנאמר לא אחת בפסיקתו של בית משפט נכבד זה, סמכות הרשות המינהלית, עיקרה במציאת איזון ראוי וסביר בין מכלול סדרי עדיפויות וקדימויות תקציביות במערך הצרכים הלאומי, והפעלתה מותרת בדרך כלל בסיס צר לביקורת שיפוטית (בג"צ 3472/92 ברנד נ' שר התקשורת, בג"צ 3627/92 ארגון מגדלי הפירות בישראל נ' ממשלת ישראל).

כבר נפסק כי הסדר חקיקתי המחייב השתתפות המדינה במימון יעד ציבורי מסוים יתפרש על רקע מגבלות ואילוצים תקציביים כוללים, ובית המשפט יטה על פי רוב שלא

להתערב באופן הקצאת המשאבים (מתוך בג"ץ 2376/01 מרכז השלטון המקומי בישראל (ע.ר.) נ' שר המדע התרבות והספורט, פ"ד נו(6), 803, 812-813 (2002).

67. עוד נאמר לעניין היקפה המצומצם של הביקורת השיפוטית בקביעת מדיניות הכלכלה והתקציב בבג"צ 11264/05 האיחוד למען עולים מחוסרי דיור בקרב יוצאי אתיופיה נ' ממשלת ישראל, שלא פורסם, כי:

בקביעת מדיניות הכלכלה והתקציב בית משפט זה לא ימיר את שיקול דעתה של הרשות המוסמכת בשיקול דעתו שלו. עמדה על כך השופטת ש' נתניהו בבג"ץ 3472/92 ברנד נ' שר התקשורת, פ"ד מז(3) 143, 152-153 (1993): "אין חברה שמשאביה בלתי מוגבלים. אין רשות, הפועלת בחברה על-פי חוק, רשאית ויכולה להתעלם מאילוצי תקציב ולספק שירותים ללא חשבון, ותהא חשיבותם של השירותים רבה וחיונית ככל שתהא.

...

בית המשפט לא יורה לרשות כיצד להקצות ולחלק את משאביה. חיוב בהוצאה למטרה מסוימת חייב לבוא על חשבון מטרה אחרת, אולי חשובה ממנה, או אולי על-ידי הגדלת התקציב שיינתן לה על-ידי אוצר המדינה ואשר חייב יהיה להיעשות על חשבון תקציבים שנועדו למטרות אחרות, אולי חשובות יותר. בית המשפט אינו הגוף המוסמך לעסוק ואינו יכול לעסוק בהקצאת משאביה של החברה..." (ראו גם: בג"ץ 5597/07 אלו"ט - האגודה הלאומית לילדים אוטיסטים נ' שרת החינוך (טרם פורסם, 21.8.2007); בג"ץ 3627/92 ארגון מגדלי הפירות בישראל נ' ממשלת ישראל, פ"ד מז(3) 387, 391-392 (1993); בג"ץ 49/83 המחלבות המאוחדות בע"מ נ' המועצה לענף החלב, פ"ד לז(4) 516, 523 (1983)).

68. כפי שעולה מהאמור לעיל, ומדו"ח הוועדה המלא והמפורט, נוכח מורכבות הסוגיה, הרי ששיקולים רבים נלקחו בחשבון ונמצא ביניהם לבסוף האיזון העדין, המשקף מדיניות חברתית-כלכלית המצויה במתחם הסבירות והמידתיות ואשר אינה מצדיקה התערבות שיפוטית לשינוייה.

69. לבסוף נבקש לציין כי ככל שהסעד המבוקש הוא חיוב המשיבים להתקין תקנות בנוסח מסוים ומיוחד, הרי שאין עילה להושטתו בדין הנוכחי. לעניין זה יפים הדברים שנאמרו בבג"ץ 6972/07 עו"ד עקיבא לקסר נ' שר האוצר, וכך נאמר:

"אין חולק כי כאשר חוקקה הכנסת חוק אשר דרושות תקנות לשם יישומו, על הרשות המבצעת להתקין את התקנות בהקדם האפשרי על מנת שהחוק לא ייהפך לאות מתה [ראו דבריו של מ"מ הנשיא השופט זילברג בבג"ץ 295/65 אופנהימר נ' שר הפנים והבריאות, פ"ד כ(1) 309, 328 (1966)]. יחד עם זאת, לא בכל מקום חייבת הרשות המבצעת להתקין

תקנות, ויש מקומות שהחוק אינו מחייב זאת (כך, למשל, בענייננו, נוקט סעיף 75 לחי לפקודה לשון "רשאי").

70. ונחדד, בענייננו, התקנת תקנות אינה נדרשת לצורך יישומו של חוק הביטוח הלאומי או חוק ביטוח בריאות ממלכתי. נהפוך הוא, המדובר בתקנות המיועדות להרחיב את תחולתם של דברי חקיקה וזאת מעבר לתחולתם הטבעית, המבוססת על זיקת התושבות, וזאת תוך שקילה של מכלול רחב ומורכב של שיקולים הנוגעים לעיצובה של מדיניות חברתית-כלכלית מובהקת.

71. המדינה סבורה כי בנסיבות אלה, המחוקק בנקטו במונח "רשאי" נתכוון להעניק לגורמים המוסמכים מרחב תמרון ושיקול דעת רחב להחליט אם להפעיל את סמכותם ובאילו תנאים. נוכח היקפו הרחב של מרחב תמרון זה, אין עילה משפטית לחייב את המדינה להתקין תקנות בנוסח אחד ומסוים דווקא.

72. על כן, המדינה תטען שנקודת המוצא לבחינת העתירות שבנדון, היא כי בית משפט נכבד זה כבר אישר את התקנות לבית המשפט הנכבד מרחב התערבות מצומצם בהסדר שנקבע ביסוד התקנות, ובהיתן זאת, המדינה סבורה כי אין בעתירות שבנדון להקים כל עילה להתערבות בית המשפט הנכבד, ולכן דין העתירות להידחות.

3.ג. עקרו התושבות - היעדר זכות קנויה לעותרים לזכויות בתחום הבריאות הממלכתי

73. לצד הטענה בדבר היותו של מתחם הביקורת השיפוטית על התקנות מצומצם, נתייחס להלן גם להיעדר זכות קנויה לעותרים בתחום ביטוח בריאות ממלכתי. לנוכח העובדה שהאוכלוסייה עליה חלות התקנות - בעלי היתרי שהייה בישראל מכח הליך איחוד משפחות, אינה עונה על ההגדרה של תושב, **אין להם כל זכות קנויה בדין לזכויות בתחום הבריאות הממלכתי.** המשיבים יטענו כי גם באמור יש כדי להצר את מתחם הביקורת השיפוטי על התקנות, אשר בין כה וכה הינו צר.

74. כאמור לעיל, עד לסוף שנת 2002 לא הייתה קיימת בחוק הביטוח הלאומי הגדרה של המונח "תושב" לענין חוק זה או לחילופין הגדרה של מי שאינו תושב לצורך חוק זה, כמו גם לענין חוק ביטוח בריאות. על כן, המונח "תושב" לפי חוק הביטוח הלאומי פורש על ידי המוסד ופסיקת בית הדין לעבודה בשים לב למבחן מירב הזיקות, ובמיוחד בהיבט זיקת המגורים, מחד גיסא, ובשים לב לאופי השהיה בישראל, והכל, בכפוף לשהיה כדין בישראל.

בפסיקת בית הדין הארצי לעבודה שקדמה לחקיקת סעיף 2 לחוק הביטוח הלאומי, נקבע בדב"ע 0-233 המוסד לביטוח לאומי נ. חשימה עבד רדואן פד"ע כ"ח 103, כי "תנאי התושבות בישראל כתנאי לתחולה של מרבית ענפי הביטוח הלאומי מושתתת, בין השאר

על הזיקה היציבה שבין המבוטחים לבין המדינה, זיקה שאין בה מין הזמניות או מהארעיות והיוצרת מחויבות של החברה כלפי המבוטחים בתחום הביטחון הסוציאלי" ולעומת זאת, "הזיקה לישראל של מי שאינו תושב – על פי אופיה – אינה יציבה וממושכת". עוד חידדה הפסיקה בדב"ע 0-223 המוסד לביטוח לאומי נ' חשימה רדואן, כי, הכרה בתושבות מקנה זכויות אולם גם חובות בצידה.

75. בסוף שנת 2002 חוקק סעיף 2א לחוק הביטוח הלאומי הקובע מי אינו "תושב" לצורך חוק זה. חוק ביטוח בריאות מפנה להגדרת התושבות כפי שהיא נקבעת לעניין חוק הביטוח הלאומי וממילא, מאמץ גם את הוראות סעיף 2א שבו לעניין השאלה מי "אינו תושב".

76. בסעיף 2א לחוק הביטוח הלאומי הוציא המחוקק אנשים השוהים בישראל מכח רישיונות ישיבה, היתרים ואשרות שהייה מסוגים מסוימים, מגדר הגדרת "תושב" לצורך חוק הביטוח הלאומי (וממילא אף לצורך חוק ביטוח בריאות ממלכתי). בין היתר נקבע כי, "כל תושב שטחים שניתן לו היתר כניסה לישראל ע"פ צו הכניסה לישראל" וכן, "מי שבידו אשרה ורישיון לישיבת ביקור" - אינם תושבים לצורך חוקים אלו. בהקשר זה נציין כי בסעיף 2א לחוק לא הקנה המחוקק כל סמכות למחוקק המשנה, לסייג את הוראות הסעיף.

77. כנגד סעיף 2א לחוק הביטוח הלאומי הוגשה עתירה בהליך בג"צ 494/03 רופאים לזכויות אדם נ' שר האוצר (פורסם בנבו). באותו ענין טענו העותרים כי סעיף 2א פוגע פגיעה קשה בקבוצות שונות של בני אדם, שטרם החקיקה יכלו לזכות בהכרת המוסד כ"תושבים" לעניין ביטוח לאומי וביטוח בריאות. העותרים כינו זאת מעמד של "תושבות סוציאלית". בין אלה לטענת העותרים נמנות הקבוצות שהחוק בנוסחו החדש שולל מהן כל אפשרות לקבלת מעמד של "תושבות סוציאלית".

78. בית המשפט הנכבד דחה את העתירה בהבהירו כי "העותרים מקבלים, אם כן את קריטריון התושבות כעקרון מבחן לגיטימי לעניין הענקת זכויות ביטוח לאומי וביטוח בריאות". בהמשך הדברים בדונו בטענה בדבר הוצאת קבוצות השוהים הזמניים מגדר תושבים, על פי ההגדרה, הוא קובע:

"11.... אין בידי לקבל את טענת העותרים, כי החוק מפלה לרעה את אותם פרטים הנמנים על הקבוצות שהוצאו מהגדרת התושבות, אך יצרו זיקה למדינה עקב שהות ממושכת בה. עקרון התושבות הוא קריטריון מקובל להקצאת הטבות סוציאליות. זהו קריטריון נוהג גם בארצות אחרות המקיימות מערכות רווחה מדינתיות..."

...

13... אכן, הקריטריונים שנקבעו בסעיף 2א' – "תושבות-לפי-אשרה" – הם קריטריונים רלוונטיים ומתאימים לעקרון המבחין המוסכם לעניין בטחון סוציאלי, הוא עקרון התושבות. מי שנושא באשרת-שהיה זמנית, לצורך ביקור, עבודה וכדומה, לא יקיים, באופן טיפוסי, זיקה משמעותית ונמשכת לארץ, במידה שתצדיק לראות בו תושב לעניין חוק הביטוח הלאומי (וחוק ביטוח בריאות ממלכתי). כלל אמפירי זה, עליו אין חולק, הוא שקיבל ביטוי בסעיף 2א' לחוק הביטוח הלאומי. הסעיף אינו סעיף מפלה, שכן הוא אך מבטא – תוך "פורמליזציה" של מושג התושבות באמצעות הפניה לדיני הכניסה לישראל – את השוני הרלוונטי שבין קבוצת התושבים לבין מי שאינם תושבים לעניין זכאות לביטוח לאומי ולביטוח בריאות ממלכתי (ראו והשוו: *Mathews v. Diaz*, 426 U.S. 67 (1976)).

בהקשר לזכות לבריאות נפסק כי "אכן, בדומה לזכות לביטחון סוציאלי, ניתן להסכים שהיבטים מסוימים של מוסד ביטוח הבריאות הממלכתי מוגנים בגדר הזכות לכבוד. כן ניתן לעגן זכות סוציאלית לאספקת שירותי בריאות בסיסיים בגדר הזכות לשלמות הגוף, הקבועה בסעיף 4 לחוק היסוד. כך מוסכם למשל כי חובתה של המדינה להבטיח, באמצעות שירותי הרפואה שלה, כי יינתן טיפול נאות לאדם הנתון במצוקה גופנית מיידית. כיום מצהיר על כך החוק (סעיף 3(ב) לחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996); אף קודם לכן היה זה הדין, אשר ביטא את עמדתה המוסרית של החברה הישראלית."

יחד עם זאת - **דברים אלה בעלי חשיבות לענייננו** - נפסק כי:

"ואולם זכות זו, היא היקפה אשר יהא, אינה מתבטאת בהכרח בזכאות להימנות כמבוטח במסגרת ביטוח הבריאות הממלכתי. ביטוח הבריאות הממלכתי הינו מוסד שלו תפקיד מרכזי – אך לא בלעדי – בהסדרת שירותי הבריאות הציבוריים במדינה (ראו: א' כרמי בריאות ומשפט (כרך ב) [11], בעמ' 1635; *J. Montgomery Health Care Law* [12], at p. 51). קיומו של ביטוח הבריאות הממלכתי אינו מספק כשלעצמו ערובה לכבודם או לשלמות גופם של התושבים, כפי שהיעדרו אינו שולל זכויות אלה ממי שאינם תושבים. זהו אך מנגנון – הנושא עלויות ניכרות – שנועד להסדיר את מתן שירותי הבריאות לתושבי המדינה ומטיל עליהם חבויות בהתאם. אין לראות בעצם שלילת החברות במנגנון זה פגיעה בזכותו של כל אדם לכבוד או לשלמות הגוף."

79. בבג"צ 11044/04 דימיטרי סולומטין נ' שר הבריאות (פורסם בנבו) נידונה השאלה האם מוטלת על המדינה חובה לספק שירותי בריאות על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 לילדים שאביהם הנטען הוא ישראלי ושאמם נתינה זרה, וזאת למשך פרק הזמן הנדרש עד לבירור שאלת האבהות לילד והכרעה בשאלת מעמדו בישראל. על שאלה

זו השיבה דעת הרוב בשלילה. דעת הרוב הדגישה גם כי לחסרי מעמד של תושבים אין זכות להיכלל בביטוח בריאות ממלכתי. וכך נאמר:

”חוק ביטוח בריאות אינו מצטמצם למתן שירותי בריאות מינימאליים, ולשירותי חירום רפואיים. הוא רחב בהרבה מכך. כבר נפסק בעבר, כי תשתית שירותי הבריאות על-פי חוק ביטוח בריאות נועדה לחול על תושבי הארץ, והיא אינה מתפרשת על פני מי שאינו תושב, וכי אין באבחנה בין תושב למי שאינו תושב לענין זה משום פגיעה בלתי-חוקתית בזכויות שוהים בישראל שאינם עונים להגדרת תושב. ביטוח בריאות בהיקף מלא ניתן על-פי החוק לבעלי מעמד קבע בישראל שזיקתם למדינה היא זיקה של קבע. לא כך הוא ביחס למי שאינו בעל זיקה כזו. כבר נקבע, כי ביטוח בריאות ממלכתי אינו אלא מנגנון להסדרת שירותי בריאות לתושבי ישראל שאינו מהווה ערובה לזכויות היסוד שלהם לכבוד ולשלמות הגוף. על אחת כמה וכמה, אין לטעון כי לחסרי מעמד של תושבים עומדת זכות יסוד להיכלל בביטוח בריאות”.

עוד קבעה דעת הרוב לענין סבירות ההסדר ומידתיותו כי הוא ”בנוי על תפיסת המחויבות של המדינה להבטיח כי גם ילדים שאינם בעלי מעמד מוכר בישראל יזכו לרמת בריאות בסיסית, במנותק משאלת חוקיות מעמדם בישראל. יחד עם זאת, ברקע ההסדר טמון איזון בין הצורך בהסדרה האמורה של צרכי הבריאות של מי ששוהים בישראל בלא מעמד, לבין ההכרה כי מחויבותה הראשונית של המדינה מופנית כלפי תושביה, המקיימים זיקת שייכות יציבה ומתמשכת עימה, ובשים לב למשאבים התקציביים המוגבלים שניתן להקצות ליעדי הבריאות, בין שאר היעדים הלאומיים עליהם מופקדת המדינה. ההסדר בענייננו משקף מדיניות חברתית-כלכלית המצויה במתחם הסבירות והמידתיות, שאינה מצדיקה התערבות שיפוטית לשינוייה”.

80. כמו כן הוסבר בפסק הדין באריכות ההיגיון המצדיק אי החלת מנגנון הביטוח הבריאות הממלכתי, במימון ציבורי, על מי שאינו תושב. במוקד ההסבר מונחות העלויות התקציביות המשמעותיות הכרוכות בביטוח רפואי במימון המדינה. עלויות אלה מחייבות קביעת סדרי עדיפויות תוך מתן עדיפות מובהקת לתושביה הקבועים של המדינה. וכך נאמר:

”בהינתן המשאבים התקציביים המוגבלים שבידי המדינה, אך טבעי הדבר כי עיקר אמצעי המימון מופנים לסיפוק צרכיהם של התושבים הקבועים במדינה, אשר גורלם נקשר דרך-קבע עם הארץ, והם מקיימים זיקה מתמשכת עימה. הזכאות לביטחון סוציאלי ורפואי כרוכה בעלויות תקציביות משמעותיות. במציאות שבה משאבי המדינה בכלל, ומשאבי מערכת הבריאות בפרט, הינם מוגבלים, קיים צורך, וקיימת הצדקה, לנתבם בהתאם לסדרי עדיפויות שונים, אשר מטבעם, אינם מאפשרים לענות על מלוא הצרכים של כל הנזקקים לשירותי בריאות. הצורך במערכת עדיפויות בהקצאת האמצעים אינו מתמצה בבירור מהות השירותים הרפואיים שתינתן להם עדיפות על פני שירותים אחרים. היא

מתפרשת גם על פני מתן עדיפות לבעלי מעמד בישראל על פני אחרים שמעמדם לא הוסדר: "אין בנמצא מערכת בריאות במימון ציבורי ו/או פרטי, המסוגלת לתת מענה לכל אדם, לכל צורך רפואי, בכל זמן וללא הגבלה. מערכות בריאות ציבוריות חייבות להכריע בין צרכים, המתחרים על משאבים מוגבלים. ההכרעות הן קשות, ובמקרים רבים משמעותן לפרט היא קיצור חייו או המשך סבלו הניכר. מכאן, שהחלטות על הקצאת משאבים ציבוריים בשירותי הבריאות מהוות מבחן לגבולותיו ולתכולתו של מושג האזרחות - אילו פרטים ייהנו ממשאבי הכלל ובאילו תנאים. החלטות בנוגע להשתתפות הפרטים במימון שירותי בריאות, וכיצד ייהנו משירותים אלה, הופכות מבחן למידת הסולידריות החברתית" (אסיסקוביץ, בעמ' 136; ראו והשוו גם: גרוס, בעמ' 449-451).

26. במסגרת סדרי העדיפויות, על רקע מגבלות התקציב, אך ברור הוא כי המדינה תיתן עדיפות להקצאת משאבים לסיפוק צרכיהם הסוציאליים של תושביה הקבועים, שגורלם נקשר דרך-קבע עם הארץ והם מקיימים זיקה מתמשכת עימה. כלפיהם נושאת המדינה באחריות מיוחדת. אין פירוש הדבר כי אין למדינה חובה גם כלפי אחרים הנמצאים בתחומה, להסדיר בעבורם מתן שירותים מינימאליים הנדרשים לחיים ולבריאות הגוף. עם זאת, אין להניח קיומה של חובה חוקתית לשוויון בהקצאת משאבים - לרבות לצרכי בריאות - בין בעלי מעמד בישראל לאלה שאינם תושביה, ובלבד שזכויות היסוד לחיים ולשלמות הגוף של כל אדם באשר הוא תכובדנה. אכן, "בנסיבות בהן המשאבים הציבוריים אינם מספיקים לכל הצרכים ולכל הנצרכים, יש צורך בהקצאת המשאבים לפי סולם עדיפויות שמטבע הדברים יוצר הבדלים בין אדם לאדם ובין קבוצה לקבוצה", ואולם, "הבדלים אלה אינם מהווים הפליה פסולה, כל עוד הם מבוססים על שיקולים ענייניים וסבירים" (ענין לוזון, בפסקה 29; ראו והשוו גם: בג"צ 3472/92 ברנד נ' שר התקשורת, פ"ד מז(3) 143, 152-153 (1993); בג"צ 2974/06 ישראלי נ' הועדה להרחבת סל הבריאות, פסקה 26 לפסק דינו של השופט רובינשטיין ופסקה 1 לפסק דינה של השופטת נאור (לא פורסם, 11.6.2006); בג"צ 11674/05 העמותה לקידום ענייני מוקרני הגזת נ' שר הבריאות - משרד הבריאות, פסקה 4 (לא פורסם, 18.3.2007)).

27. המדיניות הניצבת ברקע חוק ביטוח בריאות, בשילוב עם חוק הביטוח הלאומי, מוציאה, אפוא, מתחולת "תושב", הזכאי לשירותי בריאות, בעלי אשרות זמניות שונות, וזאת על יסוד התפיסה כי מי שמקיים זיקה ארעית בלבד למדינה, ואינו נדרש לשאת בחובות ובנטלים המוטלים על תושביה, אינו זכאי ליהנות ממלוא הביטוח הסוציאלי והרפואי שהמדינה מעניקה לתושביה ולאזרחיה, כלפיהם היא נושאת באחריות מיוחדת (ענין עמותת רופאים לזכויות אדם, בעמ' 329). קטינים שמעמדם בישראל טרם הוסדר אינם נכללים בהגדרת "תושב" על-פי חוק ביטוח בריאות, ולכן, אינם זכאים

לחסות בצל הוראותיו. יחד עם זאת, בעניינם של קטינים אלה קיים הסדר מיוחד מכוח חוק ביטוח בריאות, המקים תשתית בסיסית שיש בה כדי לענות על הצרכים האלמנטאריים של אותם ילדים לשירותי בריאות, גם אם אין אלה שירותים ברמה האופטימאלית המירבית".

81. נציין כי דירוג עדיפויות זה - קרי העדפת התושב על פני מי שאינו תושב - משליך על ענייננו באופן ישיר ועל מתחם ההתערבות בתקנות כמצוין לעיל. היות ולא קיימת נורמה משפטית מוגדרת וספציפית הקובעת את הזכאות לביטוח רפואי או לזכויות סוציאליות במימון ציבורי-ממלכתי עבור מי שהוצא מגדר הגדרת תושב לפי סעיף 2 לחוק הביטוח הלאומי, התקנות מצויות בשדה משפטי בו מרחב שיקול הדעת הנתון לשרים הינו רחב יחסית. לעניין זה יפים על דרך ההיקש הדברים שנאמרו בבג"צ 11075/04 דוד גרבי נ' שרת החינוך התרבות והספורט - יו"ר המועצה להשכלה גבוהה. וכך נאמר:

"אולם - יש הבדל מובהק בין אינטרס ובין חובה וזו האחרונה אינה קיימת. כיון שכך, מידת התערבותו של בית משפט זה תהא פחותה ומשקלם של שיקולי התקציב וסדרי העדיפויות בהקצאתו גדל. יפים לעניין זה דברי בית משפט זה בבג"ץ 1554/95 עמותת "שוחרי גיל"ת" באמצעות מנהלת התכנית, גברת שלומית נ' שר החינוך, התרבות והספורט, פ"ד נ(3) 2 (1996), 16 (להלן: עניין שוחרי גיל"ת):

"לא קיימת נורמה משפטית מוגדרת וספציפית הקובעת את הזכות לשירות או את היקפו וטיבו המיוחדים. במצב דברים זה, משקלם של שיקולי התקציב וסדרי העדיפויות גדול, והמשיב 2 רשאי, על בסיס זה, לעצב את מדיניותו. על-כן, אין לראות במדיניותו של המשיב 2 חוסר סבירות המחייב את ביטולה."

קביעת שיטת המימון הננקטת על ידי המדינה בהעדר חובה חוקית היא עניין מובהק שבמדיניות תקציבית - בעניינים אלה נוקט בג"צ מדיניות של אי התערבות (לעניין זה ראה גם בג"ץ 2910/04 מרכז השלטון המקומי בישראל נ' משרד החינוך, פ"ד נט(3) 625 (2004), 636-635)

ד. התייחסות פרטנית לבג"ץ 7470/16

82. במסגרת בג"ץ 7470/16 טוענים העותרים כי השוני הקיים בתקנות בתקופת האכשרה בין מי שהינו בן זוגו של תושב לבין מי שהינו בן זוגו של אזרח, מהווה אפליה פסולה, וכי יש להחיל על בני הזוג של תושבים את אותם פרקי זמן החלים על בני הזוג של אזרחים.

83. עמדת המשיבים הינה כי דין הטענה להידחות.

84. כאמור לעיל בהרחבה, המלצות הוועדה כפי שנתקבלו בתקנות, ניתנו לאחר תהליך קבלת החלטות מקיף ויסודי, אשר מעורבים בו שיקולי מדיניות ואיזון בין האינטרסים השונים שעל הפרק.

85. כמוסבר לעיל, על פי התקנות הוגדרה תקופת אכשרה ("תקופת אכשרה בסיסית"), לעניין בעל היתר שבן משפחתו המזכה הוא תושב – תהא 27 חודשים מיום קבלת ההיתר לראשונה, ולעניין בעל היתר שבן משפחתו המזכה הוא אזרח - 6 חודשים מיום קבלת ההיתר לראשונה. במהלך תקופת האכשרה, קיימת חובת תשלום חודשית של דמי ביטוח בריאות מיוחדים בסך 285 ₪, ובתומה זכאי הנהנה להירשם לאחת מקופות החולים. ממועד זה, נמנית תקופת המתנה משותפת לכולם ("תקופת המתנה לזכאות") של שישה חודשים, אשר בתומם ניתן לצורך שירותים רפואיים.

86. העותרים טוענים כי המחויבות לערך השוויון צריכה להביא לתוצאה אחת ויחידה, היא קביעת אותה תקופת אכשרה לכל מי שהסדר חל עליו, זאת בלא קשר לטיב מעמדו של בן המשפחה המזכה, בין אם הוא תושב או אזרח.

87. נקדים ונעיר כי טענה זו אינה מתיישבת עם מורכבותו של הנושא ועם המגוון הרחב של שיקולי מדיניות הצריכים לעניין כמפורט לעיל, במסגרת קבלת ההחלטה, וכמו כן אין הטענה מתיישבת עם העובדה **שלא קיימת נורמה משפטית מוגדרת וספציפית** הקובעת את הזכאות לביטוח רפואי **במימון ציבורי-ממלכתי** עבור מי שהוצא מגדר הגדרת תושב לפי סעיף 2א לחוק ביטוח לאומי. כלומר, העותרים מלכתחילה אינם בעלי זכויות לביטוח בריאות רפואי ממלכתי, ולא ניתן להתעלם מעובדה זו עת בוחנים את טענתם.

88. כידוע, יישומו של עקרון השוויון מצריך תחילה הגדרתה של קבוצת השוויון (שוויון חיצוני) ובהמשך בחינה אם נשמר היחס השוויוני בתוך כל קבוצה (שוויון פנימי). לעניין זה יפים הדברים שנאמרו על ידי כב' השופט פוגלמן בבג"ץ 2018/10 **אורט ישראל נ' שר הפנים** (להלן - "ענין אורט ישראל"). וכך נאמר:

"החובה המוטלת על הרשויות לנהוג בשוויון, הינה למעשה חובה כפולה: ראשית, יש להחליט, מיהם הפרטים הנכללים בקבוצת השוויון. לאחר מכן, יש לקבל את ההחלטה הרלוונטית לאותה קבוצה, תוך שמירה על שוויון בין חבריה. שתי ההחלטות נתונות לביקורת שיפוטית (בג"ץ 3792/95 תאטרון ארצי לנוער נ' שרת המדע והאמנויות, פ"ד נא(4) 259, 283-284 (1997)). קבוצת השוויון מגדירה את הפרטים או המוסדות שכלפיהם חלה החובה לנהוג באופן שוויוני, על רקע קיומם של זהות או דמיון רלוונטיים בהתייחס לנורמה נתונה, והיא מבחינה בינם לבין פרטים או מוסדות אחרים, אשר כלפיהם אין חובה לנהוג באותו אופן (בג"ץ 2223/04 לוי נ' מדינת ישראל, פסקאות 14-15 (לא פורסם, 4.9.2006)). השאלה הינה למעשה, שאלה של שוויון חיצוני – היינו, אם קיימת הצדקה להבחנה בין קבוצת השוויון, שעליה חלה

הנורמה, לבין פרטים או מוסדות שמחוץ לה. לאחר שנקבעה קבוצת השוויון, קמה החובה לנהוג באופן שוויוני כלפי כל חברי הקבוצה – אז מתעוררת שאלת השוויון הפנימי, שעיקרה אם נשמר השוויון בין הפרטים הנכללים בגדרי אותה קבוצה (ראו: בג"ץ 1703/92 ק.א.ל קוי אויר למטען בע"מ נ' ראש הממשלה, פ"ד נב(4) 193, 231-233 (1998), להלן: עניין ק.א.ל); בג"ץ 5496/97 מרזי נ' שר החקלאות, פ"ד נה(4) 540, 555 (2001))."

89. המשיבים יטענו, כי בכל הנוגע לתקופת האכשרה שנקבעה בתקנות (הכרוכה גם בתשלום דמי ביטוח מיוחדים במהלכה), קיים שוני רלוונטי כאשר בן המשפחה המזכה הינו תושב לבין כאשר בן המשפחה המזכה הינו אזרח. כפי שהוסבר לעיל, תקופת האכשרה שנקבעו משקפות את התקופות שבהן בני הזוג של מי שלא חלה עליהם הוראת השעה, היו נדרשים להמתין, עד לשדרוג מעמדם לקבלת אשרת תושב ארעי אשר מקנה זכאות לביטוח בריאות ממלכתי לפי החוק.

90. יוצא אפוא, כי ההסדר דנן מהווה מעין תמונת ראי של המצב הנורמטיבי החל לפי דין על מי שאינו נכלל בגדר הוראת השעה, ושהיה חל על העותרים דנן אילולא הוראת השעה. על כן, האבחנה הקיימת בתקנות נשוא העתירה, הינה אבחנה מותרת אשר אינה יוצרת כל הסדר מפלה.

91. בהקשר זה נציין כי במסגרת עבודת הוועדה, נערך מיפוי להיקף הקבוצה של מי שאינו עונה על ההגדרה של תושב לפי סעיף 2א לחוק ביטוח לאומי, וזה המחיש את הגיוון הרב הקיים בקבוצת בעלי ההיתרים. קבוצה זו כוללת, בין היתר, עובדים זרים (בתחומי הסיעוד, החקלאות, הבניין, המסעדות, התעשייה והשירותים וכן מומחים), תיירים ללא אשרה בתוקף, מסתננים (מסודן, מאריתריאה וממדינות אחרות) ופולסטינאים בעלי היתר מת"ק (חלקם בעלי היתר לאיחוד משפחות עם ישראלי, חלקם בעלי בקשה למתן מעמד מכוח מגורים מ-1987 וחלקם בעלי בקשה למתן מעמד מכוח מגורים מ-1972).

עוד הובהר בדו"ח כי קיימות קבוצות נוספות של חסרי מעמד תושב, אלה כוללות לדוגמא שוהים בישראל שהם קורבנות סחר בבני אדם; שוהים בעלי אשרה דיפלומטית/ שירות; עובדי משק בשגרירות/ קונסוליה; ירדנים עובדים יומיים; אנשי דת (בעלי אשרה מסוג א-3) וכן בני משפחתם (בעלי אשרה מסוג א-4); תיירים (ב-2); וכן נושאי אשרה מסוג ב-1 כללי (בן זוג/ הורה קשיש וכו').

על כן, כפי שניתן להיווכח, קבוצת בעלי היתרי השהייה אינה עשויה מקשה אחת.

92. בהמשך לכך, במסגרת סעיף 56 לחוק ביטוח בריאות המחוקק העניק לשרים הרלבנטיים כלים באמצעותם יוכלו לתת משקל וביטוי למאפייניהן הייחודיים של הקבוצות השונות המצויות בהתאם למצוות המחוקק מחוץ לגדר סעיף 2א לחוק ביטוח לאומי, וזאת כעניין

של מדיניות. כאמור לעיל, סעיף 56 לחוק מסמיך את השרים הרלבנטיים לקבוע הסדרים מיוחדים המתחשבים במאפיינים ייחודיים של מי שהוצא מהגדרת תושב.

אוכלוסייה זו אינה מהווה מקשה אחת, וסעיף 56 לחוק מאפשר לשרים לתת משקל לקשת רחבה של שיקולים רלבנטיים בהקשר זה, ובכלל זה **לשונות הקיימת בין הקבוצות השונות בתוך קבוצת מי שאינם תושבים, לרבות מרכיבי הדמיון חלקיים למי ששייכים לקבוצת שוויון אחרת.**

93. ואכן, הוועדה בגדר השיקולים הרלבנטיים נתנה את הדעת - כפי שעולה מהמלצותיה המפורטות של הוועדה - גם לאופיו המקיף והנרחב של המענה הניתן בתחום הבריאות בהינתן הזיקה היציבה הצפויה לארץ של בן הזוג עליו חלה הוראת השעה; השפעות הרחב המערכתיות, לרבות שיקולים של מניעת תמריצים לניצול לא ראוי של מערכת הביטחון הסוציאלי והבריאותי הקיימות בישראל, נוכח הפער בינה לבין מערכות מקבילות בעולם; את המענה הניתן כיום והיקף הכיסוי בתחום הביטוח הלאומי; כמו גם את חובות הפרט והאוכלוסייה; את העלויות התקציביות הכרוכות בהעמקת המענה הסוציאלי, כשעלויות אלו תבואנה בהכרח על חשבון המשאבים העומדים לשם סיפוק צרכים נוספים, ועוד.

שקילת שיקולים אלה הביאה, בהינתן מתחם אפשרויות האסדרה, לגיבוש הסדר סביר ומידתי, הנותן ביטוי לכך שהקבוצה הנידונה, הגם שהיא אינה נכללת בסעיף 2 לחוק ביטוח לאומי, הרי שקיימים בה גם מרכיבי דמיון לקבוצת התושבים, לרבות האבחנה הקיימת בין בני זוגם של תושבים לאזרחים.

94. בהקשר זה, נחדד, בהיבט הרחב יותר, שגם המחויבות של המדינה בהיבט של זכויות סוציאליות וכן זכויות מתחום ביטוח הבריאות הממלכתי כלפי תושביה - שזו האוכלוסייה כלפיה רמת המחויבות המדינתית צריכה להיות הגבוהה ביותר - מושפעת ממכלול רחב של שיקולים, לרבות תקציביים. נשוב ונפנה בעניין זה לעניין **חלמיש**, עניין איזון ועניין לפידות הנזכרים לעיל. כך, שאף תושבים ישראלים עשויים שלא לזכות בכל אגד הזכויות, ולדוגמא גם תושב חוזר, השב להתגורר בישראל, נדרש להשלים תקופת אכשרה של חצי שנה עם שובו לישראל בטרם יוכל ליהנות משירותי בריאות ממלכתיים, ובמידה וברצונו לפדות תקופה זה בתשלום, עליו לשלם סכום של 11,190 ₪.

95. עוד נחדד, כי התקנות, על פי המלצת הוועדה, בחרו בתחום הסדרת הביטוח הרפואי ליתן מענה מקיף וכולל בתחום. כך מכוח ההסדר תהא זכאית האוכלוסייה עליה חלות התקנות לקבלת טיפול רפואי בהיקף דומה בעיקרו לזה הניתן לתושבי ישראל. משמע, אוכלוסייה זו, בכפוף לקיום התנאים כמוצע, ביחס לגביית דמי הביטוח, תוכל ליהנות ממלוא הטיפולים הכלולים בסל הבריאות ובראיה ארוכת טווח תהא צפויה ליהנות מכל הטיפולים שיתווספו לסל הבריאות לאורך השנים. נוסף ונדגיש כי היכולת ליהנות מהמגוון הרחב של הטיפולים הכלולים בסל הבריאות צפויה לחול הן על מחלות עתידיות

והן על מחלות קיימות. **ההסדר המוצע אינו כולל חריג של מצב רפואי קודם.** היעד החרגה זו אף הוא נותן ביטוי לאופיו הממלכתי של ההסדר שכן בביטוחים מסחריים מובהקים נהוג לכלול סייג מעין זה.

96. לנוכח דגשים ומרכיבים אלה, כפי שפורטו לעיל, התקנת התקנות חוללה שינוי משמעותי ודרמטי בהיבט הרפואי מבחינתה של האוכלוסייה עליה חלות התקנות. בעבר אוכלוסייה זו השתייכה לקבוצת הזרים הזכאים אך ורק לטיפול רפואי במצב חירום ללא התניה, אך בתשלום מלא, כאמור בחוק זכויות החולה. **כיום, היא זכאית לרובד ביטוחי רחב ועשיר הדומה בתכניו ובהיקפו לרובד הביטוח שמספקת המדינה לאזרחיה ותושביה זאת בכפוף לתשלום דמי בריאות מיוחדים.**

97. העולה מן האמור הוא כי צירוף המצב המשפטי הקיים בתחום ביטוח הבריאות הממלכתי והמלצות הוועדה בתחום זה שנוצקו אל תוך התקנות, מהווה מענה כולל שהוא הולם לאוכלוסייה הנדונה אותו יש לבחון **כמכלול וכמקשה אחת** ולא לבדוד כל אחד ממרכיביו כשהוא לעצמו. **התמהיל הכולל שנקבע בתקנות בהקשר לאוכלוסייה הנידונה הוא תמהיל מקיף מאוד, סביר, ראוי ומידתי וממילא מבטא יישום סביר וראוי של עקרונות השוויון בשדה המדיניות המורכב בו עסקינן.**

98. כפי שהובהר על ידי המדינה במסגרת העתירות הקודמות, מכלול ההכנסות השנתי הצפוי מגביית דמי ביטוח מיוחדים מכוח התקנות הוערך בסכום של כ-27 מיליון שקלים (סכום זה הוא היקף האוכלוסייה המוערך בשיעורים של דמי הביטוח המיוחדים). סכום זה, לעמדת המדינה כפי שהוצגה במסגרת העתירות הקודמות, נותן מענה הולם לגידול בעלויות של קופות החולים בגין תוספת האוכלוסין, וזאת בשקלול מלוא הפרמטרים השונים.

99. על כן, התערבות בהיבט הכלכלי והגבייתי שנקבע בתקנות, עלול לשנות את האיזון העדין שנקבע בתקנות, וזאת בין היתר בשים לב לכך, שעסקינן בתקנות שהן בתוקף לזמן מוגבל.

100. יצוין כי העתירה אומנם אינה תוקפת את גובה דמי התשלום החודשיים בסך 285 ₪, אולם נטען כי השוני בין תקופות האכשרה כמפורט לעיל, תוצאתו בכך שבן זוג לתושב נדרש לשלם עבור תקופת האכשרה סכום גבוה בהרבה ובלתי סביר (7,695 ₪ = 27 חודשים כפול 285 ₪), בהתחשב במצבה הכלכלי/סוציאקונומי של האוכלוסייה בה עסקינן.

101. כפי שצוין במסגרת העתירה הקודמות, הגם שהמדינה אינה מקלה ראש בגובה הסכום, בראייה כוללת של ההסדר מדובר ודאי בסכום שהינו סביר.

102. כאמור לעיל, סעיף 57 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מסמיך את שר הבריאות והאוצר, באישור שר הרווחה, לקבוע שיעור דמי בריאות מיוחדים וכן דרכי גבייה.

לעניין התשלום השוטף - נקבע בתקנות כי גובה דמי הבריאות המיוחדים יהא 285 ₪ ואם נכללו במשפחה אחת יותר מבעל היתר אחד לא יעלה סכום דמי ביטוח הבריאות על כפל הסכום האמור, קרי 570 ₪ (תקנה 4(א)); גובה התשלום יעודכן מדי שנה בהתאם למדד יוקר הבריאות (תקנה 4(ב)); הקופה רשאית ליתן הנחה של עד 10% בדמי ביטוח בריאות מיוחדים למי שמשלמים באמצעות הרשאה לחיוב חודשי של חשבון הבנק, או הרשאה לחיוב חודשי של כרטיס האשראי (תקנה 4(ד)). כך שבפועל ייתכן, ובהתאם לשיקול דעת קופת החולים, שהתשלום יהיה 256.5 ₪ ליחיד ו 513 ₪ לכל בעלי ההיתר במשפחה.

103. סכום זה נקבע, כפי שעולה מהערה 23 לדו"ח הוועדה, בהתבסס "על תחשיב המביא בחשבון ממוצע משוקלל של דמי ביטוח בריאות המשולם על ידי עובדים המשתכרים שכר מינימום לבין אלה בגובה השכר הממוצע במשק, בהתאם לכללים שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי (מחירי 2011)". "הנה כי כן, העוגנים שנלקחו בחשבון לצורך קביעת דמי הבריאות המיוחדים הינם עוגנים סבירים המבוססים על נתוני האוכלוסייה שנתוני השכר שלה אינם עולים על השכר הממוצע במשק ואף נמוכים ממנו.

104. עוד נבקש לציין כי בהתאם לנתונים שנמסרו על ידי המוסד לביטוח לאומי, האמון על גביית דמי הבריאות מתושבי המדינה, ביחס לשנת 2016 הרי שתושבי המדינה משלמים בממוצע דמי בריאות בשיעור של כ 300 ₪ לחודש (נתון זה מתייחס לבני 18 ומעלה מקרב האוכלוסייה העובדת).

משמעות הדבר היא כי הסכום הנקוב בתקנות נמוך מהסכום המשולם על ידי תושבי המדינה בממוצע.

נציין כי נתון זה אינו מפתיע, שכן כאמור נתוני התשלום של האוכלוסייה האיתנה כלכלית (במובן זה שהיא מרוויחה מעל השכר הממוצע במשק) מלכתחילה לא נלקחו בחשבון בשקלול שנערך לצורך קביעת דמי הבריאות על פי התקנות החדשות, כאמור בהערת שוליים 23 לדוח הוועדה. בכך יש ללמד על סבירות התחשיב.

105. נבקש לציין כי העובדה שגובה התשלום (דמי הבריאות) נמוך מסכום התשלום הממוצע של תושב ישראל מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מלמדת כי גם בהסדר שלפנינו, גלום מימון ציבורי. נוסף ונציין כי המדינה משלימה את עלות הסל, ביחס לתושבי המדינה עליהם חל חוק ביטוח בריאות ממלכתי (מעבר לתקבולי ביטוח בריאות) בכ- 50%, מסך עלותו. ומכאן שדמי ביטוח בריאות אינם מכסים את מלוא העלות הכרוכה באספקת שרותי הבריאות, ולכן, ככל שקבוצה מסוימת משלמת בממוצע פחות, מרכיב המימון הציבורי גדל בהתאמה, זאת בהנחה שממוצע ההוצאה למתן שרותי בריאות דומה.

מאחר שהקבוצה עליה חלות התקנות, קטנה יחסית (לעומת קבוצת התושבים המונה מיליוני תושבים), הרי שצרכים מוגברים של פרטים מסוימים בקרבה, יכולים להגדיל את מרכיב המימון הציבורי הממוצע לעומת מרכיב המימון הציבורי לגבי השירותים הניתנים לאוכלוסיית התושבים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. יש להניח כי עם חלוף הזמן והתגברות הצרכים הרפואיים עקב התגברות האוכלוסייה הנדונה – היבט זה של מרכיב המימון הציבורי יהיה משמעותי אף יותר.

106. גם החיוב בתשלום דמי הבריאות בתקופת האכשרה וההמתנה הינו סביר. למעשה, באמצעותו מושגת תוצאה דומה, קרי צמצום הסיכון לניצול לרעה של הזכויות בתחום הבריאות, ומכאן חשיבותו בהינתן היקפו הרחב של סל השירותים והעדר הסייג של מצב רפואי קודם. נזכיר כי תשלום זה בתקנות נפרש על פני עשרה תשלומים, כשבכך יש להקל בנטל נשיאתו.

107. גם כאן חשוב לציין כי המודל של התנאת הזכאות לזכויות סוציאליות בתקופת המתנה בתשלום נפוץ בתחום הרווחה. חלק נכבד מענפי הביטוח הסוציאלי מותנים בתקופת האכשרה משמעותית בתשלום - טרם מימוש הזכאות. ככלל, קיימת זיקה בין משך תקופת האכשרה ובין היקפה של הזכות הסוציאלית. בענפים בהם הזכות הסוציאלית פחותה, בהתאמה גם תקופת האכשרה קצרה יותר, אך - וזה העיקר - עדיין משמעותית.

108. כך למשל, לצורך זכאות לקבלת דמי לידה מלאים, תקופת האכשרה בתשלום לצורך ביטוח מלא בענף דמי לידה הינה 10 חודשים מתוך 14 חודשים שקדמו ליום הקובע או 15 חודשים מתוך 22 חודשים ליום הקובע. הזכאות למחצית דמי הלידה מותנית בתקופת אכשרה של 6 חודשים מתוך 14 החודשים שקדמו ליום הקובע.

כן נשוב ונפנה לכך שגם תושב חוזר, השב להתגורר בישראל, ומעוניין להיות זכאי לשירותים בריאות ממלכתיים מיד עם שובו נדרש לשלם סכום של 11,190 ₪ או לחלופין להשלים תקופת המתנה של 6 חודשים

109. כזכור, בענייננו, המדובר בזכאות למלוא היקפו של סל הבריאות הניתן לתושבי הארץ, ללא סייג של מצב רפואי קודם, ולכן ברור שקביעת תקופת אכשרה משמעותית, הינה סבירה וראויה ואף נדרשת.

110. אם כן, עמדת המדינה היא כי הוועדה נדרשה לגבש הסדר, מכח סעיפים 56 - 57 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר בו הזכויות לחיים ולשלמות הגוף של האוכלוסייה נשוא העתירות תכובדנה. זאת, תוך מתן משקל לשיקול יציבות אופק השהייה וקיום התא המשפחתי-מזה, וליתר נסיבות הענין לרבות השלכות רוחב-מזה. מתן משקל למכלול

השיקולים הרלבנטיים אמור מעצם טיבו להביא לגיבושו של הסדר, אשר מחד גיסא, נותן משקל לשיקולים שפורטו לעיל, אך מאידך גיסא, נותן משקל, למסגרת המשפטית שהתווה המחוקק בסעיפים 56 – 57 לחוק, כפי שערכה הוועדה.

מכאן, כי השאלה הטעונה הכרעה היא, אם ההסדר הגלום בתקנות מהווה הסדר נאות, הנותן מענה הולם לזכות לחיים ולשלמות הגוף, וכן למאפייני טיב זיקתה של הקבוצה נשוא העתירה לארץ, הכל כמפורט לעיל.

111. המדינה סבורה כי ההסדר שגובש בתחום הבריאות, מספק מענה הולם וראוי לצרכי הבריאות של האוכלוסייה נשוא העתירה.

ונזכיר, התקנות בתחום הסדרת הביטוח הרפואי נותנות מענה מקיף וכולל בתחום. מכוח ההסדר תהא זכאית האוכלוסייה נשוא העתירות לקבלת טיפול רפואי בהיקף זהה לזה הניתן לתושבי ישראל. משמע, אוכלוסייה זו, בכפוף לקיום התנאים שנקבעו, ביחס לגביית דמי הביטוח, תוכל ליהנות ממלוא הטיפולים הכלולים בסל הבריאות ובראייה ארוכת טווח תהא צפויה ליהנות מכל הטיפולים שיתווספו לסל הבריאות לאורך השנים.

נוסיף ונדגיש כי היכולת ליהנות מהמגוון הרחב של הטיפולים הכלולים בסל הבריאות צפויה לחול הן על מחלות עתידיות והן על מחלות קיימות. ההסדר המוצע אינו כולל חריג של מצב רפואי קודם. היעדר החרגה זו אף הוא נותן ביטוי לאופיו הממלכתי של ההסדר שכן בביטוחים מסחריים מובהקים נהוג לכלול סייג מעין זה.

112. ההנאה מביטוח רפואי כרוכה כמובן בחובות, היינו בתשלום דמי בריאות. בהקשר זה נבקש לשוב ולהזכיר כי גם תושבי ישראל נדרשים לשלם דמי בריאות, לפי חוק, קל וחומר הוא כי מי שאינו תושב המדינה יידרש לשאת בעלויות ביטוחו הרפואי. מן הראוי גם כי מידת המימון הציבורי של עלות הביטוח הרפואי לתושב המדינה והיקפו תהא גבוהה ממידת והיקף המימון הציבורי לביטוח הרפואי לנתינים זרים שאינם תושבים.

113. ההנאה מביטוח רפואי על פי המלצות הוועדה והתקנות, כרוכה בתקופת אכשרה הזוהה במשכה לפרקי הזמן הנדרשים במסגרת ההסדר המדורג (לבן זוג של אזרח/תושב קבע, לפי הענין) לשם קבלת מעמד של תושבי ארעי. עמדת המדינה היא כי קביעת תקופת אכשרה זו, קודם קבלת השירות הרפואי, הינה סבירה, ראויה ונדרשת על מנת לצמצם את התמריץ להגירה רפואית, וזאת בהינתן רוחבו של סל הבריאות והעדר סייג של מצב רפואי קודם.

זאת ועוד. הזוהות בין משך תקופת ההמתנה של האוכלוסייה נשוא העתירות לבין משך תקופת ההמתנה לבני זוג וילדים של אזרחים ותושבים עליהם לא חלה הוראת השעה עד לקבלת מעמד א/5 (המקנה זכאות לביטוח בריאות ממלכתי) – מבססת את סבירות ההסדר אף בהיבט זה.

114. המשיבים יטענו כי ההסדר הנוכחי - על מכלול מרכיביו המפורטים לעיל - נותן מענה ראוי והולם לצורכי הבריאות של האוכלוסייה נשוא העתירות. עמדת המשיבים הינה אפוא כי ההסדר הגלום בתקנות לעניין גובה התשלום, הינו סביר ומאוזן. הוא נותן ביטוי למכלול השיקולים הרלבנטיים; הנתונים העומדים בבסיסו נבחרו על הצד המקל, כמפורט לעיל. מטעמים אלה סבורה כי דין העתירות להידחות.

115. בשים לב לאמור לעיל, וכן לחפיפה הקיימת בין שתי העתירות שבכותרת, נתייחס להלן בקצרה ובתמציתיות לטענות העולות במסגרת העתירה השנייה – בג"ץ 9327/16.

ה. התייחסות פרטנית לבג"ץ 9327/16

116. הרקע לעתירה בבג"ץ 9327/16, נוגע לשורת עתירות שהוגשו בשנת 2014 - אשר הראשונה ביניהן הייתה העתירה בבג"ץ 813/14 - נגד הוראת השעה, ובפרט נגד אי השדרוג ממעמד של בעל היתר שהייה למעמד של תושב ארעי. במסגרת עתירות אלה, ביום 11.4.16 נמסרה הודעה - כארבע חודשים טרם כניסת התקנות לתוקף - כי שר הפנים החליט לאשר את שדרוג מעמדם של מי שמחזיקים בהיתרי שהייה מכוח הוראת השעה והגישו את בקשותיהם לאיחוד משפחות בהתאם להליך המדורג עד לסוף שנת 2003 (והבקשות אושרו), כך שיינתן להם ולילדיהם הקטינים (מי שנולדו לאחר יום 1.1.98), תושבות ארעית בישראל (אשרה מסוג א/5) (להלן: "האוכלוסייה נשוא בג"ץ 9327/16").

כן הובהר במסגרת הודעה זו, כי שדרוג המעמד יעשה בכפוף לעמידה בתנאים הדרושים לשם בחינות בקשות מעין אלו. דהיינו, הוכחות מרכז חיים בישראל, הוכחת כנות קשר הנישואין והמשך קיומו, והיעדר מניעה ביטחונית ופלילית. **אם כן, לא מדובר בשדרוג מעמד אוטומטי.**

עוד הובהר בהודעה, כי תוך 60 ימים תפורסם באתר האינטרנט של רשות האוכלוסין וההגירה ובלשכות השונות את האופן בו יתבצע מהלך השדרוג, וכי נוכח הבדיקות הנדרשות והיקף הזכאים לבקש את שדרוג מעמדם, המהלך יבוצע באופן הדרגתי ולא בבת אחת.

העתק מהודעת המדינה מיום 11.4.16 מצורף ומסומן מ/ש/3.

117. ביום 15.2.17 המדינה עדכנה את בית המשפט הנכבד - לקראת דיון שהתקיים בשורת העתירות שלעיל ביום 20.2.17 - כי נכון ליום 30.1.17, מתוך 2,020 בקשות של בני זוג מוזמנים שנבחנות במסגרת החלטת השר (ולא 2,104 בקשות כפי שסברו המשיבים קודם לכן), 1,124 מוזמנים שודרגו, 49 מוזמנים לא שודרגו נוכח סירוב של משטרת ישראל או גורמי הביטחון, 87 מוזמנים לא שודרגו מאחר שלא עמדו בקריטריונים שנקבעו בהחלטת השר, ואילו 760 בקשות נותרות עודן בבחינה.

העתק מהודעת המדינה מיום 15.2.17 מצורף ומסומן מש/4.

118. כאמור לעיל, מי שמחזיק באשרת תושב ארעי זכאי להיכלל וליהנות מהשירותים הרפואיים הניתנים לפי חוק ביטוח בריאות, ולמעשה אינו נזקק להסדר הנדרש בתקנות.
119. כזכור התקנות נכנסו לתוקף ביום 1.8.16. בראי האמור לעיל, ביום 30.10.16 פורסמה ברשומות הוראת שעה לתקנות - תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (רישום בקופת חולים, זכויות וחובות של מקבלי היתר שהייה לפי חוק האזרחות והכניסה לישראל (הוראת שעה), (התשס"ג-2003) (הוראת שעה), תשע"ז-2016 – במסגרתה נקבע כי עד ליום 31.5.17, לא יחולו התקנות על חברי האוכלוסייה נשוא בג"ץ 9327/16, **ובלבד** שהם לא נרשמו לקופת חולים ולא החלו לשאת בתשלום דמי בטיחות הבריאות.
120. יצוין כי לא בכדי נקבע סייג זה. על פי הוראת המעבר הקבועה בסעיף 9 (א) לתקנות, חברי האוכלוסייה נשוא בג"ץ 9327/16, פטורים מתקופת ההמתנה לזכאות של שישה חודשים, כך שמרגע שנרשמו לאחת מקופות החולים והחלו לשאת בתשלום דמי הבריאות החודשיים, לרבות עבור תקופת האכשרה, אף אם פרסו את התשלום למספר תשלומים, הם **זכאים** לקבלת כל השירותים הרפואיים הניתנים לפי ביטוח הבריאות הממלכתי.
121. במסגרת העתירה שבכותרת - בג"ץ 9327/16, מבקשים העותרים לקבוע כי התקנות לא יחולו על חברי הקבוצה אף אם כבר נרשמו לאחת מקופות החולים או החלו לשאת בחובת התשלום של דמי ביטוח הבריאות. כמו כן, מבקשים העותרים, לקבוע כי מי שנרשם לאחת מקופות החולים והחל בתשלום, יבוטל התשלום ויינתן לו החזר של התשלומים שנשא בהם.
122. לטענת העותרים אי החלת התקנות על בסיס האבחנה בין מי שנרשם לאחת מקופות החולים והחל לשאת בתשלום דמי ביטוח הבריאות בין מי שלא, היא מפלה, אינה הוגנת ואינה סבירה.
123. בראי כל האמור לעיל, המדינה סבורה כי דין טענות אלו להידחות.
124. מכל מקום, המדינה תשיב בקצרה, כי בכל הכבוד הראוי, טענות העותרים כלל אינן ברורות, ומובן כי קיים שוני מהותי, בין אותם חברי קבוצה אשר טרם פרסום הוראת השעה נרשמו לאחת מקופות החולים והחלו לשלם דמי ביטוח בריאות, לבין אלו שלא שכן כאמור לעיל, הראשונים, נהנו מזכאות לקבלת שירותים רפואיים לפי ביטוח הבריאות הממלכתי, ויוסיפו ליהנות מזכאות זו עד לשדרוג מעמדם, בעוד שהאחרונים לא. למותר לציין, כי מי שלא היה מבוטח, במסגרת ההסדר, גם לא יהיה זכאי להחזר בעד שירותים שרכש, טרם שדרוג מעמדו, ומכאן היתרון הטמון בכך שההסדר חל עליו (ללא כל תקופת המתנה) עד לשדרוג מעמדו.

125. למעשה, העותרים אינם טוענים בעתירה זו נגד סבירות ההסדר, כי אם נגד החלתו עליהם לאור השינוי הצפוי במעמדם בהינתן הודעת שר הפנים. התשובה לטענה זו הינה בשני מישורים. ראשית, בשעה שהותקנו התקנות (בגלגולן המקורי) לא ניתן היה לצפות את החלטת שר הפנים, אשר ניתנה זמן רב לאחר מכן. שנית, כפי המתואר לעיל, גם לאחר החלטת שר הפנים נדרשה בחינה פרטנית בעניינו של כל אחד מחברי הקבוצה, כלומר ה"שדרוג" לא היה אוטומטי, ולא ניתן היה לבסס עליו טענת הסתמכות. זאת, כאשר בפרק הזמן שחלף עד לבחינת בקשתם ל"שדרוג" ומתן החלטה בה, נהנו העותרים מביטוח בריאות ממלכתי.
126. מבלי לגרוע מהאמור, יצוין כי לפני משורת הדין, הוחלט ביחס לחברי האוכלוסייה נשוא בג"ץ 9327/16 אשר נהנו לתקופה קצרה מזכאות לשירותי ביטוח בריאות ממלכתיים לפי התקנות, עד לשדרוג מעמדם, כי באמצעות קופות החולים יינתן להם החזר/פטור יחסי מחובת התשלום לפי התקנות, בהתאם למשך הזמן בו היו מבוטחים.
127. כך מי שנרשם בהתאם להוראות התקנות ב-1 באוגוסט, ומעמדו שודרג, ב-1 בינואר, יהיה זכאי להחזר בגובה מחצית דמי ביטוח הבריאות שחויב בהם בעד תקופת האכשרה. זאת, על פי היחס בין תקופת חברותו (חמישה חודשים בדוגמא שלפנינו) לבין התקופה המלאה בגינה יכול היה לפרוס את חובו בעד תקופת האכשרה (עשרה חודשים, לפי התקנות), והכל בין אם שילם הסכום מראש, ובין אם פרס אותו.
- יוער, כי השאלה האם נגרמו הפסדים לקופות החולים לאור העובדה שחברי האוכלוסייה בבג"ץ 9327 היו מבוטחים בקופות במשך תקופה קצרה והאם נדרש תקצוב מצד המדינה בגין אותם החזרים (שיועברו על ידי קופות החולים) אינה טעונה הכרעה בשלב זה, והיא תיבחן במסגרת בחינה כללית של יישום ההסדר, כפי שנקבע בפסיקת בית המשפט הנכבד.
128. **על כן, בהתחשב בכך, ועל יסוד האמור לעיל, סבורה המדינה כי ההסדר שנקבע בעניינם של חברי האוכלוסייה נשוא בג"ץ 9327/16 מהווה איזון ראוי וסביר, ולכן דין העתירה להידחות בהיעדר כל עילה.**

ו. סוף דבר

129. לסיכום, לאור כלל האמור, תטען המדינה, כי העתירות שבכותרת לא הצביעו על כל עילה כלשהי בגינה יש להתערב בתקנות.
130. לכן, יטענו המשיבים כי דין העתירות להידחות – הן על-הסף, הן לגופן.

לאימות העובדות המובאות בתגובה זו מצורף תצהיר מטעמה של הגב' אילה גרבר
ממשרד הבריאות.


היום, י' בניסן תשע"ז

06 באפריל 2017



רנאד עיד, עו"ד

סגן בכיר בפרקליטות המדינה



מיכל צוק – שפיר, עו"ד

סגנית בכירה א' בפרקליטות המדינה