



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

טיפול משרד הבריאות ברשלנות רפואית בישראל

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240/1

פקס: 02 - 6496103

www.knesset.gov.il/mmm

כתיבה: פלורה קוך דבידוביץ'

אישור: שלי לוי, ראשת צוות

עריכה לשונית: מערכת דברי הכנסת

י"ג בסיוון תשע"ז

7 ביוני 2017

תוכן

3	תמצית
6	מבוא
7	1. הגדרת רשלנות רפואית ונתונים חלקיים על התופעה בישראל
9	1.1. נתוני הנהלת בתי-המשפט על היקף התביעות האזרחיות שהוגשו בגין רשלנות רפואית
10	1.2. נתוני משרד האוצר ומשרד הבריאות על מספר התביעות בגין רשלנות רפואית במוסדות רפואיים ממשלתיים
12	1.3. נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על מקרי פטירה שייתכן כי הייתה מעורבת בהם רשלנות רפואית
15	2. הגורמים האמונים על בדיקת אירועים מיוחדים בטיפול רפואי במשרד הבריאות
15	2.1. מינהל רפואה במשרד הבריאות
16	2.2. נציבות קבילות הציבור למקצועות רפואיים
17	2.3. יחידת הדין המשמעתי של משרד הבריאות
18	2.4. הערות מבקר המדינה על מעמד נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים
19	3. נתוני משרד הבריאות על פטירות ואירועים החייבים בדיווח ועל בדיקת תלונות בגין רשלנות רפואית-
21	3.1. פטירות ואירועים מיוחדים החייבים בדיווח
23	3.2. נתוני משרד הבריאות על מספר ועדות הבדיקה שהוקמו לצורך בדיקת מקרי חשד לרשלנות רפואית-
25	3.3. נתוני יחידת הדין המשמעתי של משרד הבריאות
27	4. הנטל הכלכלי עקב תביעות רשלנות רפואית נגד המוסדות הרפואיים הממשלתיים
29	4.1. הסיבות לגידול במספר התביעות והשלכותיו
31	5. מודל הפיצוי על פגיעה עקב טיפול רפואי הנהוג בדנמרק
31	5.1. המסגרת החוקית המסדירה את מודל הפיצוי בדנמרק
32	5.1.1. ההתאחדות הדנית לפיצוי מטופלים (PATIENTERSTATNINGEN)
34	5.1.2. אופן הגשת תביעה להתאחדות הדנית לפיצוי מטופלים
36	5.1.3. נתונים על תביעות שנדונו על ידי ההתאחדות הדנית לפיצוי מטופלים



מסמך זה נכתב לבקשת חברת הכנסת יעל גרמן וחברת הכנסת קארין אלהרר, ועניינו טיפול משרד הבריאות ברשלנות רפואית בישראל. בין השאר מוצג במסמך בקצרה המודל המונהג בדנמרק לטיפול בתביעות רשלנות רפואית נגד מערכת הבריאות.

תמצית

להלן הממצאים העיקריים המפורטים במסמך:

- טעויות באבחון או בטיפול רפואי בבתי-חולים או במוסדות רפואיים בקהילה וגורמות נזק למטופלים הן אחד האתגרים הניצבים בפני מערכות הבריאות ברחבי העולם.
- מבקר המדינה ציין בדוח 62 שלו, לשנת 2011, כי "רק מיעוט המקרים... החריגים והכשלים הרפואיים נובעים מרשלנות", אולם בדוח לא צוין היקף המקרים האלה בישראל. לדברי המבקר, בשנים שקדמו לכתבת הדוח חלה בישראל עלייה ניכרת ומתמדת בהיקף הדרישות הכספיות והתביעות נגד המדינה המוגשות לבתי-המשפט ולמבטחים בגין רשלנות רפואית בישראל. המבקר מייחס את העלייה לא בהכרח לריבוי מקרי הפגיעה הרפואית עקב רשלנות, אלא בין השאר למודעות הגוברת בציבור לאפשרות של רשלנות רפואית, לעמידה על הזכות לתבוע וכן לגידול במספר עורכי הדין;
- משרד הבריאות מגדיר רשלנות רפואית "מתן שירות רפואי תוך סטייה מרמת זהירות סבירה", ולפיו "אין הגדרה של המונח 'רשלנות רפואית' בחוק, אך מדובר בסוג מסוים של רשלנות". ממשרד הבריאות נמסר עוד כי יש סוגים שונים של רשלנות רפואית, והם נבחנים על פי המישורים השונים של תחום המשפט, וכן כי אין בידי נתונים על היקף תופעת הרשלנות הרפואית בכלל מערכת הבריאות בישראל, ובתוך כך על מספר מקרי המוות עקב רשלנות רפואית, בשל ההגדרות השונות שיש למונח. בידי המשרד נתונים על מספר התביעות בגין רשלנות שהוגשו נגד מוסדות רפואיים ממשלתיים בלבד, וכבר בשנת 2011 העיר מבקר המדינה על המידע החלקי שבידי משרד הבריאות בנושא זה וקרא למשרד הבריאות "לרכז מידע מפעילות רבה הנעשית בבתי-משפט בתחום הרשלנות הרפואית";
- כדי ללמוד על היקף מקרי הרשלנות הרפואית בישראל פנה מרכז המחקר והמידע של הכנסת לגורמים הנוגעים בדבר, ובהם משרד הבריאות, משרד האוצר, ההסתדרות הרפואית בישראל, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משטרת ישראל, לשכת עורכי הדין, הנהלת בתי-המשפט והסתדרות האחים והאחיות (שטרם השיבה על הפנייה). הנתונים שהתקבלו מכמה מהגורמים האלה הם חלקיים בלבד:
 - מנתוני הנהלת בתי-המשפט עולה כי בשנים 2010–2016 הוגשו בסך הכול 10,694 תביעות אזרחיות בגין רשלנות רפואית נגד מוסדות רפואיים בישראל. במהלך השנים חל גידול במספר התביעות; בשנת 2010 הוגשו 1,109 תביעות, ואילו בשנת 2015 הוגשו 1,985. אין בידינו מידע על כמה מהתביעות האלה נמצאו מוצדקות.
 - מנתוני משרד הבריאות ומשרד האוצר עולה כי בשנים 2005–2015 הוגשו 8,372 תביעות בגין רשלנות רפואית נגד מוסדות רפואיים ממשלתיים בלבד. ככלל, אפשר להצביע על גידול מתמיד במספר התביעות בגין רשלנות רפואית נגד מוסדות רפואיים ממשלתיים, מ-597 בשנת 2005 ל-1,008 בשנת 2015.
 - מעיבוד מיוחד של נתונים על הודעות פטירה שנעשה על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לבקשת מרכז המחקר והמידע של הכנסת עולה כי בשנים 2005–2014 ייתכן שהייתה רשלנות רפואית ב-1,892 מקרי פטירה (בכ-29% מקרים מהם מדובר בסיבת מוות יסודית). עם זאת,



לפי הלמ"ס, הודעות פטירה הן מקור מוגבל מאוד ללמידה על מספר מקרי הפטירה עקב רשלנות רפואית, והתבססות על מקור זה לעניין רשלנות רפואית מובילה לאומדן חסר משמעותי בנושא זה.

בהיעדר נתונים מלאים על מספר מקרי הרשלנות הרפואית בישראל, נשאלת השאלה מהו מספר המקרים או האירועים המיוחדים במהלך טיפול רפואי בישראל וכיצד נבדקים מקרים אלה על ידי משרד הבריאות. בידי משרד הבריאות יש דיווחים על פטירות ואירועים מיוחדים שהמוסדות הרפואיים מחויבים לדווח לו עליהם על פי חוזר מינהל רפואה מס' 11/2012 לעניין חובת הודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים מ-9 במאי 2012. עם זה נציין כי לא כל אירוע מיוחד מצביע על רשלנות, ולכן אין ללמוד גם מכך על מספר מקרי הרשלנות הרפואית.

בשנים 2005–2016 התקבלו במשרד הבריאות 3,646 דיווחים על אירועים המחייבים דיווח על פי חוזר מינהל רפואה האמור, ובשנים אלו חלה עלייה של יותר מפי 2.5 במספר הדיווחים על אירועים מיוחדים המחייבים דיווח שהגיעו למשרד הבריאות, מ-190 בשנת 2005 ל-511 בשנת 2016. בשנים 2014–2016 התקבלו במשרד הבריאות גם 275 דיווחים על אירועים שאינם חייבים בדיווח. במשרד הבריאות מסבירים את הגידול במספר הדיווחים על אירועים מיוחדים בהקמת מערכת ממוחשבת לדיווח ישיר; בהקמת המערך לבטיחות הטיפול במשרד הבריאות ובעידוד המערך לבטיחות הטיפול את המוסדות הרפואיים לדווח. עם זאת נמסר כי אין למשרד הבריאות דרך לבדוק אם בתי-החולים מדווחים על כלל האירועים כנדרש וכי הערכת משרד הבריאות היא שיש תת-דיווח בנושא זה.

בשנים 2005–2016 התקבלו במשרד הבריאות 56,122 דיווחים על פטירות מיוחדות, כמוגדר בחוזר. בשנים 2005–2012 נע מספר הדיווחים על פטירות מיוחדות מ-4,731 בשנת 2009 עד 5,579 בשנת 2011, בשנים 2013–2016 נראית ירידה מסוימת במספר הדיווחים, ומספרם נע מ-3,055 בשנת 2014 עד 4,465 בשנת 2013. במשרד הבריאות מייחסים את הירידה בדיווח לכך שהטמעת המערכת הממוחשבת לדיווח על פטירות אילצה את המוסדות הרפואיים לדווח על פטירות העומדות בקריטריונים לדיווח ולא לדווח על כל פטירה במוסד רפואי.

מינהל רפואה במשרד הבריאות אמון על קבלת דיווחי המוסדות הרפואיים על פטירות ועל אירועים מיוחדים, ועם קבלת דיווח כזה הוא פותח בבירור המקרה המדווח. במקביל לבירור מועבר כל דיווח לטיפול במערך בטיחות הטיפול במשרד הבריאות, שמשנת 2011 עוסק בקידום בטיחות הטיפול במערכת הבריאות. במקרים שבהם בירור המקרה במינהל רפואה מעלה כי נדרשת חקירה מעמיקה יותר, מועברים פרטי המקרה לנציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים במשרד הבריאות, המטפל בתלונות בתחומים קליניים ומקבל תלונות מגורמים שונים. הנציב רשאי להפעיל שיקול דעת בקביעת הדרך שבה ייבדקו המקרים המגיעים לידיעתו, ובין היתר בסמכותו להקים ועדת בדיקה לבירור מקרה, שבתום עבודתה מגבשת המלצה המבוססת על החלטתה אם מדובר במקרה של רשלנות המצדיק הגשת קובלנה משמעתית. נציב קבילות הציבור מצרף לדוח הוועדה את המלצותיו ומעביר את המקרה להכרעת מנכ"ל משרד הבריאות. אם מנכ"ל משרד הבריאות מחליט על הגשת קובלנה בעניין, התיק מועבר לתובעת משרד הבריאות ונדון ביחידת הדין המשמעותי של המשרד.

על פי נתוני משרד הבריאות, בשנים 2012–2016 הועברו אליו 2,000 דיווחים על אירועים המחייבים דיווח ו-20,098 דיווחים על פטירות מיוחדות. בשנים האלה (לא כולל שנת 2013) הועברו לנציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים לכל הפחות 4,977 תלונות שבהן הועלה חשד לרשלנות רפואית, והוא הקים 163 ועדות בדיקה לבחינת התלונות האלה, כלומר הוקמו ועדות בדיקה לבירור 3.3%.



מכלל התלונות על חשד לרשלנות רפואית. מספר ההחלטות בנושא של רשלנות רפואית שהתקבלו ביחידת הדין המשמעתי של משרד הבריאות בשנים האמורות היה 32 ; ב-81% מכלל המקרים האלה (26) הוטלו עונשים, וב-19% מהם (6) הוחלט על זיכוי. העונש החמור ביותר שהוטל הוא התליית רישיון, והוא הוטל ב-81% מכלל המקרים שבהם הוטל עונש (כלומר ב-21 מקרים);

- בדוח 62 של מבקר המדינה, לשנת 2011, דן המבקר במעמדו של נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים. לדברי המבקר, בבדיקה שערך נמצא כי חלקים שונים של פעילות הנציב אומנם מוסדריים בדין, בהוראות ובנהלים פנימיים, אולם מקורות אלה אינם מסדירים את מלוא תחום פעילות נציב התלונות ואין בהם הגדרה חוקית של סמכויותיו וחובותיו בין השאר בכל הקשור לוועדות הבדיקה שהוא ממנה. בדוח [הערות ראש הממשלה על דוח מבקר המדינה 62 – חלק ראשון](#), שפורסם במאי 2012, נמסר ממשרד הבריאות כי "טיוטת ההצעה לאסדרת מעמד הנציב תוגש למנכ"ל [משרד הבריאות] עד 30 באפריל 2012", אולם עד היום תזכיר החוק המובטח טרם פורסם.
- משרד הבריאות ומשרד האוצר העבירו לידינו נתונים על סך התשלומים ששילמה "ענבל חברה לביטוח" בע"מ בגין תביעות רשלנות רפואית נגד מוסדות רפואיים ממשלתיים בלבד. אין בידנו מידע על מספר התביעות שבגינן שולמו פיצויים. על פי נתוני משרד הבריאות ומשרד האוצר, בשנים 2005–2015 שולמו כ-2.32 מיליארד ש"ח בגין תביעות רשלנות במוסדות רפואיים ממשלתיים. ככלל, חל גידול של כמעט פי שניים בסך התשלומים עקב תביעות בגין רשלנות רפואית בתקופה האמורה, מכ-138 מיליון ש"ח בשנת 2005 לכ-262 מיליון ש"ח בשנת 2015. כאמור, בתקופה זו גדל מספר התביעות מ-597 בשנת 2005 ל-1,008 בשנת 2015.
- בשנת 2006 שולם סכום הפיצוי הממוצע לתביעה הגבוה ביותר, 505,000 ש"ח, ואילו בשנת 2015 שולם סכום הפיצוי הממוצע הנמוך ביותר, 416,000 ש"ח לתביעה. בשנת 2011 היה סכום הפיצוי החציוני לתביעה הגבוה ביותר, 203,000 ש"ח, ואילו בשנת 2007 הוא היה הנמוך ביותר, 111,000 ש"ח.
- לפי גישת דיני הנזיקין הנהוגה בישראל ובכמה מדינות אחרות, כדי שיינתן פיצוי לאדם הטוען כי נפגע בשל הליך רפואי עליו להוכיח כי הגורם שטיפל בו נושא באחריות לפגיעה שנגרמה לו. מודל חלופי לגישת דיני הנזיקין הוא מודל ה"אין עוולה" (no fault). מודל זה מקובל בין היתר במדינות סקנדינביה, ובמסגרתו מתן פיצוי לנפגע אינו תלוי בהוכחת אשמה או רשלנות מצד המטפל, אלא בהוכחה מספקת של קשר סיבתי בין הטיפול הרפואי שאדם קיבל ובין הפגיעה שהוא סובל ממנה. בפרק האחרון של מסמך זה נציג את ההסדר הנהוג בדנמרק, המוצגת לעתים תכופות בספרות המקצועית כמייצגת את מודל ה"אין עוולה". בשנת 1992 הוקמה בדנמרק בחקיקה ההתאחדות הדנית לפיצוי מטופלים (the Danish Patient Compensation Association - Patienterstatningen), גוף עצמאי שהוא הגורם המרכזי במערכת הפיצוי למי שנפגעו במהלך טיפול רפואי במערכת הבריאות הציבורית או הפרטית. מטרת ההתאחדות היא להבטיח פיצוי לנפגעים, והיא אינה עוסקת בבחינת ההתנהלות המקצועית של גורם רפואי זה או אחר, אלא בהערכת הפגיעה והזכאות לפיצוי בגינה.



מבוא

טעויות באבחון ובטיפול רפואי בבת-החולים או במוסדות רפואיים בקהילה הגורמות נזקים למטופלים הן אחד האתגרים הניצבים בפני מערכות הבריאות ברחבי העולם.¹ מן הספרות המקצועית עולה כי המונח "טעות רפואית" (medical error) כולל: מעשה בלתי מכוון או פעולה שלא השיגה את מטרתה המתוכננת; כישלון להשלים פעולה מתוכננת (טעות ביצוע); שימוש בתוכנית שאינה מתאימה להשגת המטרה (טעות בתכנון) או סטייה מתהליך הטיפול שעשויה (או שלא) לגרום לנזק למטופל.² על פי הערכות, טעויות בפעילות רפואית הן סיבת המוות השלישית בארצות הברית, האחראית למותם של כ-251,000 איש בשנה בממוצע. להערכת החוקרים מדובר בהערכת חסר של היקף התופעה בפועל.³

בכללי האתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל מדובר על חובתו של הרופא לפעול למניעת מקרים אלה ונקבע בהם בין היתר כי: הרופא יסייע, כמיטב יכולתו, לשמירה על בטיחות המטופל ולמניעת טעויות בטיפול הרפואי; הרופא ידווח לגורם המקצועי המתאים על טעויות שהתרחשו בטיפול הרפואי; הרופא יכבד את זכותו של המטופל לקבל מידע אמין ומלא בדבר נסיבות הטיפול שקיבל, לרבות טעות שחלה במהלך טיפול זה, אם יש לה השפעה בעלת חשיבות על מצב בריאותו או על המשך הטיפול הרפואי בו; הרופא יסביר למטופל את מהות הטעות שחלה בטיפול בו, את הצעדים הננקטים לתיקונה ואת המהלכים שנעשים כדי למנוע הישנות טעות זו בעתיד.⁴ נוסף על כך, סעיף 21 [לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996](#), קובע הקמת ועדות בדיקה לבחינת אירוע חריג הקשור למתן טיפול רפואי, שמטרתן לברר מה אירע לחולה בעת קבלת הטיפול הרפואי, להפיק לקחים, לתקן את הליקויים, לאתר את האחראים להם ולבדוק אם יש צורך לפתוח בהליך משמעותי או בהליך אחר.

[בדוח 62, לשנת 2011](#), הצביע מבקר המדינה על כמה גורמים שעלולים להביא לתקלות ולטעויות במערכת הרפואית, ובהם **גורמי סיכון שחלקם אינם בשליטת המערכת הרפואית** (כגון תגובה בלתי צפויה של מטופל על הטיפול הרפואי); **עומס העבודה על הצוות המטפל או היעדר תנאים סביבתיים המאפשרים עיבוד וקליטה של נתונים רבים הכרוכים בטיפול בחולה**; **טעויות הצוות המטפל, טעויות בשיקול דעת וטעויות אנוש**; **רשלנות בטיפול הרפואי שאינה מגיעה כדי עבירת משמעת**; **רשלנות חמורה שיש בה משום עבירת משמעת**; **רשלנות פושעת, שהיא בבחינת עבירה פלילית**.⁵

לדברי מבקר המדינה, "רק מיעוט... האירועים החריגים והכשלים הרפואיים נובעים מרשלנות",⁶ דהיינו לא כל טעות או תקלה רפואית היא רשלנות רפואית, אולם בדוח המבקר לא צוין היקף מקרי הרשלנות הרפואית בישראל. לדברי מבקר המדינה, בשנים שקדמו לכתיבת הדוח חל בישראל גידול ניכר ומתמיד בהיקף הדרישות הכספיות והתביעות נגד המדינה המוגשות לבתי-המשפט ולמבטחים בגין רשלנות רפואית. מבקר המדינה מייחס גידול זה לא בהכרח לריבוי מקרי הפגיעה בעקבות רשלנות רפואית, אלא, בין השאר, למודעות הגוברת בציבור לתופעת הרשלנות הרפואית ולזכותו לתבוע, וכן לריבוי עורכי הדין במדינה.⁷ בשל

¹ גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, מערכת הבריאות בישראל, 2010.

² The BMJ, Medical error – the third leading cause of death in the US, Martin A. Makary, Michael Daniel, May 3rd, 2016.

³ שם.

⁴ ההסתדרות הרפואית בישראל, כללי האתיקה 2014, פרק 1, סעיף י"ט, כניסה: 20 במרס 2017.

⁵ משרד מבקר המדינה, דוח 62, לשנת 2011, מאי 2012.

⁶ שם, עמ' 209.

⁷ משרד מבקר המדינה, דוח 62, לשנת 2011, מאי 2012.



מגמה זו הקימה המדינה שתי ועדות שעסקו בנושא הרשלנות הרפואית: [הוועדה לבדיקת האחריות לפגיעה בטיפול רפואי](#) בראשות השופט ד"ר גבריאל קלינג, שהגישה את המלצותיה למנכ"ל משרד הבריאות בשנת 1999, ו**[הוועדה הבין-משרדית לבחינת הדרכים להקטנת ההוצאה הציבורית בגין תביעות רשלנות רפואית](#)** בראשות הגב' טנה שפניץ, שהגישה את המלצותיה למשרד המשפטים בשנת 2005. שתי הוועדות עסקו במגוון היבטים של נושא הרשלנות הרפואית, ובהם ריבוי התביעות המשפטיות בגינה. עם זה, **מהנתונים שבדוחות אלה, כמו באלה שבדוח מבקר המדינה האמור, אין אפשרות ללמוד על היקף תופעת הרשלנות הרפואית בישראל לאורך השנים.**

במסמך זה ביקשנו להציג את היקף תופעת הרשלנות הרפואית בישראל, ולשם כך פנינו לגורמים הנוגעים בדבר, ובהם משרד הבריאות, משרד האוצר, ההסתדרות הרפואית בישראל, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משטרת ישראל, לשכת עורכי הדין, הנהלת בתי-המשפט והסתדרות האחים והאחיות. מהמידע שהתקבל ממשרד הבריאות ומהגורמים האחרים שפנינו אליהם (פרט להסתדרות האחים והאחיות, שעד כה לא השיבה על פנייתנו) עולה כי **אין מידע מלא על מספר מקרי הרשלנות הרפואית בישראל, אלא נתונים חלקיים בלבד, שאין בהם כדי לשקף את היקף התופעה בפועל.**

בפרק הראשון של המסמך נציג את הגדרות משרד הבריאות לרשלנות רפואית ואת הנתונים החלקיים על התופעה בישראל, שמקורם בהנהלת בתי-המשפט, במשרד הבריאות, במשרד האוצר ובלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. בפרק השני ובפרק השלישי נציג את הגורמים במשרד הבריאות האמונים על בדיקת אירועים מיוחדים בטיפול רפואי (מינהל רפואה, נציבות קבילות הציבור למקצועות רפואיים ויחידת הדין המשמעת) ואת הנתונים על פטירות ועל אירועים המחייבים דיווח למשרד הבריאות ועל בדיקת תלונות בגין רשלנות רפואית. בפרק הרביעי נציג את נתוני משרד האוצר ומשרד הבריאות על הנטל הכלכלי המושת על המדינה עקב תביעות בגין רשלנות רפואית נגד מוסדות רפואיים ממשלתיים, ובפרק האחרון נציג את המודל הנהוג בדנמרק לטיפול בתביעות בגין רשלנות רפואית נגד מערכת הבריאות.

1. הגדרת רשלנות רפואית ונתונים חלקיים על התופעה בישראל

מתוך הבנה שלא כל טעות או תקלה רפואית הן בגדר רשלנות רפואית, פנה מרכז המחקר והמידע של הכנסת ראשית למשרד הבריאות בשאלה כיצד הוא מגדיר רשלנות רפואית. ממשרד הבריאות נמסר כי רשלנות רפואית מבחינתנו היא "מתן שירות רפואי תוך סטייה מרמת זהירות סבירה"⁸, ו"אין הגדרה של המונח בחוק, אך מדובר בסוג מסוים של רשלנות". ממשרד הבריאות נמסר עוד, כי יש סוגים שונים של רשלנות רפואית, שנבחנו על פי מישורי המשפט⁹ [ההדגשה לא במקור], כדלקמן:

במישור האזרחי – תביעות אזרחיות המוגשות בגין עוולת רשלנות משויכות לדיני נזיקין ומאפשרות לזכות בפיצוי כספי במקרה שהוכח כי נגרם נזק בגין מעשה רשלנות והוכח קשר סיבתי בין המעשה ובין אותו

⁸ בהקשר זה נציין כי, כפי שצוין בדוח הוועדה הבין-משרדית לבחינת הדרכים להקטנת ההוצאה הציבורית בגין תביעות רשלנות רפואית, בראשות הגב' טנה שפניץ, בשנת 2005, החלטותיו ופעולותיו של הרופא צריכות להיות מבוססות על שיקולים סבירים וברמה המקובלת, דהיינו על הרופא לבסס את החלטותיו על הידע העדכני הנתמך בספרות מקצועית, ובניסיון קודם, והכול בהתאם לנורמות המקובלות באותה עת בעולם הרפואה. עם זאת, כפי שצוין בדוח הוועדה לבדיקת האחריות לפגיעה בטיפול רפואי, בראשות השופט ד"ר גבריאל קלינג, משנת 1999, שמונתה על ידי מנכ"ל משרד הבריאות, יש לזכור כי רופא עלול לטעות, ולא כל טעות בשיקול דעת מקורה ברשלנות. [דוח הוועדה הבין-משרדית לבחינת הדרכים להקטנת ההוצאה הציבורית בגין תביעות רשלנות רפואית](#), בראשות הגב' טנה שפניץ, 2005; [דוח הוועדה לבדיקת האחריות לפגיעה בטיפול רפואי](#), בראשות השופט ד"ר גבריאל קלינג, 1999.

⁹ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).



נזק.¹⁰ עוולת רשלנות מוגדרת בסעיפים 35 ו-36 [לפקודת הנזיקין \[נוסח חדש\], תשכ"ח-1968](#).¹¹ על פי סעיף 35 לפקודה, רשלנות מוגדרת מקרה שבו "עשה אדם מעשה שאדם סביר ונכון לא היה עושה באותן נסיבות, או לא עשה מעשה שאדם סביר ונכון היה עושה באותן נסיבות, או שבמשלח יד פלוני לא השתמש במיומנות או לא נקט מידת זהירות שאדם סביר ונכון וכשיר לפעול באותו משלח יד היה משתמש או נוקט באותן נסיבות – הרי זו התרשלות; ואם התרשל כאמור ביחס לאדם אחר, שלגביו יש לו באותן נסיבות חובה שלא לנהוג כפי שנהג, הרי זו רשלנות, והגורם ברשלנותו נזק לזולתו עושה עוולה". על פי סעיף 36 לפקודה, "החובה האמורה בסעיף 35 מוטלת כלפי כל אדם וכלפי כל בעל נכס, כל אימת שאדם סביר צריך היה באותן נסיבות לראות מראש שהם עלולים במהלכם הרגיל של הדברים להיפגע ממעשה או ממחדל המפורשים באותו סעיף".¹²

במישור הפלילי – ממשד הבריאות נמסר כי אין די ברשלנות כדי להטיל אחריות פלילית, אלא אם כן יש הוראה מפורשת בחוק המתייחסת לעבירה הנדונה. לפי המשד, אין עבירות פליליות שהן עבירות רשלנות כשלעצמן, אלא עבירות שאפשר לעבור ברשלנות, כגון גרימת מוות ברשלנות, גרימת חבלה ברשלנות ועוד. משד הבריאות הפנה לסעיף 338(א)(7) [לחוק העונשין, התשל"ז-1977](#), המגדיר מעשה פזיזות ורשלנות במתן רפואי כך: "העושה אחת מאלה בדרך נמהרת או רשלנית שיש בה כדי לסכן חיי אדם או לגרום לו חבלה, דינו – מאסר שלוש שנים..(7) נותן טיפול רפואי או כירורגי לאדם שהתחייב לטפל בו". לדברי משד הבריאות, אם יש מספיק ראיות לקיום עניין לציבור, מוגש כתב אישום במישור הפלילי נגד נותן הטיפול שנהג ברשלנות, ועל סמך כתב האישום ולאחר סיום ההליך הפלילי אפשר לפתוח גם בהליך משמעותי נגד הנאשם.¹³

במישור המשמעותי – לפי משד הבריאות, [בהנחיית פרקליט המדינה 14.2, לעניין ניהול הליך פלילי ומשמעותי נגד רופאים או בעלי מקצוע רפואי אחר בגין רשלנות מקצועית](#) (שעודכנה, על פי האמור בה, בפעם האחרונה ב-1 בינואר 2003),¹⁴ קבועות הוראות כיצד לנהוג במקרה שבו יש חשד לרשלנות רפואית. לפי המשד, לעתים תוגש קובלנה משמעותית לשר הבריאות עוד טרם סיום ההליך הפלילי (במקרה שהליך כזה מתנהל), ולפי סעיף 44 [לפקודת הרופאים \[נוסח חדש\], תשל"ז-1976](#), אפשר להתלות את רישונו של רופא למשך עד שישה חודשים אם יש חשד שגרם ברשלנות חמורה לנזק או למות אדם. התליה זו ניתנת להארכה בעת הצורך למשך שישה חודשים נוספים.¹⁵

ממשד הבריאות נמסר כי אין ברשותו נתונים על היקף תופעת הרשלנות הרפואית בכלל מערכת הבריאות בישראל ובתוכה על מספר מקרי המוות עקב רשלנות רפואית, בשל ההגדרות השונות למונח רשלנות רפואית, שפורטו לעיל.¹⁶ עוד נמסר ממשד הבריאות כי "רשלנות נזיקית נקבעת באמצעות פסק דין

¹⁰ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

¹¹ [דוח הוועדה הבין-משרדית לבחינת הדרכים להקטנת ההוצאה הציבורית בגין תביעות רשלנות רפואית](#) בראשות הגב' טנה שפיץ, 2005; גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ' ומרדכי שני, [מערכת הבריאות בישראל](#), 2010.

¹² [פקודת הנזיקין \[נוסח חדש\], תשכ"ח-1968](#).

¹³ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

¹⁴ משד המשפטים, הנחיות פרקליט המדינה, [הנחיה מס' 14.2 – ניהול הליך פלילי ומשמעותי נגד רופאים או בעלי מקצוע רפואי אחר בגין רשלנות רפואית](#), עדכון אחרון: 1 בינואר 2003.

¹⁵ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

¹⁶ שם.



שבמסגרתו קובע הרכב בית-המשפט שהצוות המטפל התרשל וכתוצאה מכך המטופל נפגע. ברוב המקרים מדובר בתביעות שמוגשות שנים לאחר קרות מעשה הרשלנות לכאורה וזה מביא לקושי אמיתי באיתור תיקים מסוג זה עם חלוף השנים לאחר סיום ההליך האזרחי" [ההדגשה במקור].¹⁷ עם זאת נשאלת השאלה אם אין מקום לפעול לאיסוף מידע זה כדי שיהיה אפשר לקבל תמונת מצב מלאה של היקף מקרי הרשלנות הרפואית בישראל. על כך יש להוסיף כי כבר בשנת 2011 קרא מבקר המדינה למשרד הבריאות "לרכז מידע מפעילות רבה הנעשית בבתי-משפט בתחום הרשלנות הרפואית".¹⁸

לפי משרד הבריאות, יש בידי דיווחים על פטירות ואירועים מיוחדים שהמוסדות הרפואיים מחויבים לדווח לו עליהם על פי חוזר מינהל רפואה מס' 11/2012 לעניין [חובת הודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים](#) מ-9 במאי 2012, שעליו נרחיב בהמשך המסמך.¹⁹ עם זאת, כאמור, לא כל אירוע מיוחד הוא בגדר רשלנות, ולכן אין אפשרות ללמוד מכך על מספר מקרי הרשלנות הרפואית.

בהיעדר נתונים על רשלנות רפואית, נציג בפרק זה נתונים שהועברו אלינו ממקורות הפועלים בתחום שאפשר ללמוד מהם [באופן חלקי](#) על היקף התופעה: נתוני הנהלת בתי-המשפט על היקף התביעות האזרחיות שהוגשו בגין רשלנות רפואית; נתוני משרד הבריאות ומשרד האוצר על מספר התביעות בגין רשלנות רפואית שהוגשו לבתי-המשפט נגד מוסדות רפואיים ממשלתיים בלבד, ונתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על פטירות שייכתן כי הייתה מעורבת בהן רשלנות רפואית. נציין כי מרכז המחקר והמידע של הכנסת פנה גם למשטרת ישראל, בשאלה אם יש בידיה נתונים על מספר התיקים הפליליים שנפתחו בגין רשלנות רפואית בשנים 2005–2016, אך התשובה שהתקבלה הייתה שאין בידי המשטרה נתונים כאלה.²⁰

1.1. נתוני הנהלת בתי-המשפט על תביעות אזרחיות שהוגשו בגין רשלנות רפואית

במענה על פניית מרכז המחקר המידע של הכנסת העבירה לידנו הנהלת בתי-המשפט נתונים על מספר התביעות האזרחיות בגין רשלנות רפואית שהוגשו נגד מוסדות רפואיים בישראל בשנים 2010–2016 ונתונים על מספר התיקים שבהם ניתן פסק דין.²¹

¹⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

¹⁸ משרד מבקר המדינה, [דוח 62, לשנת 2011](#), מאי 2012, עמ' 261.

¹⁹ שם.

²⁰ סגן ניצב דויד גריינר שגיב, קצין מדור סטטיסטיקה, מדור מדידה ומידע, מחלקת אסטרטגיה, אגף התכנון, המטה הארצי, משטרת ישראל, מכתב, 29 במאי 2017.

²¹ קובי משמוש, מנהל מחלקת כלכלה וסטטיסטיקה, הנהלת בתי-המשפט, מכתב, 5 בינואר 2017.



טבלה מס' 1: תביעות אזרחיות שהוגשו בגין רשלנות רפואית נגד מוסדות רפואיים בישראל ותביעות

שניתן בהן פסק דין, 2010–2016²²

שנה	מספר התביעות שהוגשו	מספר התביעות שניתן בהן פסק דין
2010	1,109	740
2011	1,171	884
2012	1,359	1,144
2013	1,693	1,276
2014	1,646	1,459
2015	1,985	1,509
2016	1,731	1,741
סך הכול	10,694	8,753

לפי הטבלה, בשנים 2010–2016 הוגשו בישראל בסך הכול 10,694 תביעות אזרחיות נגד מוסדות רפואיים בגין רשלנות רפואית, ובמהלך השנים חל גידול במספר התביעות, מ-1,109 בשנת 2010 ל-1,985 בשנת 2015. בשנים האמורות ניתן פסק דין ב-8,753 תביעות בגין רשלנות רפואית כאמור. עם זאת, אין אפשרות להסיק מהנתונים על שיעור התביעות בכל שנה שבהן ניתן פסק דין, שכן לפחות בחלק מהמקרים ייתכן שמדובר בפסקי דין בתביעות שהוגשו בשנים קודמות. כאמור, לא ידוע לנו כמה מהתביעות האלה נמצאו מוצדקות.

1.2. נתוני משרד האוצר ומשרד הבריאות על מספר התביעות שהוגשו בגין רשלנות רפואית במוסדות רפואיים ממשלתיים

מרכז המחקר והמידע של הכנסת פנה למשרד הבריאות ולמשרד האוצר בשאלה כמה תביעות בגין רשלנות רפואית הוגשו לבתי-המשפט בכל אחת מהשנים 2005–2015 נגד כלל המוסדות הרפואיים בישראל. משני המשרדים נמסר כי בידיהם נתונים על מוסדות רפואיים ממשלתיים בלבד, שהתקבלו מ"ענבל חברה לביטוח" בע"מ, כלומר הנתונים אינם כוללים את מספר התביעות שהוגשו בגין רשלנות רפואית בקופות החולים ובבתי-החולים שבעלותן, במוסדות בריאות ציבוריים אחרים או במוסדות בריאות פרטיים.

לפיכך, מדובר בנתונים חלקיים בלבד, שכן על פי נתוני השנים 2015–2016, מ-44 מוסדות לאשפוז כללי, 11 (כולל בתי-חולים ממשלתיים עירוניים) הם בבעלות המדינה, ובהם פחות ממחצית מיטות האשפוז לאשפוז כללי; מ-12 בתי-חולים לבריאות הנפש שמונה הם בבעלות המדינה, ובהם כ-82% מכלל מיטות האשפוז לבריאות הנפש בישראל; מ-296 מוסדות גריאטריים רק חמישה הם בבעלות המדינה, ובהם רק כ-7% מכלל מיטות האשפוז הגריאטריות בישראל.²³

²² ש.ם.

²³ משרד הבריאות, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2015, חלק א': מגמות באשפוז, 2016; אגף המידע, חטיבת הבריאות, מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, ינואר 2016.



נציין כי מבקר המדינה העיר על כך למשרד הבריאות בשנת 2011, ולדבריו, "בביקורת נמצא כי המשרד [משרד הבריאות] אינו מקבל העתקי תביעות המוגשות נגד בתי-חולים ציבוריים ופרטיים ונגד קופות החולים, אלא אם כן ההעתק נשלח גם לנציבות קבילות הציבור [במשרד הבריאות], זאת בניגוד לתביעות רשלנות רפואית המוגשות נגד בתי-חולים הממשלתיים. יתרה מכך, בגין חלק גדול ממקרי הרשלנות מוגשות ישירות תביעות אזרחיות לבתי-המשפט ואינה מוגשת תלונה לנציב התלונות במשרד. נמצא אפוא שאירועים חריגים שהתרחשו וגרמו נזקים בבתי-חולים ציבוריים ופרטיים ובקופות אינם מובאים לידיעת המשרד, אלא אם כן הוגשו בגינם גם תלונות לנציב התלונות. כמו כן יכולות התביעות להתנהל שנים ארוכות בבתי-המשפט, ואף לאחר סיומן לא יגיעו לידיעת המשרד. ייתכן אפוא שכשלים מערכתיים חמורים שגרמו לאירועים חריגים ולנזקים לא יתקנו".²⁴

להלן נתוני משרד הבריאות ומשרד האוצר על מספר התביעות בגין רשלנות רפואית שהוגשו נגד מוסדות רפואיים ממשלתיים בכל אחת מהשנים 2005–2015.²⁵

טבלה מס' 2: נתוני משרד הבריאות ומשרד האוצר על מספר התביעות בגין רשלנות רפואית שהוגשו לבתי-המשפט נגד מוסדות רפואיים ממשלתיים, בפילוח לפי סוג מבוטח (סוג מוסד רפואי), 2005–

2015²⁶

שנת הגשת התביעה	בתי-חולים לאשפוז כללי	בתי-חולים לבריאות הנפש	בתי-חולים גריאטריים	לשכות הבריאות של משרד הבריאות	משרד ראשי (משרד הבריאות)	סך הכול
2005	521	16	3	51	6	597
2006	506	16	4	67	3	596
2007	555	32	3	83	5	678
2008	547	22	3	88	4	664
2009	637	34	2	74	7	754
2010	629	25	3	89	4	750
2011	596	28	3	79	7	713
2012	653	22	7	92	9	783
2013	732	27	4	165	9	937
2014	738	32	4	111	7	892
2015	755	22	4	225	2	1,008
סך הכול	6,869	276	40	1,124	63	8,372
שיעור	82%	3.3%	0.5%	13.4%	0.75%	100%

לפי הטבלה, בשנים 2005–2015 הוגשו לבתי-משפט בישראל 8,372 תביעות בגין רשלנות רפואית נגד מוסדות רפואיים ממשלתיים. ככלל, בתקופה זו חלה עלייה מתמדת במספר התביעות בגין רשלנות

²⁴ משרד מבקר המדינה, דוח 62 לשנת 2011, מאי 2012.

²⁵ שלומי כהן, ראש ענף ביטוח ממשלתי, משרד האוצר, מכתב, 6 ביוני 2017.

²⁶ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017); יהלי רוטנברג, סגן בכיר לחשבת הכללית, משרד האוצר, מכתב, 31 בינואר 2017.



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

רפואית נגד מוסדות כאמור, מ-597 בשנת 2005 ל-1,008 בשנת 2015. רוב התביעות בגין רשלנות רפואית שהוגשו בתקופה זו הוגשו נגד בתי-חולים לאשפוז כללי (כ-82% מכלל התביעות); כ-13.4% מהתביעות הוגשו נגד לשכות הבריאות; כ-3.3% נגד בתי-חולים לבריאות הנפש; כ-0.75% נגד משרד הבריאות וכ-0.5% נגד מוסדות גריאטריים. עם זאת, חשוב לזכור כי ב-11 בתי-חולים הממשלתיים לאשפוז כללי יש יותר מ-7,000 מיטות אשפוז, לעומת כ-2,900 בבתי-חולים הממשלתיים לבריאות הנפש וכ-1,800 בבתי-חולים הגריאטריים הממשלתיים.²⁷

לפי הטבלה, בתקופה האמורה חל גידול במספר התביעות בגין רשלנות רפואית שהוגשו נגד כל אחד מהמוסדות המפורטים (פרט למשרד הבריאות, שחלה ירידה במספר התביעות נגדו בשנים 2013–2015). למשל מספר התביעות נגד בתי-חולים כלליים גדל בשנים 2005–2015 בכ-45%, מ-521 בשנת 2005 ל-755 בשנת 2015, ומספר התביעות נגד לשכות הבריאות גדל בכמעט פי חמישה, מ-51 בשנת 2005 ל-225 בשנת 2015. אין בידנו הסבר לעלייה זו. יצוין כי לא הועבר לידנו מידע על שיעור התביעות שנסגרו ובכמה מהן שולם פיצוי.

1.3. נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על מקרי פטירה שייתכן כי הייתה מעורבת בהם רשלנות רפואית

מכיוון שלא התקבלו ממשרד הבריאות נתונים על מספר הפטירות שנגרמו עקב רשלנות רפואית, פנה מרכז המחקר והמידע של הכנסת ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) בבקשה שתפיק מנתונים מידע על מספר מקרי המוות בכל אחת מעשר השנים האחרונות שנגרמו עקב רשלנות רפואית. בטרם נציג את תוצרי העיבוד המיוחד שנעשה עבורנו בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה נדגיש כי אף שאפשר להתרשם מהנתונים האמורים על מספר מקרי הפטירה שבהם ייתכן כי הייתה מעורבת רשלנות רפואית, אין מדובר בנתונים ודאיים על היקף הפטירות עקב רשלנות רפואית, שכן בכללי הסיווג הבין-לאומי של המחלות (מהדורה עשירית, [International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems – Tenth Revision](#)), שנעשה בו שימוש בלשכה (ובמדינות החברות בארגון הבריאות העולמי),²⁸ אין סיבת מוות המוגדרת רשלנות או סיבות שאפשר ללמוד מהן באופן ישיר וחד-משמעי על רשלנות.²⁹

במסגרת סימול סיבות המוות לפי כללי הסיווג הבין-לאומי של סיווג המחלות (ICD-10) נבחרת סיבת המוות היסודית, כלומר הסיבה שהתחילה את שרשרת המחלות שגרמו לפטירה, והיא משמשת לצרכים סטטיסטיים. נוסף על כך, בלמ"ס מסמלים גם את כל הסיבות או המצבים הרשומים בהודעת הפטירה ("סימול מרובה"). לפי הלמ"ס, סימול סיבות המוות מבוסס על הכתוב בהודעת הפטירה בלבד, אך הלמ"ס מתקנת את סיבת המוות היסודית אם מתקבל מידע נוסף מגורם חיצוני (קובצי משטרת ישראל, המכון לרפואה משפטית, המוסד לביטוח לאומי או צה"ל) במקרה של תאונת דרכים, התאבדות, רצח, מומים מולדים, פעולת איבה, חללי צה"ל ותמותת תינוקות.³⁰ מידע על מקרי פטירה שנבדקו או נחקרו בבתי-חולים או בלשכות הבריאות אינו מגיע ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה.³¹

²⁷ משרד הבריאות, אגף המידע, חטיבת הבריאות, [מיטות אשפוז ועמדות ברישוי](#), ינואר 2016.

²⁸ WHO, [Classifications](#), accessed on May 23rd, 2017.

²⁹ נעמה רותם, ראש תחום בריאות ותנועה טבעית, אגף דמוגרפיה ומפקד, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. העיבוד המיוחד של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הועבר לידינו על ידי דוד לנדאו, ראש ענף הפצת מידע וקשרי לקוחות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 26 בינואר 2017.

³⁰ ש.ם.

³¹ ש.ם.



מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה נמסר כי אנשי הלשכה לא נתקלו במקרים שבהם המונח "רשלנות" או "רשלנות רפואית" (negligence או medical malpractice) צוין בהודעת הפטירה. לפי הלמ"ס, יש מקרים ספורים מדי שנה, אם בכלל, של הודעות שבהן נכתב כי הסיבוך היה ממקור יטרוגני (iatrogenic), כלומר נגרם על ידי הצוות הרפואי, ומקרים אלו מקודדים בדרך כלל כ"תקלה/ סיבוך במהלך ניתוח או פרוצדורה". מכל זה עולה, לפי הלמ"ס, **שהודעות הפטירה הן מקור מוגבל מאוד למידע על מספר מקרי הפטירה עקב רשלנות רפואית, והתבססות על מקור זה לעניין רשלנות רפואית מובילה לאומדן חסר משמעותי בנושא זה**.³²

עם זאת נמסר מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה כי יש קודים שעשויים לרמז על רשלנות. לצורך מילוי בקשתנו לעשות עיבוד מיוחד של הנתונים נבדקו בלמ"ס קבוצות קודים הכלולים בשני פרקים של הסיווג המוזכר לעיל: **הראשונה**, קודים הנכללים בפרק 20 "סיבות חיצוניות לתמותה או לתחלואה", שיש בו קבוצה המוגדרת "סיבוכים של טיפול רפואי או ניתוח" (Complications of medical and surgical care), שלפי הלמ"ס, חלקה עשוי לרמז על רשלנות, אם כי, כאמור, **לא באופן ודאי**. לפי הלמ"ס, קודים אלו עשויים להירשם כסיבת המוות היסודית ולהופיע גם בסימול המרובה. בקבוצה זו נכללות ארבע תת-קבוצות כמפורט להלן:

1. תופעות לוואי של תרופות או חומרים ביולוגיים;
2. תקלות (סיבוכים) במהלך ניתוחים וטיפול רפואי;
3. תקלות (סיבוכים) הקשורים לשימוש במכשור רפואי לאבחון וטיפול;
4. סיבוכים בניתוחים או בפרוצדורות או תגובה לא צפויה של המטופל, ללא אזכור תקלות.

לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מארבע התת-קבוצות האמורות רלוונטיות לעניין פנייתנו ועשויות לרמז על רשלנות קבוצות 2 ו-3, שכן יש בהן אזכור של תקלה, ובכל זאת הועברו לידינו נתונים על כל ארבע הקבוצות.

קבוצת הקודים **השנייה** שנבחנה על ידי הלמ"ס נכללת בפרק 19, בסיווג "פציעות או הרעלות ונזקים אחרים שהם תוצאה של סיבה חיצונית". מדובר במקרים שבהם סיבת המוות היסודית היא חיצונית (כגון תאונת דרכים), אך פציעות או הרעלות ונזקים אחרים שהם תוצאה של סיבה חיצונית **עשויים להופיע בסימול המרובה**. לפי הלמ"ס, שתי התת-קבוצות בפרק 19 שעשויות להעיד על רשלנות הן הרעלה מתרופות וחומרים ביולוגיים; סיבוכים של ניתוחים וטיפול רפואי. עם זאת, לפי הלמ"ס, בקודים אלו אין מדובר ב"תקלה", ועל כן אין אפשרות לדעת מה מקור הסיבוך.

בטבלה שלהלן מוצג מספר הפטירות שסווגו בנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בארבע התת-קבוצות של פרק 20 ובשתי הקבוצות מפרק 19. לפי הלמ"ס, סך כל המקרים הללו הוא המספר המרבי של מקרים שבהם אפשר לקבל מהודעת הפטירה רמז לאפשרות של רשלנות רפואית, שכן כל מקרה פטירה מופיע בטבלה פעם אחת.³³

³² נעמה רותם, ראש תחום בריאות ותנועה טבעית, אגף דמוגרפיה ומפקד, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. העיבוד המיוחד של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הועבר לידינו על ידי דוד לנדאו, ראש ענף הפצת מידע וקשרי לקוחות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 26 בינואר 2017.

³³ נעמה רותם, ראש תחום בריאות ותנועה טבעית, אגף דמוגרפיה ומפקד, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מכתב, 25 במאי 2017.



טבלה מס' 3: נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על מספר המקרים המרבי שבהם אפשר לקבל

מהודעת הפטירה רמז לכך שייתכן כי הייתה רשלנות רפואית, 2014–2005³⁴

סימול מרובה	סיבה יסודית	קוד	
32	135	Y40-Y59	תופעות לוואי של תרופות
5	9	Y60-Y69	תקלות במהלך ניתוח/ פרוצדורה
2	27	Y70-Y82	תקלות עם מכשור רפואי
63	378	Y83-Y84	סיבוכים בניתוחים/ פרוצדורות, ללא אזכור תקלה
154	-	T36-T50	הרעלות מתרופות – תוצאה של סיבה חיצונית
1,087	-	T80-T88	סיבוכים של ניתוחים – תוצאה של סיבה חיצונית
1,343	549	סך הכול	

לפי הטבלה, מהודעות הפטירה בשנים 2014–2005 עולה כי ייתכן שהייתה רשלנות רפואית ב-1,892 מקרים (ב-29% מהם מדובר בסיבה יסודית). בשני הקודים "תקלות במהלך ניתוחים/פרוצדורות" ו"תקלות עם מכשור רפואי" מדובר ב-42 מהמקרים (36 שבהם הקוד מופיע כסיבה יסודית ושבעה מקרים שבהם הוא מופיע בסימול המרובה). נציין כי מספר מקרי הפטירה בישראל בשנה בממוצע הוא כ-40,000.³⁵

נוסף על הנתונים האמורים נמסר מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה כי סיבת המוות אלח דם עשויה גם היא להיגרם עקב רשלנות רפואית, בשל זיהום נרכש בבית-החולים עקב הליך שנעשה בתנאים לא נאותים. נציין כי בשנת 2014 נגרמו 1,864 מקרי פטירה מאלח דם כסיבה יסודית. לפי הלמ"ס, מספר הפטירות מאלח דם בישראל גדל בשנים האחרונות, וכיום שיעור הפטירות מסיבה זו בישראל הוא מהגבוהים בעולם: כ-4% מכלל הפטירות, ובכ-27% מכלל הפטירות אלח דם מופיע כחלק מסיבות הפטירה, גם אם לא כסיבה יסודית.³⁶ בפטירות בבתי-חולים השיעור גבוה אף יותר, ובשנת 2014 אלח דם נרשם כסיבה לכ-37.5% מכלל הפטירות בבתי-החולים. בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הדגישו כי לפי הודעות הפטירה אין כל אפשרות לדעת מה מקור הזיהום ואם מדובר בזיהום נרכש בבית-החולים או בזיהום עקב רשלנות רפואית, וכי הנושא נבדק ונחקר בבתי-החולים ועל ידי משרד הבריאות.³⁷

*

³⁴ נעמה רותם, ראש תחום בריאות ותנועה טבעית, אגף דמוגרפיה ומפקד, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. העיבוד המיוחד של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הועבר לידיו על ידי דוד לנדאו, ראש ענף הפצת מידע וקשרי לקוחות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 26 בינואר 2017.

³⁵ נעמה רותם, הנ"ל, מכתב, 25 במאי 2017.

³⁶ יש לציין, כי לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, העלייה במספר המקרים של אלח דם כסיבה יסודית קשורה לשינוי במדיניות הסימול ולהתאמת הסימול הידני שנעשה בלשכה לסימול האוטומטי הנעשה ברוב המדינות. נעמה רותם, הנ"ל. העיבוד המיוחד של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הועבר לידיו על ידי דוד לנדאו, ראש ענף הפצת מידע וקשרי לקוחות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 26 בינואר 2017.

³⁷ שם.



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

לסיכום, בפרק זה הוצגו הנתונים החלקיים הקיימים על רשלנות רפואית בישראל, ומהם עולה כי בשנים 2010–2016 הוגשו לבתי-המשפט 10,694 תביעות אזרחיות בגין רשלנות רפואית, אך לא ברור כמה מהן נמצאו מוצדקות; הוגשו 8,372 תביעות נגד מוסדות רפואיים ממשלתיים בלבד, אך לא ברור בגין כמה מהם שולם פיצוי; לפי סיווג תעודות הפטירה בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנים 2005–2014 היו 1,892 מקרים שבהם אפשר לקבל מהודעת הפטירה רמז לכך שייתכן כי הייתה רשלנות רפואית, **אולם כאמור, לפי הלמ"ס, הודעות הפטירה הן מקור מוגבל מאוד למידע על מספר מקרי הפטירה עקב רשלנות רפואית, והתבססות על מקור זה לעניין רשלנות רפואית מובילה לאומדן חסר משמעות בנושא זה.**

בהיעדר נתונים על מספר מקרי הרשלנות הרפואית, ניסינו לברר מה מספר המקרים או האירועים המיוחדים במהלך טיפול רפואי בישראל, כיצד מקרים אלה נבדקים על ידי משרד הבריאות ובכמה מהם היה חשד או נמצא כי הייתה רשלנות רפואית. בכך נעסוק בפרקים שלהלן.

2. הגורמים במשרד הבריאות האמונים על בדיקת אירועים מיוחדים בטיפול רפואי

לפי משרד הבריאות, יש בידיו דיווחים על פטירות ואירועים מיוחדים שהמוסדות הרפואיים מחויבים לדווח לו עליהם על פי חוזר מינהל רפואה מס' 11/2012, בדבר [חובת הודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים](#), מ-9 במאי 2012, ודיווחים על אירועים שאינם מחייבים דיווח על פי נוהל זה.

הודעות על פטירות ואירועים מיוחדים מתקבלות במינהל רפואה במשרד הבריאות,³⁸ ולהלן נסקור את אופן הטיפול של המינהל בהודעות אלה, את המקרים המועברים לטיפולו של נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים וכן את עבודת יחידת הדין המשמעתי במשרד הבריאות.

2.1. מינהל רפואה במשרד הבריאות

מינהל רפואה במשרד הבריאות, האחראי בין היתר לרגולציה הרפואית של מערכת הבריאות, הוא הגורם האמון על קבלת דיווחי המוסדות הרפואיים על פי החוזר לעניין פטירות ואירועים מיוחדים. עם קבלת דיווח כאמור, מינהל רפואה פותח בבירור המקרה ועושה השלמות נדרשות של החומר על המקרה המדובר, לפי הצורך והנסיבות. לאחר השלמת הפרטים הדרושים מתקבלת במינהל החלטה אם נדרשת חקירה נוספת ו/או חקירה מעמיקה יותר, ובמקרה שכן, פרטי המקרה מועברים ל**נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים** במשרד הבריאות (להלן: נציב קבילות הציבור), המטפל בתלונות בתחומים קליניים.³⁹

לפי אתר האינטרנט של משרד הבריאות, ההחלטה על העברת מקרה לבדיקת נציב קבילות הציבור עשויה להתקבל במקרים שבהם מתעורר חשש שהייתה התנהגות לא אתית או חריגה מסטנדרט מקצועי סביר במסגרת הרפואה הציבורית או הפרטית של מוסד רפואי או איש מקצוע הבריאות (רופא, אחות, מיילדת, מוסד גריאטרי, מרפאת בריאות הנפש וכו').⁴⁰ נציין כי לפי האתר, נוסף על מקרים המגיעים לטיפול הנציבות ממינהל רפואה, פניות לגוף זה עשויות להגיע גם מבעלי תפקידים במשטרה ובפרקליטות וכן מהציבור הרחב, והנציב עשוי לפתוח בבירור מקרים עקב תביעות אזרחיות ואף בעקבות ידיעות

³⁸ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

³⁹ ש.ם.

⁴⁰ משרד הבריאות, [נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים](#), כניסה: 19 במרס 2017; ש.ם.



בתקשורת.⁴¹ לדברי משרד הבריאות, כל התלונות על רשלנות רפואית המתקבלות במשרד הבריאות מכל הגורמים האמורים מועברות לטיפול בנציבות קבילות למקצועות רפואיים.⁴²

נציין כי במקביל לבירור שמינהל רפואה עושה בעניינו של כל דיווח על פטירה או על אירוע מיוחד שהוא מקבל, דיווחים אלה מועברים על ידי המינהל גם לטיפול מערך בטיחות הטיפול במשרד הבריאות, שעוסק בקידום בטיחות הטיפול הרפואי מאז שנת 2011.⁴³

2.2. נציבות קבילות הציבור למקצועות רפואיים

לפי אתר האינטרנט של משרד הבריאות, נציב קבילות הציבור רשאי להפעיל שיקול דעת בכל הקשור לאופן בדיקת התלונה, בהתאם לנסיבות המקרה. נציין כי בסיום עבודתו הנציב מעביר את מסקנות הבדיקה ואת המלצותיו למתלונן ולגורמים הנבדקים, ואם גיבש המלצות מערכתיות או אישיות, הן מועברות גם למנכ"ל משרד הבריאות.⁴⁴ להלן יוצגו שלבי טיפול הנציבות בפנייה, כמפורט באתר האינטרנט של משרד הבריאות:

א. **קבלת פנייה** בכתב, למידתה, בחינה אם היא בתחום הבדיקה של הנציב וקליטתה במערכת הממוחשבת;

ב. **שליחת אישור קבלה** לפונה, או הודעה כי התלונה הועברה לגורם מטפל אחר (לא צוין איזה). על פי אתר האינטרנט, אישור קבלת הפנייה והסבר קצר על מועד משוער של מענה יימסר בתוך שבועיים, ומשך הטיפול בפנייה משתנה בהתאם לאופי התלונה ולהחלטה אם יש להקים ועדת בדיקה⁴⁵ (על אפשרות זו יפורט בהמשך);

ג. **איסוף מידע** על המקרה (למשל תיק רפואי) והעברת הפנייה לתגובת הגורם שנגדו הוגשה התלונה (הנילון). אם לא מתקבלת מהנילון תשובה בתוך פרק זמן סביר (שלא צוין מהו), נשלחת אליו תזכורת;

ד. במקביל נבחן בנציבות המידע שהצטבר מבחינה רפואית ומשפטית, ומתקבלת החלטה לפעול באחת מהדרכים האלה:

1. **סיום הטיפול בפנייה ומענה לפונה**;

2. **סיום הטיפול בתלונה והעברתה לגורם מטפל אחר** (לא צוינו הגורמים האפשריים);

3. **המשך בירור עם הנילון**;

4. **קבלת חוות דעת מומחה**;

5. **זימון הנילון ו/או הפונה לשיחות הבהרה**;

6. **הקמת ועדת בדיקה**.

על פי נוהלי משרד הבריאות, מינוי **ועדת בדיקה** ייעשה, ככלל, לבדיקת האירועים הרפואיים האלה:

⁴¹ משרד הבריאות, **נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים**, כניסה: 19 במרס 2017.

⁴² מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

⁴³ ש.ם.

⁴⁴ ש.ם.

⁴⁵ ש.ם.



- אירוע חריג⁴⁶ שהסתיים בנוק רפואי חמור⁴⁷ – או שחזוי כי יהיה חמור – למטופל ונראה כי התוצאה למטופל חורגת במידה ניכרת מהתוצאה שהייתה צפויה במהלך הדברים הרגיל במקרה דומה ;
- אירוע שעל פניו ברור שהופרו בו נהלים או הנחיות קליניות, גם אם לא נגרם בעטיו נזק ממשי למטופל.

מדוח נציבות קבילות הציבור [סיכומי דוחות של 100 ועדות בדיקה – הפקת לקחים מאירועים חריגים מיוני 2016](#) עולה כי בכל מקרה נשמר שיקול הדעת לגורם המוסמך להחליט למנות ועדה גם במקרים שאינם מתאימים לקריטריונים או שלא למנות ועדה במקרים שעומדים בקריטריונים (ובלבד שדאג לבירור המקרה בדרך אחרת).⁴⁸ נציין כי בהקשר זה נשאלת השאלה באיזה היקף של מקרים מדובר ומה הסיבות והשיקולים שהובילו לכך.

על פי אתר האינטרנט של משרד הבריאות, במקרים שהנציב מחליט על מינוי ועדת בדיקה מועברת הודעה על כך לגורמים הנבדקים.⁴⁹ ועדת הבדיקה מאתרת מומחים בתחום הרלוונטי, מזמנת עדים (הנפגע, בני משפחתו וכו') ואנשי צוות רפואי ומודיעה לצדדים כי הם זכאים לייצוג משפטי. השיחות בוועדת הבדיקה נרשמות או מוקלטות בפרוטוקול (וחל עליהן חיסיון חלקי בהתאם לסעיף 21 לחוק זכויות החולה האמור לעיל). לאחר בחינת הנושא ועדת הבדיקה מוציאה דוח ובו חוות דעתה אם מדובר במקרה של רשלנות המצדיק הגשת קובלנה משמעתית.⁵⁰ נציב קבילות הציבור מצרף לדוח זה את המלצתו ומעביר את הדברים להכרעת מנכ"ל משרד הבריאות.⁵¹

2.3. יחידת הדין המשמעתית של משרד הבריאות

במקרים שבהם מנכ"ל משרד הבריאות מחליט להגיש קובלנה בעניינה של תלונה כאמור, התיק מועבר לתובע מטעם משרד הבריאות ונדון [ביחידת הדין המשמעתית של משרד הבריאות](#), שהיא חלק מהלשכה המשפטית של המשרד ועוסקת בהליכי משמעת נגד בעלי כל המקצועות הרפואיים והפארה-רפואיים לפי הוראות החקיקה הרלוונטית של כל מקצוע.⁵² עבירות המשמעת הקבועות בחקיקה הרלוונטית הן: רשלנות חמורה, התנהגות שאינה הולמת את המקצוע, הרשעה בעבירה פלילית, קבלת רישיון במצג שווא, התמדה בהפרת הוראות חקיקה והפרת הוראות חוק זכויות החולה.⁵³

על פי אתר האינטרנט של משרד הבריאות, ועדת משמעת לדיון בקובלנה מוקמת על ידי שר הבריאות וחברים בה שני אנשי מקצוע ועורך דין. נציין כי לפי דוח מבקר המדינה 62 האמור, ועדת המשמעת מורכבת

⁴⁶ אירוע חריג מוגדר: מהלך התפתחות או תוצאה בלתי רצויה או בלתי מתוכננים בתהליך טיפול רפואי (ובכלל זה כל הפעולות הקודמות לתהליך הטיפול ואלה שבאות לאחריו), שהסתיימו בנוק או עלולים להסתיים בנוק למטופל. משרד הבריאות, [סיכומי דוחות של 100 ועדות בדיקה – הפקת לקחים מאירועים חריגים, נציבות קבילות למקצועות רפואה](#), אגף שירות, מינהל איכות, שירות ובטיחות, יוני 2016.

⁴⁷ נזק רפואי חמור מוגדר: פטירת מטופל או גרימת נכות חמורה בלתי הפיכה. שם.

⁴⁸ משרד הבריאות, שם.

⁴⁹ משרד הבריאות, [נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים](#), כניסה: 19 במרס 2017.

⁵⁰ שם; מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

⁵¹ שם.

⁵² משרד הבריאות, [יחידת הדין המשמעתית](#), כניסה: 23 במאי 2017.

⁵³ שם.



מנציגי משרד הבריאות, משרד המשפטים, ההסתדרות הרפואית בישראל מעורכי דין מהלשכה המשפטית במשרד הבריאות.⁵⁴

תפקידה של ועדת המשמעת לשמוע את טיעוני הצדדים, לבחון את חומר הראיות ולהכין תשתית עובדתית ונורמטיבית,⁵⁵ והיא מגישה המלצות בדבר נקיטת אמצעי המשמעת האלה: **התראה, נזיפה, התליית רישיון או ביטול רישיון.**⁵⁶

דיוני ועדת המשמעת הם הליכים פומביים, אלא אם כן הוחלט על סגירת דלתיים מטעמי ביטחון או מוסר.⁵⁷ בדיון, שבמסגרתו רשאי מי שהוגשה קובלנה נגדו להיות מיוצג על ידי עורך דין מטעמו, שומעים חברי ועדת המשמעת את טיעוני הצדדים, בוחנים את חומר הראיות ומעבירים את המלצתם להחלטת שופט שהואצלו לו סמכויות שר הבריאות בכל הקשור להחלטה בקובלנה בהתאם לסעיף 41 לפקודת הרופאים [נוסח ישן], התשל"ז-1976. השופט מוסמך לזכות את מי שהוגשה נגדו קובלנה, לגזור עליו עונש של נזיפה או התראה, להתלות את רישיונו עד חמש שנים או לבטל את רישיונו כליל. המלצות ועדת המשמעת מועברות לשר הבריאות, והוא מוסמך לאמץ או לדחות אותן.

אפשר לערער על החלטת השופט בבית-משפט מחוזי בתוך שלושה חודשים מיום קבלת ההודעה על ההחלטה.⁵⁸

2.4. הערות מבקר המדינה על מעמד נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים

בדוח 62 שהוזכר לעיל דן מבקר המדינה בין היתר במעמדו של נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים. לפי הדוח, בבדיקה שערך מבקר המדינה נמצא **אומנם כי חלקים מפעילות הנציב מוסדרים בדיון, בהוראות ובנהלים פנימיים, אולם מקורות אלה אינם מסדירים את מלוא תחום פעילות הנציב ואין בהם הגדרה חוקית של הסמכויות והחובות של נציב התלונות או של ועדות הבדיקה שהוא ממנה.**⁵⁹

לפי דוח המבקר, על משרד הבריאות לשקול את הגדרת סמכויות נציב התלונות לזימון עדים או מומחים; להסדיר תקציב ייעודי לפעילות נציב התלונות ולקבוע אפשרות ערעור על החלטת הנציב בדבר הקמת ועדות בדיקה או בדבר הגשת קובלנה. מבקר המדינה הציע שמשרד הבריאות ומשרד המשפטים יבחנו את האפשרות להעביר למשרד המשפטים את כל פעילות נציב הקבילות, את ועדות הבדיקה ואת הדיון המשמעת, או לחלופין את פעילות נציב הקבילות ואת ועדות הבדיקה בלבד. עוד הוצע בדוח המבקר לבחון את הטענה כי בראש מערכת החקירה (כלומר בתפקיד נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים) יהיה חייב לעמוד רופא, ולשקול לבחור לוועדות הבדיקה יועצים רפואיים בגמלאות שאינם מחויבים עוד למוסד רפואי זה או אחר.⁶⁰ נציין כי בדוח [הערות ראש הממשלה על דוח מבקר המדינה 62 – חלק ראשון](#), שפורסם

⁵⁴ משרד מבקר המדינה, [דוח 62, לשנת 2011](#), מאי 2012.

⁵⁵ משרד הבריאות, [יחידת הדין המשמעת](#), כניסה: 23 במאי 2017.

⁵⁶ ש.ם.

⁵⁷ ש.ם.

⁵⁸ ש.ם; מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

⁵⁹ משרד מבקר המדינה, [דוח 62, לשנת 2011](#), מאי 2012.

⁶⁰ ש.ם.



במאי 2012, נמסר ממשרד הבריאות כי "טיוטת ההצעה לאסדרת מעמד הנציב תוגש למנכ"ל [משרד הבריאות] עד 30 באפריל 2012" [ההדגשה לא במקור].⁶¹

במענה על שאלת מרכז המחקר והמידע של הכנסת כיצד פעל משרד הבריאות לאור המלצות מבקר המדינה האמורות לעיל, נמסר ממשרד הבריאות כי **תזכיר חוק להסדרת עצמאותו, סמכויותיו ודרכי פעולתו של נציב קבילות הציבור נמצא בשלבי גיבוש מתקדמים**. לפי משרד הבריאות, התזכיר הוצג כבר בקדנציות קודמות של הממשלה, אך עד כה לא קודם.⁶² נציין, כי בדיון הוועדה לענייני ביקורת המדינה של הכנסת ב-16 במרס 2017 בנושא "בקשה לחוות דעת מבקר המדינה בנושא: הסתרה וטיוח מקרי רשלנות רפואית תוך פגיעה בציבור החולים – ישיבת מעקב", ציין נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים, הד"ר בועז לב, כי לאור הסוגיות שהועלו בדיון ייתכן ומשרד הבריאות יערוך שינוי בתזכיר החוק האמור.⁶³ **עד למועד הגשת המסמך, כשלושה חודשים לאחר מועד הדיון האמור, תזכיר החוק טרם פורסם.**

3. נתוני משרד הבריאות על פטירות ואירועים המחייבים דיווח ועל בדיקת תלונות בגין רשלנות רפואית

בפרק זה ביקשנו לבדוק את מספר הדיווחים על מקרים מיוחדים ופטירות מיוחדות שהועברו למשרד הבריאות, לעומת מספר התלונות שבהן התעורר חשד לרשלנות רפואית והועברו לטיפול נציבות קבילות הציבור למקצועות רפואיים, ואת מספר ההחלטות המשמעותיות שהתקבלו ביחידת הדין המשמעתית של משרד הבריאות בנושא רשלנות רפואית.

על פי חוזר מינהל רפואה מס' 11/2012, לעניין חובת הודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים, מ-9 במאי 2012, האירועים החייבים בדיווח למשרד הבריאות הם:

- נזק חמור ובלתי הפיך שנגרם למטופל במהלך טיפול רפואי או לאחריו, לרבות פטירה, ועל פניו אין אפשרות לשייכו למהלך הטבעי/הצפוי של מחלתו;
- השארת גוף זר בשגגה בניתוח או בפעולה פולשנית; ניתוח מוטעה – של איבר לא נכון או של מטופל לא נכון;
- גרימת כווייה מדרגה שנייה או שלישית במהלך ניתוח או פעולה פולשנית;
- מתן שגוי של כדוריות דם אדומות, טעות בזיהוי המטופל או טעות בסוג הדם;
- מתן שגוי של תרופה שגרמה למטופל נזק של ממש, לרבות פטירה;

⁶¹ משרד ראש הממשלה, אגף המפקח הכללי לענייני ביקורת המדינה, הערות ראש הממשלה על דוח מבקר המדינה 62 – חלק ראשון, מאי 2012.

⁶² מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

⁶³ דיון הוועדה לענייני ביקורת המדינה, בקשת חוות דעת מבקר המדינה בנושא: הסתרה וטיוח מקרי רשלנות רפואית תוך פגיעה בציבור החולים – ישיבת מעקב, 16 במרס 2017.



- ניסיון התאבדות של מטופל שנעשה תוך כדי אשפוז או בחופשה מאשפוז והסתיים בנוק חמור ובלתי הפיך או בפטירה;
- פטירת אישה במהלך היריון או לידה או בתוך 42 יום ממועד הלידה ופטירה בתוך שנה ממועד הלידה אם סיבת הפטירה קשורה להיריון או ללידה;
- פטירת יילוד (שטרם השתחרר מבית-החולים) שנולד החל בשבוע ה-32, שאיננה בשל מום מולד;
- התרחשות שמנהל המוסד הרפואי החליט למנות לבחינתה ועדת בדיקה כמשמעותה בסעיף 21 [לחקק זכויות החולה, התשנ"ו-1996](#);

• מקרים שבהם מזוהה נזק חוזר למטופלים עקב שימוש בטכנולוגיה רפואית מסוימת (שיטה ניתוחית, גישה ניתוחית, אביזר רפואי וכו').⁶⁴

אירועים נוספים המחייבים דיווח על פי החוזר האמור הם: נזק חמור שנגרם למטופל או לעובד המוסד הרפואי עקב תקלה במכשור במהלך טיפול רפואי; נזק חמור ובלתי הפיך שנגרם למטופל בשטח מוסד רפואי בשל מבנה או תשתיות השייכות למוסד; תקלה או הפסקת פעילות של שירות חיוני לתפקודו התקין של מוסד רפואי או חלק ממנו (כולל חשמל, מים וגזים רפואיים); מצב חירום פנימי או חיצוני במוסד הרפואי המשפיע או עלול להשפיע על תפקודו.⁶⁵

לפי החוזר, הודעה על אירוע מיוחד תועבר בכתב לראש מינהל רפואה, לממלא מקומו או למי שמונה על ידיו לריכוז הנושא, בתוך 24 שעות מהיוודע דבר האירוע (אם אירע ביום מנוחה או שבתון – תימסר ההודעה בתוך 48 שעות). אירוע מיוחד שהסתיים בפטירה או במוות מוחי ידווח גם טלפונית בהקדם האפשרי (ולא יאוחר מ-24 שעות מקרות האירוע) לראש מנהל רפואה או לממלא מקומו.⁶⁶

בחוזר פורטו גם **פטירות המחייבות דיווח למשרד הבריאות, והן**: פטירה שאירעה בתוך 24 שעות מקבלת אדם לאשפוז או למחלקה לרפואה דחופה, פרט לפטירה עקב מצב סופני של מחלה כרונית, ניוונית או אחרת; מי שהובא מת לבית-החולים, פרט לפטירה מסיבה חיצונית; פטירה תוך כדי ניתוח או פעולה פולשנית אחרת או בתוך שבעה ימים מביצועם, לרבות מקרים שבהם שוחרר המטופל לביתו (אם שב לבית-החולים או אם נודע לרופא בקהילה דבר הפטירה); פטירה לאחר ניתוח או פעולה פולשנית אחרת אם המטופל לא התאושש מהם לפני פטירתו; פטירה עקב ניסיון התאבדות שנעשה מחוץ למוסד רפואי; פטירת אדם שגילו מתחת ל-30 שנים אשר לא סבל ממחלה כרונית או סופנית.⁶⁷

על פי החוזר, הודעה על פטירה המחייבת דיווח תימסר למחלקה להערכה באגף להבטחת איכות בתוך 14 יום מתאריך הפטירה.⁶⁸ הדיווח יועבר בכתב ויצורפו אליו המסמכים האלה: סיכום הפטירה; במקרה של נפטר שטופל בכמה מחלקות באשפוזו האחרון וסיכום הפטירה אינו משקף את הטיפול בהן – יש לצרף גם

⁶⁴ משרד הבריאות, חוזר מינהל רפואה מס' 11/2012, [חובת הודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים](#), 9 במאי 2012.

⁶⁵ ש.ם.

⁶⁶ ש.ם.

⁶⁷ ש.ם.

⁶⁸ פטירה שנופלת בהגדרת אירוע תדווח כאירוע, ואין צורך לדווח עליה גם כפטירה. ש.ם.



את כל סיכומי ההעברה מהמחלקות השונות; במקרה של פטירה במחלקה לרפואה דחופה, יש לצרף גם את מכתב ההפניה מרופא המשפחה/או טופס מגן דוד אדום, ככל שאלה קיימים.⁶⁹

3.1 פטירות ואירועים מיוחדים המחייבים דיווח

בטבלה שלהלן מוצגים נתוני משרד הבריאות במענה על שאלתנו כמה דיווחים על פטירות ואירועים מיוחדים התקבלו בשנים 2005–2016 בהתאם לחוזר מינהל רפואה האמור לעיל. על חלק מהשנים מוצגים בטבלה גם נתוני משרד הבריאות על אירועים שאינם מחייבים דיווח לפי החוזר.

טבלה מס' 4: נתוני משרד הבריאות על מספר הדיווחים על פטירות ואירועים המחייבים דיווח,

2016–2005⁷⁰

שנה	מספר הדיווחים על אירועים המחייבים דיווח	מספר הדיווחים על אירועים שאינם מחייבים דיווח	מספר הדיווחים על פטירות מיוחדות
2005	190	אין נתונים	5,057
2006	201	אין נתונים	5,230
2007	248	אין נתונים	5,326
2008	232	אין נתונים	4,996
2009	237	אין נתונים	4,731
2010	240	אין נתונים	5,105
2011	298	אין נתונים	5,579
2012	372	אין נתונים	5,159
2013	341	אין נתונים	4,465
2014	338	10	3,055
2015	438	106	4,015
2016	511	159	3,404
סך כל הדיווחים	3,646	275	56,122

לפי הטבלה, בשנים 2005–2016 התקבלו במשרד הבריאות 3,646 דיווחים על אירועים המחייבים דיווח על פי חוזר מינהל רפואה האמור לעיל ו-56,122 דיווחים על פטירות מיוחדות כמוגדר בחוזר.

לפי הטבלה, בתקופה האמורה חל גידול של יותר מפי 2.5 במספר הדיווחים על אירועים מיוחדים המחייבים דיווח שהתקבלו במשרד הבריאות, מ-190 בשנת 2005 ל-511 בשנת 2016. לפי משרד הבריאות הסיבות לגידול הן אלה:

- בשנת 2015 הוקמה מערכת ממוחשבת לדיווח ישיר על אירועים חריגים ועל פטירות מיוחדות, שלפי משרד הבריאות מקלה על המוסדות הרפואיים לדווח ומגדילה את שיעור הדיווחים. ממשרד הבריאות נמסר כי מערכת המידע פעילה משנת 2015 ומחוברים אליה רוב בתי-החולים הכלליים וחטיבת הקהילה של קופת חולים כללית שירותי בריאות. עוד נמסר כי משרד הבריאות פתח

⁶⁹ משרד הבריאות, חוזר מינהל רפואה מס' 11/2012, [חובת הודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים](#), 9 במאי 2012.

⁷⁰ דנה ארד, מרכזת תחום בכירה, בטיחות מטופלים, משרד הבריאות, מכתב, הועבר על ידי עידית נדב, רכזת לשכה ב' (משנה למנכ"ל), משרד הבריאות, 22 במרס 2016.



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

בתהליך של הטמעת המערכת הממוחשבת במוסדות רפואיים נוספים, כגון בתי-חולים פסיכיאטריים וגריאטריים, וכן בקהילה, אך לא נמסר המועד הצפוי לחיבור כלל המוסדות הרפואיים הרלוונטיים למערכת הממוחשבת. אשר למוסדות שעדיין אינם מחוברים למערכת נמסר ממשרד הבריאות כי הדיווח שלהם נעשה בטופס מובנה לדיווח על אירועים ופטירות מיוחדות, המועבר למשרד הבריאות בעיקר בדואר אלקטרוני;⁷¹

▪ **הקמת המערך לבטיחות הטיפול במשרד הבריאות**, בשנת 2011, כדי לקדם את בטיחות הטיפול ולהקטין את מספר אירועי הבטיחות במערכת הבריאות בדרך של יצירת תרבות בטיחות במוסדות הרפואיים (כלל בתי-החולים והמרפאות בקהילה).⁷² לפי משרד הבריאות, מערך זה פועל להגברת המודעות במוסדות הרפואיים לבטיחות הטיפול ולעידוד הדיווח על אירועים חריגים, בין היתר בפורומים של מנהלי סיכונים לשיתוף ידע, שהוקמו לשם כך, וכן בהפצת אגרות בטיחות הטיפול המתארות אירועים חריגים, שיפור תהליכי עבודה בעקבות דיווחים על אירועים חריגים והכשרות בתחום בטיחות הטיפול למוסדות הרפואיים.

▪ **פעולות המערך לבטיחות הטיפול לעידוד המוסדות הרפואיים לדווח גם על אירועים שאינם מחייבים דיווח על פי חוזר מינהל רפואה האמור**, ועל כמעט-אירועים, ולפי טבלה מס' 4 אומנם חל בתקופה האמורה גידול ניכר במספר הדיווחים, מעשרה בשנת 2014 ל-159 בשנת 2016.⁷³

אשר לדיווחים על **מקרי פטירה מיוחדים**, ניתן לראות כי בעוד מספר הדיווחים בשנים 2005-2012 נע בין 4,731 דיווחים בשנת 2009 ל-5,579 דיווחים בשנת 2011, בשנים 2013-2016 ניתן לראות ירידה מסוימת במספר הדיווחים אודות פטירות, ומספר זה נע בין 3,055 דיווחים בשנת 2014 ל-4,465 דיווחים בשנת 2013. במשרד הבריאות מייחסים את הירידה במספר הדיווחים על פטירות מיוחדות להטמעת המערכת הממוחשבת לדיווח על פטירות; המערכת שהוטמעה אילצה את המוסדות הרפואיים לדווח על מקרי פטירה העומדים בקריטריונים לדיווח, וכך משרד הבריאות מקבל דיווח לפי הקריטריונים שהוגדרו בחוזר ולא על כל פטירה שאירעה במוסד רפואי.⁷⁴

נשאלת השאלה מה שיעור הפטירות המיוחדות בכלל הפטירות בישראל בכלל ובבתי-החולים בפרט. מנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה עולה כי בשנת 2014 היו בישראל 42,170 פטירות, וכשני שלישים מהן (27,919 פטירות) היו בבתי-חולים. בהינתן שבשנת 2014 היו 3,055 מקרי פטירה מיוחדים, מדובר בכ-11% מהפטירות בבתי-חולים ובכ-7% מכלל הפטירות בישראל באותה שנה.⁷⁵

⁷¹ דנה ארד, מרכזת תחום בכירה, בטיחות מטופלים, משרד הבריאות, מכתב, 22 במאי 2017.

⁷² מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017); עו"ד פראס חאיק, רכז בכיר, אירועים מיוחדים, מינהל רפואה, משרד הבריאות, פגישה, 16 במרס 2017; משרד הבריאות, **מערך הבטיחות בטיפול**, כניסה: 6 במרס 2017. לפי אתר האינטרנט, פעילות המערך לבטיחות בטיפול היא: איסוף מידע בשיתוף פעולה עם מוסדות הבריאות; איתור הגורמים והסיבות לכשלים; שימוש בממצאים כבסיס לפיתוח תוכניות מניעה וקידום בטיחות בהיבט של למידה מאירועים. לפי משרד הבריאות, המערך לבטיחות הטיפול פועל תחת חיסיון ומקיים תהליכי למידה מערכתיים לאומיים לשיפור תהליכי עבודה ומניעת אירועים חריגים. הדיווחים המתקבלים במערך לבטיחות הטיפול מרוכזים ונלמדים על ידי אנשי מקצוע, ובמסגרת זו נערכת בדיקה ראשונית של סיכום האשפוז או תיאור האירוע ומתקיים תהליך של הערכה אם ההתרחשות היא תוצאה של מהלך טבעי במצב החולה או שאירעה בנסיבות מיוחדות הדורשות בירור נרחב יותר. לצד פעילותו השוטפת, המערך לבטיחות בטיפול מקדם גישה פרו-אקטיבית (יזומה), שעל פיה נבדקים תהליכים רפואיים כדי לגבש המלצות לשיפור התהליך כך שיהפוך לבטוח יותר.

⁷³ ש.ם.

⁷⁴ דנה ארד, מרכזת תחום בכירה, בטיחות מטופלים, משרד הבריאות, מכתב, 22 במאי 2017.

⁷⁵ נעמה רותם, ראש תחום בריאות ותנועה טבעית, אגף דמוגרפיה ומפקד, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. העיבוד המיוחד של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הועבר על ידי דוד לנדאו, ראש ענף הפצת מידע וקשרי לקוחות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 26 בינואר 2017.



שאלה נוספת שנשאלת היא עד כמה הנתונים על מספר המקרים והפטירות המיוחדים תואמים את היקף האירועים בפועל. ממשד הבריאות נמסר למרכז המחקר והמידע של הכנסת כי הוא עוקב אחר עמידה בנהלים שבחוזר המשרד לעניין חובת הודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים, וכי "הנוהל מחייב את כלל המוסדות הרפואיים בדיווח על אירועים חריגים ופטירות על פי הקריטריונים המצוינים בחוזר". עוד נמסר ממשד הבריאות: "במהלך השנים אנו רואים עלייה בדיווח אך משערים שיש תת-דיווח (הבעיה מוכרת גם בעולם ולא ייחודית לישראל). אין לנו דרך לבדוק אם בתי-החולים מדווחים על כלל האירועים שעומדים בקריטריונים"⁷⁶ [ההדגשה לא במקור]. עוד נמסר ממשד הבריאות כי הערכתו היא שככל שהנזק שנגרם חמור יותר, שיעור הדיווח גבוה יותר, ושיעור הדיווח יורד ככל שתוצאת הפעולה חמורה פחות.⁷⁷ דהיינו, גם במשרד הבריאות סבורים כי הנתונים אינם משקפים את המצב בפועל. לפי משרד הבריאות, במקרים חמורים שבהם לא היה דיווח כמתחייב משרד הבריאות נוקט סנקציות כלפי המוסדות, בהתאם לנסיבות,⁷⁸ אך לא צוין מהן הסנקציות.

עוד נמסר כי משרד הבריאות פועל ליצירת תרבות ארגונית המעודדת בכמה דרכים דיווח לשם למידה מערכתית, ובהן: עידוד המוסדות הרפואיים לדווח על אירועים שאינם מחייבים דיווח ועל כמעט-אירועים, ויצירת קשרי עבודה הדוקים ואמון עם יחידות הבטיחות במוסדות הרפואיים.⁷⁹ עוד נמסר ממשד הבריאות כי עבודת האגף לבטיחות הטיפול נעשית תחת חיסיון של ועדת בקרה ואיכות (על פי סעיף 22 לחוק זכויות החולה, המפורט לעיל) במטרה להפחית את החשש מדיווח למשרד הבריאות או מהעברת המידע והלמידה הארגונית מאירועים חריגים לגורמים חיצוניים (כגון עורכי דין וכדומה).

3.2 נתוני משרד הבריאות על מספר ועדות הבדיקה שהוקמו לצורך בדיקת מקרי חשד לרשלנות רפואית

כאמור, אם מתקבלת במינהל רפואה במשרד הבריאות החלטה שיש צורך בחקירה מעמיקה יותר של המקרה, פרטיו מועברים מהמינהל לנציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים, גם הוא במשרד הבריאות. בטבלה שלהלן מוצגים נתונים שמשרד הבריאות העביר לידינו על מספר התלונות שהועברו לנציב על מקרים שהתעורר בהם חשד לרשלנות רפואית ועל מספר ועדות הבדיקה שהוקמו לבחינת מקרים כאלה בשנים 2008–2016.

⁷⁶ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

⁷⁷ ש.ם.

⁷⁸ ש.ם.

⁷⁹ ש.ם.



טבלה מס' 5: מקרים של חשד לרשלנות רפואית ומספר ועדות הבדיקה שהוקמו, 2008–2016⁸⁰

שנה	מספר התלונות על מקרים שהתעורר בהם חשד לרשלנות רפואית	מספר ועדות הבדיקה שהוקמו	שיעור ועדות הבדיקה ממספר התלונות
2008	1,175	46	3.9%
2009	1,075	22	2.04%
2010	1,026	41	4%
2011	1,096	48	4.4%
2012	1,130	43	3.8%
*2013	לא הועברו נתונים	לא הועברו נתונים	לא הועברו נתונים
2014	1,292	40	3%
2015	1,298	40	3%
2016	1,277	40	3.13%
סך הכול	9,369	320	3.4%

לפי הטבלה, בכל אחת מהשנים 2008–2016 (פרט לשנת 2013) הוגשו לנציבות קבילות הציבור למקצועות רפואיים במשרד הבריאות יותר מ-1,000 תלונות על מקרים שהתעורר בהם חשד לרשלנות רפואית, ובסך הכול 9,369 תלונות. נזכיר כי בשנים 2008–2016 הוגשו למינהל רפואה במשרד הבריאות 3,007 דיווחים על אירועים המחייבים דיווח ו-40,509 דיווחים על פטירות מיוחדות.

כאמור, בשנים האמורות הוגשו 9,369 תלונות על מקרים שהתעורר בהם חשד לרשלנות רפואית, ועם זה הוקמו בשנים האלה רק 320 (3.4%) ועדות בדיקה, כלומר רק בגין 2.04%–4.4% מכלל התלונות בשנה הוקמה ועדת בדיקה. נציין כי גם מממצאי מבקר המדינה שהוצגו בדוח 62 עולה כי רק בחלק קטן ממקרי התלונה הנציב מחליט על מינוי ועדת בדיקה, ולמשל מינואר 2009 עד אמצע שנת 2011 הגיעו לידי הנציב 2,790 תלונות, ועל בסיסן הוא מינה 89 ועדות בדיקה (3.1%).⁸¹

משרד הבריאות ונציב קבילות הציבור כתבו למבקר המדינה בשנת 2011 כי ועדות הבדיקה נותנות מענה לרוב האירועים החריגים המדווחים על ידי מוסדות רפואיים, ובמקרים שבהם מוגשת תלונה למשטרה הנציב מנוע מלחקור. עוד צוין כי "מרבית התלונות המוגשות אינן מצדיקות הקמת ועדת בדיקה וכוללות גם תלונות על יחס אישי קלוקל ועל קביעת תורים. לאחר בירור נסיבות האירוע עם הנילון, הנציב מחליט כי הנסיבות אינן מצדיקות המשך טיפול; בחלק מהתלונות רשאי הנציב לתת הערה או אזהרה בלי להזדקק להליכים משמעותיים; בחלק נוסף מהתלונות מתייעץ הנציב עם מומחים רפואיים עובדי המשרד, ובחלק אחר מתייעץ עם מומחים רפואיים חיצוניים למשרד, ומכריע באשר לטיפול בתלונה; רק בחלק קטן מהמקרים, בדרך כלל המקרים הקשים, מחליט הנציב להקים ועדת בדיקה".⁸² לפי דוח מבקר המדינה, עורכי דין פרטיים מומחים בתחום הרשלנות הרפואית מסרו למשרד מבקר המדינה כי בחלק גדול ממקרי הרשלנות מוגשות תביעות אזרחיות ישירות לבתי-

⁸⁰ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

⁸¹ משרד מבקר המדינה, [דוח 62, לשנת 2011](#), מאי 2012.

⁸² שם.



המשפט, ללא תלונה לנציב קבילות הציבור במשרד הבריאות, "בשל המלצת עורכי הדין ללקוחותיהם שלא להגיש תלונה לנציב הקבילות, עקב חששם לאי-מיצוי ההליכים המשמעותיים נגד הרופאים הנידונים ועקב התמשכות התהליכים".⁸³

על פי נתוני משרד הבריאות, הזמן הממוצע של טיפול בתלונות ציבור המגיעות לנציב קבילות הציבור למקצועות הרפואה הוא 117 יום (כארבעה חודשים), והחציון הוא 84 ימים (כחודשיים וחצי). בשנת 2015 היה זמן הטיפול בתלונות שהוחלט על בירורן בוועדות הבדיקה עשרה חודשים – עד סגירתן.⁸⁴

3.3 נתוני יחידת הדין המשמעת של משרד הבריאות

לא ידוע לנו כמה מ-320 ועדות הבדיקה שהוקמו בשנים 2008–2016 לבדיקת תלונות על מקרים שהתעורר בהם חשד לרשלנות רפואית החליטו על העברת קובלנה ליחידת הדין המשמעת במשרד הבריאות. לפי דוח מבקר המדינה, מינואר 2009 עד אמצע שנת 2011 מינה נציב קבילות הציבור 89 ועדות בדיקה, ובעקבותיהן הוגשו 64 קובלנות לבית-הדין למשמעת של משרד הבריאות (72%).⁸⁵

משרד הבריאות העביר לידינו נתונים על מספר ההחלטות המשמעתיות שהתקבלו בשנים 2012–2016 ומהן על מספר ההחלטות בדבר רשלנות רפואית. לפי הנתונים, בשנים האמורות התקבלו 155 החלטות משמעתיות, וכחמישית מהן (32 החלטות) היו בתיקי רשלנות. נציין כי בתקופה האמורה (2012–2016) הוקמו 163 ועדות בדיקה לבחינת תלונות על מקרים שהתעורר בהם חשד לרשלנות רפואית.

טבלה מס' 6: נתוני משרד הבריאות על החלטות יחידת הדין המשמעת במשרד הבריאות בדבר

רשלנות רפואית, בפילוח לפי החלטה שהתקבלה, 2012–2016⁸⁶

⁸³ משרד מבקר המדינה, דוח 62, לשנת 2011, מאי 2012, עמ' 260.

⁸⁴ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

⁸⁵ משרד מבקר המדינה, דוח 62, לשנת 2011, מאי 2012.

⁸⁶ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

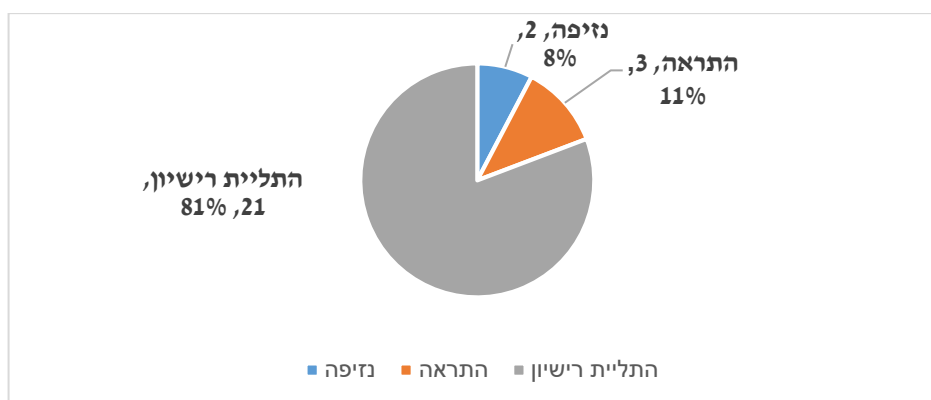


שנה	מספר ההחלטות המשמעותיות בדבר רשלנות רפואית	ההחלטות שהתקבלו			
		נזיפה	התראה	התליית רישיון	ביטול רישיון
2012	10 (הרשעה ב-8 מההחלטות)	1	1	6	-
2013	8 (הרשעה ב-7 מההחלטות)	-	1	6	-
2014	3 (הרשעה בכולן)	-	-	3	-
2015	8	-	1	6	-
2016	3	1	-	-	-
סך הכול	32	2	3	21	-

לפי הטבלה, בשנים 2012–2016, בשש מ-32 החלטות בתיקי רשלנות ניתן זיכוי, וב-26 הוטל עונש.

תרשים מס' 1: פילוח החלטות הענישה של יחידת הדין המשמעותי במקרי רשלנות רפואית,

87 2016–2012



בשום מקרה לא התקבלה החלטה לבטל את רישיונו של רופא. נציין כי אין בידינו נתונים על משך הטיפול במקרים האמורים על ידי יחידת הדין המשמעותי של משרד הבריאות, על משך התליית הרישיונות ועל מספר ההחלטות שבהן הוגש ערעור לבית-המשפט המחוזי על החלטת יחידת הדין המשמעותי.

*

⁸⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

סיכום: בשנים 2012–2016 הועברו למשרד הבריאות 2,000 דיווחים על אירועים המחייבים דיווח ו-20,098 דיווחים על פטירות מיוחדות. בתקופה זו (לא כולל שנת 2013) הועברו לנציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים לכל הפחות 4,977 תלונות על מקרים שהתעורר בהם חשד לרשלנות רפואית, והוא הקים 163 ועדות בדיקה לבחינתן (3.3% מכלל התלונות). מספר ההחלטות בדבר רשלנות רפואית שהתקבלו ביחידת הדין המשמעתי של משרד הבריאות בשנים אלה היה 32, וב-81% מהמקרים הוטלו עונשים; העונש החמור ביותר (שהוטל ב-81% מהמקרים) היה התליית הרישיון.

4. הנטל הכלכלי בשל תביעות רשלנות רפואית נגד מוסדות רפואיים ממשלתיים

כאמור, לפי משרד הבריאות, בשנים האחרונות חל בישראל גידול ניכר ומתמיד בהיקף הדרישות הכספיות והתביעות נגד המדינה המוגשות לבתי-המשפט ולמבטחים בגין רשלנות רפואית. לפי המשרד, הגידול אינו נגרם בהכרח מגידול במספר מקרי הפגיעה הרפואית עקב רשלנות אלא בין השאר מהתגברות מודעות הציבור לרשלנות רפואית ומעמידתו על זכויותיו, בין היתר בהגשת תביעות, וכן מהעובדה שבמשך השנים הורחבה בפסיקת בתי-המשפט האחריות של בעלי מקצועות הרפואה והמוסדות הרפואיים בנוזיקין. כמו כן הוגדלו בפסיקה סכומי הפיצויים הנפסקים לטובת ניזוקים. כמו כן הקשתה הפסיקה את ההערכה האקטוארית ואת שמירת הכספים לטווח הארוך כנדרש. לפיכך, נמסר ממשרד הבריאות, חל גידול ניכר בהוצאה הלאומית על בריאות עקב הוצאות המוסדות הרפואיים עקב תביעות בגין רשלנות רפואית.⁸⁸

בהיעדר נתונים על מספר מקרי הרשלנות הרפואית במוסדות שאינם ממשלתיים, לא ברור גם מהו סך ההוצאות של מוסדות אלה בגין רשלנות רפואית. אשר למוסדות הממשלתיים, הגורם המבטח אותם בגין רשלנות רפואית הוא הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה המופעלת על ידי "ענבל" חברה לביטוח. בכיסוי הביטוחי נכללת האחריות המקצועית של משרד הבריאות כמפעיל מוסדות בריאות ונותן שירותי בריאות.⁸⁹ במענה על שאלת מרכז המחקר והמידע של הכנסת אם המוסדות הרפואיים מחויבים כיום לבטח את עצמם נגד תביעות בגין רשלנות רפואית נמסר ממשרד הבריאות כי **כיום לא חלה חובת ביטוח על מוסדות רפואיים, לא בחקיקה ולא בנוהלי משרד הבריאות, אך לכל המוסדות הרפואיים בישראל יש הסדרי ביטוח בגין רשלנות רפואית.**⁹⁰ לפי ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י), מכוח הסכמים קיבוציים בינה ובין מעסיקים שונים (המדינה, שירותי בריאות כללית, קופת חולים לאומית, הדסה ושערי צדק), חובה על המעסיקים לבטח את הרופאים.⁹¹

כאמור, בשנים 2005–2015 הוגשו נגד מוסדות רפואיים ממשלתיים בישראל 8,372 תביעות בגין רשלנות רפואית. לא ידוע לנו מה שיעור התביעות שנסגרו ובגין כמה מהן שולם פיצוי. משרד האוצר העביר לידנו נתונים, שמקורם במאגר הנתונים של חברת הביטוח "ענבל", על סך התשלומים ששילמו החברות המבטחות בגין רשלנות רפואית עבור המוסדות הרפואיים הממשלתיים בלבד, בשנים 2005–2015.⁹² הנתונים יוצגו בטבלה שלהלן בפילוח לפי סוג מבוטח. נציין כי לא כל התביעות שבגינן הועבר תשלום לתובע

⁸⁸ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

⁸⁹ יהלי רוטנברג, סגן בכיר לחשבת הכללית, משרד האוצר, מכתב, 31 בינואר 2017.

⁹⁰ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

⁹¹ עו"ד חן שמילו, ראש תחום מדיניות ציבורית, ההסתדרות הרפואית בישראל, מכתב, 1 בפברואר 2017.

⁹² יהלי רוטנברג, סגן בכיר לחשבת הכללית, משרד האוצר, מכתב, 31 בינואר 2017.



הן תביעות שהתקבל בהן פסק דין; לפי משרד האוצר, ברוב המקרים מדובר בסכומים ששולמו במסגרת הסכמי פשרה בעקבות תביעות שהוגשו לבתי-המשפט.⁹³

טבלה מס' 7: נתוני משרד הבריאות ומשרד האוצר על סך התשלומים (באלפי ש"ח) בפועל בתביעות בגין רשלנות רפואית במוסדות בריאות ממשלתיים, 2005–2015, לפי סוג המבוטח⁹⁴

שנת התשלום	בתי-חולים כלליים	בתי-חולים לבריאות הנפש	בתי-חולים גריאטריים	לשכות בריאות של משרד הבריאות	משרד ראשי (משרד הבריאות)	סך הכול
2005	121,842	1,805	233	13,205	1,290	138,375
2006	135,789	2,360	24	20,533	775	159,481
2007	144,438	2,587	133	17,841	2,879	167,878
2008	154,105	3,874	198	33,656	3,191	195,024
2009	169,192	2,300	49	41,197	3,666	216,404
2010	153,265	2,633	284	34,168	1,012	191,362
2011	172,979	8,580	120	27,895	685	210,259
2012	190,672	4,729	774	58,062	1,668	255,905
2013	197,437	1,935	152	40,372	1,897	241,793
2014	235,911	5,982	101	39,144	2,223	283,361
2015	219,701	5,687	167	35,707	877	262,139
סך הכול	1,895,331	42,472	2,235	361,780	20,163	2,321,981
שיעור	81.6%	1.8%	0.09%	15.6%	0.9%	100%

⁹³ שלומי כהן, ראש ענף ביטוח ממשלתי, משרד האוצר, שיחת טלפון, 29 במאי 2017.

⁹⁴ מיירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017); יהלי רוטנברג, סגן בכיר לחשבת הכללית, משרד האוצר, מכתב, 31 בינואר 2017.

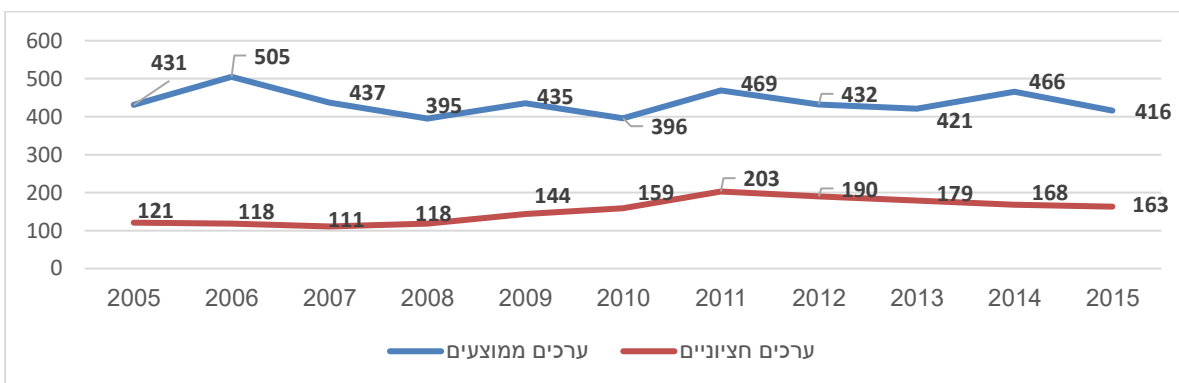


לפי הטבלה, בשנים 2005–2015 שולמו כ-2.32 מיליארד ש"ח בגין תביעות רשלנות נגד מוסדות רפואיים ממשלתיים. בפילוח הנתונים לפי סוג המבוטח נמצא כי רוב הסכום האמור שולם בגין תביעות נגד בתי-חולים כלליים (כ-82% מסך התשלום); כ-15.6% מהסכום שולמו בגין תביעות נגד לשכות בריאות של משרד הבריאות; כ-1.8% שולמו בגין תביעות נגד בתי-חולים לבריאות הנפש; כ-0.9% בגין תביעות נגד משרד הבריאות וכ-0.09% בגין תביעות נגד בתי-חולים גריאטריים.

לפי הטבלה חלה עלייה של כמעט פי שניים בסך התשלומים בגין תביעות על רשלנות רפואית בשנים 2005–2015, מכ-138 מיליון ש"ח בשנת 2005 לכ-262 מיליון ש"ח בשנת 2015. כאמור, בשנים האלה גדל מספר התביעות מ-597 בשנת 2005 ל-1,008 בשנת 2015.

לבקשתנו נמסרו ממשרד האוצר נתונים על התשלום הממוצע והתשלום החציוני לתביעה בגין רשלנות רפואית נגד מוסדות בריאות ממשלתיים בכל אחת מהשנים 2005–2015, והם מוצגים בתרשים שלהלן:

תרשים מס' 2: נתוני משרד האוצר על התשלום הממוצע והתשלום החציוני (באלפי ש"ח) לתביעה בגין רשלנות רפואית נגד מוסדות בריאות ממשלתיים בתביעות שהתקבלו, 2005–2015⁹⁵



לפי התרשים, הפיצוי הממוצע לתביעה הגבוה ביותר ששולם היה בשנת 2006, סך 505,000 ש"ח, ואילו סכום הפיצוי הממוצע הנמוך ביותר היה בשנת 2015 – 416,000 ש"ח לתביעה. אשר לתשלום החציוני, לפי התרשים הפיצוי החציוני לתביעה הגבוה ביותר היה בשנת 2011, סך 203,000 ש"ח, ואילו התשלום החציוני הנמוך ביותר היה בשנת 2007 – 111,000 ש"ח.

4.1 השלכות התביעות והסיבות לגידול במספרן

ממשרד האוצר נמסר כי הנתונים המוצגים לעיל מלמדים על גידול במספר התביעות המוגשות נגד מוסדות ממשלתיים בגין רשלנות רפואית ועקב זאת גם על גידול בהוצאות לכיסוי אותן תביעות.⁹⁶ גם לדברי מבקר המדינה, "עקב השינויים וההחמרה בפסיקת בתי-המשפט, הגדלת הפיצויים הנפסקים לניזוקים והעלייה בהיקפי

⁹⁵ יהלי רוטנברג, סגן בכיר לחשבת הכללית, משרד האוצר, מכתב, 31 בינואר 2017; שלומי כהן, ראש ענף ביטוח ממשלתי, משרד האוצר, מכתב, 6 ביוני 2017.

⁹⁶ יהלי רוטנברג, סגן בכיר לחשבת הכללית, משרד האוצר, מכתב, 31 בינואר 2017; שלומי כהן, ראש ענף ביטוח ממשלתי, משרד האוצר, מכתב, 6 ביוני 2017.



התביעות המוגשות בעקבות מקרי רשלנות רפואית, גדלה ההוצאה הלאומית בגין תביעות רשלנות רפואית של כל מערכת הבריאות".⁹⁷

מהר"י נמסר בנושא זה כי בשנים האחרונות מצטרפות למעגל התובעים קבוצות אוכלוסייה חדשות, יש ריבוי תובענות ייצוגיות בתחום הביטוח ותביעות רבות מוגשות בפיגור ונמשכות שנים רבות.⁹⁸ נוסף על כך, היווצרות והתפתחות עילת התביעה "פגיעה באוטונומיה של המטופל" מביאה עמה אפשרויות רבות יותר לתבוע, וכך גם התקדמות הרפואה וריבוי הבדיקות לגילוי מוקדם ולמניעת מצבי חולי.⁹⁹ מנגד, לפי לשכת עורכי הדין בדוח מבקר המדינה 62, בחישוב הגידול בעלויות הנובעות מרשלנות רפואית יש להביא בחשבון גם את גידול האוכלוסין במדינת ישראל, וכן את התפתחות דיני הנויקין, וכן שבירה חלקית של "קשר השתיקה" של הרופאים, שתרמו להתפתחות הגשת תביעות בתחום הרשלנות הרפואית, בדומה להתפתחות בתחומי משפט אחרים.¹⁰⁰

לנוכח האמור נשאלת השאלה אם יש תחומי רפואה שבהם נמצא שיעור גבוה של תביעות בגין רשלנות רפואית בהשוואה לתחומים אחרים. לפי משרד הבריאות, **תחומי הרפואה המובילים בתשלומים עבור תביעות בגין רשלנות רפואית הם יולדות (כולל מיון יולדות); מיון (מיון פנימי, מיון אורתופדי, מיון כירורגי ומיון ילדים); נירוי-כירורגיה; כירורגיה כללית; פנימית; אורתופדיה ולשכות הבריאות (מעקב הידיון).**¹⁰¹ נציין כי אין בידי מרכז המחקר והמידע של הכנסת נתונים על חלקו של כל אחד מהתחומים הללו בכלל התשלומים בגין תביעות רשלנות רפואית וגם לא ידוע לנו אם סדר הצגת התחומים במענה של משרד הבריאות מצביע על מדרג מסוים, או שמא מדובר ברשימה כללית בסדר מקרי.

לפי הר"י, המקצועות הרפואיים הבולטים בסיכון הגבוה שיש בהם לרופא לעמוד בפני תביעה בגין רשלנות רפואית הם מיילדות, גינקולוגיה וגנטיקה רפואית. במקצועות האלה עוסקים על פי רוב במקרים רפואיים הקשורים לטרום-לידה וללידה, ובשנים האחרונות חלה עלייה ניכרת בתביעות של אנשים שנפגעו בלידתם ובסכומי הפיצויים שנפסקים במקרים שבהם נמצאה רשלנות רפואית. לפי הר"י, בשל היות המקצועות האלה בסיכון מוגבר רופאים מתרחקים מעיסוק בהם או נוטים לעסוק בתת-תחומים שאינם קשורים ישירות ללידה של המקצועות האלה.¹⁰² כמו כן, הדבר מגביר את השימוש ברפואה מתגוננת.¹⁰³ נציין כי במענה על פנייתנו ללשכת עורכי הדין בשאלה אם בלשכה מזהים לזהות תחומי רפואה מסוימים שיש נטייה להגיש בהם תביעות בגין רשלנות נמסר כי אין אפשרות להצביע על תחומים מסוימים כאלה, שכן מדובר בתביעות מגוונות.¹⁰⁴

⁹⁷ משרד מבקר המדינה, [דוח 62, לשנת 2011](#), מאי 2012.

⁹⁸ חן שמילו, עו"ד, ראש תחום מדיניות ציבורית, ההסתדרות הרפואית בישראל, מכתב, 1 בפברואר 2017.
⁹⁹ שם.

¹⁰⁰ משרד מבקר המדינה, [דוח 62 לשנת 2011](#), מאי 2012.

¹⁰¹ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה ועזרה ראשונה, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

¹⁰² עו"ד חן שמילו, ראש תחום מדיניות ציבורית, ההסתדרות הרפואית בישראל, 1 בפברואר 2017.

¹⁰³ על-פי ההסתדרות הרפואית בישראל, אחת ההגדרות לרפואה מתגוננת היא הימנעות מנטילת סיכון בשל תביעה כנגד רופא מחד, והפחתה בנטילת סיכון מאידך. ההסתדרות הרפואית בישראל, [רפואה מתגוננת \(Defensive Medicine\)](#), כניסה: 1 במרס 2017.

¹⁰⁴ דנית בוסקילה, מנהלת יחידת קשרי ממשלה, לשכת עורכי הדין, 30 באפריל 2017.



5. מודל הפיצוי בגין פגיעה עקב טיפול רפואי בדנמרק

המרכז למחקר משפטי עולמי (Global Legal Research Center) של הספרייה למשפט בקונגרס האמריקני (The Law Library of Congress) ערך סקירה של ההסדרים המקובלים לנשיאה באחריות במקרים של רשלנות רפואית בקנדה, באנגליה, בוויילס, בגרמניה ובהודו (מדינות שמספקות מערכת בריאות הממומנת באופן ציבורי). מהסקירה עולה כי התביעות בגין רשלנות רפואית הן בדרך כלל תביעות נזיקין נגד הגורם המטפל, בגין הזנחה או בגין רשלנות (negligence), או נגד מוסד רפואי.¹⁰⁵ לפי גישת דיני הנזיקין הנהוגה במדינות האלה ובישראל, כדי שיינתן פיצוי למטופל הטוען כי נפגע בגין הליך רפואי, עליו להוכיח כי הגורם שטיפל בו נושא באחריות לפגיעה שנגרמה לו.¹⁰⁶

מודל חלופי לגישת דיני הנזיקין הוא מודל ה"אין עוולה" (no fault), והוא מקובל בין היתר במדינות סקנדינביה.¹⁰⁷ בעוד שבגישת דיני הנזיקין (tort law) על המטופל להוכיח כי הגורם המטפל הוא האשם בפגיעה שנגרמה לו או הנושא באחריות לה, לפי גישת ה"אין עוולה" מתן פיצוי אינו תלוי בהוכחת אשמה או רשלנות מצד המטפל, אלא בהוכחה מספקת של קשר סיבתי בין הטיפול הרפואי ובין הפגיעה.¹⁰⁸

מהר"י נמסר כי כבר בכנסת ה-18 נעשה ניסיון לקדם את מנגנון ה"אין עוולה" בישראל, שבהר"י סבורים כי הנהגתו תסייע להתמודד עם התרחקות רופאים ממקצועות מסוימים ועם השימוש ברפואה מתגוננת בשל חשש מתביעות רשלנות רפואית. [הצעת חוק לפיצוי פגועים מלידתם, התש"ע-2010](#), שהניחו על שולחן הכנסת חברי הכנסת מאיר שטרית, זאב אלקין, אברהם מיכאלי, חיים כץ וחברי כנסת נוספים, התקבלה בקריאה טרומית, ועיקריה היו: פיצוי יילודים הסובלים ממום מולד גם כשלא נמצאה כל רשלנות; הגבלת הפיצויים שייפסקו בגין נזקים לילדים; מינוי ועדה רפואית לפיצוי פגועים מלידתם שתקבע את זכאות המבקש וכן, בין היתר, את גובה הפיצוי; הקמת קרן לפיצוי פגועים מלידתם, וייחוד עילה – מי שיש לו עילת תביעה לפי חוק זה יתבע לפיו בלבד, ולא תהא לו תביעה לפי דין אחר.¹⁰⁹ מהר"י נמסר כי הליך החקיקה לא התקדם בשל בחירות מוקדמות, והר"י פועלת בימים אלה לקידום הצעת חוק זו במשרדי הממשלה הרלוונטיים, שכן עמדתה היא שזהו צעד חיוני ומתבקש.¹¹⁰

בפרק זה נציג את עיקרי מודל "אין עוולה", המונהג בין היתר בדנמרק. בחרנו להתמקד במדינה זו בשל המידע המקוון הרב על כך ומשום שדנמרק מוצגת פעמים רבות בפרסומים בנושא רשלנות רפואית כמי שמייצגת את המודל הזה.

5.1. המסגרת החוקית המסדירה את מודל הפיצויים בדנמרק

¹⁰⁵ The Law Library of Congress, Global Legal Research Center, [Medical Liability: Canada, England and Wales, Germany and India](#), August 2009, updated on June 6th, 2015.

¹⁰⁶ ברוך לוי, גישת "אין עוולה" (No-Fault) במדינות העולם, 2013. הועבר לידי מרכז המחקר והמידע של הכנסת על ידי עו"ד חן שמילו, ראש תחום מדיניות ציבורית, ההסתדרות הרפואית בישראל, 1 בפברואר 2017.

¹⁰⁷ M. Erichsen, [The Danish patient Insurance System](#), Med Law, 2001; 20(3):355-369.

¹⁰⁸ שם.

¹⁰⁹ [הצעת חוק פיצוי פגועים מלידתם, התש"ע-2010](#) (18/2516/פ).

¹¹⁰ עו"ד חן שמילו, ראש תחום מדיניות ציבורית, ההסתדרות הרפואית בישראל, מכתב, 1 בפברואר 2017.



עד שנת 1992, מטופלים שביקשו לתבוע פיצוי בגין פגיעה שנגרמה להם במסגרת טיפול רפואי במערכת הבריאות בדנמרק, הממומנת ברובה באופן ציבורי,¹¹¹ נדרשו להוכיח בערכאות משפטיות כי הפגיעה נגרמה בשל טעות שעשה גורם רפואי שטיפל בהם. לפי הספרות המקצועית, בשל הקושי הכרוך בהוכחת **טעות שנעשתה בידי צוות רפואי** (error by a health care professional), וכדי להקל על מטופלים שנפגעו לקבל פיצוי, הוחלט על הנהגת מודל פיצוי ציבורי שבו **לשם קבלת פיצוי אין חובה להוכיח שנעשתה טעות, אלא די בקיומו של קשר בין הפגיעה (injury) לבין הטיפול או הבדיקות שהמטופל עבר (the injury may have occurred in connection with medical treatment, examination or due to medication)**.¹¹² במודל זה המטופל גם אינו נדרש לנהל את תביעתו במסגרת בית-משפט או להיות מיוצג על ידי עורך דין.¹¹³

המודל עוגן בחוק לעניין פיצויים (the Patient Compensation Act) שנכנס לתוקף בדנמרק בשנת 1992. במהלך השנים הורחבה החקיקה לעניין פיצוי מטופלים, ומשנת 2004 היא תקפה כמעט בכל תחומי הפעילות של מערכת הבריאות הציבורית והפרטית: בתי-חולים פרטיים וציבוריים, שירותי אמבולנס, פציעות של תורמים או משתתפים בניסויים רפואיים (medical trials) בהתאם לתנאים שנקבעו, רופאים כלליים ורופאים מומחים, כירורגים, מטפלים בעיסוק, פיזיותרפיסטים ופודיאטורים (רופאי כף הרגל), אחיות, מיילדות, תזונאיות קליניות, טכנאי מעבדות רפואיות ובעלי מקצועות נוספים בתחום הרפואה. כיום החוקים האמורים לעניין פיצוי מטופלים מקובצים במסגרת החוק הדני לעניין הזכות להתלונן ולקבל פיצוי במערכת הבריאות (the Danish Act on the Right to Complain and Receive Compensation within the Health System).¹¹⁴

5.1.1. ההתאחדות הדנית לפיצוי מטופלים (Patienterstatningen)

לצורך יישום מודל הפיצוי האמור הוקמה בדנמרק בשנת 1992 **ההתאחדות הדנית לפיצוי מטופלים (the Danish Patient Compensation Association - Patienterstatningen)** – להלן: **ההתאחדות**.¹¹⁵ על פי אתר האינטרנט של ההתאחדות, מדובר בגוף עצמאי המנוהל על ידי מועצה שמכהנים בה שבעה חברים: אחד מחברי המועצה מתמנה על ידי שר הבריאות והמניעה (the Minister of Health and Prevention)

¹¹¹ כ-85% מהמימון מקורם בכספי מסים וכ-15% מקורם בתשלומים פרטיים (out of pocket) של מטופלים, בעיקר בגין רכישת תרופות ושירותי רפואת שיניים.

J. Tilma, M. Norgaard, K.L., Mikkelesen, S.P. Johnsen, [Existing data sources for clinical epidemiology: the Danish Patient Compensation Association database](#), US National Library of Medicine, National Institutes of Health, 2015; [No-Fault compensation for treatment injuries in Danish Public Hospitals, 2006-2012](#), International Journal for Quality in Health Care, 2016, 28(1), 81-85.

¹¹² The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [What is an Injury](#), accessed on May 24th, 2017; Ibid.

¹¹³ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [History](#), accessed on April 9th, 2017.

¹¹⁴ Ibid; J. Tilma, M. Norgaard, K.L., Mikkelesen, S.P. Johnsen, [Existing data sources for clinical epidemiology: the Danish Patient Compensation Association database](#), US National Library of Medicine, National Institutes of Health, 2015; [No-Fault compensation for treatment injuries in Danish Public Hospitals, 2006-2012](#), 2016, 28(1), 81-85.

¹¹⁵ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [History](#), accessed on April 9th, 2017.



והיתר מתמנים על ידי הרשויות האזוריות (regions authorities). תפקיד חברי הוועדה להבטיח כי עבודת ההתאחדות נעשית באופן ראוי, והניהול היומיומי שלה נעשה על ידי מחלקה אדמיניסטרטיבית¹¹⁶ שעל פי נתוני אתר האינטרנט של ההתאחדות מועסקים בה כ-200 איש.¹¹⁷

ההתאחדות היא הגורם המרכזי במערכת לפיצוי מטופלים שנפגעו במהלך טיפול רפואי. תפקידה להבטיח מתן פיצוי לנפגעים, אך היא אינה עוסקת בבחינת ההתנהלות המקצועית של גורם רפואי זה או אחר, אלא בהערכת הפגיעה ובזכאות לפיצויים בגינה.¹¹⁸ בין מטרות ההתאחדות לפי פרסום משנת 2008: לנהל ביעילות ובמקצועיות תביעות פיצויים; לתת שירות למטופלים ולאנשי צוותים רפואיים ולוודא שפגיעות הרשומות במערכת ההתאחדות ישמשו למניעת פגיעות בעתיד.¹¹⁹ חזון ההתאחדות, המתפרסם באתר האינטרנט שלה: להיות המומחה המוביל בדנמרק לפיצוי מטופלים בגין פגיעה; לעבוד בשיתוף פעולה עם מומחים בתחום הרפואה; לקצר את זמן הטיפול בפניות באופן מיטבי ביעול תהליך הטיפול בבקשות, בניהול ובדיגיטציה; לחתור לכך שמטופלים ובעלי מקצועות הרפואה ידווחו על התרחשות כל הפגיעות שבגינן אפשר לקבל פיצוי; להיות שותף פעיל בתהליכי פיצוי על פגיעה ומניעת פגיעה.¹²⁰

לפי אתר האינטרנט של ההתאחדות, הפגיעות שבגינן אפשר לתבוע פיצוי הן: **פגיעות שנגרמו בגין טיפול רפואי, בדיקה רפואית או היעדר טיפול;**¹²¹ **פגיעות שנגרמו בשל תופעות לוואי חמורות של תרופות המאושרות לשיוק בדנמרק וניתנו למטופל בבית-מרקחת, על ידי רופא, בית-חולים או רופא שיניים או שנקנו בחנות מורשית לממכר תרופות ללא מרשם.**¹²² **בחקיקה מפורטות גם זכויות משתתפים בניסויים קליניים ותורמי דם ואיברים לפיצוי בגין פגיעה שנגרמה להם בהקשר זה, ומוגדרים התנאים לקבלתו.**¹²³ ההתאחדות מפצה אדם שנפגע באחד מהתנאים האלה: אם מומחה רפואי מנוסה היה פועל באותה סיטואציה באופן אחר ("עקרון המומחה" – the specialist rule); אם הסיבוכים שנגרמו לו הם מאוד חריגים וחמורים בהשוואה לטיפול שניתן לאדם עקב המחלה שממנה הוא סובל וחורגים ממה שאפשר

¹¹⁶ Ibid, [About the Danish Patient Compensation Association](#), accessed, April 18th, 2017.

דנמרק מחולקת לחמישה אזורים מינהלתיים (regions) שנקבעו בשנת 2007 והחליפו את החלוקה הקודמת למחוזות. גופי השלטון של האזורים הם המועצות האזוריות, ואלה אחראיות, בין היתר, לשירותי הבריאות הלאומיים, לשירותי רווחה ולפיתוח אזורי. Statistics Denmark, [Statistical Yearbook 2016](#), June 2016.

¹¹⁷ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [About the Danish patient compensation association](#), accessed on April 18th, 2017.

¹¹⁸ Ibid, [Have you sustained injury following treatment or medication?](#) 2016, retrieved on April 9th, 2017.

אם יש למטופל תלונה על גורם רפואי, עליו ליצור קשר עם רשות בטיחות המטופל (the Patient Safety Authority), והיא מחליטה אם יש לבקר את הטיפול שניתן.

The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [File your Claim](#), accessed on April 18th, 2017.

¹¹⁹ Ibid, [Mission and Vision](#), accessed on April 20th, 2107.

¹²⁰ שם.

¹²¹ אפשרי מתן פיצוי גם בשל אבחון לקוי או השהיית טיפול, אבל רק במקרים שבהם האבחון הלקוי הוביל לפגיעה.

The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Patient Injuries](#), accessed on April 9th, 2017.

¹²² מקרים שבהם לא יינתן פיצוי בהקשר זה הם: מקרים שבהם מקור הפגיעה הוא במחלה עצמה; מקרים שבהם הסיבה לפגיעה היא שהתרופה לא הביאה לתוצאה הרצויה; אם לתרופה היו תופעות לוואי נפשיות; מקרים שבהם מחלה מסכנת חיים טופלה באמצעות תרופה הידועה בתופעות הלוואי החמורות שלה.

¹²³ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Patient Injuries](#), accessed on April 9th, 2017.



לצפות שאדם יוכל לשאת ("עקרון ההוגנות" – the fairness rule); אם היה כשל בציוד רפואי; אם היה אפשר למנוע את הפגיעה בשימוש בשיטה, בטכניקה או בטיפול מקביל אחר.¹²⁴

יצוין כי במסגרת ההתאחדות אין אפשרות לתבוע פיצויים בשל פגיעה נפשית על רקע שימוש בתרופות ואין אפשרות לקבל פיצוי על הסבל והצער שנגרמו בשל אובדן בן משפחה עקב פגיעה במהלך טיפול רפואי.¹²⁵ במערכת הפיצויים האמורה לא נכללים טיפולים שקיבלו מטופלים מחוץ לגבולות דנמרק שלא בהפניית הרופא המטפל בהם (כלומר ביוזמה פרטית); טיפולים שנעשו בגרינלנד; טיפולים שנעשו באיי פארו לפני שנת 2012 – ומקרים נוספים.¹²⁶ נציין כי לפי אתר האינטרנט של ההתאחדות, במקרי פגיעה שהרקע להם אינו נכלל בחקיקה האמורה הנפגע רשאי לתבוע פיצויים על פי חוק הנזיקין הכללי (the general law of tort).¹²⁷

פגיעות מ-1 בינואר 2008 הופכות לבטלות (statute-barred) שלוש שנים לאחר שנודע למטופל כי נפגע.¹²⁸ מעלון מידע של ההתאחדות על האפשרות לקבל פיצויים בגין פגיעה במהלך טיפול רפואי עולה כי על המטופל להגיש את תביעתו בתוך שלוש שנים מהרגע שבו גילה כי נפגע ובתוך עשר שנים מיום התרחשות הפגיעה. פיצויים על פגיעה במסגרת טיפול רפואי יינתנו רק עבור פגיעות שהפיצוי בגינם עולה על 10,000 קרונויות דניות¹²⁹ (כ-5,300 ש"ח), ואילו פיצויים על פגיעה בגין טיפול תרופתי מסתכמים ב-3,000 קרונויות (כ-1,620 ש"ח).¹³⁰ לדברי חוקרים, הסיבה לכך היא הרצון להתמקד בפיצוי על מקרי הפגיעה הרציניים ביותר.¹³¹ יצוין כי סכומי הפיצוי אינם חייבים במס (פרט לריבית שהם מניבים), למעט פיצוי בגין אובדן הכנסות.¹³²

5.1.2. אופן הגשת התביעה להתאחדות הדנית לפיצוי מטופלים

מטופלים המבקשים לקבל פיצוי על פגיעה שנפגעו במהלך טיפול רפואי נדרשים למלא טופס תביעה ולהעבירו להתאחדות בפקס או בדואר אלקטרוני.¹³³ מעלון מידע של ההתאחדות על קבלת פיצויים בשל פגיעה במהלך טיפול רפואי עולה כי בעלי מקצועות רפואה מחויבים לתת מידע על ההתאחדות למטופלים

¹²⁴ Ibid, [Assessment of your Case](#), accessed on April 9th, 2017; [Have you sustained injury following treatment or medication?](#) 2016, retrieved on April 9th, 2017.

¹²⁵ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Have you sustained injury following treatment or medication?](#) 2016, retrieved on April 9th, 2017.

¹²⁶ Ibid, [Areas of Coverage](#), accessed on April 9th, 2017.

¹²⁷ ש.ם.

¹²⁸ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [FAQ for Patients](#), accessed on May 24th, 2017.

¹²⁹ Ibid, [Have you sustained injury following treatment or medication?](#) 2016, retrieved on April 9th, 2017.

¹³⁰ חישוב על פי שער הקרוונה הדנית, שב-28 באפריל 2017 היה 0.5296 ש"ח. בנק ישראל, [שערי חליפין יציגים](#), כניסה: 30 באפריל 2017.

¹³¹ J. Tilma, M. Norgaard, K.L., Mikkelesen, S.P. Johnsen, [Existing data sources for clinical epidemiology: the Danish Patient Compensation Association database](#), US National Library of Medicine, National Institutes of Health, 2015; [No-Fault compensation for treatment injuries in Danish Public Hospitals, 2006-2012](#), 2016, 28(1), 81-85.

¹³² The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [FAQ for Patients](#), accessed on May 24th, 2017.

¹³³ טופס תביעה ראו נספח למסמך זה.



שהם סבורים כי נפגעו במהלך הטיפול בהם באופן שעשוי לזכותם בפיצויים, ואף לסייע להם להגיש את התביעה, אם יש צורך בכך.¹³⁴

אין בידינו נתונים על תקציב ההתאחדות, אך לפי אתר האינטרנט שלה, פעילותה ממומנת מתקציב ציבורי, ועל כן לא נדרשות מהפונים אליה הוצאות כלשהן בהקשר של הגשת התביעה. כמו כן, כל מי שמטופל במערכת הבריאות הפרטית או הציבורית בדנמרק זכאי לקבל פיצוי בנסיבות האמורות,¹³⁵ ואינו זקוק לייצוג עורך דין בתביעתו.¹³⁶

עם קבלת תביעה, ההתאחדות בוחנת אותה כדי לוודא שהתקבל כל המידע הדרוש, ולאחר מכן היא שולחת את התביעה לתגובת הגורם הרפואי הקשור לפגיעה (רופא, בית-חולים וכדומה). על הגורם האמור למלא דוח על האירוע ולהעבירו להתאחדות בצירוף הרישום הרפואי (journal material).¹³⁷ שלב זה של המתנה לקבלת החומר האמור בהתאחדות נמשך בין חודש לחודשיים, ולאחר שהתקבל החומר נשלח העתק הדוח לתובע וניתנת לו אפשרות להעיר את הערותיו. עם השלמת תהליך זה הטיפול במקרה מועבר לעורכי הדין של ההתאחדות, ואלה בוחנים אם אומנם הייתה פגיעה ואם התנאים למתן פיצויים בעטיה התמלאו. המקרה נדון בדרך כלל במסגרת "פגישת רופא" (doctor meeting), שבה דנים במקרה רופא ועורכי הדין המטפלים בו, ולעתים הרופא מבקש מסמכים נוספים לבחינת המקרה, כגון הצהרת רופא וכו'.¹³⁸ נציין כי לפי אתר האינטרנט של ההתאחדות, על הרופאים הדנים בתביעות חל איסור לטפל במקרים שהתרחשו במקום שבו הם מועסקים או הועסקו בעת התרחשותם, ובמקרה של הפרת כלל זה התיק נפתח ונדון מחדש.¹³⁹

לפי אתר האינטרנט של ההתאחדות, הטיפול בתביעה נמשך כשבעה חודשים בממוצע מרגע קבלת התביעה ועד קבלת החלטה בעניינה. במקרה שהוחלט כי התובע זכאי לפיצויים, חישוב הפיצוי ייעשה בהתאם לחוק הדני לעניין האחריות לפיצויים (the Danish Liability for Damages Act).¹⁴⁰ ככלל, אפשר לפצות בגין אלה: הוצאות על בריאות ואובדן אחר; אובדן הכנסה, כאב וסבל; פגיעה קבועה; אובדן כושר עבודה ועוד.¹⁴¹

במקרים שבהם הפגיעה הייתה בהקשר של טיפול על ידי שירותי הבריאות הלאומיים הדניים, הפיצויים משולמים על ידי האזורים (regions) ועל ידי חברות הביטוח שבהן ספקיות הבריאות הפרטיות מבוטחות. במקרים של פגיעה עקב שימוש בתרופה, הגורם האחראי לתשלום הפיצויים הוא משרד הבריאות. פיצויים בגין טיפול במסגרות פרטיות שמחוץ לשירותי הבריאות הלאומיים ממומנים באמצעות חברות הביטוח

¹³⁴ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Have you sustained injury following treatment or medication?](#) 2016, retrieved on April 9th, 2017.

¹³⁵ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [FAQ for Patients](#), accessed on May 24th, 2017. שם.¹³⁶

¹³⁷ במקרה שהתובע טופל בכמה מסגרות, המידע ייאסף מכולם.

¹³⁸ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Processing of your Case](#), accessed on April 9th, 2017.

¹³⁹ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [FAQ for Patients](#), accessed on May 24th, 2017.

¹⁴⁰ Ibid, [Processing of your Case](#), accessed on April 9th, 2017.

¹⁴¹ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Have you sustained injury following treatment or medication?](#) 2016, retrieved on April 9th, 2017.



שספקיות שירותי הבריאות מבוטחות בהן. פיצויים בגין פגיעות שנגרמו בהקשר לטיפול באסירים בבתי כלא ממומנים על ידי שירות הכליאה והמבחן של דנמרק, ופיצויים בגין פגיעות שנגרמו במרפאות צבאיות ממומנות על ידי משרד הביטחון הדני.¹⁴²

במקרה שהתובע אינו שבע רצון מהכרעת ההתאחדות בעניינו, יש באפשרותו לעתור למועצת הערעורים לעניין פיצויים (the Patient Compensation Appeals Board), ובכוחה של זו להגדיל את סכום הפיצויים שנקבע, להקטין אותו או אף לבטל את הפיצויים כליל.¹⁴³ מועצה זו מתמנה על ידי שר הבריאות; יו"ר המועצה וסגניו הם שופטים המתמנים על ידי שר הפנים והבריאות (Minister of the Interior and Health), ויתר חברי המועצה מתמנים על ידי גופים שונים, ובהם המועצה הלאומית לבריאות, ההתאחדות הדנית לביטוח, לשכת עורכי הדין, המועצה לצרכנות ועוד.¹⁴⁴

5.1.3. נתונים על תביעות שנדונו על ידי ההתאחדות הדנית לפיצוי מטופלים

מנתוני מאגר המידע של ההתאחדות שפורסמו במחקר בנושא [Existing data sources for clinical epidemiology: the Danish Patient Compensation Association database](#) של קבוצת חוקרים בשנת 2015 עולה כי בשנים 1996–2013 גדל היקף התביעות המוגשות להתאחדות מכ-2,000 בשנת 1996 לקרוב ל-10,000 בשנת 2013 (בדנמרק כ-5.7 מיליון תושבים).¹⁴⁵ לפי המאמר, מ-9,628 תביעות לפיצויים שהוגשו להתאחדות בשנת 2012, אושרו 33.1%. סך הפיצויים בגין התביעות שאושרו בשנת 2012 היה כ-144 מיליון דולר.¹⁴⁶

מהמאמר אפשר ללמוד על התפלגות התביעות שאושרו בשנה האמורה על ידי ההתאחדות לפי עילות את המפורט בתרשים שלהלן:

תרשים מס' 3: התפלגות התביעות שאושרו על ידי ההתאחדות הדנית לפיצוי מטופלים לפי עילות,

2012¹⁴⁷

¹⁴² Ibid.

¹⁴³ Ibid.

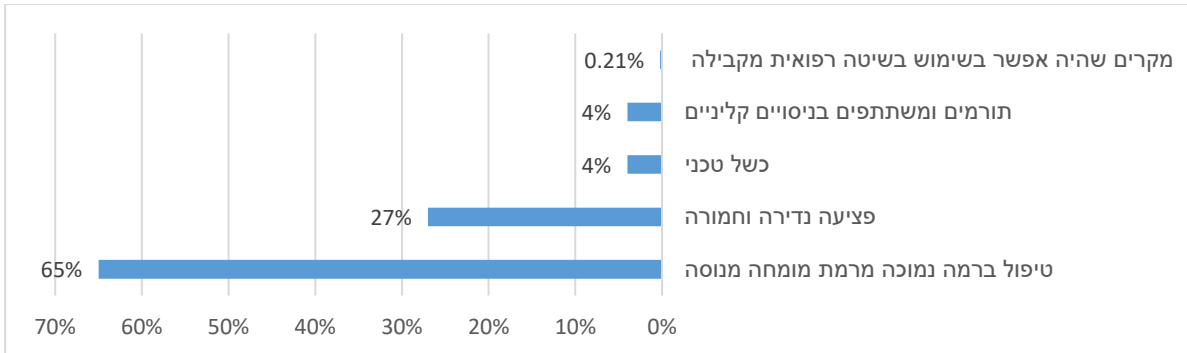
¹⁴⁴ Ibid, [Danish Act of the Right to Complain and Receive Compensation within the Health Service](#), accessed on May 24th, 2017.

¹⁴⁵ [Statistical Yearbook 2016](#), June 2016, Statistics Denmark.

¹⁴⁶ J.Tilma, M. Norgaard, K.L., Mikkelesen, S.P. Johnsen, [Existing data sources for clinical epidemiology: the Danish Patient Compensation Association database](#), US National Library of Medicine, National Institutes of Health, 2015; International Journal for Quality in Health Care, 2016, 28(1), 81-85.

¹⁴⁷ Ibid.





כאמור, במאגר הנתונים של ההתאחדות יש מידע על היקף התביעות בלבד, ואין להסיק ממנו על מספר מקרי הפגיעה של מטופלים במסגרת טיפול רפואי בדנמרק.

חשוב לציין כי אין בידינו מידע על יישום מודל זה בפועל, ובתוך כך, למשל, על מקומו ותפקידו במארג הגופים האחראים לטיפול בתלונות מטופלים ולהפקת לקחים; המידה שבה הסדר זה מקל הגשת תביעה בגין פגיעה במהלך הליך רפואי ומנגיש את המענה למטופלים והמידה שבה גוף זה מצליח לתת מענה לפונים אליו.



Notice of claim for compensation

To be completed by the patient

In some cases the Danish Act on the Right to Complain and Receive Compensation within the Health Service entitles patients to compensation for injuries suffered during examination, treatment and the like in the health service.

1. Name, address and so on

First name(s):	Surname:	Occupation:
Address:	Postal code:	Town:
Civil.reg.no.:	Home tel.:	Work tel.:
Employer:	E-mail address:	

2. Why were you admitted/treated originally?

Traffic accident
 Industrial injury or work-related complaint
 Other accident
 Illness
 Participation in biomedical trial, donor

Has the National Board of Industrial injuries been informed Yes No

Have you informed another insurance company? Yes No

If yes, name of insurance company: _____ Policy no.: _____

3. Original illness

Which kind of illness or injury were you originally being treated for?

4. Injury to the patient

For which illness or injury are you filing a claim for compensation?

KALVEBOD BRYGGE 45 • 1560 KØBENHAVN V • TEL +45 3312 4343 • FAX +45 3312 4341
 pebl@patienterstatningen.dk www.patienterstatningen.dk



How and when did the injury occur? (please note the date)
Where in the health service did the injury occur? (Name of hospital, general practitioner, specialists and so on)
Have you been treated for the injury anywhere else? (Name of hospital, general practitioner, specialists and so on)

5. Other circumstances

Are you still bothered by the injury? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes please describe further:
Are you still being treated for these problems? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, where? (Name of hospital, general practitioner, specialists and so on)
Have you suffered a loss in income due to the injury? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you had other expenses as a result of the injury? (Including medicine, treatment, transportation and so on) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, please specify the amount: DKK _____

Please keep all receipts, bills and the like.

The Patient Compensation Association does not cover legal expenses.



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

6. Power of attorney

Please fill out the form below if you want another person (family member, friend or attorney) to conduct your case. All letters will be sent to this person whilst an eventual compensation will be paid directly to you.

Name:	Surname:	Relation to you:	Company name:
Address:	Postal code:	Town:	Social registration number or VAT number :
Phone number:	Mobil number:	E-mail address:	

7. Signature

I confirm that the information I have given is correct and authorize The Patient Compensation Association to obtain any information they might need from hospitals, doctors, public authorities including medical officers of health, the police and insurance companies that may be needed to elucidate the case (including casebooks and so on). Read more on the matter in section 17 (1) of cases the Danish Act on the Right to Complain and Receive Compensation within the Health Service.

I Further authorize The Patient Compensation Association to pass on such information to the involved authorities: The hospital and its insurance company, general practitioners or other parties with a legal interest.

Date and Signature



הכנסת

מרכז המחקר והמידע