



בבית המשפט העליון בשבתו כבית משפט גבוה לצדק

בג"ץ 1393/16

בג"ץ 2252/16

בג"ץ 3426/16

לפני:

כבוד השופט י" עמית
כבוד השופט ג' קרא
כבוד השופט ע' גרוסקופף

העותרת בבג"ץ 1393/16 : ההסתדרות הרפואית בישראל

העותרים בבג"ץ 2252/16 : 1. ד"ר יורם וולף, יו"ר האיגוד הישראלי

לכירורגיה פלסטית ואסתטית

2. ד"ר רן טליסמן

3. ד"ר מאיר כהן

4. האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית ואסתטית

העותרים בבג"ץ 3426/16 :

1. ד"ר יפתח יסעור

2. ד"ר ענבל אבישר

3. ד"ר ליאת אטס פוקס

4. פרופסור גיא בן סימון

5. ד"ר אריאל בר

6. ד"ר דניאל בריסקו

7. ד"ר יעל דקל

8. ד"ר אלנה דרבקין

9. ד"ר מוריס הרטשטיין

10. ד"ר יואב ורדיזר

11. ד"ר ניר זיידר

12. ד"ר אירנה יפימוב

13. ד"ר יניר כסיף

14. ד"ר אשר מילשטיין

15. פרופסור אריק נמט

16. ד"ר אביחי סגל

17. ד"ר מיכאל פאול

18. ד"ר אלן פלג

19. ד"ר ארז צומעי

20. ד"ר אהוד רייך

21. ד"ר עידו שטרנברג

22. ד"ר בנימין שלו

נ ג ד

המשיבים בבג"ץ 1393/16 :

1. כנסת ישראל

2. משרד הבריאות

3. שר הבריאות

4. משרד האוצר

5. שר האוצר

6. ממשלת ישראל

7. שירותי בריאות כללית

8. מכבי שירותי בריאות

9. קופת חולים מאוחדת
10. לאומית שירותי בריאות
11. הראל חברה לביטוח בע"מ
12. הפניקס
13. מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
14. כלל חברה לביטוח בע"מ
15. מגדל חברה לביטוח בע"מ
16. "אסותא" מרכזים רפואיים
17. הרצליה מדיקל סנטר
18. בית חולים "אלישע"
19. מרכז רפואי "חורב"
20. מרכז רפואי רמת אביב
21. מ.ר.ב בתי חולים ומרכזים רפואיים

המשיבים בבג"ץ 2252/16 :

1. כנסת ישראל
2. שר הבריאות
3. שר האוצר
4. ראש הממשלה
5. ממשלת ישראל
6. אסותא מרכזים רפואיים
7. מרכז רפואי רמת אביב
8. הרצליה מדיקל סנטר
9. מ.ר.ב בית חולים ומרכזים רפואיים
10. בית חולים אלישע
11. מרכז רפואי חורב
12. נארא מדיקל סנטר
13. עתידים מדיקל סנטר
14. TLV מדיקל סנטר
15. שבע עיניים בנגב

המשיבים בבג"ץ 3426/16 :

1. כנסת ישראל
2. משרד הבריאות
3. שר הבריאות
4. משרד האוצר
5. שר האוצר
6. ממשלת ישראל
7. אסותא מרכזים רפואיים
8. הרצליה מדיקל סנטר
9. מדילי מרכז רפואי פרטי
10. מ.ר.ב בתי חולים ומרכזים רפואיים
11. מעין מרכז רפואי מתקדם לניתוחי עיניים
12. מרכז פולג לכירורגיה פלסטית
13. מרכז רפואי חורב חיפה
14. מרכז רפואי רמת אביב
15. נ.א.ר.א מדיקל סנטר
16. עין טל, המרכז לרפואת עיניים מתקדמת
17. עתידים מדיקל סנטר
18. רשת מרפאות עיניים, המרכז הרפואי ד"ר לוינגר
19. שבע עיניים בנגב
20. TLV מדיקל סנטר

עתירה למתן צו על תנאי

תאריך הישיבה :	כ' בחשון התשע"ט	(29.10.2018)
בשם העותרת בבג"ץ 1393/16 :	עו"ד ארנה לין, עו"ד תמר וינטר-קמר ועו"ד עירית אולמן	
בשם העותרים בבג"ץ 2252/16 :	עו"ד גדי בר-און	
בשם העותרים בבג"ץ 3426/16 :	עו"ד נאוה פינצ'וק אלכסנדר ועו"ד כפיר לפיד משעל	
בשם המשיבה 1 בבג"ץ 1393/16, בג"ץ 2252/16 ובג"ץ 3426/16 :	עו"ד ניצן פליטמן	
בשם המשיבים 2-6 בבג"ץ 1393/16, בבג"ץ 2252/15, והמשיבים 5-2 בבג"ץ 2252/16 :	עו"ד דנה בריסקמן, עו"ד פנחס גורט ועו"ד דורון יפת	
בשם המשיבה 16 בבג"ץ 1393/16, המשיבה 6 בבג"ץ 2252/16 והמשיבה 7 בבג"ץ 3426/16 :	עו"ד יחיאל כשר ועו"ד איילה פשדצקי	
בשם המשיבה 7 בבג"ץ 1393/16 :	עו"ד יצחק אניגר	
בשם המשיבה 8 בבג"ץ 1393/16 :	עו"ד פרח רוסלר	
בשם המשיבה 9 בבג"ץ 1393/16 :	עו"ד מומי דהן	

פסק-דין

השופט י' עמית:

רקע כללי והמסגרת הנורמטיבית

1. הורתן של העתירות שלפנינו בשינויי חקיקה שנערכו במערכת הבריאות בשנת 2015, במסגרת חוק ההסדרים. העתירות תוקפות שינויים אלה, המעוגנים בהוראות פרק ה' לחוק התכנית הכלכלית (תיקוני חקיקה ליישום המדיניות הכלכלית לשנות התקציב 2015 ו-2016), התשע"ו-2015 (פרק ה' יכונה להלן פרק הבריאות, החוק יכונה להלן חוק התכנית הכלכלית, והשינויים בכללותם יכונה הרפורמה).

ביום 1.7.2016 נכנסו הוראות פרק הבריאות לתוקפן.

2. העותרת בבג"ץ 1393/16 היא ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן: העותרת או הר"י), והיא תוקפת את חוקתיות הוראות פרק הבריאות.

העותרים בבג"ץ 2252/16 ובבג"ץ 3462/16 הם רופאים מומחים בתחום הכירורגיה הפלסטית ורפואת העיניים, המבקשים כי נורה על ביטול סעיף 22 לחוק התוכנית הכלכלית ככל שהוא חל על שירות רפואי שאינו נכלל בסל שירותי הבריאות, כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן: חוק ביטוח בריאות ממלכתי). עוד מבוקש כי ייקבעו בהוראות מנכ"ל משרד הבריאות כללים להחרגת

ניתוחים מסוימים שנועדו למטרות אסתטיות ("אוקולופלסטיקה") מגדר הסעיף. לחלופין מבוקש כי נורה על ביטולו של סעיף 22 לחוק התוכנית הכלכלית בכללותו.

ביום 8.5.2016 הורינו על דיון מאוחד בשלוש העתירות, נוכח הקשר הענייני ביניהן.

3. למען הבהירות, נפתח בהצגת שני השינויים העיקריים שחלו בביטוחי בריאות פרטיים ובתוכניות "שירותי בריאות נוספים" (להלן: תוכניות השב"ן) מאז יישומה של הרפורמה. יצוין כי הוראות פרק הבריאות חלות על פוליסות ביטוחי בריאות מסחריות חדשות ומתחדשות, ולא על פוליסות קיימות.

א. מעבר משיטת ה"החזר" הכספי לשיטת ה"הסדר" (סעיפים 13-21 לחוק התוכנית הכלכלית): לפני הרפורמה, מטופל שהתעתד לעבור ניתוח היה יכול לבחור את הרופא המנתח. המטופל היה נושא בתשלום עבור הטיפול, ובהמשך היה זכאי להחזר בשיעור מסוים ועד לתקרה מסוימת מקופת החולים במסגרת תכניות השב"ן, ולהחזר מחברת הביטוח עמה התקשר בפוליסה מסחרית.

כיום, בעקבות הרפורמה, בוטלה שיטת החזר, כאמור בסעיף 15 לחוק התכנית הכלכלית:

תשלומים בשל ניתוח

15(א) קופת חולים וחברת ביטוח ישלמו לפי תכנית ביטוח או לפי תכנית לשירותי בריאות נוספים, בשל ניתוח, לרופא או למוסד רפואי שבו בוצע הניתוח ולפי הסדר ניתוח, בלבד; קופת חולים וחברת ביטוח לא ייתנו למטופל החזר כספי או תשלום בשל הניתוח.

(ב) רופא או מוסד רפואי או מי מטעמם לא ידרשו ולא יקבלו מהמטופל כל תשלום, במישרין או בעקיפין, בשל הניתוח או בשל בחירת הרופא המנתח, אם הניתוח בוצע במסגרת הסדר ניתוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה לפי התכנית לשירותי בריאות נוספים או לפי תכנית הביטוח.

חלף שיטת החזר, הנהיג המחוקק את שיטת ההסדר, ולפיה קופת החולים או חברת הביטוח יתקשרו בהסכם עם הרופא או המוסד הרפואי, וישלמו את מלוא התשלום הקשור לניתוח. בדרך זו, מחירי השירותים נקבעים במשא ומתן בין קופות החולים וחברות הביטוח לבין הרופאים המנתחים. מטופל יכול לבחור רופא מנתח אך ורק מתוך רשימה של רופאים שיש להם הסכם ייעודי עם חברת הביטוח או קופת החולים, כאשר במסגרת מסלול זה,

המטופל נדרש לשלם רק השתתפות עצמית בשיעור קבוע מראש, כפי שנקבע בתכנית השב"ן או בפוליסה. הפועל היוצא של הרפורמה הוא כי על רופא מנתח להצטרף להסדר מול קופות החולים או חברות הביטוח הפרטיות כדי להיכלל ברשימות ההסדר שלהן. פתוחה בפני המטופל האפשרות להתקשר עם מנתח שאינו נמנה על אותה רשימה, אך במקרה כאמור הוא לא יקבל החזר כספי בגין הטיפול, ויישא במלוא העלות מכיסו. עוד יצוין כי על פי סעיף 16 לחוק התכנית הכלכלית "לא ייכלל רופא ברשימת הרופאים המנתחים שלקופת החולים או לחברת הביטוח יש עמם הסדר ניתוח, אלא אם כן יש לקופת החולים או לחברת הביטוח הסדר התייעצות עמו".

ב. אופן התשלום לרופא המנתח: לפני הרפורמה, מנתחים היו גובים שכר על עבודתם ישירות מהמטופל, והלה היה מקבל החזר מקופות החולים או מחברות הביטוח. יצוין כי לא בכל המקרים החזר היה מלא, ושיעורו לא תמיד היה ידוע למטופל טרם ביצוע הניתוח. כיום, בעקבות הרפורמה, חל איסור על תשלום ישיר לרופא בגין שירותים רפואיים שהוענקו במוסד רפואי פרטי, והתשלום לרופא ייעשה באמצעות המוסד הרפואי כאמור בסעיף 24 לפקודת בריאות העם, 1940, שהוסף בעקבות סעיף 22 לחוק התכנית הכלכלית (להלן: שינוי שיטת התשלום):

תשלום לרופא או לבעל מקצוע בעד שירות רפואי שביצע
במוסד רפואי
(א) כל תשלום לרופא או לבעל מקצוע אחר, בעד שירות
רפואי שביצע בתחומי מוסד רפואי, בין שהרופא או בעל
המקצוע הוא עובד המוסד הרפואי ובין שאינו עובדו,
ישולם לרופא או לבעל המקצוע על ידי המוסד הרפואי
בלבד.

הרקע להעברת הרפורמה והליך חקיקתה

4. עתה, נפנה לתיאור הליך החקיקה, לרבות הרקע שהוביל לשינויים שתוארו לעיל.

מערכת הבריאות מורכבת משלוש מערכות משלימות, או שלושה נדבכים: הנדבך הראשון הוא סל הבריאות הממלכתי, הנדבך השני הוא תוכניות השב"ן והנדבך השלישי הוא ביטוחים מסחריים-פרטיים (בג"ץ 692/16 אייזיק נ' שר האוצר, בפסקה 4 (28.11.2016) (להלן: עניין אייזיק)).

בתמצית, על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, האחריות על מתן שירותי מערכת הבריאות הציבורית מוטלת על קופות החולים, וכל תושבי המדינה זכאים לסל שירותי בריאות כקבוע בחוק ובתוספת לחוק. רובד זה מעניק אפוא ביטוח בריאות אוניברסלי במסגרת קופות החולים. תכניות השב"ן מאפשרות למטופל לקבל תרופות ושירותים נוספים שאינם כלולים בסל הבריאות, בכחינת שדרוג של שירותי הרפואה הנכללים בסל הבריאות הממלכתי. מקורות המימון של תכניות השב"ן הם דמי החבר המשולמים על ידי מבוטחי הקופה שמצטרפים לתכנית, וכן דמי ההשתתפות הנגבים בעת מימוש הזכאות. הפוליסות המסחריות – שוק שבמסגרתו נגבות פרמיות שנתיות במליארדי שקלים מדי שנה – הן בכחינת ביטוח בריאות פרטי, ומאפשרות מתן שירותים רפואיים מעבר לאלו הניתנים בסל הבריאות הממלכתי ובתוכניות השב"ן. נדבך זה של ביטוחים מסחריים משלים לעיתים את שני הנדבכים האחרים, ולעיתים חופף אותם.

לשלושה רבדים אלה השפעה הדדית זה על זה. בשנים האחרונות חלה עליה בהוצאה הפרטית של משקי הבית על ביטוחי בריאות. המדינה טענה כי ניתן להסביר עליה זו בגידול שחל בהיקף הפעילות הרפואית בבתי החולים הפרטיים, ובעליית רמת השכר של נותני שירותים רפואיים בשוק הפרטי. לאור האמור, ולאור בעיות נוספות במערכת הבריאות, החליטה הממשלה להקים ועדה מייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל (להלן: הוועדה). שבראשה עמדה שרת הבריאות דאז, חברת הכנסת יעל גרמן.

הוועדה הגיעה למסקנה כי יש לרסן את הגידול בפעילות מערכת הרפואה הפרטית, והניחה שורה של המלצות בתחומים שונים. חלק מההמלצות באו לידי ביטוי בהסדרים הנתקפים בעתירות שלפנינו. לסופו של יום, הסדרים אלו פורסמו, בשינויים מסוימים, במסגרת הצעת תקציב המדינה לשנים 2015-2016. ביום 4.8.2015 החליטה ועדת השרים לענייני חברה וכלכלה לקדם את השינויים המוצעים, החלטה שאושרה גם על ידי הממשלה.

עם תום המועד להעברת הערות, התכנסה ועדת השרים מיוחדת לדון בהצעת החוק. טיוטת הצעת החוק, בצירוף חומרים נלווים כמו הערות והסתייגויות העותרת, הוצגה בפני ועדת השרים שאישרה להניח את הצעת החוק על שולחן הכנסת. הצעת החוק פורסמה ברשומות וביום 2.9.2015 עברה הצעת החוק בקריאה ראשונה. תיקוני החקיקה שעסקו במעבר לשיטת ההסדר הועברו לדיון בוועדת הכספים לצורך הכנה לקריאה שניה ושלישית, וההצעה בדבר שינוי שיטת התשלום הועברה לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות. העותרת שלחה את הסתייגויותיה, ונכחה בחלק מהדיונים.

בעקבות הדיונים בכנסת, חלו שינויים מסוימים בהצעת החוק. כך למשל, נוסף סעיף שעניינו בפיקוח שר הבריאות או הממונה על שוק ההון על רשימות הרופאים המנתחים בהסדר. כמו כן, נוסף סעיף המאפשר להחריג רופאים ממסלול ההסדר, כך שימשיכו לעבוד במסלול ההחזר. בנוסף, ההצעה העוסקת בתקופת צינון בין מתן ייעוץ רפואי למטופל במסגרת ציבורית, לבין הטיפול בו במסגרת פרטית, הועברה מחוק ההסדרים למסלול חקיקה רגיל. לסופו של יום, החוק עבר ביום 16.11.2015 ברוב של 59 חברי כנסת מול 57 חברי כנסת והוראות פרק הבריאות נכנסו לתוקפן ביום 1.7.2016. במקביל, כעולה מתגובת המדינה, ניתנו למערכת הבריאות הציבורית תוספות תקציביות משמעותיות בסך של מאות מיליוני שקלים, המיועדות בין היתר לתכנית לקיצור תורים, חיזוק ושיפור השירות בחדרי המיון, תמיכה באשפוזי בית על ידי קופות החולים ועוד.

טענות הצדדים

5. העותרים תקפו את הוראות פרק הבריאות ואת הליך החקיקה. נטען, בין היתר, כי תוכן ההסדרים פגע באופן בלתי מידתי בזכויות חוקתיות של מטופלים ושל רופאים כאחד; כי שינוי שיטת התשלום הגביל את חופש ההתקשרות החוזית של הרופאים והמטופלים במגזר הפרטי, פגע בשוויון והגביל את חופש העיסוק של הרופאים; כי לא נקבעו אמות מידה לסירוב של חברת הביטוח לכלול רופא ברשימותיה; כי המעבר לשיטת ההסדר פגע בזכויות יסוד של הפרט בכך שהגביל את חירותו לצרוך שירותי בריאות פרטיים ולבחור את זהות המנתח באופן חופשי; הגביל את זמינות שירותי הרפואה הפרטיים; ופגע בנגישתו של המטופל לשירותי בריאות. עוד נטען כי בעקבות הרפורמה, המוסדות הפרטיים הפכו לגורם מתווך בגביית התשלום מהמטופל וכי עקב כך נפגע שכרו של הרופא שנדרש לשלם עמלה למוסד הפרטי.

העותרים בבג"ץ 2252/16 ובבג"ץ 3426/16, שעיסוקם בתחום הפלסטי-אסתטי ובניתוחים אקולופלסטיים (ענף ברפואת עיניים העוסק ברפואה פלסטית ושיקומית של איזור העיניים, כמו ניתוחים להרמת העפעפיים), טענו כי מלכתחילה לא היה מקום לכלול אותם ברפורמה. זאת, מאחר שהשירות הניתן על ידם הוא פרטי ונעשה אך ורק במוסדות פרטיים ולא במסגרת הרפואה הציבורית. עוד נטען, כי הרפורמה מייקרת בפועל את עלות השירות הרפואי; פוגעת במירקם היחסים האישיים שבין הרופא למטופל; ומעניקה כוח יתר למוסדות הרפואיים הפרטיים אשר נשלטים על ידי חברות הביטוח וקופות החולים, על כל ניגודי העניינים המובנים הכרוכים בכך.

6. הכנסת והמדינה טענו כי לא נפל פגם בהליך החקיקה, לא כל שכן "פגם היורד לשורשו של ההליך". נטען כי הליך חקיקה מזורז אינו מהווה עילה עצמאית לביטול דבר חקיקה. מכל מקום, ההחלטה לתקן את החוק התקבלה "לאחר חשיבה ממושכת והיוועצויות רבות", ולאחר שהתקבלו המלצות הוועדה. עוד נטען כי החוק עבר ברוב חוקי ובמספר הקריאות הנדרש, וכי התיקונים קשורים לתקציב המדינה. לגישת המדינה, אליה הצטרפה הכנסת, הוראות פרק הבריאות אינן פוגעות בזכויות יסוד, וככל שיש פגיעה, הרי שהיא עומדת במבחני פסקת ההגבלה.

לגופה של הרפורמה נטען כי היא נועדה לצמצם את ההחצנות השליליות של המערכת הפרטית על הציבורית, כמו הגדלת התורים והארכת זמן ההמתנה עקב זליגה של כוח אדם מהמערכת הציבורית לפרטית; וכי הרפורמה היא חלק מהרגולציה הענפה בתחום הבריאות והביטוח, תחום אשר סובל מכשלי שוק שונים, כמו פערי מידע וביקוש קשיח. עוד נטען כי ביטול שיטת החזר מביא להפחתת הבירוקרטיה למבוטח; להגדלת כוח המיקוח של המבוטח, באמצעות שימוש בכוח המיקוח של קופות החולים וחברות הביטוח לצורך הפחתת עלויות שמתרגמת להפחתת מחירים; ולהגברת השקיפות של העלויות למבוטח. כיום נדרש המבוטח לשלם השתתפות עצמית הכוללת את כל רכיבי הניתוח, בניגוד למצב הקודם שבו היה עליו לנהל משא ומתן מול הרופא וגופים נוספים, לשלם מכיסו עבור רכיבי הניתוח ולאחר מכן לתבוע את קופת החולים או חברת הביטוח לקבלת החזר חלקי. זאת, כאשר לעיתים רק לאחר הניתוח הייתה מתגלה למבוטח עלותו המלאה בהתאם לאביזרים שהושתלו בגופן. איסור התשלום ישירות לרופא נועד, בין היתר, להגדיל את אחריותו של המוסד הרפואי כך שלא ישמש אך בגדר אכסניה של חדר הניתוח. זאת, מעבר לכך שהדבר מביא להפחתת הבירוקרטיה מבחינת המטופל.

7. קופת חולים הכללית טענה כי המתווה שנקבע בחוק התכנית הכלכלית, לרבות ביטול ההתחשבנות הישירה בין המטופל לרופא המנתח, מיושם ממילא מזה שנים ובהצלחה רבה בתכנית "כללית מושלם". הרופאים המנתחים במסלול ההסדר הינם ממגוון רחב ומקיף של התמחויות, ומשמשים כמנתחים בכירים בבתי החולים הציבוריים. משכך, נטען כי אין מקום להתערבותו של בית המשפט.

קופת חולים מכבי הסתפקה בהודעה כי היא לא יזמה את הרפורמה ואין לה עניין בה, אך לשיטתה אין מקום לתקיפה חוקתית של הרפורמה.

קופת חולים מאוחדת תמכה ברפורמה, מתוך ראייה כוללת של חיזוק הרפואה הציבורית והקטנת ההוצאה הפרטית לבריאות. קודם לרפורמה, המבוטח נמצא בעמדת

נחיתות, מאחר שנאלץ לנהל ישירות את המשא ומתן על מחיר הניתוח מול הרופא או בית החולים הפרטי, ללא כוח מיקוח, מה שמעלה מטבע הדברים את מחיר השירות. כיום, בעקבות הרפורמה, המבוטח יכול לקבל שירותי ניתוח מהרופאים שהקופה התקשרה עמם, מבלי שיאלץ להתמקח ישירות עם הרופא או עם בית החולים הפרטי.

רובן ככולן של חברות הביטוח לא הביעו עמדה והודיעו כי הן מותירות את ההכרעה לשיקול דעת בית המשפט.

אסותא, המשיבה 16 בעתירת הר"י, טענה כי אינה נדרשת לעתירה ולסעדים המתבקשים, מן הטעם שמרבית ההסדרים שיערכו בעקבות הרפורמה, יהיו בין הרופאים לבין קופות החולים והמבטחים. כך גם בתי חולים פרטיים אחרים, כמו המשיבה 17.

בעקבות כניסת הרפורמה לתוקפה

8. בהתאם להחלטתנו, הגישה המדינה מספר הודעות מעדכנות במהלך הדרך, בהן הציגה נתונים שונים בדבר יישום הרפורמה. להלן חלק מהנתונים שהוגשו לבית משפט זה במהלך המעקב אחר יישום הרפורמה:

(-) המדינה הציגה נתונים מספריים בפילוח לפי סוגי פרוצדורות רפואיות, מהם עולה כי חלה ירידה משמעותית בהוצאות הכוללות למטופל ברוב הפרוצדורות. כך למשל, בעוד שלפני הרפורמה ההוצאה הכוללת לניתוח החלפת מפרק ירך עמדה על סך של 22,538 ₪, הרי שלאחר הרפורמה העלות הכוללת עומדת על סך של 10,736 ₪; בעוד שלפני הרפורמה ההוצאה הכוללת לניתוח לשחזור שד והחדרת מותחן רקמות עמדה על סך של 31,081 ₪, הרי שלאחר הרפורמה העלות הכוללת עומדת על סך של 12,139 ₪ (נכון לשנת 2017).

(-) [...] "הרפורמה הובילה לשקיפות של העלויות למבוטח, להקלה בבירוקרטיה למבוטח שכיום נדרש לשלם השתתפות עצמית אחת בלבד, הכוללת את כלל מרכיבי הניתוח".

(-) נראה כי בחלק מהמקרים ההשתתפות העצמית של המבוטח עלתה. עם זאת, באופן כללי חלה ירידה בעלות הניתוח לקופה, ובהתאם גם בהוצאה הפרטית של המבוטח בגין הניתוח.

(-) חלק מהמוסדות הפרטיים אכן גובים עמלה בעבור גביית שכר הרופא מהמטופלים, כאשר שיעור העמלה עומד על 1% - 5%.

על רקע זה נטען כי מידת ההשפעה של הרפורמה על אופן עבודת הרופאים המנתחים היא מינימלית בלבד, למעט תוספת העמלה הנגבית בחלק מהמוסדות הפרטיים.

ביום 25.10.2018 התקבלה הודעת עדכון נוספת מטעם המדינה, במסגרתה התייחסה לנתונים מסוימים שהתבקשו על ידי העותרים:

(-) העותרים ביקשו לקבל נתונים ביחס למספר הרופאים המנתחים שפעלו ערב הרפורמה במסלול ההחזר. בתשובה לכך, השיבה המדינה כי לא מצויים בידיה נתונים אלו. יחד עם זאת, הובהר כי לפני הרפורמה מטופל יכול היה לבחור "בכל הרופאים המנתחים הפועלים במדינה", ולכן מספר הרופאים במסלול ההסדר לאחר הרפורמה "יהיה נמוך מהמספר האמור". עוד נטען כי אמנם נכון לסוף שנת 2017 חלה ירידה במספר המנתחים במרבית קופות החולים, אך הירידה נובעת, בין היתר, מכניסתן לתוקף של תקנות הצינון, שבמסגרתן נאסר על רופאים לטפל במטופלים במערכת הפרטית חצי שנה לאחר שהתקיים מפגש במערכת הציבורית, וכן מהסטת הפעילות הניתוחית במימון פרטי לפעילות במימון ציבורי.

(-) נראה כי בשנת 2017 חלה ירידה בכמות הניתוחים במסגרת השב"ן, בהשוואה לשנת 2015. יצוין כי נתון זה הושפע מרפורמות נוספות כגון רפורמת "קיצור התורים והסטת ניתוחים ממימון פרטי לציבורי" (מנתוני המדינה עלה כי לצורך קידום תכנית זו הושקעו מאות מיליוני שקלים). שינוי נוסף שהוביל לעליה בשיעור הניתוחים במערכת הציבורית היה התקנת תקנות הצינון, כאמור לעיל.

(-) הוקצו מליוני שקלים לרפורמות הנוספות שהוזכרו לעיל, הפועלות במקביל לרפורמות הנתקפות בעתירה דנן (בעוד שבשנת 2017 הוקצו לקופות החולים כ-358 מליון ₪, בשנת 2018 הוקצו 864.9 מליון ₪).

(-) לא התקבלו במשרד הבריאות תלונות באשר לזמן ההמתנה לניתוחים המבוצעים במגזר הפרטי. במגזר הציבורי נערכת עבודת מטה בראשות ראש חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר וזו טרם הושלמה.

מהודעות העדכון עולה כי גם ועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת קיימה ישיבת מעקב אחר מסלול ההסדר ואיסור התשלום הישיר לרופא. נציגי משרד הבריאות הציגו נתונים לפיה הרפורמה הביאה לצמצום הבירוקרטיה והרחבת אפשרויות הבחירה למבוטחים וצמצום עלויות שירותי הבריאות המסופקים למבוטחים.

9. העותרים סברו כי המדינה לא הציגה נתונים שיש בהם כדי להראות שהרפורמה השיגה איזו ממטרותיה, וחזרו על הטענות שהועלו בעתירה. כך, נטען כי הופחת באופן חד-צדדי שכר המנתח המשולם לרופא, תוך הגדלת רווחי הקופות/חברות הביטוח ומבלי שההפחתה הגיעה לכיסו של המטופל. עוד נטען כי התורים במערכת הבריאות הציבורית התארכו; כי המדינה מסיטה כספים מבתי החולים הציבוריים לבתי החולים הפרטיים; וכי בחלק מהניתוחים דווקא חלה עליה במחיר ההשתתפות העצמית של המנותח וכן חלה עליה בגובה ההשתתפות העצמית עבור חלק מהייעוצים לחברי קופות חולים במסגרת השב"ן.

על כך השיבה המדינה כי אכן במספר מקרים סכום ההשתתפות העצמית עלה, אך זאת בשל שינוי מודל ההשתתפות העצמית בניתוחים שנבע, לדוגמה, מהכללה של אביזרים מושתלים בניתוח. זאת, לעומת המצב הקודם בו רכיבים אלה שולמו בנוסף לסכום ההשתתפות העצמית.

דיון והכרעה

10. לאחר עיון בהודעות המעדכנות מטעם המדינה ובתגובות העותרים להודעות אלה, ולאחר שהאזנו לטיעוני הצדדים בדיונים שהתקיימו לפנינו, נחה דעתנו כי אין מקום להותיר את העתירות תלויות ועומדות, ודינן להידחות.

11. העותרים העלו טענות בעניין פגמים שנפלו בהליך החקיקה. ברם, כלל ידוע הוא כי התערבות בהליך חקיקה תיעשה מקום שבו נפל פגם "היורד לשורש ההליך", אשר יש בו משום "פגיעה קשה וניכרת בעקרונות היסוד של הליך החקיקה במשטרנו הפרלמנטרי והחוקתי [...]". (בג"ץ 4885/03 ארגון מגדלי העופות בישראל אגודה חקלאית שיתופית בע"מ נ' ממשלת ישראל, פ"ד נט(2) 14, 42 (2004) (ההדגשה במקור – י"ע); בג"ץ 2442/11 שטנגר נ' יו"ר הכנסת, בפסקה 18 (26.6.2013)). כוחה של הלכה זו יפה גם לדבר חקיקה שאושר במסגרת חוק ההסדרים (בג"ץ 8612/15 התנועה למען איכות השלטון בישראל נ' הכנסת, בפסקה 11 (17.8.2016) (להלן: עניין התנועה למען איכות השלטון בישראל); בג"ץ 7557/13 לשכת רואי החשבון בישראל נ' כנסת, בפסקה 8 לחוות דעתה

של המשנה לנשיאה (כתוארה דאז) מ' נאור (12.5.2014) (להלן: עניין לשכת רואי החשבון)).

במקרה דנן, העותרים לא הצביעו על פגם שנפל בהליך החקיקה, שכלל דיונים בוועדות הכנסת – ועדת העבודה, הרווחה והבריאות דנה בביטול התשלום הישיר וועדת הכספים דנה בביטול שיטת ההחזר. במהלך הדיונים נשמעה עמדתם של חברי כנסת והגורמים הרלוונטיים, וכאמור, אף הוכנסו שינויים בתוכנם של ההסדרים.

העותרים תקפו את עצם חקיקת הרפורמה, הנעדרת זיקה לתקציב המדינה, במסגרת חוק ההסדרים. עוד נטען, כי לאור מורכבות הרפורמה, חברי הכנסת לא הצליחו לממש את זכות ההשתתפות שלהם. אולם, הפסיקה שבה וחזרה על כך כי בעובדה שהרפורמה נחקקה במסגרת חוק ההסדרים, כשלעצמה, אין כדי להצדיק את התערבותו של בית משפט זה, או להקים עילה עצמאית לביטול החקיקה וראו האמור בעניין לשכת רואי החשבון בפסקאות 6-7 לפסק דינה של המשנה לנשיאה (כתוארה אז) מ' נאור:

”בעשור האחרון הוגשו עתירות רבות כנגד חוקי ההסדרים השונים [...] הטענה הרווחת, החוזרת על עצמה בחלק ניכר מעתירות אלה, היא כי הליך החקיקה אשר במסגרתו מועברים תיקוני חקיקה רבים מבלי שמבוצע הליך חקיקה נפרד לכל אחד מהם - הליך שניתן לכנותו, וכך הוא מכונה לא אחת, הליך חקיקה 'מזורז', 'מואץ' או 'חפוז' - מהווה פגם בהליך החקיקה אשר מצדיק ביטולו של החוק. בית משפט זה קבע באופן עקבי, שאמנם ניתן להביע ביקורת על השימוש בהליך חקיקה מזורז שכזה [...] אולם אין בכך כדי להוות עילה, כשלעצמה, לביטול חקיקה.”

כפי שעולה מתגובת הכנסת, לאחר שהצעת תקציב המדינה פורסמה יחד עם הרפורמה הנתקפת בעתירות שלפנינו, פנה היועץ המשפטי לכנסת אל יושב ראש הכנסת והתריע על כך שמדובר בהצעה רחבת היקף הכוללת נושאים שאין להם זיקה ישירה לתקציב המדינה. הדבר הוביל לצמצום משמעותי בהיקף היריעה החקיקתית שנדונה בוועדות השונות בכנסת (על המגמה לצמצום תיקוני חקיקה באמצעות חוק ההסדרים ראו עניין התנועה למען איכות השלטון בישראל, בפסקה 12). זאת ועוד, הדיונים בפרק הבריאות פוצלו לוועדות שונות – בוועדת הכספים נערכו ארבעה דיונים, ובוועדת העבודה נערך דיון אחד, דיונים שהובילו לשינויים מסוימים בחקיקה. לכך יש להוסיף כי העותרת שלחה את הסתייגותיה ונכחה בחלק מהדיונים. עוד עולה מתגובת הכנסת כי היועץ המשפטי לכנסת הכין מסמך ייעודי לפרק הבריאות, אשר חולק בין חברי הכנסת.

לסיכום חלק זה, נראה כי לא נפל פגם בהליך החקיקה, לא כל שכן פגם שורשי המצדיק את התערבותנו.

12. ומכאן לשאלה הנוספת העומדת לפתחנו, והיא אם יש מקום לתקיפה חוקתית של ההסדר.

כבר בהחלטתנו שניתנה בהמשך לדיון שנערך לפנינו ביום 27.9.2016, הבענו ספק באשר לאפשרות להתערבות חוקתית, אך דחינו את הדיון בעתירה והורינו למדינה להגיש הודעה מעדכנת, על מנת שניתן יהיה לעמוד על השפעת הרפורמה שאך נכנסה לתוקפה. בדיון שנערך לפנינו ביום 19.9.2017 שבנו וחזרנו על עמדתנו לפיה "לכאורה יש ממש בטענות המדינה והכנסת לגבי חולשת העילה החוקתית ואנו מסופקים באשר להתערבות חוקתית".

13. הנה כי כן, הבענו את עמדתנו באשר לחולשת העילה החוקתית ואף עתה לא שינינו מעמדתנו. נקודת המוצא היא כי "ביטול חוק הינו מוצא אחרון" (בש"פ 8823/07 פלוני נ' מדינת ישראל, פ"ד סג(3) 500, 550 (2010)). נקודת מוצא נוספת היא כי "ככל שהתערבות שיפוטית במעשה חקיקה של הכנסת הינה צרה ומוגבלת, כך מצומצמת היא פי כמה בנושאי חקיקה העוסקים בתחומי משק וכלכלה, הכרוכים בהיבטים חברתיים וכלכליים רחבי-היקף" (בג"ץ 6304/09 לה"ב נ' היועץ המשפטי לממשלה, בפסקה 63 (2.9.2010)). הרפורמה במערכת הבריאות היא חלק ממדיניות אותה מתווה הממשלה בתחום הכלכלי-חברתי, והיא מצויה במגרש של הגורמים המקצועיים במדינה. בנושאים כגון דא התערבות שיפוטית תיעשה אפוא בריסון-יתר, באשר "לממשלה שיקול דעת רחב בהתייט המדיניות בהתאם לצרכי המדינה והמשק" (בג"ץ 153/06 טקסי "המרכז" בע"מ נ' כנסת ישראל, בפסקה י' (28.8.2006)).

14. המדינה הכירה בכך ששיטת ההסדר גורמת לפגיעה מסוימת בחופש העיסוק של הרופאים, אך המדובר בפגיעה עקיפה ובעוצמה חלשה (השוו בג"ץ 9198/02 ההסתדרות הרפואית בישראל נ' היועץ המשפטי לממשלה, פ"ד ס"ג(1) 352, 389 (2008)) ולא פגיעה בליבת הזכות. זאת, מאחר שמדובר באופן מימוש הזכות – קרי, בשאלה אם ההתקשרות עם המטופלים תיעשה בשיטה זו או אחרת – להבדיל מפגיעה השוללת את החופש לעסוק ברפואה במסגרת פרטית, קל וחומר ברפואה בכלל:

"אמנם, לא כל פגיעה בחופש העיסוק היא על אותה רמה. אפשר לומר שהגבלת העיסוק במניעתו, בשלילתו או בסגירת הכניסה אליו היא פגיעה קשה וחריפה יותר מאשר הטלת הגבלות על מי שעוסק במקצוע או במשלוח היד הרצויים לו, אולם המחוקק הטיל הגבלות על דרך הביצוע ועל היקפו, שאז הפגיעה בחופש העיסוק אמנם קיימת אבל במידה נסבלת יותר" (בג"ץ 726/94 כלל חברה לביטוח בע"מ נ' שר האוצר, פ"ד מח(5) 476, 441 (1994)).

"התיקון דנן בא באופן מובהק בגדרה של הפגיעה באופן מימוש העיסוק. אין הוא בא לשלול את זכותם של העותרים לטפל בתביעות של ניצולי שואה, אלא אך להגביל את אופן מימושו. משכך, פגיעתו בזכות החוקתית לחופש העיסוק מצומצמת. הוא הדין באשר לפגיעה בחופש החוזים של העותרים, אשר אף היא בעלת עוצמה נמוכה באופן יחסי" (בג"ץ 687/15 יד"ד נ' הכנסת, בפסקה 27 (9.7.2015) (הדגשה הוספה – י"ע)).

אכן, יש להניח כי כושר המיקוח של קופות החולים והמבטחים חזק יותר משל המטופל הבודד, והאינטרס העסקי של הרופאים נפגע עקב כך, אך לא כל פגיעה באינטרס עסקי מהווה פגיעה בחופש העיסוק (השוו בג"ץ 956/06 איגוד הבנקים בישראל נ' שר התקשורת, בפסקה 7 (25.3.2007)), מה עוד שהפגיעה נעשית לתכלית ראויה ועומדת על פניו במבחני המידתיות. בדומה, המחוקק מצא להתערב לא אחת בחופש החוזים בהטילו הגבלות על שכר טרחה בתחומים שונים (ראו, לדוגמה, תקנות המכר (דירות) (הגבלת גובה ההוצאות המשפטיות), התשע"ה-2014). עוד אזכיר כי תחולת הרפורמה אינה רטרואקטיבית והיא חלה על פוליסות ביטוח ששווקו לאחר מועד כניסתה לתוקף, כך שרק שיעור קטן בלבד מהפוליסות בשוק תואמות את הסדרי הרפורמה.

15. גם מצד המטופל, קשה לראות בשיטת ההסדר פגיעה בזכות לבחור בטיפול הרפואי הנראה בעיניו, מאחר שגם כיום הוא רשאי להתקשר עם כל רופא כפי שנראה לו, הגם שלא במסגרת השב"ן וביטוחי הבריאות.

ובכלל, כבר נקבע בפסיקה כי "נראה כי מן הזכות לבריאות או מחוק היסוד, יקשה לגזור במסגרת העקרונות שהותוו במשפטנו החוקתי (מאז חקיקתם של חוקי היסוד), זכות לבחירת רופא מנתח" (בג"ץ 4253/02 קריתי ראש עיריית טבריה נ' היועץ המשפטי לממשלה, פ"ד סג(2) 156, 86 (2009)). ואפילו בהנחה כי קיימת פגיעה מסוימת באוטונומיה של המבוטח הרי שבעניין אייזיק – שם נדחתה עתירה כנגד חוקיותן של תקנות שהטילו הגבלות על פוליסת הניתוחים שחברות הביטוח רשאיות לשווק – נאמר:

”מוכן אני להניח כי תקנה 2 אכן פוגעת פגיעה מסויימת באוטונומיה הנתונה לציבור המבוטחים, כמו גם בשוויון בין אלו אשר רכשו ביטוח בריאות פרטי לפני הרפורמה, לבין אלו שלא עשו כן. מכל מקום, בנסיבות העניין, פגיעה זו עומדת בתנאיה של פסקת ההגבלה, ולפיכך אינה מצדיקה את התערבותנו” (שס, פסקה 13).

קיצורו של דבר, שלא שוכנענו כי קמה עילה להתערבותנו, בהיבט החוקתי.

16. שינויי החקיקה נועדו להביא לרפורמה במערכת הבריאות, שתכליתה, בין היתר, הפחתת בירוקרטיה למטופל, הגדלת כוח המיקוח שלו, הפחתת יוקר המחיה, מניעת זליגת כוח אדם מקצועי מן הספירה הציבורית לפרטית והגברת האחריות של המוסדות הרפואיים.

מהנתונים שהוצגו על ידי המדינה, נראה כי בנקודת זמן זו היתרון הבולט והמשמעותי של הרפורמה מתבטא בהפחתה בהוצאה הכוללת למבוטח ולחברי הקופות, ובהפחתת הבירוקרטיה במערכת הרפואית. זאת, בשים לב לכך שההתקשרות בין המטופל למנתח נעשתה קלה יותר ונוחה יותר, שמא אף למנתח עצמו, לכל הפחות בסוגיית התשלום (ולא נעלמו ממני טענות העותרים לעניין ההשלכות של הכנסת גורם מתווך האמון על גביית התשלום והעברתו לרופא).

17. מטבע הדברים, וכמו בכל רפורמה, יש המבקרים את הרציונלים שבבסיסה, ויישומה כרוך ב”חבלי לידה”. לצד היתרונות, יש מטבע הדברים גם חסרונות וניתן להצביע על כשלים ובעיות נקודתיות כאלה ואחרות.

כך, לדוגמה, לא נקבעו אמות מידה המגדירות לקופות החולים ולחברות הביטוח מהם הקריטריונים לדחייה של רופא מרשימותיהם. עם זאת, לא הוצגו בפנינו נתונים לגבי היצע הרופאים ערב הרפורמה, ואין להוציא מכלל אפשרות כי מרבית המטופלים פנו לאותם רופאים בכירים שנמצאים גם היום ברשימה. יצוין כי החוק מרכז את הפגיעה האפשרית במטופלים, וסעיף 14 לחוק התוכנית הכלכלית קובע כי:

14. לא תאושר תכנית לשירותי בריאות נוספים, לעניין החלק הכולל כיסוי לניתוחים, ולא תותר לשיווק תכנית ביטוח הכוללת ביטוח לניתוחים, או יאושר שינוי בתכניות כאמור, אלא אם כן נוכח שר הבריאות או הממונה על שוק ההון, לפי העניין, כי יש לקופת החולים או לחברת

הביטוח, הסדרי ניתוח שיש בהם כדי להבטיח לעמיתים או למבוטחים היקף מספק של רופאים מנתחים וניתוחים, הן מבחינת מגוון הרופאים המנתחים וסוגי הניתוחים והן מבחינת פריסתם הגאוגרפית, לרבות פריסה בפרופריה (ההדגשות הוספו – י"ע).

חיסרון נוסף בא לידי ביטוי בכך שהרפורמה מחייבת רופאים להתקשר עם קופות החולים או חברות ביטוח על מנת להיכלל ברשימות ההסדר שהן מציעות למבוטחיהן, אך לא חלה על המבטחות חובה הדדית להתקשר בהסכמים כאלו עם רופאים.

מכל מקום, עיון בסעיפי פרק הבריאות מלמד כי מנסחיו נקטו באמצעים מסוימים לצמצום הפגיעה במטופלים בנסיבות מסוימות עקב היצע מצומצם של רופאים. כך למשל, סעיף 17 מאפשר לקופות החולים להגיש לאישורו של שר הבריאות "רשימה של עד 50 רופאים מומחים בתחומים ייחודיים או באזורים גאוגרפיים, שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים, ולגביהם תהיה קופת החולים רשאית להציע החזר כספי אם אין לקופת החולים הסדר ניתוח עמם". לא נעלם מעיניי שהמדינה טענה בהודעותיה כי טרם נעשה שימוש בסעיף זה, וכי נכון לעת הזו לא היה בכך כל צורך. אולם, בשים לב למכלול האמור, חזקה כי ככל שיתעורר הצורך למזער את הפגיעה ברופאים ובמטופלים כאחד, המשיבים יפעלו ליישום האמור בסעיף.

18. העותרים טענו כי הרפורמה הובילה לירידה בשכר של הרופאים המנתחים במגזר הפרטי. ואכן, יש להניח כי פועל יוצא מהרפורמה הוא הפחתה בשכר הרופאים המנתחים. בהקשר לכך יצוין כי ביום 25.2.2018 נחתם צו פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (החלת החוק על ניתוחים במימון פרטי וקביעת רמת הפיקוח), התשע"ח-2018 (להלן: צו הפיקוח), שעניינו בהטלת פיקוח על מחירי הניתוחים המבוצעים במימון פרטי. בהחלטת ממשלה שמספרה 3430 מיום 11.1.2018 נקבע כי בתום שנתיים ממועד חקיקת החוק, תמליץ הוועדה שתוקם מכוחו, אם יש מקום לקבוע "מחיר מרבי לסוגי ניתוחים וכן תמליץ על המחירים המרביים שייקבעו לניתוחים אלו". יש בכך כדי לייתר טענה זו של העותרים.

העותרות בבג"ץ 2252/16 ובבג"ץ 3426/16

19. לא אכחד כי מעמדם של העותרים בעתירות אלה שונה מזה של הרופאים המנתחים "הרגילים". זאת, בהינתן שהשירותים המוענקים על ידם ניתנים ממילא אך ורק במסגרת הרפואה הפרטית ובמסגרת מוסד רפואי פרטי, ולא נכללים בסל שירותי

הבריאות. גם צו הפיקוח שנזכר לעיל אינו חל על הניתוחים הפרטיים שאינם מבוצעים כלל במסגרת הציבורית. במצב דברים זה, ניתן לטעון כי יש משקל גדול יותר לטענת העותרים לפיה המוסדות הפרטיים הם שיוצאים נשכרים מהרפורמה. זאת, בשל הכוח שניתן להם מול הרופאים, כמי שאחראים לגביית התשלום מהמטופלים, ונוכח עמלת הגבייה שנגבית מהרופאים. בהודעות העדכון של עותרים אלה, אף נטען כי הרפורמה גרמה, בין היתר, להתייקרות השירותים למטופל, ולעיכוב בלתי מוצדק בהעברת הכספים לרופא המנתח.

20. מנגד, דומה כי יש ממש בטענת המדינה כי גם רופאים פלסטיקאים עשויים לבצע פרוצדורות ניתוחיות שתכליתן רפואית, ולא אסתטית גרידא (כמו כוויות, שחזור שד, טיפול בשברים או בגידולים בארובת עין וכיו"ב). נטען כי במסגרת רפורמה כוללת לא ניתן להפריד "באזמל מנתחים", תרתי משמע, בין סוגי רופאים וסוגי פרוצדורות. מכל מקום, חלק מהרציונלים של הרפורמה תקפים גם לגבי עותרים אלה. כך, עומד בעינו הרציונל של הרחבת אחריות המוסד הפרטי מעבר להיותו אכסניה לחדר הניתוח, והמדינה טענה כי היא פועלת לחדד את תפיסת האחריות של המוסד הרפואי (ולא נעלמה מעיני טענת העותרים כי אין בין גביית תשלום לבין האחריות הנזיקית של המוסד הרפואי כלפי המנותחים דבר). כך עומדים בעינם גם הרציונלים של הפחתת הבריוקרטיה למטופל והגברת השקיפות.

21. הטענה לייחודיות של העותרים בעתירות הנ"ל מצויה לפתחם של הגורמים המקצועיים, אשר נדרשו לעניין, ולאחר שלקחו בחשבון את טענות העותרים, מצאו כי אין מקום להיכנס לרזולוציות אלו במסגרת הרפורמה. בהינתן הייחודיות של השירות שניתן על ידי העותרים בעתירות הנ"ל, ייתכן כי יש מקום לבחינה מחדש של הדברים. מכל מקום, חזקה על הגורמים המקצועיים כי ימשיכו במעקב ובהפקת לקחים בכל הקשור לניתוחים בתחום הפלסטי-אסתטי והאקולופלסטיים שמבצעים העותרים, ושאינן להם מקבילה בשירות הציבורי.

סיכום וסוף דבר

22. לסופו של יום, עניין לנו בסוגיה מקצועית המערבת שיקולים כלכליים וחברתיים מורכבים (השוו בג"ץ 4406/16 איגוד הבנקים בישראל (ע"ר) נ' כנסת ישראל בפסקה 40 (29.9.2016)) ואשר מצויה לפתחם של הגורמים המקצועיים. "הלכה היא כי בית משפט זה בשבתו כבית המשפט הגבוה לצדק לא יתערב בהחלטת רשות מנהלית המבוססת על ידע מקצועי ומומחיות השמורים רק לה, אלא מקום בו הצביע העותר על חריגה ברורה

וקיצונית של הרשות ממתחם הסבירות או על פגם אחר שנפל בשיקול דעתה" (בג"ץ 5146/15 תדד נ' משרד החינוך, בפסקה 7 (21.9.2015); בג"ץ 1529/15 מחאמיד נ' משרד החינוך, בפסקה 3 (4.9.2016)). מכאן הזהירות המיוחדת הנדרשת מקום שבו מדובר בחקיקה המתווה מדיניות חברתית וכלכלית רחבת היקף (בג"ץ 9134/12 גביש נ' הכנסת, בפסקה 24 והאסמכתאות שם (21.4.2016)).

זאת ועוד. חזקה כי המשיבים 2-6 ימשיכו לעקוב אחר תוצאות הרפורמה, ויבחנו מעת לעת את יישומה ואם הגשימה את מטרותיה. אחזור ואזכיר כי גם ועדת העבודה, הרווחה והבריאות עוקבת אחר יישום הרפורמה, ו"ככלל, הפעילות בוועדות הכנסות השונות מהווה נדבך משמעותי בביקורת על פעילות הממשלה" (בג"ץ 8749/13 שפיר נ' שר האוצר, בפסקה 25 (13.8.2017)).

19. סוף דבר: העתירות נדחות בזה. בנסיבות דנן לא ייעשה צו להוצאות.

ש ו פ ט

השופט ג' קרא:

אני מסכים.

ש ו פ ט

השופט ע' גרוסקופף:

אני מסכים.

ש ו פ ט

הוחלט כאמור בפסק דינו של השופט י' עמית.

ניתן היום, א' באייר התשע"ט (6.5.2019).

ש ו פ ט

ש ו פ ט

ש ו פ ט