

שרותי אשפוז

מ.כ. 11/78

ירושלים, כא' בטבת תשל"ח
29 בינואר 1978

א. ל. מנחלי

חיש מס' 2/1/14

א. ל. מנחלי בחי-החולים הכלליים בארץ

הנדון: חוק לחיקוק דיני עונשין (הפסקת הריון) תשל"ז-1977

בבקשה להושרגן לקראת חלילת המעלה החוק בחודש פברואר 1978.

להלן ציטוט החוק כלשונו:

"חוק לחיקוק דיני עונשין (הפסקת הריון) תשל"ז - 1977"

1. הגדרות - בחוק זה -

"מוסד רפואי מוכר" - מוסד או כותשה שלר הבריאות הכיר בהט כמוסד רפואי לפנין חוק זה, והודעה על כך פורסמה ברשומות.

"רופא נשים" - רופא מוסמך שהוא בעל תואר מוסמך ביילוד ובניקולוגיה שניתן לו על פי פקודת הרופאים (נוסח חדש), תשל"ז-1976 (להלן הפקודה), או רופא מוסמך המתמחה, לטה קבלת אותו התואר, במוסד רפואי מוכר בעיקוחו של רופא בעל תואר האמור.

2. איסור הפסקת הריון - מי שהפסיק בירדעין הריונה של אשה, בין בטיפול רפואי ובין בדרך אחרת, דינו - מאסר חמש שנים או קנס חמישים אלף לירות.

3. הפסקת הריון באיסור - לא יטא רופא נשים באחריות עלילית בעל הפסקת הריונה של אשה או נחקייהו כל אלה:-
(1) הפסקת הריון נעשתה במוסד רפואי מוכר.
(2) ניתן מראש איסור ההתחם לפסיק 5.

4. ועדה - אסור לפנין סעיף 3 יזיה טאח ועדה של גלופה; או חבריה יקבע, במוסד רפואי מוכר טאח בית-חולים רטוח טאמור בטעיף 25 לפקודת בריאות הפט, 21940 - מנהל המוסד, ובמוסד רפואי מוכר אחר - לר הבריאות יו מי שהוא הסמיך לכך; וזה הרכב הועדה:-

(1) רופא מוסמך שהוא בעל תואר מוסמך ביילוד ובניקולוגיה.

(2) רופא מוסמך נוסף שציטוקן הוא בטוח והקאוליות הטאיטט- יילוד ובניקולוגיה, רטואה פנימית, טמיכיאטריה, רפוייה המטופה, בריאות הציבור.

(3) אדון הרשות מעובד מרטיטלי של פי חוק פקודת הפטי, תשל"ח-1958³.

5. (א) הועדה רואית, לאחר שנחקבלה הסכמתה המודעת של ההגנה, לחת אישור להפסקת ההריון אם ראתה לזיו הצדקה לכך מחמת אהת מאלה:-

1. האשה היא למטה מגיל הנישואין, מלאו לה החמישים שנה;
2. ההריון נובע מיוחסים אטוריים לפי החוק הפלילי או מיוסטי עריות, או מחמת אהת מאלה מנישואין.
3. הולד עלול להיות בעל מוט גופני או נפשי;
4. המצב ההריון עלול לסכן את חיי האשה או לגרום לאשה נזק גופני או נפשי;
5. המצב ההריון עלול לגרום נזק חמור לאשה או לילדיה, מחמת חנאיה המיטפתית או החברתיים הקיימים על האשה ויל סביבתה.

(ב) לענין סעיף זה "הסכמה מודעת" של אשה להפסקת הריונה - הסכמתה בכתב לאחר שהוסברו לה המיכונים הגופניים ונפשיים הכרוכים בהפסקת ההריון; לענין זה הסכמתה של קטינה אינה סעונה אישור נציגה.

(ג) לא חסרה הועדה לחת אישור בטרם נתנה לאשה הזדמנות להוסיע בפניה ולמסור לוועדה את נימוקיה.

(ד) האישור יהיה בכתב ויפרש את הטיבה המצדיקה את הפסקת ההריון.

6. לא יחא רופא מוסמך באחריות פלילית בשל הפסקת הריונה של אשה אם נתקיימה אחת מאלה, ובלבד שזניתנה על כך למנהל הכללי של משרד-הבריאות הוועדה מנומקת בכתב חנון המיטה ימים לאחר המעשה.

הפסקת הריון במקרים מיוחדים

(1) יהיה צורך להפסיק את ההריון מיד, לשם הצלת חייה של האשה או כדי למנוע ממנה נזק חמור שאין לחקנו;

(2) הפסקת הריון היחה חנון טיפול רפואי אחר בגופה של האשה ודבר ההריון לא היה ידוע לרופא קודם לכט והפסקתו היחה דרושה לאותו טיפול רפואי.

הסתייגות מסעמי מצפון או יקול דעת רפואי

7. אין במחן אישור לפי חוק זה כדי לחייב רופא נציג להפסיק הריונה של אשה אם הדבר הוא בניגוד למצפוננו או לטיקול דעתו הרפואית.

8. מעיף 18 למקודת החוק הפלילי, 1936⁴, לא יחול על עבירה לפי חוק זה.

אי - חחולה סייג לאחריות

9. אשה שבוצעה בה עבירה בניגוד לחוק זה לא חחא באחיותו פלילית בקשר לעבירה זו.

10. סעיפים 175 ו-177 למקודת החוק הפלילי, 1936 - בטלים.

ביטול ביצוע וחקנות

11. חר הבריאות ממונה על ביצוע חוק זה והוא רשאי - בהתייעצות עם חר המיטטים ועם ועדת הזירותים הציבוריים של הכנסת - להחקין חקנות להיאצור, ובין האחר בענינים אלה:-

(1) חנאים לאישור מוסד רפואי כמוסד מוסר, הנוהל למנון אישור כזה, חקופת חוקפנו, חידוכו וביטולו;

(2) הנוהל למחן אי ורים לפי סעיף 5.

12. חווילתו של חוק זה יונה לאחר פרסומו ברומנות, אולם יחא הבריאות רשאי לקבוע חווילה בהודעה ברומנות כי החחילה תהיה במועז מוקדם יותר.

(-)

ויקסור חזי-טוב
חר הבריאות

(-)

יאחק רבין
ראז הממטלה

(-)

אפרים קייר
נציא המדינה

מסקנות

לפי החוק יז להבדיל בין יחסי מערכות: (1) קבלת אישור לביצוע הפלה.
(2) ביצוע הפלה.

האישור ינתן ע"י ועדה שתהיה מורכבת מ-3 חברים:

(1) רופא מוסמך בעל תואר מומחה על פי הפקודה בילוד ובגניקולוגיה.
(2) רופא מוסמך נוסף לעיפוקן הוא באחד המקצועות הבאים: יילוד ובגניקולוגיה, פנימיות, פסיכיאטריה, רפואת המזפחה, בריאות הציבור.

(3) אדם רצום כעובד סוציאלי על פי חוק ירוחי הסעד.
הועדה

כאשר סעיף 4 של החוק מדגיש את חברי יקבע מוסד רפואי מוכר שהוא בי"ח רצום כאמור בסעיף 25 לפקודה בריאות העם 1940 - מנהל המוסד, ובמוסד רפואי מוכר אחר - יז הבריאות או מי שהוא הסמיך לכך.

ועדה זו תפקד כדלהלן:

כל איזה המעונינת בהמסקת הריון או מופנית להמסקת הריון מסיבות רפואיות ו/או סוציאליות, תטנה למזכירת הועדה מצודת בבדיקה מעבדתית המעידה על הינתה בהריון או בחעודה היופואית מנומקת הקובעת יהיא בהריון ומהן הסיבות הרפואיות הולדע הרופא מצדיקות את הפסקת ההריון. אם האשה נמצאת בספול אל רופאים אחרים עליה להצטייד בוועדות רפואיות כתאימות. הועדה רואית לדרוש חעודות רפואיות נוספות הנוגעות למצבה הרפואי.

(1) מזכירת הועדה תקבל מהאשה את המסמכים הרפואיים זכרותה ונמלא טופס חחוט ע"י האשה ליכולול פרטי זיהוי ופרטים בדבר מצב בריאותה וכן כל פרט אחר כפי שהועדה תדרוש ותפנה את האשה לבדיקת הרופא הגניקולוג במוסד בו מתקיימת הועדה. (טופס הצהרת המועמדת להפסקת הריון מצ"ב נספח 1). המזכירה תפנה לעובדת סוציאלית של הועד נמיט הוייכות לאחת מהקבוצות דלהלן: * קטינות * נשים בהריון מיחסים אפורים ע"פ החוק ומיחסי עריות * נשים הטוענות לקיומן אל בעיות סוציאליות המצדיקות לדעתן הפלה.

המזכירה תציע לכל אשה שהרתה מחוץ לנישואין זכרותה לחוות ולהחיעץ עם העובדת הסוציאלית אפזרות זו תהיה פחותה לכל אשה הפונה לוועדה.

(2) הועדה לא תאשר הפסקת הריון מבלי שהאשה עברה בדיקה ע"י גניקולוג לצורך קביעת גיל ההריון אשר גם יסביר לאשה את הטכונים הכרוכים בכך, ומגלי לחספק נתונים על מצב בריאותה בחתימת רופא המזפחה.

(3) העובדת הסוציאלית תראיין את האשה והופנתה אליה בכדי לעמוד על הסיבות שהניעו אותה לבקש את הפסקת ההריון. כאשר יאנן בעיות סוציאליות המצדיקות את הפסקת ההריון תאסוף העובדת הסוציאלית, לפי הצורך, מידע המצביע על קיומן אל הבעיות הללו. העובדת הסוציאלית תכין חוות דעת מנומקת בכתב שתובא לדיון הועדה.

(4) הועדה תחכנס לפחות פעם בשבוע או יותר בהחאם למטפר הפניות.

(5) האשה תוזמן להופיע בפני הועדה ע"פ החלטת הועדה או דרישת האשה.

- 6) מזכירת הועדה תנהל/ פרטיכל הישיבה וחמסור לאסה אט האיסור במידה והועדה איסרה אט ביצוע הפסקת ההריון.
- 7) במקרה של סירוב תנתן לאסה הזדמנות להופיע בפני הועדה למסירת נימוקיה לדרישתה להפסקת ההריון. המזכירה תקבע אט מועד הופעתה בפני הועדה.
- 8) הועדה תסיים אט דיוניה בהקדם ככל האפשר בכדי לא למגוע באפזרות של הפסקת ההריון.
- 9) במקרה שלועדה אליה פנתה האסה אין אפשרות לספל במקרה, תפנה מזכירת הועדה אט הפניה ואת האסה לועדה אחרת.
- 10) כל דיוני הועדה, לרבות חוות דעת ומידע המגיע אליהן לגבי האסה והן לגבי חוזרים - הם סודיים.

כח אדט ודרוש להפעלה

כח האדם הדרוש להפעלת הועדה למחן איסורים.

1. מזכירה

2. עובדת סוציאלית - העובדת הסוציאלית והמזכירה תעסוקנה 4 ימים בשבוע בקבלה, ראיון וטיפול בנשים המופנות אל הועדה. תכונה אט החומר לישיבות הועדה. יומייה בשבוע יוקדשו לישיבות הועדה.

3. חני רופאים בעלי תואר מומחה במילדות וגניקולוגיה. יומיים מעבודתם השבועית יוקדשו לישיבות הועדה ויוט נוסף לבדיקות גניקולוגיות ליו ברור ההוראות הרפואיות להפסקת הריון, בדיקת נשים וקביעת גיל גודל ההריון.

4. אחות.

מצ"ב דוגמת טופסי קבלה.

תערוכת סללי ירוח:

חובת הצדד וההפלה חלה על כל המחלקות הבניקולוגיות בכל החי-המזולית, עם זאת אין לחייב רופא אישי לבצע הפלה בניגוד להאמרו.

יש לנהל מערכת רישום ופרוטוקול מדויקת על כל אשה, החריף הצדד וההפלה, ונוצאות הבדיקה ההיסטולוגית ונוצאות מעקב רפואי לאחר ההפלה.

יש לבנות עבור כל הפלה את התשלום המקובל בעת הביצוע עבור יוט איטמפנד היינו סך 850 ל"י עד 31.3.78, וסך 1,100 ל"י החל מ-1.4.78. עבור הפלה זאת נוצעה מועמית רפואית חלה חובת התשלום על המבטח (קופ"ח). במידה ולאשה בטיעול אין ביטוח רפואי. הרי חלה חובת התשלום עליה, או על לאנחת הסעד, בהתאם למקובל.

יש להזמין את האשה לבדיקה חוזרת 3 שבועות לאחר ביצוע ההפלה.

הווק יכנס לחוקיקו ב-9.2.78.

נא לאשר קבלת המסמכים וקביעת הוועדה.

ב ב ר ט ה,

ד"ר י. ויסבורט
רופא שירותי איטמפנד בפועל

יו/יצ

טופס קבלה

משרד הבריאות - ועדה לדיון בבקשות להפסקת הריון

(א) הצהרת המועמדת על מצב בריאותה

שם המועמדת _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____ מספר ת.ז. _____ תאריך לידה _____

שם המוסד הרפואי המטפל (קופ"ח) _____ מס' פנקס קופ"ח _____ מסניף _____
(מס' חברות קודם) _____

(ב) שאלות למועמדת

1) האם פנית בהריון הנוכחי לוועדה בבקשות להפסקת הריון? כן / לא / והיכן

2) מהו גובהך ומשקלך? גובה _____ ס"מ משקל _____ ק"ג.

3) האם בששת החודשים האחרונים עלית או ירדת במשקל? אם כן בכמה ומה הסיבה?

4) המשתמשת את בסמים או בתרופות כלשהן באופן קבוע או לעתים תכופות? אם כן פרטי

5) האם עשו לך פעם נתוח או יעצו לך לעשות נתוח? אם כן צייני פרטים

6) האם קבלת פעם טיפול ע"י הקרנות רנטגן, רדיום או קובלט? אם כן, באיזה מוסד וגלל איזה מחלות?

7) האם נבדקת פעם באלקטרוקדיאוגרמה? אם כן: (א) מתי ומה הסיבה?

(ב) באיזה מוסד?

8) האם אושפזת פעם או היית בטיפול בביה"ח? אם כן: היכן _____ מתי _____ ובאיזו מחלקה _____

9) מתי נבדקת פעם אחרונה על ידי הרופא המטפל? ומה הסיבה?

10) האם הנך סובלת מהמחלות הבאות:

אשפוזים	שם הרופא, או המוסד הרפואי שטיפלו בך וכתובתם המדויקת	מתי התחילה	כן/לא	סוג המחלה
				מחלת ים מום לב סכרת יתר לחץ דם מחלת כליות

האם הנך סובלת ממחלת דם כלשהי, או מהפרעות בקרישת הדם?

1. אנמנזה מילדותית

- * מספר הריונות קודמים: (כולל: לידות חי, לידות מת, לידות מוקדמות, הפלות ספונטניות ומלאכותיות). (אם ההריון הנוכחי הוא ראשון סמני: 00).
- * מספר לידות חי: _____ * מספר לידות מת: _____
- * מספר לידות מוקדמות: _____ * מספר הפלות ספונטניות: _____ (לידה מוקדמת היא אחרי 20 שבועות).
- * מספר הפלות מלאכותיות: _____ * מספר הפניות קודמות לועדה לענייני הריון: _____
- * הפניה האחרונה היתה לועדה ליד בית-חולים: _____
- * תאריך גמר ההריון האחרון: _____ * תוצאת הריון אחרון: _____
- * מספר ילדים חיים: _____ * תאריך לידת הילד(ה) הצעיר(ה) ביותר: _____
- תאריך וסת אחרון _____ . צורת הוסת: סדיר / לא סדיר _____ .

2. אמצעים למניעת הריון.

- * האם השתמשת בעבר באמצעים למניעת הריון: _____ 1. כן פירוט: _____ 2. לא
- * אם לא היה שימוש בכך מה הסיבה: _____ 1. סיבה רפואית 2. חוסר ידע 3. אחרת

3. האם היו סבוכים?

- * לאחר לידה _____
- לאחר הפלה מלאכותית או טבעית _____

4. בדיקה גניקולוגית

- * שבוע הריון משוער _____ , מימצאים אחרים: _____

אני החתומה מטה מצהירה כי תשובותי על כל השאלות בטופס זה הן אמיתיות ומקיפות ולא החסרתי או העלמתי מאומה.

הנני נותנת רשות למוסד המבטח, על עובדיו, למסור לחברי הועדה את כל הפרטים, בלי יוצא מהכלל, ובצורה שתידרש על ידם, על מצב בריאותי ועל כל מחלה שחליתי בה בעבר או שהנני חולה בה כעת, והנני משחררת את קופי"ח וכל רופא מרופאיה וכל עובד רפואי אחר וכל סניף מסניפיה או רופא או מוסד רפואי אחר, מחובת שמירה על סודיות זו כלפי הועדה.

אני מסכימה להצהרה זו, המחייבת אותי בכל האמור בה.

תאריך _____ חתימת המועמדת _____

לשימוש הועדה.

ועדה לדיון בבקשות להפסקת הריון

שם המוסד הרפואי המוכר:

ב"יח

שמו ומענו

מרפאה

שמה ומענה

במוקף שמכוייתנו לפי סעיף 5 לחוק לתקון דיני עונשין (הפסקת הריון תשלי"ז)
דנה הועדה בבקשת הפסקת הריון של הגב' _____

(א) הועדה אשרה את הפסקת ההריון _____

לפי התיקון לחוק דיני עונשין הנייל מסיבות כדלהלן:

1. האשה היא למטה מגיל הנישואין, או מלאו לה ארבעים שנה; _____
2. ההריון נובע מיחסים אסורים לפי החוק הפלילי או מיחסי עריות, או שהוא לא מנישואין; _____
3. הוולד עלול להיות בעל מום גופני או נפשי; _____
4. המשך ההריון מסכן את חיי האשה או גורם לה נזק גופני או נפשי; _____

(ב) הועדה ממליצה על בצוע הפסקת ההריון בבייח כללי בגלל הסיבות הרפואיות הבאות:

(ג) הועדה אינה ממליצה על הפסקת ההריון מסיבות כדלהלן:

חברי הועדה:

עו"ס

רופא 2

רופא 1

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

חתימה:

שם פרטי ושם משפחה:

מס' רשיון:

מומחיות:

מס' מומחה: