



רשומות

# קובץ התקנות

4 ביולי 2022

10240

ה' בתמוז התשפ"ב

עמוד

תקנות העונשין (הפסקת היריון) (תיקון), התשפ"ב-2022 ..... 3370

## תקנות העונשין (הפסקת היריון) (תיקון), התשפ"ב-2022

בתוקף סמכותי לפי ההגדרה "מוסד רפואי מוכר" בסעיף 312 וסעיף 321 לחוק העונשין, התשל"ז-1977<sup>1</sup> (להלן – החוק), ולאחר התייעצות עם שר המשפטים ועם ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, אני מתקין תקנות אלה:

1. תיקון תקנה 1 בתקנות העונשין (הפסקת היריון), התשל"ח-1978<sup>2</sup> (להלן – התקנות העיקריות), בתקנה 1, אחרי ההגדרה "הממונה" יבוא:
 

"קופת חולים" – כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994<sup>3</sup>."
2. תיקון תקנה 3 בתקנה 3 לתקנות העיקריות, ברישה, אחרי "הם אלה" יבוא:
 

"א" לצורך ביצוע הפסקות היריון תרופתיות בלבד – מתקיימים בה כל אלה:

(1) המרפאה פועלת במסגרת קופת חולים או צבא הגנה לישראל;

(2) בעת פעולתה יהיה בה רופא מוסמך אחד לפחות בעל תואר מומחה ביילוד וגינקולוגיה.

(ב) לצורך ביצוע הפסקות היריון תרופתיות וכירורגיות עד סוף השבוע ה-12 מתאריך תחילת הווסת האחרונה מתקיימים בה כל אלה:".
3. תיקון תקנה 5 בתקנה 5 לתקנות העיקריות, במקום "עשרה שבועות" יבוא "12 שבועות מתאריך תחילת הווסת האחרונה".
4. הוספת תקנה 5א בתקנה 5 לתקנות העיקריות יבוא:
 

5א. מרפאה שמתקיימים בה כל התנאים שבתקנה 3(א), יראו לגבי הפסקות היריון תרופתיות בלבד אותה כמרפאה שקיבלה אישור שר הבריאות כמוסד רפואי מוכר לגבי הפסקות היריון תרופתיות בלבד, לעניין פרק י' סימן ב' לחוק, בלא הגשת בקשה לפי תקנה 6."
5. תיקון תקנה 6 בתקנה 6(א) לתקנות העיקריות, אחרי "כמוסד רפואי מוכר" יבוא "לביצוע הפסקות היריון תרופתיות וכירורגיות".
6. תיקון תקנה 7 בתקנה 7 לתקנות העיקריות, אחרי "כמוסד רפואי מוכר" יבוא "לביצוע הפסקות היריון תרופתיות וכירורגיות".
7. תיקון תקנה 8 בתקנה 8 לתקנות העיקריות, אחרי "כמוסד רפואי מוכר" יבוא "לביצוע הפסקות היריון תרופתיות וכירורגיות".
8. תיקון תקנה 10 בתקנה 10(א) לתקנות העיקריות, אחרי "הבעלות על המרפאה" יבוא "המוכרת לביצוע הפסקות היריון תרופתיות וכירורגיות".
9. תיקון תקנה 13 בתקנה 13 לתקנות העיקריות –
 

(1) במקום תקנות משנה (א) ו-(ב) יבוא:

"א" לפנייה לוועדה תצרך הפונה את המסמכים האלה:

(1) פרטי זהות של הפונה ופרטי הבקשה, לפי הנוסח שבחלק א' לטופס 2 שבתוספת;

<sup>1</sup> ס"ח התשל"ז, עמ' 226.  
<sup>2</sup> ק"ת התשל"ח, עמ' 1432.  
<sup>3</sup> ס"ח התשנ"ד, עמ' 156.

(2) אישור רופא או בדיקת על-קול (אולטרסאונד) המעידים על גיל ומיקום ההיריון ועל מספר העוברים;

(3) טופס הסכמה מדעת בנוסח שבטופס 3 שבתוספת חתום ביד האישה, לאחר שרופא מוסמך כאמור בסעיף 315(1) לחוק, הסביר לה מהם הסיכונים הכרוכים בהפסקת ההיריון ותוצאותיה האפשריות;

(4) כל מסמך רפואי או אחר התומך בבקשה, לרבות בדיקות המעידות על קיומה של הצדקה לאישור הפסקת ההיריון בהתאם לאמור בסעיף 316(א) לחוק.

(ב) מוסד רפואי המפעיל ועדה, יציע לכל פונה לוועדה שירות עובדת סוציאלית מטעמו, לייעוץ, תמיכה וליווי לפני הפסקת ההיריון ולאחריה.:"

(2) תקנות משנה (ג) ו-(ד) – יימחקו;

(3) בתקנת משנה (ה), במקום "תסקיר" יבוא "דוח פסיכו-סוציאלי";

(4) במקום תקנת משנה (ו) יבוא:

"(ו) חברי הוועדה יחתמו על החלטת הוועדה לפי הנוסח שבחלק ג' לטופס 2 שבתוספת; מזכירות הוועדה תמסור לפונה את ההחלטה האמורה.:"

(5) בתקנת משנה (ז), במקום "תזמין המזכירה את הפונה לבוא לפני" יבוא "תציע מזכירות הוועדה לפונה להופיע לפני";

(6) אחרי תקנת משנה (י) יבוא:

"(יא) מזכירות הוועדה תמסור לפונה, בהקדם האפשרי, עותק של טופס 2 שבתוספת הכולל את החלטת הוועדה החתומה."

הוספת תקנה 13 א

10. אחרי תקנה 13 לתקנות העיקריות יבוא:

13א. טפסים ומסמכים לפי תקנות אלה יכול שימולאו ויוגשו באופן מקוון וכן ייחתמו ויישמרו בדרך דיגיטלית, ובלבד שתיתן לפונות אפשרות להגיש טפסים ומסמכים גם באופן שאינו מקוון, וכן שהמידע הדיגיטלי יישמר באופן אמין, ברור וקריא, ותוך נקיטת אמצעי אבטחת מידע לפי דין, ובכלל זה לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981."

"מסמכים  
מקוונים ושמירה  
דיגיטלית

תיקון התוספת

11. בתוספת לתקנות העיקריות, במקום טפסים 2 עד 4 יבוא:

<sup>4</sup> ס"ח התשמ"א, עמ' 128.

**טופס בקשה להפסקת היריון**

שם המוסד הרפואי ..... וסמל המוסד (למילוי על ידי המוסד) .....

תאריך הפנייה: ...../...../.....

**חלק א'**

**פרטי הפנייה, הפונה והבקשה**

הערה: הטופס כולל פרטים שחובה למלא וכן פרטים לצרכים סטטיסטיים שלא חובה למלא (מסומנים)

שם המוסד הרפואי: ..... וסמל המוסד (למילוי על ידי המוסד): .....

תאריך הפנייה: ...../...../.....

שם משפחה: .....

שם פרטי: .....

האם תושבת ישראל? 1. כן 2. לא

סוג זיהוי: 1. מספר זהות 2. מספר דרכון 3. מספר זמני (בעבור אחר)

מספר זהות: | | | | | | | | | | | | | | | |

מספר דרכון/אחר (רק אם אין תעודת זהות ישראלית): .....

יישוב מגורים: .....

קוד יישוב – לא למילוי ידני! | | | | | – למילוי על ידי המוסד

רחוב: .....

מספר בית: .....

טלפון קווי (אם יש): .....

טלפון נייד (אם יש): .....

מעדיפה שהוועדה תיצור איתך קשר באמצעות: 1. טלפון קווי 2. טלפון נייד 3. דואר אלקטרוני: .....

4. אמצעי תקשורת אחר (לפרט): .....

קופת חולים/גורם מבטח: 1. כללית 2. מכבי 3. מאוחדת 4. לאומית 5. צה"ל

6. אחר, נא לפרט: ..... 7. אין

תאריך לידה: ...../...../.....

מצב משפחתי נוכחי: 1. רווקה 2. נשואה 3. גרושה 4. אלמנה 5. בזוגיות בלא נישואין

**לא חובה למלא:** שם רופא/ה מטפל/ת קבוע/ה: ..... כתובת/טלפון המרפאה: .....

האם את מעוניינת להופיע לפני הוועדה? 1. לא 2. כן 3. כן, רק אם הוועדה שוקלת שלא לאשר את הבקשה.

האם לידע את קופת החולים שלך? 1. כן 2. לא

לא חובה למלא: פרטים לצרכים סטטיסטיים בלבד:	
ארץ לידה:	
תאריך עלייה:	
ארץ לידת אב:	
תאריך עליית אב:	
ארץ לידת אם:	
תאריך עליית אם:	
שיוך דתי: האם את –	1. יהודייה 2. מוסלמית 3. נוצרייה ערבייה 4. נוצרייה לא ערבייה 5. דרוזית 6. בלא סיווג דת 7. אחר
השכלה: מהי התעודה הגבוהה ביותר שקיבלת?	1. פחות מסיום תיכון 2. סיום תיכון או בגרות 3. תעודה על-תיכונית לא אקדמית 4. תואר אקדמי
האם היו לך הפסקות היריון (יזומות) בעבר?	1. לא 2. כן, לציין כמה .....

#### הצהרת הפונה

אני מצהירה בזה כי תשובותי על כל השאלות שבטופס זה הן נכונות ומלאות וכי הפרטים שמסרתי הם לשם קבלת אישור להפסקת הריוני.

חתימת הפונה: .....

תאריך: ...../...../.....

#### חלק ב'

##### למילוי על ידי הרופא/ה בוועדה

תאריך לחישוב גיל ההיריון ...../...../.....

גיל היריון מחושב (בשבועות): .....

החישוב התבסס על: 1. טיפולי פוריות; 2. תחילת וסת אחרונה + בדיקת על-קול (אולטרסאונד) מוקדם, שבה הודגם לפחות שק חלמון; 3. בדיקת על-קול (אולטרסאונד) בלבד, שבה הודגם לפחות שק חלמון. [יש לסמן את המתאים]

מס' עוברים .....

האם יש התקן תוך-רחמי? 1. כן 2. לא

המלצות והערות: .....

שם הרופא/ה: .....

חתימת הרופא/ה: .....

## חלק ג'

### החלטת הוועדה להפסקת היריון לפי סעיף 315 לחוק

#### למילוי על ידי יושב/ת ראש הוועדה

תאריך הוועדה: .....

האישה הופיעה לפני הוועדה: 1. כן 2. לא

החלטת הוועדה: 1. הבקשה אושרה 2. הבקשה נדחתה 3. טרם התקבלה החלטה

במקרה של דחיית הבקשה – סיבת הדחייה:

(1) אינה תואמת את סעיפי החוק;

(2) פירוט בפרוטוקול המצורף;

(3) אחר (לפרט) .....

נימוקי דחייה או אי-קבלת החלטה: .....

במקרה של אישור הבקשה – עילת האישור, לפי סעיף 316(א) לחוק (יש לסמן בעיגול):

(1) פסקה (1) –

(א) האישה למטה מגיל הנישואין (פחות מ-18 שנים);

(ב) לאישה מלאו 40 שנה;

(2) פסקה (2) – ההיריון נובע מיחסים אסורים לפי החוק הפלילי או מיחסי עריות, או

שהוא שלא מנישואין;

(3) פסקה (3) [יש לפרט] – הוולד עלול להיות בעל מום גופני או נפשי:

(1) הפרעה כרומוזמלית (לפרט קוד): .....

(2) מחלה גנטית (לפרט קוד): .....

(3) מום מבני (מורפולוגי) – כולל סבירות גבוהה למום (לפרט קוד): .....

(4) מצב אחר בעובר (לפרט): .....

(5) מחלות או מצבים באישה היכולים לגרום למום בעובר:

(א) מחלה (לפרט קוד): .....

(ב) אחר (לפרט): .....

(4) פסקה (4) – המשך ההיריון עלול לסכן את חיי האישה או לגרום לאישה נזק גופני או

נפשי.

במקרה של בקשה להפחתת עוברים: נא לציין: ממספר ..... למספר .....

הערות: .....

הפניה לביצוע הפסקת היריון: 1. במוסד רפואי זה 2. במוסד רפואי מוכר אחר

אישור זה בתוקף לארבעה שבועות בלבד, מתאריך ....., או עד שבוע 24 ואפס

ימים להיריון, לפי המוקדם שבהם; אישור להפסקת היריון לאחר שבוע 24, שניתן על ידי

ועדה להפסקת היריון בשלב החיות תקף לשבועיים בלבד.

מסמכים שצורפו לבקשה:

לסמן X	פרטי המסמך
	פרוטוקול (חובה בוועדה להפסקת היריון בשלב החיות)
	אישור רופא/ת נשים מיום .....
	אישור רופא/ת משפחה מיום .....
	מסמך ייעוץ גנטי מיום .....
	בדיקת על-קול (אולטרסאונד) מיום .....
	אחר .....
	אחר .....

**פרטים וחתימות של חברי הוועדה**

יש לציין את מגדר כל חברי הוועדה, ומי יושב/ת הראש לפי תקנה 12:

רופא/ה בעל/ת תואר מומחה ביילוד וגינקולוגיה/רפואה פנימית/פסיכיאטריה/ רפואת משפחה/בריאות הציבור	רופא/ה בעל/ת תואר מומחה ביילוד וגינקולוגיה	עובד/ת סוציאלי/ת
שם משפחה	שם פרטי	מספר רישיון
מומחיות	מספר מומחה	תאריך החתימה
גבר/אישה (לציין)	יושב/ת ראש (לסמן X)	חתימה

טופס 3

(תקנה 13(א)(3))

**טופס הסכמה מדעת להפסקת היריון**

פרטי האישה:

שם משפחה: .....

שם פרטי: .....

מספר זהות: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

מספר דרכון/אחר (רק אם אין תעודת זהות): .....

תאריך לידה: .....

לאחר שד"ר ..... הסביר/ה לי בתאריך .....

את הסיכונים הכרוכים בהפסקת ההיריון ותוצאותיה האפשריות של הפסקת ההיריון, ולאחר שהבנתי סיכונים ותוצאות אלה, אני מסכימה להפסקת הריוני ומבקשת לבצע.

חתימה: ..... תאריך: .....

**אישור הרופא/ה המסביר/ה:**

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה ל..... (בסיוע תרגום/גישור של .....)  
את הסיכונים הכרוכים בהפסקת ההיריון ותוצאותיה האפשריות של הפסקת ההיריון  
שהיא מבקשת לבצע, בפירוט הדרוש לצורך קבלת אישור ועדה להפסקת היריון, וכי היא  
חתמה על ההסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסבירי במלואם.

שם פרטי: ..... שם משפחה: .....

תאריך: ..... שעה: .....

חתימה וחותמת: .....

12. תחילתן של תקנות אלה שלושה חודשים מיום פרסומן.

תחילה

ל' בסיוון התשפ"ב (29 ביוני 2022)  
(חמ 167-3-1ת)

ניצן הורוביץ  
שר הבריאות