



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

גרסה לפני עריכה לשונית

י"ג סיון תשע"ז

7 ביוני 2017

תמצית

להלן הממצאים העיקריים העולים מהמסמך:

- טעויות באבחון ובטיפול רפואי, הגורמות נזקים למטופלים והמתרחשות הן בבתי החולים והן במוסדות רפואיים בקהילה, הן אחד האתגרים הניצבים בפני מערכות הבריאות ברחבי העולם;
 - מבקר המדינה ציין בדוח 62 לשנת 2011 כי "רק מיעוט המקרים מסך האירועים החריגים והכשלים הרפואיים נובעים מרשלנות", אולם בדוח המבקר לא צוין מהו היקפם של מקרים אלה בישראל. לדברי המבקר בשנים שקדמו לכתובת הדוח חלה בישראל עלייה ניכרת ומתמדת בהיקף הדרישות הכספיות והתביעות כנגד המדינה המוגשות לבתי המשפט ולמבטחים בגין רשלנות רפואית בישראל. מבקר המדינה מייחס עלייה זו לא בהכרח לריבוי בהיקף מקרי הפגיעה הרפואית בעקבות רשלנות, אלא, בין השאר, למודעות הגוברת בקרב הציבור לרשלנות רפואית ולעמידתו על זכויותיו להגיש תביעות, וכן לריבוי במספר עורכי הדין;
 - משרד הבריאות מגדיר רשלנות רפואית כ"מתן שירות רפואי תוך סטייה מרמת זהירות סבירה" והוסיף כי "אין הגדרה של המונח רשלנות רפואית בחוק, אך מדובר בסוג מסוים של רשלנות". המשרד מסר עוד כי ישנם סוגים שונים של רשלנות רפואית, שנבחנים על-פי המישורים השונים במשפט. בידי משרד הבריאות אין נתונים על היקף תופעת הרשלנות הרפואית בכלל מערכת הבריאות בישראל ובתוך כך על מספר מקרי המוות כתוצאה מרשלנות רפואית זאת לדבריו, בשל ההגדרות השונות למונח רשלנות רפואית. בידי המשרד ישנם נתונים על מספר תביעות הרשלנות שהוגשו כנגד מוסדות רפואיים ממשלתיים בלבד, וכבר בשנת 2011 העיר מבקר המדינה על המידע החלקי המצוי בידי משרד הבריאות בעניין זה וקרא למשרד הבריאות "לרכז מידע מפעילות רבה הנעשית בבתי משפט בתחום הרשלנות הרפואית";
 - על-מנת ללמוד על היקף מקרי הרשלנות הרפואית בישראל פנה מרכז המחקר והמידע של הכנסת לגורמים שונים 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 פנייתנו. הנתונים שהתקבלו מכמה מגורמים אלה הם חלקיים בלבד:
- מנתוני הנהלת בתי המשפט עולה כי בשנים 2010-2016 הוגשו בסך-הכל 10,694 תביעות אזרחיות בגין רשלנות רפואית כנגד מוסדות רפואיים שונים בישראל. במהלך השנים חל גידול במספר התביעות כך בעוד שבשנת 2010 הוגשו 1,109 תביעות בשנת 2015 הוגשו 1,985 תביעות. אין בידנו מידע כמה מתביעות אלה נמצאו מוצדקות;
 - מנתוני משרד הבריאות ומשרד האוצר עולה כי בשנים 2005-2015 הוגשו 8,372 תביעות בגין רשלנות רפואית כנגד המוסדות הרפואיים הממשלתיים בלבד. ככלל, ניתן להצביע על עלייה מתמדת במספר התביעות בגין רשלנות רפואית כנגד המוסדות הרפואיים הממשלתיים מ-597 תביעות בשנת 2005 ל-1,008 תביעות בשנת 2015;
 - מעיבוד מיוחד לנתוני הודעות הפטירה שנעשה לבקשת מרכז המחקר והמידע של הכנסת על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה עולה כי בשנים 2005-2014, ייתכן שהיתה רשלנות רפואית ב-1,892 מקרי פטירה (מתוכם, כ-29% מקרים בהם מדובר בסיבת מוות יסודית). עם זאת, בלמ"ס מציינים כי הודעות הפטירה הן מקור מוגבל מאוד ללימוד מספר מקרי



הפטירה מרשלנות רפואית והתבססות על מקור זה לעניין רשלנות רפואית מובילה להערכתם לאומדן חסר משמעותי בנושא ;

■ 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 עליהם למשרד הבריאות על-פי חוזר מנהל הרפואה מספר 11/2012 לעניין חובת הודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים מיום ה-9 במאי 2012 – נציין כי לא כל אירוע מיוחד הוא רשלנות ולכן לא ניתן ללמוד מכך על מספר מקרי הרשלנות הרפואית ;

■ **בשנים 2005-2016 התקבלו במשרד הבריאות 3,646 דיווחים על אירועים מחייבי דיווח על-פי החוזר האמור לעיל, כאשר בשנים האמורות חלה עלייה של למעלה מפי 2.5 במספר הדיווחים על אירועים מיוחדים מחייבי הדיווח שהגיעו לידי המשרד, מ-190 דיווחים בשנת 2005 ל-511 דיווחים בשנת 2016.** כמו כן, בשנים 2014-2016 התקבלו במשרד הבריאות 275 דיווחים על אירועים שאינם חייבים בדיווח. במשרד הבריאות תולים את העלייה 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, לדברי משרד הבריאות, אין בידי דרך לבדוק האם בתי החולים מדווחים על כלל האירועים כנדרש והוא אף העריך כי ישנו תת-דיווח בנושא זה ;**

■ **בשנים 2005-2016 התקבלו במשרד הבריאות גם 56,122 דיווחים על פטירות מיוחדות כמוגדר בחוזר.** 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 ומספרן נע בין 3,055 דיווחים בשנת 2014 ל-4,465 דיווחים בשנת 2013. במשרד הבריאות מייחסים את הירידה במספר הדיווחים לכך שהטעמת המערכת הממוחשבת לדיווח על פטירות אילצה את המוסדות הרפואיים לדווח על פטירות העומדות בקריטריונים לדיווח ולא לדווח על כל פטירה שאירעה במוסד רפואי ;

■ **מינהל הרפואה במשרד הבריאות הוא האמון על קבלת דיווחי המוסדות הרפואיים על פטירות ואירועים מיוחדים ועם קבלתם הוא פותח בבירור המקרה. במקביל לבירור זה מועבר כל דיווח לטיפול במערך בטיחות הטיפול במשרד הבריאות, שהחל משנת 2011 עוסק בקידום נושא בטיחות הטיפול. במידה ובירור המקרה במינהל הרפואה מעלה כי נדרשת חקירה מעמיקה יותר, מועברים פרטיו לנציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים במשרד הבריאות המטפל בתלונות בתחומים קליניים ומקבל תלונות מגורמים שונים. הנציב רשאי להפעיל שיקול דעת באשר לדרך בדיקת המקרים המגיעים לידיעתו, ובין היתר ביכולתו להקים ועדת בדיקה לבירור המקרה, שבתום עבודתה מגבשת המלצה אם מדובר במקרה של רשלנות המצדיק הגשת קובלנה משמעתית. נציב קבילות הציבור מצרף לדוח הוועדה את המלצותיו ומעביר את הדברים להכרעת מנכ"ל משרד הבריאות. במידה ומחליט מנכ"ל המשרד על הגשת קובלנה בעניין, יעבור התיק לתובעת משרד הבריאות ויידון ביחידת הדין המשמעתית של המשרד ;**

■ על-פי נתוני משרד הבריאות, **בשנים 2012-2016 הועברו למשרד הבריאות 2,000 דיווחים על אירועים מחייבי דיווח ו-20,098 דיווחים על פטירות מיוחדות.** בשנים אלה הועברו לנציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים לכל הפחות 4,977 (לא כולל שנת 2013) תלונות בהם התעורר חשד לרשלנות רפואית והוא הקים 163 ועדות בדיקה לשם בדיקת תלונות אלה – כלומר הוקמו ועדות בדיקה לבירור 3.3% מהתלונות על חשד לרשלנות רפואית. מספר ההחלטות בעניין רשלנות רפואית שניתנו ביחידת



הכנסת

הדין המשמעתי של משרד הבריאות בשנים אלה עמד על 32, כאשר ב-81% מהמקרים (26) הוטלו עונשים וב-19% מהמקרים (6) הוחלט על זיכוי. העונש החמור ביותר הוא התליית רישיון שהוטל ב-81% מהמקרים (21) בהם הוטל עונש;

- נציין, כי בדוח 62 לשנת 2011 דן מבקר המדינה במעמדו של נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים. מבקר המדינה ציין כי בבדיקה שערך נמצא אמנם כי חלקים שונים מפעילות הנציב אכן מוסדרים בדיון, בהוראות ובנהלים פנימיים. אולם, לדברי מבקר המדינה מקורות אלה אינם מסדירים את מלוא תחום פעילותו וכי אין בהם הגדרה חוקית באשר לסמכויותיו ולחובותיו של נציב התלונות בין השאר באשר לוועדות הבדיקה שהוא ממנה. בדוח [הערות ראש הממשלה לדוח מבקר המדינה 62 – חלק ראשון](#) שפורסם במאי 2012 מסר משרד הבריאות כי "טיוטת ההצעה לאסדרת מעמד הנציב תוגש למנכ"ל [משרד הבריאות] עד ה-30 באפריל 2012". אולם עד היום תזכיר החוק האמור טרם פורסם;
- משרד הבריאות ומשרד האוצר העבירו לידינו נתונים על סך התשלומים ששילמה ענבל חברה לביטוח בע"מ בגין תביעות רשלנות רפואית כנגד 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 ₪ בגין תביעות רשלנות במוסדות רפואיים ממשלתיים. ככלל, חלה עלייה של כמעט פי שניים בסך התשלומים עבור תביעות בגין רשלנות רפואית בשנים 2005-2015 מכ-138 מיליון ₪ בשנת 2005 לכ-262 מיליון ₪ בשנת 2015. כאמור, בשנים אלה גדל מספר התביעות מ-597 תביעות בשנת 2005 ל-1,008 תביעות בשנת 2015;
- גובה הפיצוי הממוצע לתביעה הגבוה ביותר ששולם היה בשנת 2006 ועמד על 505,000 ₪ ואילו הפיצוי הממוצע הנמוך ביותר היה בשנת 2015 ועמד על 416,000 ₪ לתביעה. גובה הפיצוי החציוני לתביעה הגבוה ביותר היה בשנת 2011 ועמד על 203,000 ₪ ואילו הנמוך ביותר היה בשנת 2007 ועמד על 111,000 ₪;
- לפי גישת דיני הנזיקין הנהוגה בישראל, כמו גם במדינות נוספות, על-מנת שיינתן פיצוי למטופל הטוען כי נפגע בגין הליך רפואי עליו להוכיח כי הגורם שטיפל בו הוא הנושא באחריות לפגיעה שנגרמה לו. מודל חלופי לגישת דיני הנזיקין הוא מודל ה"אין עוולה" (no fault) המקובל, בין היתר, במדינות הסקנדינביות, במסגרתו מתן הפיצוי איננו תלוי בהוכחת אשמה או רשלנות מצד המטפל, אלא בהוכחה מספקת של קשר סיבתי בין הטיפול הרפואי שעבר המטופל לבין הפגיעה שהוא סובל ממנה. בפרק האחרון במסמך זה נציג את ההסדר המונהג בדנמרק, המוצגת לעיתים תכופות בספרות המקצועית כמי שמייצגת את מודל ה"אין עוולה". בשנת 1992 הוקמה בדנמרק בחקיקה ההתאחדות הדנית לפיצוי מטופלים (the Danish Patient Compensation Association - Patienterstatningen) המהווה גוף עצמאי והגורם המרכזי במערכת פיצוי המטופלים שנפגעו במהלך טיפול רפואי במערכת הבריאות הציבורית והפרטית. מטרתה של ההתאחדות היא להבטיח מתן פיצוי לנפגעים ובמסגרת עבודתה היא אינה עוסקת בבחינת התנהלותו המקצועית של גורם רפואי זה או אחר, אלא בהערכת הפגיעה עצמה והזכאות לפיצויים בגינה.



מסמך זה נכתב לבקשת חברת הכנסת יעל גרמן וחברת הכנסת קארין אלהרר והוא עוסק בטיפול משרד הבריאות ברשלנות רפואית בישראל ומציג בקצרה את המודל המונהג בדנמרק לטיפול בתביעות רשלנות רפואית נגד מערכת הבריאות.

מבוא

טעויות באבחון ובטיפול רפואי, הגורמות נזקים למטופלים והמתרחשות הן בבתי החולים והן במוסדות רפואיים בקהילה, 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 שלא מתאימה להשגת המטרה (טעות בתכנון) או סטייה מההליך הטיפול שעשויה (או שלא) לגרום לנזק למטופל.² על-פי הערכות, טעויות כתוצאה מפעילות רפואית הן סיבת המוות השלישית בארצות-הברית, האחראית למותם של כ-251 אלף איש בשנה בממוצע. עם זאת, להערכת החוקרים מדובר בהערכת חסר של היקף התופעה בפועל.³

כללי האתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל מתייחסים לחובתו 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 של המטופל או על המשך הטיפול הרפואי בו; הרופא יסביר למטופל את מהות הטעות שחלה בטיפול בו, את הצעדים הננקטים לתיקונה ואת המהלכים המבוצעים כדי למנוע הישנות טעות זו בעתיד.⁴ נוסף על כך, סעיף 21 [לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996](#) קובע את הקמתן של ועדות בדיקה לבדיקת אירוע חריג הנוגע למתן טיפול רפואי, שמטרתן לברר מה אירע לחולה בעת קבלת הטיפול הרפואי, להפיק לקחים, לתקן את הליקויים ולאתר את האחראים להם תוך כדי בדיקה אם יש צורך לפתוח בהליך משמעותי או בהליך אחר.

[בדוח מבקר המדינה 62 לשנת 2011](#) הצביע מבקר המדינה על מספר גורמים העשויים להביא לתקלות ולטעויות במערכת הרפואית, ובהם: **גורמי סיכון שחלקם אינם בשליטת המערכת הרפואית** (כגון תגובה בלתי צפויה של המטופל לטיפול הרפואי); **עומס עבודה המוטל 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 לכדי עבירת משמעת; רשלנות חמורה שיש בה משום עבירת משמעת; רשלנות פושעת שהיא בבחינת עבירה פלילית.**⁵

לדברי מבקר המדינה, "רק מיעוט המקרים מסך האירועים החריגים והכשלים הרפואיים נובעים מרשלנות".⁶ דהיינו, לא כל טעות או תקלה רפואית היא רשלנות רפואית, אולם בדוח המבקר לא צוין מהו היקפם של מקרים אלה בישראל. עם זאת, לדברי המבקר בשנים שקדמו לכתיבת הדוח חלה בישראל

¹ גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ, מרדכי שני, 2010, [מערכת הבריאות בישראל](#), גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ, מרדכי שני, 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 משרד מבקר המדינה, [דוח 62 לשנת 2011](#), עמ' 209, מאי 2012.



עלייה ניכרת ומתמדת בהיקף הדרישות הכספיות והתביעות כנגד המדינה המוגשות לבתי המשפט ולמבטחים בגין רשלנות רפואית בישראל. מבקר המדינה מייחס עלייה זו לא בהכרח לריבוי בהיקף מקרי הפגיעה הרפואית בעקבות רשלנות, אלא, בין השאר, למודעות הגוברת בקרב הציבור לרשלנות רפואית ולעמידתו על זכויותיו להגיש תביעות, וכן לריבוי במספר עורכי הדין.⁷ מגמה זו הובילה את המדינה להקים 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, והוועדה הבין-משרדית לבחינת הדרכים להקטנת ההוצאה הציבורית בגין תביעות רשלנות רפואית בראשות הגב' טנה שפניץ, שהגישה את המלצותיה למשרד המשפטים בשנת 2005. ועדות אלה עסקו בהיבטים שונים בנושא הרשלנות הרפואית, ובהם בריבוי התביעות המשפטיות בגין רשלנות זו. ברם, גם מהנתונים המובאים בדוחות אלה, כמו גם בדוח מבקר המדינה האמור, לא ניתן ללמוד על היקף מקרי הרשלנות הרפואית בישראל לאורך השנים.

במסמך זה ביקשנו להציג את היקפה של תופעת הרשלנות הרפואית בישראל ולשם כך פנינו לגורמים שונים 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 השונים (למעט מהסתדרות האחים והאחיות שעד כה לא השיבה לפנייתנו) 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 וכן את הנתונים החלקיים אודות התופעה בישראל שמקורם בהנהלת בתי המשפט, במשרד הבריאות, במשרד האוצר ובלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. בפרק השני והשלישי נציג את הגורמים האמונים על בדיקת אירועים מיוחדים בטיפול הרפואי במשרד הבריאות (מינהל רפואה), נציבות קבילות הציבור למקצועות רפואיים ויחידת הדין המשמעתית) ואת הנתונים על פטירות ואירועים החייבים בדיווח למשרד הבריאות ועל בדיקת התלונות בגין רשלנות רפואית על-ידי המשרד. בפרק הרביעי נציג את נתוני משרד האוצר ומשרד הבריאות באשר לנטל הכלכלי בגין תביעות רשלנות רפואית כנגד המוסדות הרפואיים הממשלתיים ובפרק האחרון של המסמך נציג את המודל הנהוג בדנמרק לטיפול בתביעות רשלנות רפואית נגד מערכת הבריאות.

1. הגדרת רשלנות רפואית ונתונים חלקיים אודות התופעה בישראל

בהינתן שלא כל טעות או תקלה רפואית היא רשלנות רפואית, פנה מרכז המחקר והמידע של הכנסת ראשית למשרד הבריאות בשאלה כיצד הוא מגדיר "רשלנות רפואית". במענה על פנייתנו השיב משרד הבריאות כי רשלנות רפואית היא "מתן שירות רפואי תוך סטייה מרמת זהירות סבירה"⁸ והוסיף כי "אין הגדרה של המונח רשלנות רפואית בחוק, אך מדובר בסוג מסוים של רשלנות". המשרד מסר עוד כי ישנם

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

⁸ נציין בהקשר זה, 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, בניסיון קודם והכל בהתאם לנומרות מקובלות 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 מהווה רשלנות. 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.



סוגים שונים של רשלנות רפואית, שנבחנים על-פי המישורים השונים במשפט⁹ [ההדגשה לא במקור],
כדלקמן:

במישור האזרחי, לדברי משרד הבריאות, תביעות אזרחיות המוגשות בגין עוולת הרשלנות משויכות לדיני נזיקין. תביעות אלה מאפשרות לזכות בפיצוי כספי במקרה בו מוכח כי נגרם נזק בגין מעשה הרשלנות וכאשר הוכח קשר סיבתי בין המעשה לאותו הנזק.¹⁰ עוולת הרשלנות מוגדרת בסעיפים 35 ו-36 לפקודת הנזיקין [נוסח חדש], תשכ"ח-1968.¹¹ על-פי סעיף 35 לפקודת הנזיקין רשלנות מוגדרת כמקרה בו "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 התרשלנות; 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 לפקודת הנזיקין "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: במשרד הבריאות ציינו, כי אין די ברשלנות כדי להטיל אחריות פלילית, אלא אם יש הוראה מפורשת בחוק המתייחסת לעבירה הנדונה. לדברי המשרד, לא קיימות עבירות פליליות שהן עבירות רשלנות כשלעצמן, אלא עבירות שניתן לבצע אותן ברשלנות, כגון: גרימת מוות ברשלנות, גרימת חבלה ברשלנות ועוד. במשרד הבריאות הפנו לסעיף 338(א)(7) לחוק העונשין, התשל"ז-1977 המגדיר מעשה פזיזות ורשלנות במתן רפואי באופן הבא: "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 כיורוגי לאדם שהתחייב לטפל בו". לדברי משרד הבריאות, במידה וישנן מספיק ראיות לקיום עניין לציבור, אזי מוגש כתב אישום במישור הפלילי נגד נותן הטיפול שנהג ברשלנות, כאשר על סמך כתב האישום ולאחר סיום ההליך הפלילי ניתן לפתוח גם בהליך משמעתי כנגד הנאשם.¹³

במישור המשמעתי: לדברי משרד הבריאות, קיימת הנחיית פרקליט המדינה 14.2 לעניין ניהול הליך פלילי ומשמעתי נגד רופאים או בעלי מקצוע רפואי אחר בגין רשלנות מקצועית (שעודכנה, על-פי האמור בה, בפעם האחרונה ב-1 בינואר 2003),¹⁴ הכוללת הוראות כיצד יש לנהוג אם קיים חשד לרשלנות רפואית. לדברי המשרד, לעיתים תוגש קובלנה משמעטית לשר הבריאות עוד בטרם סיום ההליך הפלילי (במידה והליך זה מתנהל) כאשר לפי סעיף 44א לפקודת הרופאים [נוסח חדש], תשל"ז-1976 ניתן להתלות רישיונו של רופא עד למשך שישה חודשים אם יש חשד שגרם ברשלנות חמורה לנזק או למותו של אדם. התלייה זו ניתן להאריך בעת הצורך למשך שישה חודשים נוספים.¹⁵

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

¹⁰ שם.

¹¹ דוח הוועדה הבין-משרדית לבחינת הדרכים להקטנת ההוצאה הציבורית בגין תביעות רשלנות רפואית בראשות הגב' טנה שפניץ, 2005; מערכת הבריאות בישראל, גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ', מרדכי שני, 2010.

¹² פקודת הנזיקין [נוסח חדש], תשכ"ח-1968.

¹³ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

¹⁴ משרד המשפטים, הנחיות פרקליט המדינה, הנחייה מס' 14.2 – ניהול הליך פלילי ומשמעתי נגד רופאים או בעלי מקצוע רפואי אחר בגין רשלנות רפואית, עדכון אחרון: 1 בינואר 2003.

¹⁵ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).



בידי משרד הבריאות אין נתונים על היקף תופעת הרשלנות הרפואית בכלל מערכת הבריאות בישראל ובתוך כך על מספר מקרי המוות כתוצאה מרשלנות רפואית, זאת לדבריו בשל ההגדרות השונות למונח רשלנות רפואית, כפי שפורטו לעיל.¹⁶ משרד הבריאות הוסיף והסביר כי "רשלנות נזיקית נקבעת באמצעות פסק דין במסגרתו 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 האם אין מקום לפעול לאיסופו של מידע זה על מנת שניתן יהיה לקבל תמונת מצב מלאה באשר להיקף מקרי הרשלנות הרפואית בישראל. לכך יש להוסיף כי כבר בשנת 2011 קרא מבקר המדינה למשרד הבריאות "לרכז מידע מפעילות רבה הנעשית בבתי משפט בתחום הרשלנות הרפואית".¹⁸ לדברי המשרד יש בידי דיווחים על פטירות ואירועים מיוחדים שהמוסדות הרפואיים מחויבים לדווח עליהם למשרד הבריאות על-פי חוזר מנהל הרפואה מספר 11/2012 לעניין [חובת הודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים](#) מיום ה-9 במאי 2012 עליו נרחיב בהמשך המסמך.¹⁹ עם זאת, כאמור לא כל אירוע מיוחד הוא רשלנות ולכן לא ניתן ללמוד מכך על מספר מקרי הרשלנות הרפואית.

בהיעדר נתונים על רשלנות רפואית בפרק זה נציג נתונים שהועברו אלינו ממקורות שונים מהם ניתן ללמוד באופן חלקי על היקפה של התופעה. להלן נציג את נתוני הנהלת בתי המשפט על היקף התביעות האזרחיות שהוגשו בגין רשלנות רפואית, את נתוני משרד הבריאות ומשרד האוצר על מספר התביעות בגין רשלנות רפואית שהוגשו לבתי המשפט נגד מוסדות רפואיים ממשלתיים בלבד ואת נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על פטירות שייטכן והיתה 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 נענינו כי אין נתונים בנושא.²⁰

1.1. נתוני הנהלת בתי המשפט על היקף התביעות האזרחיות שהוגשו בגין רשלנות רפואית

במענה לפניית מרכז המחקר המידע של הכנסת העבירה לידנו הנהלת בתי המשפט נתונים על מספר התביעות האזרחיות בגין רשלנות רפואית שהוגשו כנגד מוסדות רפואיים בישראל בשנים 2010-2015 ונתונים על מספר התיקים שבהם ניתן פסק דין.²¹

¹⁶ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרץ 2017).

¹⁷ שם.

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

¹⁹ שם.

²⁰ סגן ניצב דויד גריינר, 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: נתוני הנהלת בתי המשפט על מספר התביעות האזרחיות שהוגשו בגין רשלנות רפואית כנגד מוסדות רפואיים בישראל ועל מספר התביעות 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
סה"כ	10,694	8,753

מנתוני הטבלה לעיל עולה כי בשנים 2010-2016 הוגשו בסך-הכל 10,694 תביעות אזרחיות בגין רשלנות רפואית כנגד מוסדות רפואיים שונים בישראל, כאשר ניתן לראות כי במהלך השנים חל גידול במספר התביעות, מ-1,109 תביעות בשנת 2010 ל-1,985 תביעות בשנת 2015. עוד עולה מהנתונים כי בשנים האמורות ניתן פסק דין ב-8,753 תביעות בגין רשלנות רפואית - עם זאת, לא ניתן להסיק מנתונים אלו על שיעור התביעות בכל שנה בהן ניתן פסק דין שכן לפחות בחלק המקרים ייתכן ומדובר בפסקי דין בתביעות שהוגשו בשנים קודמות. כאמור אין בידנו מידע כמה מתביעות אלה נמצאו מוצדקות.

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

מרכז המחקר והמידע של הכנסת פנה למשרד הבריאות ולמשרד האוצר בשאלה מה היה מספר התביעות בגין רשלנות רפואית שהוגשו לבתי המשפט בכל אחת מהשנים 2005-2015 כנגד כלל המוסדות הרפואיים בישראל. במענה על פנייתנו השיבו שני המשרדים כי יש בידיהם נתונים הנוגעים למוסדות רפואיים ממשלתיים בלבד כפי שהתקבלו מענבל חברה לביטוח בע"מ. כלומר הנתונים אינם כוללים את מספר התביעות בגין רשלנות הרפואית בקופות החולים ובבתי החולים שבעלותן, במוסדות בריאות ציבוריים אחרים וכן במוסדות בריאות פרטיים.

לאור זאת מדובר בנתונים חלקיים בלבד, שכן על-פי נתוני השנים 2015-2016 מתוך 44 מוסדות לאשפוז כללי, 11 (כולל בתי חולים ממשלתיים-עירוניים) הם בבעלות המדינה, ובהם פחות ממחצית ממיטות האשפוז לאשפוז כללי; מתוך 12 בתי חולים לבריאות הנפש, 8 הם בבעלות המדינה, ובהם כ-82% ממיטות האשפוז לבריאות הנפש בישראל; מתוך 296 מוסדות גריאטריים, רק 5 הם בבעלות המדינה, ובהם רק כ-7% ממיטות האשפוז הגריאטריות בישראל.²³

²² קובי משמוש, מנהל מחלקת כלכלה וסטטיסטיקה, הנהלת בתי המשפט, מכתב, 5 בינואר 2017.

²³ משרד הבריאות, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2015](#), חלק א': מגמות באשפוז, 2016; משרד הבריאות, 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 כנגד בתי חולים ציבוריים ופרטיים וכנגד קופות החולים אלא אם כן ההעתק נשלח גם לנציבות קבילות הציבור [במשרד הבריאות], זאת בניגוד לתביעות רשלנות רפואית המוגשות נגד בתי החולים 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 לנזקים 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 נציג את נתוני משרד הבריאות ומשרד האוצר על מספר התביעות בגין רשלנות רפואית שהוגשו כנגד המוסדות הרפואיים הממשלתיים בכל אחת מהשנים 2005-2015.²⁵

טבלה מס' 2: נתוני משרד הבריאות ומשרד האוצר על מספר התביעות בגין רשלנות רפואית שהוגשו לבתי המשפט כנגד המוסדות הרפואיים הממשלתיים, בפילות 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)	סה"כ
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-הכל	6,869	276	40	1,124	63	8,372
שיעור	82%	3.3%	0.5%	13.4%	0.75%	100%

כפי שעולה מנתוני הטבלה לעיל, בשנים 2005-2015 הוגשו לבתי המשפט 8,372 תביעות בגין רשלנות רפואית כנגד המוסדות הרפואיים הממשלתיים. ככלל, בשנים 2005-2015 חלה עלייה מתמדת במספר

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

²⁶ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, 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.



התביעות בגין רשלנות רפואית כנגד המוסדות הרפואיים הממשלתיים מ-597 תביעות בשנת 2005 ל-1,008 תביעות בשנת 2015. עוד ניתן להצביע על כך כי מרבית תביעות הרשלנות הרפואית שהוגשו בתקופה האמורה הוגשו כנגד בתי החולים לאשפוז כללי (כ-82% מכלל התביעות); כ-13.4% מהתביעות הוגשו כנגד לשכות הבריאות; כ-3.3% מהתביעות הוגשו כנגד בתי חולים לבריאות הנפש; כ-0.75% מהתביעות הוגשו כנגד משרד הבריאות וכ-0.5% מהתביעות הוגשו כנגד מוסדות גריאטריים. עם זאת, חשוב לזכור כי ב-11 בתי החולים הממשלתיים לאשפוז כללי יש מעל ל-7,000 מיטות אשפוז, לעומת כ-2,900 בבתי החולים הממשלתיים לבריאות הנפש וכ-1,800 בבתי החולים הגריאטריים הממשלתיים.²⁷

עוד עולה מהטבלה לעיל כי בתקופה האמורה חלה עלייה במספר התביעות בגין רשלנות רפואית שהוגשו כנגד כל אחד מהמוסדות המפורטים בטבלה לעיל (פרט למשרד הבריאות בו חלה ירידה במספר התביעות בין השנים 2013-2015). כך למשל מספר התביעות כנגד בתי החולים הכלליים עלה בין השנים 2005-2015 בכ-45% - מ-521 תביעות בשנת 2005 ל-755 תביעות בשנת 2015 ומספר התביעות נגד לשכות הבריאות עלה בכמעט פי חמישה מ-51 תביעות בשנת 2005 ל-225 תביעות בשנת 2015. אין בידנו הסבר באשר לעלייה זו. כמו כן יש לציין כי לא הועבר לידנו מידע באשר לשיעור התביעות שנסגרו ובכמה מהם שולם פיצוי.

1.3. נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על פטירות שייתכן שהיתה מעורבת בהן רשלנות רפואית

בשל העובדה שאין בידי משרד הבריאות נתונים על מספר הפטירות מרשלנות רפואית, פנה מרכז המחקר והמידע של הכנסת אל הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן: ה"למ"ס) בשאלה אם ניתן להפיק מנתונים מידע אודות מספר מקרי המוות בכל אחת מעשר השנים האחרונות, שהתרחשו בשל רשלנות רפואית. בטרם נציג את תוצרי העיבוד המיוחד שנעשה עבורנו בלמ"ס נדגיש, כי בעוד שניתן להתרשם מהנתונים האמורים על סך מקרי הפטירה שבהם ייתכן והיתה מעורבת רשלנות רפואית, אין מדובר בנתונים ודאיים על היקף הפטירות כתוצאה מרשלנות רפואית, שכן בכללי הסיווג הבינלאומי של המחלות (מהדורה עשירית) ([International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems – Tenth Revision](#)), בו נעשה שימוש בלמ"ס (ובמדינות החברות בארגון הבריאות העולמי),²⁸ אין סיבת מוות המוגדרת כ"רשלנות" או סיבות שניתן ללמוד מהן באופן ישיר וחד-משמעי על התרחשותה של רשלנות.²⁹

במסגרת סימול סיבות המוות לפי כללי הסיווג הבינלאומי של סיווג המחלות (ICD-10) נבחרת סיבת המוות היסודית, כלומר הסיבה שהתחילה את שרשרת המחלות שגרמו לפטירה של המטופל, והיא זו המשמשת לצרכים סטטיסטיים. בנוסף, בלמ"ס מסמלים גם את כל הסיבות או המצבים הרשומים בהודעת הפטירה (מכונה סימול מרובה). בלמ"ס מציינים כי סימול סיבות המוות מבוסס על שנכתב בהודעת הפטירה בלבד, אך ה"למ"ס מתקנת את סיבת המוות היסודית אם מתקבל מידע נוסף מגורם חיצוני (קבצי משטרת ישראל, המכון לרפואה משפטית, המוסד לביטוח לאומי, צה"ל) במקרה של תאונות דרכים,

²⁷ משרד הבריאות, אגף המידע, חטיבת הבריאות, [מיטות אשפוז ועמדות בריאות](#), 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 לידנו על-ידי דוד לנדאו, ראש ענף הפצת מידע וקשרי לקוחות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 26 בינואר 2017.



התאבדות, רצח, מומים מולדים, פעולות איבה, חללי צה"ל ותמותות תינוקות.³⁰ **מידע על מקרי פטירה שנבדקו או נחקרו בבתי החולים או בלשכות הבריאות אינו מגיע אל הלמ"ס.**³¹

בלמ"ס ציינו כי הם לא נתקלו במקרים בהם המילה רשלנות או רשלנות רפואית (medical negligence או malpractice) צוינו בהודעת הפטירה. לדבריהם, ישנם מקרים ספורים מדי שנה, אם בכלל, של הודעות בהם נרשם 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 זאת עולה לדברי הלמ"ס, **שהודעות הפטירה הן מקור מוגבל מאוד ללימוד מספר מקרי הפטירה מרשלנות רפואית והתבססות על מקור זה לעניין רשלנות רפואית מובילה להערכתם לאומדן חסר משמעותי בנושא.**³²

עם זאת, מציינים בלמ"ס כי ישנם קודים שיכולים לרמוז על התרחשויות של רשלנות. במענה על בקשתנו לעיבוד מיוחד של נתונים אלו בדקו בלמ"ס קבוצות קודים הכלולים בשני פרקים של הסיווג המוזכר לעיל: **הראשונה**, קודים הנכללים בפרק 20 "סיבות חיצוניות לתמותה או לתחלואה" שבו ישנה קבוצה המוגדרת "סיבוכים של טיפול רפואי או ניתוח" (Complications of medical and surgical care) שחלקה עשוי, לדברי הלמ"ס, לרמוז על רשלנות, אם כי כאמור **לא באופן ודאי**. לדברי הלמ"ס, קודים אלו יכולים להופיע כסיבת המוות היסודית ויכולים להופיע גם בסימול המרובה. קבוצה זו כוללת את ארבע תת-הקבוצות הבאות:

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 של תקלות.

בלמ"ס ציינו, כי מבין ארבע תתי הקבוצות האמורות, הקבוצות הרלוונטיות לעניין פנייתנו שעשויות לרמוז על רשלנות, הן קבוצות שתיים ושלוש המוזכרות לעיל, שכן יש בהן אזכור לתקלה, אולם העבירו לידנו את הנתונים באשר לכל ארבע הקבוצות.

קבוצת הקודים **השנייה** שנבחנה על-ידי הלמ"ס היתה קבוצת הקודים הנכללים בפרק 19 בסיווג "פציעות או הרעלות ונזקים אחרים שהם תוצאה של סיבה חיצונית". מדובר במקרים בהם סיבת המוות היסודית היא סיבה חיצונית (כגון תאונת דרכים), אך פציעות או הרעלות ונזקים אחרים שהם תוצאה של סיבה חיצונית יכולים להופיע בסימול המרובה. לדברי הלמ"ס, שתי תתי-הקבוצות בפרק 19 העשויות להעיד על רשלנות הן: הרעלה מתרופות וחומרים ביולוגיים וכן סיבוכים של ניתוחים וטיפול רפואי. עם זאת, לדברי הלמ"ס בקודים אלו אין התייחסות ל"תקלה" ועל כן לא ניתן לדעת מהו מקור הסיבוך.

³⁰ נעמה רותם, ראש תחום בריאות ותנועה טבעית, אגף דמוגרפיה ומפקד, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. העיבוד המיוחד של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הועבר לידנו על-ידי דוד לנדאו, ראש ענף הפצת מידע וקשרי לקוחות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 26 בינואר 2017.

³¹ שם.

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



להלן נציג את מספר הפטירות שסווגו בנתוני הלמ"ס בארבעת תתי-הקבוצות של פרק 20 ואת שתי הקבוצות מפרק 19, כאשר לדברי הלמ"ס, הסכום של מקרים אלו, הוא המספר המירבי של המקרים שבהם ניתן לקבל רמז מהודעת הפטירה לכך שהיתה רשלנות רפואית, שכן כל פטירה מופיעה בטבלה פעם אחת.³³

טבלה מס' 3: נתוני הלמ"ס על מספר המקרים המרבי בהם ניתן לקבל מהודעת הפטירה רמז לכך

שייתכן שהיתה רשלנות רפואית, 2005-2014³⁴

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

מנתוני הטבלה לעיל עולה כי לפי הודעות הפטירה, בשנים 2005-2014, ייתכן שהיתה רשלנות רפואית ב-1,892 מקרים, (מתוכם, כ-29% מקרים בהם מדובר בסיבה יסודית). אם נתייחס רק לשני הקודים תקלות במהלך ניתוחים/פרוצדורות ותקלות עם מכשור רפואי אזי מדובר ב-42 מהמקרים (36 בהם הקוד מופיע כסיבה יסודית ושבעה מקרים בהם הקוד מופיע בסימול המרובה). נציין כי מספר מקרי הפטירה בישראל בממוצע בשנה עומד על כ-40,000 פטירות.³⁵

בנוסף, לנתונים אלה ציינו בלמ"ס כי סיבת מוות אלה דם יכולה לנבוע גם היא מרשלנות רפואית, בשל זיהום נרכש בבית חולים בעקבות הליך שנעשה בתנאים לא נאותים. נציין כי בשנת 2014 עמד סך מקרי הפטירות מאלה דם כסיבה יסודית על 1,864 פטירות. לדברי הלמ"ס, מספר הפטירות מאלה דם עלה בישראל בשנים האחרונות, וכיום שיעור הפטירות מסיבה זו בישראל הוא מהגבוהים בעולם: כ-4% מהפטירות הן כתוצאה מאלה דם ובכ-27% מהפטירות סיבה זו מופיעה כחלק מהסיבות לפטירה, גם אם לא כסיבה יסודית.³⁶ בפטירות בבתי חולים האחוז אף גבוה יותר ובשנת 2014 הוא עמד על כ-37.5% מהפטירות בבתי החולים. בלמ"ס מדגישים כי לפי הרשום בהודעות הפטירה אין כל אפשרות לדעת מה מקור הזיהום והאם הוא זיהום נרכש בבית החולים או האם הוא תוצאה של רשלנות רפואית וכי הנושא נבדק ונחקר בבתי החולים ועל-ידי משרד הבריאות.³⁷

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

³⁴ 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.

³⁵ נעמה רותם, ראש תחום בריאות תנועה טבעית, אגף דמוגרפיה ומפקד, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מכתב, 25 במאי 2017.

³⁶ יש לציין, כי לדברי הלמ"ס, העלייה במספר המקרים של אלה דם כסיבה יסודית קשורה לשינוי במדיניות סימול והתאמת הסימול הידני הנעשה בלמ"ס לסימול האוטומטי הנעשה במרבית המדינות. 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.

³⁷ שם.



לסיכום, בפרק זה הצגנו את הנתונים החלקיים הקיימים על רשלנות רפואית בישראל, מהם 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; ולפי סיווג תעודות הפטירה בלמ"ס בשנים 2005-2014 היו 1,892 מקרים בהם ניתן לקבל מהודעת הפטירה רמז לכך שייתכן שהיתה רשלנות רפואית, **אולם כאמור לדברי הלמ"ס הודעות הפטירה הן מקור מוגבל מאוד ללימוד מספר מקרי הפטירה מרשלנות רפואית והתבססות על מקור זה לעניין רשלנות רפואית מובילה להערכתם לאומדן חסר משמעותי בנושא.**

בהיעדר נתונים על מספר מקרי הרשלנות הרפואית, נשאלת השאלה מהו מספר המקרים או האירועים המיוחדים במהלך טיפול רפואי בישראל, כיצד נבדקים מקרים אלה על-ידי משרד הבריאות ובכמה מהם היה חשד או נמצאה רשלנות רפואית, בכך נעסוק בפרקים הבאים.

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

לדברי משרד הבריאות יש בידיו דיווחים על פטירות ואירועים מיוחדים שהמוסדות הרפואיים מחויבים לדווח עליהם למשרד הבריאות על-פי חוזר מנהל הרפואה מספר 11/2012 לעניין **חובת הודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים** מיום ה-9 במאי 2012 וכן דיווחים על אירועים שאינם מחייבי דיווח על-פי הנוהל האמור.

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 יחידת הדין המשמעותי במשרד הבריאות.

2.1. מינהל רפואה במשרד הבריאות

מינהל רפואה במשרד הבריאות, האחראי בין היתר, על תחום הרגולציה הרפואית של מערכת הבריאות, הוא הגורם האמון על קבלת דיווחי המוסדות הרפואיים בהתאם לחוזר לעניין פטירות ואירועים מיוחדים. עם קבלת הדיווח פותח מינהל רפואה בבירור המקרה וכן מבצע השלמות נדרשות של חומרים אודות המקרה המדובר על-פי הצורך והנסיבות. לאחר השלמת הפרטים הדרושים מתקבלת החלטה אם יש צורך בחקירה נוספת ו/או חקירה מעמיקה יותר ובמקרה שכן, מועברים פרטי המקרה **לנציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים** במשרד הבריאות (להלן: נציב קבילות הציבור) המטפל בתלונות בתחומים קליניים.³⁹

כפי שעולה מאתר האינטרנט של משרד הבריאות, ההחלטה על העברת המקרה לבדיקת נציב קבילות הציבור עשויה להתקבל במקרים בהם עולה חשש להתנהגות שאינה אתית או לחריגה מסטנדרט מקצועי סביר במסגרת הרפואה הציבורית והפרטית מול מוסד רפואי או איש מקצוע הבריאות (רופא, אחות, מיילדת, מוסד גריאטרי, מרפאת בריאות הנפש וכו').⁴⁰ נציין, כי פרט למקרים המגיעים לטיפול הנציבות

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

³⁹ שם.

⁴⁰ משרד הבריאות, **נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים**, כניסה: 19 במרס 2017; מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

ממינהל רפואה, מאתר האינטרנט של משרד הבריאות עולה כי פניות לגוף זה עשויות להגיע גם מבעלי תפקידים במשטרה ובפרקליטות וכן מהציבור הרחב כאשר הנציב עשוי לפתוח בבירור מקרים בעקבות תביעות אזרחיות ואף בעקבות ידיעות בתקשורת.⁴¹ לדברי משרד הבריאות, **כל התלונות בנושא רשלנות רפואית המתקבלות במשרד הבריאות מאת הגורמים השונים מועברות לטיפול בנציבות הקבילות למקצועות רפואיים.**⁴²

נציין, כי במקביל לבירור שעורך מינהל רפואה בעניין כל דיווח על פטירות ואירועים מיוחדים המתקבל בו, דיווחים אלה מועברים על-ידי המינהל גם לטיפול מערכתי במערך בטיחות הטיפול במשרד הבריאות, שהחל משנת 2011 עוסק בקידום נושא בטיחות הטיפול.⁴³

2.2. נציבות קבילות הציבור למקצועות רפואיים

באתר האינטרנט של משרד הבריאות מצוין כי נציב קבילות הציבור רשאי להפעיל שיקול דעת באשר לדרך בדיקת התלונה, בהתאם לנסיבות המקרה. נציין, כי בסיום עבודתו מעביר הנציב את מסקנות הבדיקה ואת המלצותיו למתלונן, לגורמים הנבדקים, ואם קיימות המלצות מערכתיות ואישיות, הן מועברות גם אל מנכ"ל משרד הבריאות.⁴⁴ להלן נציג את שלבי תהליך טיפול הנציבות בפנייה, כפי שמפורטים באתר האינטרנט של משרד הבריאות:

א. **קבלת פנייה** בכתב, למידתה, בחינתה אם היא נמצאת 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 האמור באתר האינטרנט של משרד הבריאות, האישור על קבלת הפנייה והסבר קצר על מועד משוער למענה יינתן בתוך שבועיים, כאשר משך הטיפול בפנייה משתנה בהתאם לאופי התלונה ובהתאם לצורך להקים ועדת בדיקה,⁴⁵ אודותיה נפרט בהמשך;

ג. **איסוף מידע** המתייחס למקרה (למשל, תיק רפואי) והעברת הפנייה לתגובת הגורם שנגדו הוגשה התלונה (הנילון). במידה שלא התקבלה מהנילון תשובה בזמן סביר (שלא צוין משכו), תישלח אליו תזכורת;

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

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

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

3. **המשך בירור מול הנילון**;

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

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

⁴³ שם.

⁴⁴ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

⁴⁵ שם.



4. קבלת חוות דעת מומחה ;

5. זימון הנילון ו/או הפונה לשיחות הבהרה ;

6. הקמת ועדת בדיקה.

על-פי נהלי משרד הבריאות, מינוי ועדת בדיקה ייעשה, ככלל, לבדיקת האירועים הרפואיים הבאים :

- אירוע חריג⁴⁶ שהסתיים בנזק רפואי חמור⁴⁷ או החזוי להיות חמור למטופל ונראה כי התוצאה למטופל חורגת במידה ניכרת מהתוצאה שהיתה צפויה במהלך הדברים הרגיל במקרה דומה ;
- אירוע בו ברור על פניו שהופרו הנהלים או הנחיות קליניות, גם אם לא נגרם בעטיו נזק ממשי למטופל.

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

על-פי האמור באתר האינטרנט של משרד הבריאות, במקרים בהם מחליט הנציב על מינוי ועדת בדיקה, מועברת הודעה על כך לגורמים הנבדקים.⁴⁹ במסגרת עבודתה ועדת הבדיקה מאתרת מומחים בתחום הרלוונטי, מזמנת עדים (הנפגע, בני משפחתו וכו') ואנשי צוות רפואי ומיידעת את הצדדים לגבי הזכות לייצוג משפטי. השיחות בוועדת הבדיקה נרשמות או מוקלטות בפרוטוקול (אם כי קיים עליהן חיסיון חלקי בהתאם לסעיף 21 לחוק זכויות החולה האמור לעיל). לאחר בחינת הנושא ועדת הבדיקה מוציאה דוח ובו המלצה 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 המשמעתי של משרד הבריאות

במידה ומחליט מנכ"ל משרד הבריאות על הגשת קובלנה בעניין האמור, יעבור התיק לתובעת משרד הבריאות ויידון ביחידת הדין המשמעתי של משרד הבריאות המהווה חלק מהלשכה המשפטית של המשרד ועוסקת בהליכי משמעת נגד כל המקצועות הרפואיים והפרא-רפואיים לפי הוראות החקיקה הרלוונטית של כל מקצוע.⁵² עבירות המשמעת הקבועות בחקיקה הרלוונטית הן : רשלנות חמורה, התנהגות

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

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

⁴⁸ משרד הבריאות, סיכומי דוחות של 100 ועדות בדיקה – הפקת לקחים מאירועים חריגים, נציבות קבילות למקצועות רפואה, אגף שירות, מנהל איכות, שירות ובטיחות, יוני 2016.

⁴⁹ משרד הבריאות, נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים, כניסה : 19 במרס 2017.

⁵⁰ משרד הבריאות, נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים, כניסה : 19 במרס 2017 ; מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

⁵¹ שם.

⁵² משרד הבריאות, יחידת הדין המשמעתי, כניסה : 23 במאי 2017.



שאינה הולמת את המקצוע, הרשעה בעבירה פלילית, קבלת רישיון במצג שווא, התמדת הפרת הוראות חקיקה והפרת הוראות חוק זכויות החולה.⁵³

על-פי האמור באתר האינטרנט של משרד הבריאות, ועדת משמעת שתדון בקובלנה מוקמת על-ידי שר הבריאות ומורכבת משני אנשי מקצוע ועורך דין. נציין כי בדוח מבקר המדינה 62 האמור לעיל, נכתב כי ועדת המשמעת מורכבת מנציגי משרד הבריאות, משרד המשפטים, ההסתדרות הרפואית בישראל מעורכי דין מהלשכה המשפטית במשרד הבריאות.⁵⁴

תפקידה של ועדת המשמעת הוא לשמוע את טיעוני הצדדים לבחון את חומר הראיות ולהכין תשתית עובדתית ונורמטיבית,⁵⁵ והיא מגישה את המלצותיה בעניין אמצעי המשמעת הבאים: **התראה, נזיפה, התלייה או ביטול רישיון.**⁵⁶

הדיונים בפני ועדת המשמעת הם הליכים פומביים, אלא אם הוחלט על סגירת דלתיים מטעמי ביטחון או מוסר.⁵⁷ במהלך הדיון, במסגרתו רשאי הנקבל להיות מיוצג על-ידי עורך דין מטעמו, שומעים חברי ועדת המשמעת את טיעוני הצדדים, בוחנים את חומר הראיות ומעבירים את המלצתם להחלטת שופט, שאליו הואצלו סמכויות שר הבריאות, לקבלת החלטה בקובלנה בהתאם סעיף 41 לפקודת הרופאים [נוסח ישן], התשל"ז-1976. השופט מוסמך לזכות את הרופא, לתת לו עונש של נזיפה, להתרות בו, להתלות את רישיונו עד חמש שנים או לבטל את רישיונו כליל. המלצות ועדת המשמעת מועברות לשר הבריאות, ובסמכותו לאמץ או לדחות אותן.

ניתן לערער על החלטת השופט בבית המשפט המחוזי תוך שלושה חודשים מיום קבלת ההודעה על ההחלטה.⁵⁸

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

בדוח 62 המוזכר לעיל דן מבקר המדינה, בין היתר, במעמדו של נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים. מבקר המדינה ציין כי בבדיקה שערך **נמצא אמנם כי חלקים שונים מפעילות הנציב אכן מוסדרים בדין, בהוראות ובנהלים פנימיים. אולם, לדברי מבקר המדינה מקורות אלה אינם מסדירים את מלוא תחום פעילותו וכי אין בהם הגדרה חוקית באשר לסמכויותיו ולחובותיו של נציב התלונות והן באשר לוועדות הבדיקה שהוא ממנה.**⁵⁹

מבקר המדינה סבר, כי על משרד הבריאות לשקול את הגדרת סמכויות נציב התלונות לזימון עדים או מומחים; להסדיר תקציב ייעודי לפעילות נציב התלונות; ולקבוע אפשרות לערעור על החלטת הנציב בדבר הקמת ועדות בדיקה או בדבר הגשת קובלנה. עוד הציע מבקר המדינה כי משרד הבריאות ומשרד המשפטים יבחנו אם יש מקום להעביר למשרד המשפטים את כלל פעילות נציב הקבילות, את ועדות הבדיקה וכן את הדיון המשמעתי או לחלופין את פעילות נציב הקבילות ואת ועדות הבדיקה בלבד. עוד

⁵³ משרד הבריאות, יחידת הדין המשמעתי, כניסה: 23 במאי 2017.

⁵⁴ משרד מבקר המדינה, דוח 62 לשנת 2011, מאי 2012.

⁵⁵ משרד הבריאות, יחידת הדין המשמעתי, כניסה: 23 במאי 2017.

⁵⁶ שם.

⁵⁷ משרד הבריאות, יחידת הדין המשמעתי, כניסה: 23 במאי 2017.

⁵⁸ משרד הבריאות, יחידת הדין המשמעתי, כניסה: 23 במאי 2017; מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, 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.



הוצע, בין היתר, לבחון את הטענה כי בראש מערכת החקירה (כלומר, בתפקיד נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים) יהיה חייב לעמוד רופא ולשקול לבחור לתפקיד חברי ועדות הבדיקה יועצים רפואיים בגמלאות שאינם מחויבים עוד למוסד רפואי זה או אחר.⁶⁰ נציין, כי בדוח [הערות ראש הממשלה לדוח מבקר המדינה 62 – חלק ראשון](#) שפורסם במאי 2012 מסר משרד הבריאות כי "טיטות ההצעה לאסדרת מעמד הנציב תוגש למנכ"ל [משרד הבריאות] עד ה-30 באפריל 2012" [ההדגשה לא במקור].⁶¹

במענה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת כיצד פעל משרד הבריאות לאור המלצות מבקר המדינה האמורות לעיל, השיב משרד הבריאות כי **תזכיר חוק להסדרת עצמאותו, סמכויותיו ודרכי הפעולה של נציב קבילות הציבור נמצא בשלבי גיבוש מתקדמים**. לדברי המשרד, 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 החייבים בדיווח ועל בדיקת תלונות בגין רשלנות רפואית

בפרק זה ביקשנו לבדוק מהו מספר הדיווחים על מקרים מיוחדים ועל פטירות מיוחדות שהועברו למשרד הבריאות, אל מול מספר התלונות בהם התעורר חשד לרשלנות רפואית שהועברו לטיפול נציבות קבילות הציבור למקצועות רפואיים ואת מספר ההחלטות המשמעתיות שהתקבלו על-ידי יחידת הדין המשמעתית של משרד הבריאות העוסקות ברשלנות רפואית.

על-פי חוזר מינהל רפואה מספר 11/2012 לעניין [חובת הודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים](#) מיום ה-9 במאי 2012 האירועים החייבים בדיווח למשרד הבריאות הם:

- נזק חמור ובלתי הפיך שנגרם למטופל במהלך טיפול רפואי או לאחריו, לרבות פטירה, ושעל-פניו לא ניתן לשייכו למהלך הטבעי/הצפוי של מחלתו;
- השארה בשגגה של גוף זר במהלך ניתוח או פעולה פולשנית; ניתוח מוטעה לרבות של איבר לא נכון או מטופל לא נכון;
- גרימת כוויה מדרגה שנייה או שלישית במהלך ניתוח או פעולה פולשנית;

⁶⁰ שם.

⁶¹ משרד ראש הממשלה, אגף המפקח הכללי לענייני ביקורת המדינה, [הערות ראש הממשלה לדוח מבקר המדינה 62 – חלק ראשון](#), מאי 2012.

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

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



- מתן שגוי של כדוריות דם אדומות, טעות בזיהוי המטופל או טעות בסוגי דם ABO;
- מתן שגוי של תרופה שגרמה למטופל נזק של ממש לרבות פטירה;
- ניסיון התאבדות של מטופל שנעשה תוך כדי אשפוז או בחופשה מאשפוז והסתיים בנזק חמור ובלתי הפיך או בפטירה;
- פטירת אישה במהלך היריון או לידה או בתוך 42 יום ממועד הלידה ופטירה תוך שנה ממועד הלידה אם סיבת הפטירה קשורה להיריון או ללידה;
- פטירה של יילוד (שטרם השתחרר מבית החולים) שנולד החל מהשבוע ה-32, שאיננה כתוצאה ממום מולד;
- התרחשות לגביה החליט מנהל המוסד הרפואי למנות ועדת בדיקה כמשמעותה בסעיף 21 לחוק [זכויות החולה, התשנ"ו-1996](#);
- מקרים בהם מזוהה נזק חוזר למטופלים כתוצאה משימוש בטכנולוגיה רפואית מסוימת (שיטה ניתוחית, גישה ניתוחית, אביזר רפואי וכו').⁶⁴

אירועים נוספים החייבים בדיווח על-פי החוזר האמור הם: נזק חמור שנגרם למטופל או לעובד המוסד הרפואי כתוצאה מתקלה מכשור במהלך טיפול רפואי; נזק חמור ובלתי הפיך שנגרם למטופל בשטח מוסד רפואי כתוצאה ממבנה או תשתיות השייכות למוסד; תקלה או הפסקה בפעילותו של שירות חיוני לתפקודו התקין של מוסד רפואי או חלק ממנו (כולל חשמל, מים וגזרים רפואיים); מצב חירום פנימי או חיצוני במוסד הרפואי המשפיע או העלול להשפיע על תפקודו.⁶⁵

החוזר קובע כי הודעה על אירוע מיוחד תועבר בכתב לראש מנהל רפואה, לממלא מקומו או למי שמונה על-ידו לריכוז הנושא, תוך 24 שעות מעת היוודע קרות האירוע (אם אירע ביום מנוחה או שבתון – תימסר ההודעה תוך 48 שעות). אירוע מיוחד שהסתיים בפטירה/מוות מוחי ידווח גם טלפונית בהקדם האפשרי (ולא יאוחר מ-24 שעות מקרות האירוע) לראש מנהל רפואה או לממלא מקומו.⁶⁶

עוד פורטו בחוזר **פטירות החייבות בדיווח למשרד הבריאות, והן:** פטירה שאירעה תוך 24 שעות מקבלת אדם לאשפוז או למחלקה לרפואה דחופה, פרט לפטירה כתוצאה ממצב סופני של מחלה כרונית, ניונית או אחרת; מי שהובא מת לבית החולים, פרט לפטירה כתוצאה מסיבה חיצונית; פטירה תוך כדי ניתוח או פעולה פולשנית אחרת או תוך שבעה ימים מביצועם, לרבות מקרים בהם שוחרר המטופל לביתו (אם שב לבית החולים או אם נודע לרופא בקהילה דבר הפטירה); פטירה לאחר ניתוח או פעולה פולשנית אחרת

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

⁶⁵ שם.

⁶⁶ שם.



אם המטופל לא התאושש מהם לפני פטירתו; פטירה כתוצאה מניסיון התאבדות שנעשה מחוץ למוסד רפואי; פטירת אדם שגילו מתחת ל-30 שנים, שלא סבל ממחלה כרונית או סופנית.⁶⁷

על-פי החוזר האמור, הודעה על פטירה החייבת בדיווח תימסר למחלקה להערכה באגף להבטחת איכות תוך 14 יום מתאריך הפטירה.⁶⁸ הדיווח יועבר בכתב, ויצורפו אליו המסמכים הבאים: סיכום הפטירה; במקרה של נפטר שטופל במספר מחלקות במהלך האשפוז האחרון וסיכום פטירה אינו משקף את מהלך הטיפול בהן – יש לצרף גם את כל סיכומי ההעברה מהמחלקות השונות; במקרה של פטירה במחלקה לרפואה דחופה, יש לצרף גם את מכתב ההפניה מרופא משפחה ו/או טופס מגן דוד אדום ככל שקיימים.⁶⁹

3.1. פטירות ואירועים מיוחדים החייבים בדיווח

להלן נציג את נתוני משרד הבריאות שהתקבלו במענה על פנייתנו על מספר הדיווחים על פטירות ואירועים מיוחדים שהתקבלו במשרד בין השנים 2005-2016 בהתאם לחוזר. ביחס לחלק מהשנים, מובאים בטבלה גם נתוני משרד הבריאות על אירועים שאינם מחויבים בדיווח לפי החוזר האמור.

טבלה מס' 4: נתוני משרד הבריאות על מספר הדיווחים על פטירות ואירועים המחייבים דיווח, 2016-

2005⁷⁰

שנה	מס' דיווחים על אירועים המחייבים דיווח	מס' דיווחים על אירועים שאינם מחייבים דיווח	מס' דיווחים 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 הדיווחים	3,646	275	56,122

מן הטבלה לעיל עולה, כי בשנים 2005-2016 התקבלו במשרד הבריאות 3,646 דיווחים על אירועים מחייבי דיווח על-פי החוזר האמור לעיל ו-56,122 דיווחים על פטירות מיוחדות כמוגדר בחוזר.

⁶⁷ שם.

⁶⁸ פטירה שנופלת בהגדרה של אירוע, תדווח כאירוע ואין צורך לדווח עליה גם כפטירה. משרד הבריאות, חוזר מינהל הרפואה מס' 11/2012, [חובת ההודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים](#), 9 במאי 2012.

⁶⁹ שם.

⁷⁰ דנה ארד, מרכזת תחום בכירה, בטיחות מטופלים, משרד הבריאות, מכתב, הועבר לידי מרכז המחקר והמידע של הכנסת באמצעות עידיית נדב, רכזת לשכה ב' (משנה למנכ"ל), משרד הבריאות, 22 במרס 2016.



מנתוני משרד הבריאות המובאים בטבלה לעיל עולה כי בשנים 2005-2016 חלה עלייה של למעלה מפי 2.5 במספר הדיווחים על אירועים מיוחדים מחייבי הדיווח שהגיעו למשרד הבריאות, מ-190 דיווחים בשנת 2005 ל-511 דיווחים בשנת 2016. במשרד הבריאות תולים את העלייה האמורה בסיבות הבאות:

- **בשנת 2015 הוקמה מערכת ממוחשבת לדיווח ישיר** על אירועים חריגים ופטירות מיוחדות שלדברי משרד הבריאות מקלה על המוסדות הרפואיים לדווח ומעלה את שיעור הדיווחים. במשרד הבריאות מציינים כי מערכת המידע פעילה החל משנת 2015 ומחוברים אליה מרבית בתי החולים הכלליים וחטיבת הקהילה של כללית שירותי בריאות. במשרד הבריאות ציינו כי הם נמצאים בתהליך של הטמעת המערכת הממוחשבת במוסדות רפואיים נוספים, כגון בתי חולים פסיכיאטריים, גריאטריים וכן בקהילה אך אין בידינו מידע אודות המועד הצפוי לחיבור כלל המוסדות הרפואיים הרלוונטיים למערכת האמורה. באשר למוסדות שעדיין אינם מחוברים למערכת הממוחשבת, ציינו במשרד הבריאות כי הדיווח שלהם נעשה באמצעות טופס מובנה לדיווח על אירועים ופטירות מיוחדות המועבר למשרד הבריאות בעיקר באמצעות הדוא"ל;⁷¹

- **הקמתו של המערך לבטיחות הטיפול במשרד הבריאות** בשנת 2011 שמטרתו לעסוק בקידום נושא בטיחות הטיפול ולהקטין את מספר אירועי הבטיחות באמצעות יצירת תרבות בטיחות במוסדות הרפואיים (כלל בתי החולים והמרפאות בקהילה).⁷² לדברי משרד הבריאות, מערך זה פועל להגברת מודעות המוסדות הרפואיים לתחום בטיחות הטיפול ועידוד דיווח על אירועים חריגים באמצעות, בין היתר, הקמת פורומים של מנהלי סיכונים לשיתוף ידע, הפצת אגרות בטיחות הטיפול המתארות אירועים חריגים, שיפור תהליכי עבודה בעקבות דיווחים על אירועים חריגים והכשרות בתחום בטיחות הטיפול למוסדות הרפואיים;

- **עידוד המערך לבטיחות הטיפול את המוסדות הרפואיים לדווח גם על אירועים שאינם מחייבי דיווח על-פי החוזר האמור** לעיל ועל "כמעט אירועים", כאשר כפי שעולה מהטבלה לעיל ניתן לראות עלייה ניכרת במספר דיווחים אלה מ-10 דיווחים בשנת 2014 ל-159 דיווחים בשנת 2016.⁷³

באשר 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 לכך שהטעמת המערכת הממוחשבת לדיווח על פטירות אילצה את המוסדות הרפואיים לדווח על פטירות העומדות בקריטריונים

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

⁷² מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017); פראס חאיק, עו"ד, רכז בכיר, אירועים מיוחדים, מינהל רפואה, משרד הבריאות, פגישה, 16 במרס 2017; אתר האינטרנט של משרד הבריאות, [מערכת הבטיחות בטיפול](#), כניסה: 6 במרס 2017. באתר האינטרנט של המערך לבטיחות הטיפול במשרד הבריאות מצוין כי פעילות המערך לבטיחות בטיפול היא באמצעות איסוף מידע תוך שיתוף פעולה עם מוסדות הבריאות; איתור הגורמים והסיבות לכשלים; שימוש בממצאים כבסיס לפיתוח תכניות מניעה וקידום בטיחות בהיבט של למידה מאירועים. אתר האינטרנט של משרד הבריאות, [מערכת הבטיחות בטיפול](#), כניסה: 6 במרס 2017. לדברי משרד הבריאות, המערך לבטיחות הטיפול פועל תחת חיסיון ומבצע תהליכי למידה מערכתיים לאומיים לשיפור תהליכי עבודה ומניעת אירועים חריגים.⁷³ 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 כתוצאה ממהלך טבעי במצב החולה או אם הוא אירע בנסיבות מיוחדות הדורשות בירור נרחב יותר. לצד פעילותו השוטפת, המערך לבטיחות בטיפול מקדם גישה פרו-אקטיבית (יזומה), על-פיה נבדקים תהליכים רפואיים כדי לגבש המלצות לשיפור התהליך כך שיהפוך לבטוח יותר. מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרס 2017).

⁷³ שם.



לדיווח ולכן המשרד מקבל דיווחים העומדים בקריטריונים שהוגדרו בחוזר ולא דיווח על כל פטירה שאירעה במוסד רפואי.⁷⁴

נשאלת השאלה מהו היקף הפטירות המיוחסות מכלל הפטירות בישראל בכלל ובבתי החולים בפרט. מנתוני הלמ"ס עולה כי בשנת 2014 אירעו בישראל 42,170 פטירות, כאשר כשני-שלישים מהם (27,919 פטירות) היו בבתי חולים. בהינתן שבשנת 2014 היו 3,055 מקרי פטירה מיוחדים, אזי מדובר בכ-11% מהפטירות בבתי החולים באותה שנה ובכ-7% מכלל הפטירות בישראל באותה השנה.⁷⁵

כמו כן, נשאלת השאלה עד כמה הנתונים על מספר המקרים המיוחדים ומספר הפטירות תואמים את היקף האירועים בפועל. משרד הבריאות מסר למרכז המחקר והמידע של הכנסת כי הוא עוקב אחר מילוי הנהלים המפורטים בחוזר המשרד לעניין חובת הודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים ולדבריו: "הנוהל מחייב את כלל המוסדות הרפואיים בדיווח על אירועים חריגים ופטירות על-פי הקריטריונים המצוינים בחוזר. במהלך השנים אנו רואים עלייה בדיווח אך משערים שיש תת דיווח (הבעיה מוכרת גם בעולם ולא ייחודית לישראל). אין לנו דרך לבדוק האם בתי החולים מדווחים על כלל האירועים שעומדים בקריטריונים"⁷⁶ [ההדגשה לא במקור]. עוד ציינו במשרד הבריאות כי הם מעריכים שככל שהנזק שנגרם הוא חמור יותר כך שיעור הדיווח גבוה יותר ואילו שיעור הדיווח יורד ככל שהתוצאה של הפעולה חמורה פחות.⁷⁷ דהיינו, משרד הבריאות סבור אף הוא כי הנתונים שבידו אינם משקפים את המצב בפועל. לדברי משרד הבריאות, במקרים חמורים בהם לא התקיים דיווח כמתחייב, משרד הבריאות נוקט סנקציות כלפי המוסדות כהתאם לנסיבות,⁷⁸ אך הוא לא ציין מהן הסנקציות.

לדברי משרד הבריאות הוא פועל ליצור תרבות ארגונית המעודדת דיווחים לשם למידה מערכתית, במספר דרכים ובהן: עידוד המוסדות הרפואיים לדווח על אירועים שאינם מחייבי דיווח ועל "כמעט אירועים" ויצירת קשרי עבודה הדוקים ואמון עם יחידות בטיחות במוסדות הרפואיים.⁷⁹ המשרד הוסיף כי עבודת האגף לבטיחות הטיפול נעשית תחת חיסיון של ועדת בקרה ואיכות (על-פי סעיף 22 לחוק זכויות החולה המפורט לעיל) במטרה להפחית מהחשש מהעברת הדיווח למשרד הבריאות או העברת המידע והלמידה הארגונית מאירועים חריגים לגורמים חיצוניים (כגון עורכי דין וכד').

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

כאמור, במקרים בהם מתקבלת החלטה במינהל רפואה במשרד הבריאות שיש צורך בחקירה מעמיקה יותר של המקרה, מועברים פרטיו ממינהל רפואה לנציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים במשרד הבריאות. משרד הבריאות העביר לידינו נתונים על מספר התלונות שהועברו לנציב מגורמים משונים בהן

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 לידינו על-ידי דוד לנדאו, ראש ענף הפצת מידע וקשרי לקוחות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 26 בינואר 2017.

⁷⁶ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרץ 2017).

⁷⁷ שם.

⁷⁸ שם.

⁷⁹ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרץ 2017).



התעורר חשד לרשלנות רפואית וכל על מספר ועדות הבדיקה שהוקמו לצורך בחינת מקרים אלה בשנים 2016-2008.

טבלה מס' 5: מספר התלונות במקרים בהם התעורר חשד לרשלנות רפואית ומספר ועדות הבדיקה

שהוקמו, 2016-2008⁸⁰

שנה	מס' התלונות על מקרים בהם התעורר חשד לרשלנות רפואית	מס' 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%
סה"כ	9,369	320	3.4%

מהטבלה לעיל עולה כי בשנים 2016-2008 (לא כולל שנת 2013) הוגשו לנציבות לקבילות הציבור למקצועות רפואיים במשרד הבריאות למעלה מ-1,000 תלונות בשנה על מקרים בהם התעורר חשד לרשלנות רפואית, ובסך הכל 9,369 תלונות. נזכיר כי בשנים 2016-2008 הוגשו למינהל רפואה במשרד הבריאות 3,007 דיווחים על אירועים המחייבים דיווח ו-40,509 דיווחים על פטירות מיוחדות.

בעוד שבשנים אלה הוגשו 9,369 תלונות על מקרים בהם התעורר חשד לרשלנות רפואית, הוקמו 320 (3.4%) ועדות בדיקה, כלומר רק עבור 2.04% ועד ל-4.4% מכלל התלונות בשנה הוקמה ועדת בדיקה. נציין, כי גם מממצאי מבקר המדינה שהוצגו בדוח 62 עולה, בין היתר, כי אכן רק בחלק מועט ממקרי התלונה מחליט הנציב על מינוי ועדת בדיקה בעניינן שכן מינואר 2009 ועד מחצית 2011 הגיעו לנציב קבילות הציבור 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 המוסדות הרפואיים כאשר במקרים 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 משמעתיים; 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 מבקר המדינה ציין כי עורכי

⁸⁰ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרץ 2017).

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

⁸² שם.



הכנסת

דין פרטיים המומחים בתחום הרשלנות הרפואית מסרו למשרד מבקר המדינה כי בחלק גדול ממקרי הרשלנות מוגשות תביעות אזרחיות ישירות לבתי המשפט ללא תלונה לנציב קבילות הציבור במשרד הבריאות "זאת 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, משך הזמן הממוצע לטיפול בתלונות ציבור המגיעות לנציב קבילות הציבור למקצועות הרפואה עומד על 117 יום (כארבעה חודשים), כאשר החציון עומד על 84 ימים (כחודשיים וחצי). בשנת 2015 משך הטיפול בתלונות אשר הוחלט על בירורן באמצעות ועדות הבדיקה ארך 10 חודשים עד סגירתן.⁸⁴

3.3. נתוני יחידת הדין המשמעתי של משרד הבריאות

אין בידנו מידע בכמה מקרים מתוך 320 ועדות הבדיקה שהוקמו בשנים 2008-2016 לבדיקת תלונות למקרים בהם התעורר חשד לרשלנות רפואית הוחלט על העברת קובלנה ליחידת הדין המשמעתי במשרד הבריאות. לפי דוח מבקר המדינה מינואר 2009 ועד מחצית 2011 מינה הנציב קבילות הציבור 89 ועדות בדיקה שבעקבותיהן הוגשו 64 קובלות לבית הדין למשמעת של משרד הבריאות (72%).⁸⁵

משרד הבריאות העביר לידינו נתונים על מספר ההחלטות המשמעטיות שהתקבלו בשנים 2012-2016 ומתוכן על מספר ההחלטות העוסקות ברשלנות רפואית. בשנים אלה התקבלו 155 החלטות משמעת, כאשר כחמישית מתוכן (32 החלטות) היו בתיקי רשלנות. נציין כי בשנים האמורות (2012-2016) הוקמו 163 ועדות בדיקה לבדיקת תלונות למקרים בהם התעורר חשד לרשלנות רפואית.

⁸³ משרד מבקר המדינה, [דוח 62 לשנת 2011](#), עמ' 260, מאי 2012.

⁸⁴ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, 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.



טבלה מס' 6: נתוני משרד הבריאות על החלטות משמעתיות של יחידת הדין המשמעתי במשרד

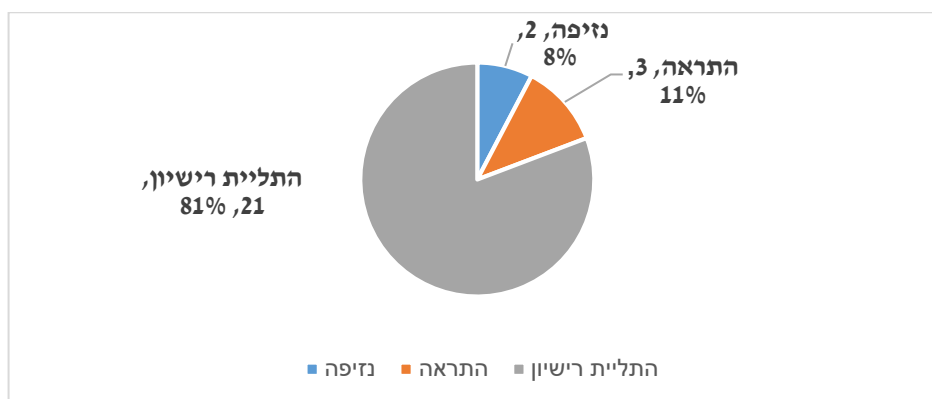
הבריאות לעניין רשלנות רפואית, בפילוח לפי ההחלטה שהתקבלה, 2012-2016⁸⁶

שנה	מס' החלטות משמעתיות לעניין רשלנות רפואית	ההחלטות שהתקבלו				
		נזיפה	התראה	התליית רישיון	ביטול רישיון	זיכוי
2012	10 (הרשעות בשמונה מההחלטות)	1	1	6	-	2
2013	8 (הרשעה בשבע מההחלטות)	-	1	6	-	1
2014	3 (הרשעה בכולן)	-	-	3	-	-
2015	8	-	1	6	-	1
2016	3	1	-	-	-	2
סה"כ	32	2	3	21	-	6

מן הטבלה לעיל עולה כי בשנים 2012-2016, מתוך 32 החלטות בתיקי רשלנות, ב-6 מקרים ניתן זיכוי וב-26 הוטל עונש.

תרשים מס' 1: פילוח החלטות ענישה של יחידת הדין המשמעתי במקרי רשלנות רפואית בשנים

2012-2016⁸⁷



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

⁸⁷ שם.



הכנסת

באף אחת מההחלטות לא בוטל רישיונו של רופא. נציין, כי אין בידינו נתונים אודות משך הטיפול במקרים האמורים על-ידי יחידת הדין המשמעתי של משרד הבריאות ועל משך תקופת התליית הרישיונות. כמו כן, אין בידינו מידע על מספר ההחלטות בהן הוגש ערעור על החלטת יחידת הדין המשמעתי לבית המשפט המחוזי.

*

לסיכום, בשנים 2012-2016 הועברו למשרד הבריאות 2,000 דיווחים על אירועים מחייבי דיווח ו-20,098 דיווחים על פטירות מיוחדות. בשנים אלה הועברו לנציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים לכל הפחות 4,977 (לא כולל שנת 2013) תלונות בהם התעורר חשד לרשלנות רפואית והוא הקים 163 ועדות בדיקה לבדיקת תלונות אלה (3.3% מהתלונות). מספר ההחלטות בעניין רשלנות רפואית שניתנו ביחידת הדין המשמעתי של משרד הבריאות בשנים אלה עמד על 32, כאשר ב-81% מהמקרים הוטלו עונשים. העונש החמור ביותר (שהוטל ב-81% מהמקרים) היה התליית הרישיון.

4. הנטל הכלכלי בגין תביעות רשלנות רפואית כנגד המוסדות הרפואיים הממשלתיים

כאמור, במשרד הבריאות מציינים כי בשנים האחרונות חלה עלייה ניכרת ומתמדת בהיקף הדרישות הכספיות והתביעות כנגד המדינה המוגשות לבתי המשפט ולמבטחים בגין רשלנות רפואית בישראל. לדברי המשרד, העלייה אינה נובעת בהכרח מעלייה במקרי הפגיעה הרפואית בעקבות רשלנות אלא בין השאר מעלייה במודעות הציבור לרשלנות רפואית ובעמידתו על זכויותיו להגיש תביעות, וכן בשל העובדה שבמשך השנים הרחיבה פסיקת בתי המשפט את אחריותם בנזיקין של בעלי מקצועות הרפואה והמוסדות הרפואיים. כמו כן, הגדילה הפסיקה את הפיצויים הנפסקים לטובת הניזוקים וגם הקשתה את ההערכה האקטוארית ואת שמירת הכספים לטווח הארוך כנדרש. לפיכך, מציינים במשרד הבריאות, חלה עלייה ניכרת בהוצאה הלאומית לבריאות עקב הוצאות המוסדות הרפואיים על תביעות בגין רשלנות רפואית.⁸⁸

בהעדר נתונים על היקף מקרי הרשלנות הרפואית במוסדות שאינם ממשלתיים, לא ברור גם מהו סך ההוצאות של מוסדות אלה בגין רשלנות רפואית. באשר למוסדות הממשלתיים, הגורם המעניק כיסוי ביטוחי למוסדות רפואיים אלה בגין רשלנות רפואית הוא הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה המתופעלת על-ידי "ענבל" חברה לביטוח. הכיסוי כולל את אחריותו המקצועית של משרד הבריאות כמפעיל מוסדות בריאות ומספק שירותי בריאות.⁸⁹ במענה על שאלת מרכז המחקר והמידע של הכנסת אם המוסדות הרפואיים השונים מחויבים כיום לבטח את עצמם כנגד רשלנות רפואית השיבו במשרד הבריאות כי **כיום אין חובת ביטוח למוסדות רפואיים, לא במסגרת חקיקה ולא בנהלי משרד הבריאות, אך לכל המוסדות הרפואיים בישראל ישנם הסדרים ביטוחיים בגין רשלנות רפואית.**⁹⁰ ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן: הר"י) הסבירה כי מכוח הסכמים קיבוציים בין הר"י לבין מעסיקים שונים (המדינה, שירותי בריאות כללית, קופת חולים לאומית, הדסה ובית חולים שערי צדק), חלה חובה על המעסיקים לבטח את הרופאים.⁹¹

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

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



כאמור, בין השנים 2005-2015 הוגשו נגד המוסדות הרפואיים הממשלתיים 8,372 תביעות בגין רשלנות רפואית - לא ידוע לנו מהו שיעור התביעות שנסגרו מתוכן ובגין כמה מהתביעות שולם פיצוי. משרד האוצר העביר לידנו נתונים על סך התשלומים ששילמו חברות הביטוח המבטחות בגין רשלנות רפואית עבור המוסדות הרפואיים הממשלתיים בלבד, נתונים הלקוחים ממאגר הנתונים של חברת הביטוח ענבל, באשר לשנים 2005-2015.⁹² להלן נציג את הנתונים על סך התשלומים בפועל באלפי ש"ח בתביעות בגין רשלנות רפואית בשנים 2005-2015 בפילוח לפי סוג מבוטח. נציין, כי לא כל התביעות בהם שולם סכום לתובע הן תביעות בהן התקבל פסק דין, כאשר לדברי משרד האוצר ברוב המקרים מדובר בסכומים ששולמו במסגרת הסכמי פשרה בעקבות התביעות שהוגשו לבתי המשפט.⁹³

טבלה מס' 7: נתוני משרד הבריאות ומשרד האוצר על סך התשלומים (באלפי ₪) בפועל בתביעות בגין

רשלנות רפואית במוסדות בריאות ממשלתיים בשנים 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)	סה"כ
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-הכל	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%

ניתן לראות כי בשנים 2005-2015 שולמו כ-2.32 מיליארד ₪ בגין תביעות רשלנות במוסדות רפואיים ממשלתיים. בפילוח הנתונים לפי סוג המבוטח עולה כי מרבית הסכום האמור שולם בגין תביעות כנגד בתי החולים הכלליים (כ-82% מסך התשלום); כ-15.6% מהסכום שולם בגין תביעות כנגד לשכות הבריאות של משרד הבריאות; כ-1.8% מהסכום שולם בגין תביעות כנגד בתי החולים לבריאות הנפש; כ-0.9% מהסכום שולם בגין תביעות כנגד משרד הבריאות וכ-0.09% מהסכום שולם בגין תביעות כנגד בתי חולים גריאטריים.

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

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

⁹⁴ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרץ 2017); יהלי רוטנברג, סגן בכיר לחשבת הכללית, משרד האוצר, מכתב, 31 בינואר 2017.



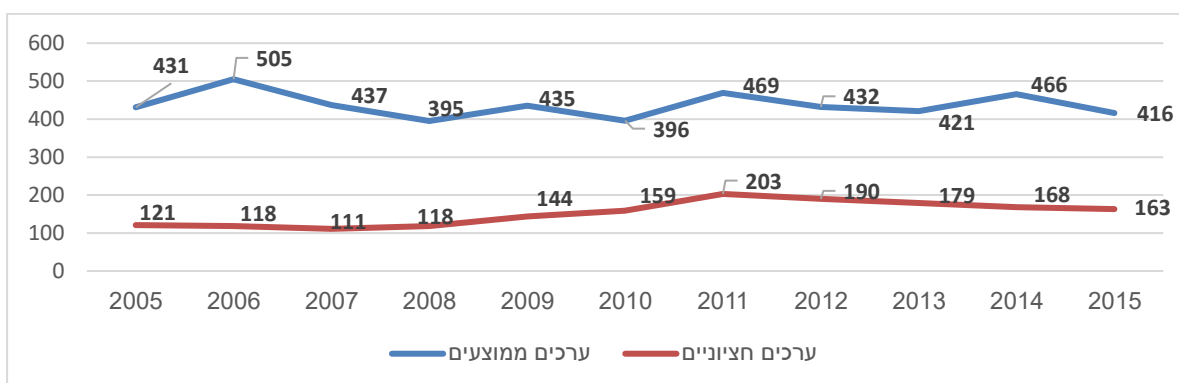
הכנסת

מרכז המחקר והמידע

עוד עולה מנתוני הטבלה לעיל כי ככלל, חלה עלייה של כמעט פי שניים בסך התשלומים עבור תביעות בגין רשלנות רפואית בשנים 2015-2005 מכ-138 מיליון ₪ בשנת 2005 לכ-262 מיליון ₪ בשנת 2015. כאמור, בשנים אלה גדל מספר התביעות מ-597 תביעות בשנת 2015 ל-1,008 תביעות בשנת 2015.

ביקשנו ממשד האוצר גם נתונים על התשלום הממוצע והתשלום החציוני לתביעה בגין רשלנות רפואית נגד מוסדות בריאות ממשלתיים בכל אחת מהשנים 2015-2005, יוצגו להלן:

תרשים מס' 2: נתוני משרד האוצר (באלפי ₪) על התשלום הממוצע והחציוני לתביעה בגין רשלנות רפואית נגד מוסדות בריאות ממשלתיים בתביעות שהתקבלו, 2015-2005⁹⁵



מן התרשים לעיל עולה כי הפיצוי הממוצע לתביעה הגבוה ביותר ששולם היה בשנת 2006 ועמד על 505,000 ₪ ואילו הפיצוי הממוצע הנמוך ביותר היה בשנת 2015 ועמד על 416,000 ₪ לתביעה. באשר לתשלום החציוני, מהתרשים לעיל עולה כי הפיצוי החציוני לתביעה הגבוה ביותר היה בשנת 2011 ועמד על 203,000 ₪ ואילו התשלום החציוני הנמוך ביותר היה בשנת 2007 ועמד על 111,000 ₪.

4.1. הסיבות לעלייה במספר התביעות והשלכותיהן

משרד האוצר מסר למרכז המחקר והמידע של הכנסת כי הנתונים המוצגים לעיל מלמדים על עלייה בכמות התביעות המוגשות כנגד מוסדות ממשלתיים בגין רשלנות רפואית וכתוצאה מכך גם לעלייה בסכום התשלום לכיסוי אותן תביעות.⁹⁶ מבקר המדינה ציין אף הוא כי "עקב השינויים וההחמרה בפסיקת בתי המשפט, הגדלת הפיצויים הנפסקים לניזוקים והעלייה בהיקפי התביעות המוגשות בעקבות מקרי רשלנות רפואית, גדלה ההוצאה הלאומית בגין תביעות רשלנות רפואית של כל מערכת הבריאות".⁹⁷

מהר"י נמסר בנושא זה כי הם עדים בשנים האחרונות לאוכלוסיות חדשות המצטרפות למעגל התובעים, לריבוי תובענות ייצוגיות בתחום הביטוח וכן למצב שבו תביעות רבות מוגשות בפיגור ונמשכות שנים רבות.⁹⁸ נוסף על כך, היווצרות והתפתחות עילת תביעה של פגיעה באוטונומיה של המטופל מביאה אף היא לאפשרויות רבות יותר לתבוע, כמו גם התקדמות הרפואה המודרנית וריבוי בדיקות לגילוי מוקדם ומניעה של מצבי חולי.⁹⁹ מנגד, לדברי לשכת עורכי הדין בדוח מבקר המדינה 62, בחישוב העלייה בעלויות הנובעות

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.

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.



מרשלנות רפואית יש להביא בחשבון גם את גידול האוכלוסין במדינת ישראל וכן את התפתחות דיני הנזיקין ושבירה חלקית של "קשר השתיקה" של הרופאים שהביאו להתפתחות הגשת תביעות בתחום זה, בדומה להתפתחות בתחומי משפט אחרים.¹⁰⁰

עולה השאלה אם ישנם תחומי רפואה שבהם ניתן לראות שיעור גבוה ביחס לתחומים האחרים של תביעות בגין רשלנות רפואית. לדברי משרד הבריאות, **תחומי הרפואה המובילים בתשלומים עבור תביעות בגין רשלנות רפואית הם: ילדות (כולל מיון ילדות); מיון (מיון פנימי, מיון אורתופדי, מיון כירורגי ומיון ילדים); נירוכירורגיה; כירורגיה כללית; פנימית; אורתופדיה; לשכות בריאות (מעקבי היריון).**¹⁰¹ נציין כי אין בידי מרכז המחקר והמידע של הכנסת נתונים אודות חלקם של כל אחד מהתחומים המוזכרים לעיל מכלל התשלומים בגין תביעות רשלנות רפואית או אם סדר הצגת התחומים לעיל מציג תחומים לפי מדרג מסוים או שמא מדובר ברשימה כללית.

בהתייחס לשאלה האמורה ציינו בהר"י כי המקצועות הרפואיים הבולטים בהם ישנו סיכון גבוה יותר לרופא לעמוד בתני תביעת רשלנות רפואית הם מיילדות וגניקולוגיה וגנטיקה רפואית. לדברי הר"י, מקצועות אלה עוסקים לרוב במקרים רפואיים הנוגעים לטרומ-לידה וללידה, כאשר בשנים האחרונות חלה עלייה משמעותית בתביעות של ילודים שנפגעו בלידתם ובסכומי הפיצויים שנפסקים במקרים שבהם נמצא שהתרחשה רשלנות רפואית. לדברי הר"י, היותם של מקצועות אלה בסיכון מוגבר גורמת להתרחקות של רופאים מעיסוק בהם או לעיסוק בתת-תחומים שאינם נוגעים ישירות ללידה בתוך אותם מקצועות.¹⁰² כמו-כן, הדבר מגביר את השימוש ברפואה מתגוננת. נציין כי במענה על פנייתנו ללשכת עורכי הדין בשאלה אם ניתן לזהות תחומי רפואה מסוימים שבהם יש נטייה לתביעות רבות יותר בגין רשלנות השיבו בלשכה כי אין ביכולתם להצביע על תחומים מסוימים, שכן מדובר בתביעות מגוונות.¹⁰³

5. מודל הפיצוי בגין פגיעה כתוצאה מטיפול רפואי המונהג בדנמרק

המרכז למחקר משפטי עולמי (Global Legal Research Center) של הספרייה למשפט של הקונגרס האמריקאי (The Law Library of Congress) ערך סקירה של ההסדרים המקובלים לעניין הנשיאה באחריות במקרים של רשלנות רפואית בקנדה, באנגליה, בוויילס, בגרמניה ובהודו (מדינות המספקות לתושביהן מערכת בריאות הממומנת באופן ציבורי) וממנה עלה כי התביעות לעניין רשלנות רפואית הן בדרך כלל תביעות נזיקין כנגד הגורם המטפל בגין הזנחה או בגין רשלנות (negligence) או תביעות כנגד מוסד רפואי.¹⁰⁴ לפי גישת דיני הנזיקין הנהוגה במדינות אלה, כמו גם בישראל, על-מנת שיינתן פיצוי למטופל הטוען כי נפגע בגין הליך רפואי עליו להוכיח כי הגורם שטיפל בו הוא הנושא באחריות לפגיעה שנגרמה לו.¹⁰⁵

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

¹⁰¹ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 19 בינואר 2017 (התקבל במרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-2 במרץ 2017).

¹⁰³ דנית בוסקילה, מנהלת יחידת קשרי ממשלה, לשכת עורכי הדין, 30 באפריל 2017.

¹⁰⁴ 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](#).

¹⁰⁵ ברוך לוי, גישת "אין עוולה (No-Fault) במדינות העולם, 2013. הועבר לידי מרכז המחקר והמידע של הכנסת על-ידי חן שמילו, עו"ד, ראש תחום מדיניות ציבורית, ההסתדרות הרפואית בישראל, 1 בפברואר 2017.



מודל חלופי לגישת דיני הנזיקין הוא מודל ה"אין עוולה" (no fault) המקובל, בין היתר, במדינות הסקנדינביות.¹⁰⁶ בעוד שבגישת דיני הנזיקין (tort law) על המטופל להוכיח כי הגורם המטפל הוא האשם או הנושא באחריות לפגיעה שנגרמה לו, לפי גישת ה"אין עוולה", מתן הפיצוי איננו תלוי בהוכחת אשמה או רשלנות מצד המטפל, אלא בהוכחה מספקת של קשר סיבתי בין הטיפול הרפואי שעבר המטופל לבין הפגיעה שהוא סובל ממנה.¹⁰⁷

בהר"י ציינו בפנינו כבר בכנסת ה-18 נעשה ניסיון לקדם את מנגנון ה"אין עוולה" בישראל, שהר"י סבורה שיסייע להתמודד עם התרחקות של רופאים ממקצועות מסויימים ועם השימוש ברפואה מתגוננת בשל החשש מתביעות רשלנות רפואית. הצעת חוק לפיצוי לפגועים מלידתם, התש"ע-2010 של חברי הכנסת מאיר שטרית, זאב אלקין, אברהם מיכאלי, חיים כץ וחברי כנסת נוספים, עברה בקריאה טרומית ועיקריה היו: פיצוי ילודים הסובלים ממום מולד גם כשלא התרחשה כל רשלנות; הגבלת הפיצויים שייפסקו בגין נזקים לילדים; מינוי ועדה רפואית לפיצוי פגועים מלידתם שתקבע את זכאותו של המבקש וכן, בין היתר, את גובה הפיצוי; הקמת קרן לפיצוי פגועים מלידתם; ייחוד עילה – מי שיש לו עילת תביעה לפי חוק זה יתבע לפיו בלבד ולא תהא לו תביעה לפי דין אחר.¹⁰⁸ בהר"י ציינו כי הליך החקיקה לא התקדם בשל בחירות מוקדמות והר"י פועלת בימים אלה לקידומה של הצעת החוק מול משרדי הממשלה הרלוונטיים שכן לדבריה זהו צעד מתבקש וחיוני בתחום זה.¹⁰⁹

בפרק זה נציג את עיקרי המודל "אין עוולה" המונהג בין היתר בדנמרק, כאשר בחרנו להתמקד במדינה זו בשל המידע המקוון הרב המצוי על כך כמו גם בשל העובדה שמדינה זו מוצגת פעמים רבות בפרסומים בנושא רשלנות רפואית כמי שמייצגת מודל זה.

5.1. המסגרת החוקית המסדירה את מודל הפיצויים בדנמרק

עד לשנת 1992, מטופלים שהיו מעוניינים לתבוע פיצוי בגין פגיעה שנגרמה להם במסגרת טיפול רפואי במערכת הבריאות בדנמרק, הממומנת ברובה באופן ציבורי,¹¹⁰ נדרשו להוכיח בערכאות משפטיות כי הפגיעה שממנה הם סובלים נגרמה בשל טעות שביצע גורם רפואי שטיפל בהם. כפי שעולה מהספרות המקצועית, בשל הקושי הכרוך בהוכחת התרחשותה של **טעות שבוצעה בידי צוות רפואי** (error by a health care professional) ובכדי להקל על מטופלים שנפגעו לקבל פיצוי, הוחלט בדנמרק על כינונו של מודל פיצוי ציבורי לפיו **אין חובה להוכיח התרחשותה של טעות, אלא לשם קבלת פיצוי מספיק קיומו של קשר בין הפגיעה (injury) לבין הטיפול או הבדיקות שעבר המטופל (the injury may have occurred)**

¹⁰⁶ M. Erichsen, [The Danish patient Insurance System](#), Med Law, 2001; 20(3):355-369.

¹⁰⁷ שם.

¹⁰⁸ הצעת חוק פיצוי לפגועים מלידתם, התש"ע-2010 (18/2516/פ).

¹⁰⁹ חן שמילר, עו"ד, ראש תחום מדיניות ציבורית, ההסתדרות הרפואית בישראל, מכתב, 1 בפברואר 2017.

¹¹⁰ כ-85% מהמימון מקורו בכספי המיסים וכ-15% מקורם בתשלומים פרטיים (out of pocket) של מטופלים בעיקר בגין רכישת תרופות ושירותי רפואת שיניים.

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



במסגרת מודל זה, אין המטופל נדרש לנהל את תביעתו במסגרת בית משפט או להיות מיוצג בידי עורך דין.¹¹²

המודל האמור עוגן בחוק הדני לעניין פיצויים (the Patient Compensation Act) שנכנס לתוקפו בשנת 1992 ובמהלך השנים הורחבה החקיקה לעניין פיצוי מטופלים בדנמרק כך שמשנת 2004 היא מתייחסת כמעט לכל תחומי הפעילות של מערכת הבריאות הציבורית והפרטית, ובהם: 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 ופודיאטרים (רופאי כף הרגל), אחיות, מיילדות, תזונאיות קליניות, טכנאי מעבדות רפואיות ובעלי מקצועות נוספים בתחום הרפואה. כיום, מקובצים החוקים האמורים לעניין פיצוי מטופלים 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).¹¹³

5.1.1. ההתאחדות הדנית לפיצוי מטופלים (Patienterstatningen)

לשם יישום מודל פיצוי זה הוקמה בדנמרק בשנת 1992 ההתאחדות הדנית לפיצוי מטופלים (the Danish Patient Compensation Association - Patienterstatningen) (להלן: ההתאחדות).¹¹⁴ על-פי האמור באתר האינטרנט של ההתאחדות, מדובר בגוף עצמאי, המנוהל על-ידי מועצה בת שבעה חברים: אחד מחברי המועצה מתמנה על-ידי שר הבריאות והמניעה (the Minister of Health and Prevention) והיתר מתמנים על-ידי הרשויות האזוריות (regions authorities). תפקיד חברי הוועדה להבטיח כי עבודת ההתאחדות נעשית באופן ראוי ואילו הניהול היומיומי של ההתאחדות נעשה על-ידי עובדי המחלקה אדמיניסטרטיבית,¹¹⁵ שעל-פי נתוני אתר האינטרנט של גוף זה מספרם עומד על כ-200 איש.¹¹⁶

¹¹¹ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [What is an Injury](#), accessed on May 24th, 2017; [No Fault Compensation for treatment injuries in Danish Public Hospitals 2006-2012](#), J. Tilma, M. Norgaard, K.L. Mikkelsen, S. P. Johnsen, International Journal for Quality in Health Care, December 2015.

¹¹² The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [History](#), accessed on April 9th, 2017.

¹¹³ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [History](#), accessed on April 9th, 2017; [Existing data sources for clinical epidemiology: the Danish Patient Compensation Association database](#), J. Tilma, M. Norgaard, K.L., Mikkelesen, S.P. Johnsen, US National Library of Medicine, National Institutes of Health, 2015; [No-Fault compensation for treatment injuries in Danish Public Hospitals, 2006-2012](#), J. Tilma, M. Norgaard, K.L., Mikkelesen, S.P. Johnsen, International Journal for Quality in Health Care, 2016, 28(1), 81-85.

¹¹⁴ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [History](#), accessed on April 9th, 2017.

¹¹⁵ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [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 האחראיות, בין היתר, לשירותי הבריאות הלאומיים, שירותי רווחה ופיתוח אזורי. [Statistical Yearbook 2016](#), June 2016, Statistics Denmark.

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



ההתאחדות היא הגורם המרכזי במערכת פיצוי המטופלים שנפגעו במהלך טיפול רפואי שמטרתו להבטיח מתן פיצוי לנפגעים, כאשר במסגרת עבודתה, היא אינה עוסקת בבחינת התנהלותו המקצועית של גורם רפואי זה או אחר, אלא בהערכת הפגיעה עצמה והזכאות לפיצויים בגינה.¹¹⁷ מטרות ההתאחדות, כפי שפורסמו בשנת 2008, הן בין היתר: ניהול יעיל ומקצועי של תביעות הפיצויים; שירות למטופלים ולאנשי צוות רפואי; והבטחה כי פציעות הרשומות במערכת ההתאחדות יישמשו למניעת פגיעות בעתיד.¹¹⁸ חזון ההתאחדות, כפי מופיע באתר האינטרנט של גוף זה כולל: להוות המומחה המוביל בדנמרק לפיצוי מטופלים בגין פגיעה; לעבוד בשיתוף פעולה עם מומחים בתחום הרפואה; לקצר את זמן הטיפול בפניות באופן מיטבי באמצעות ייעול תהליך הטיפול בבקשות, ניהול ודיגיטציה; חתירה לכך ש מטופלים ובעלי מקצועות הרפואה ידווחו על התרחשות כלל הפגיעות שבגינן ניתן לקבל פיצוי; להוות שותף פעיל בתחומי הפיצוי ומניעת פגיעה.¹¹⁹

מן האמור באתר האינטרנט של ההתאחדות הדנית לפיצוי מטופלים ניתן ללמוד כי סוגי הפגיעות שבגין התרחשותן במהלך טיפול ניתן לתבוע פיצוי הן: **פגיעות שנגרמו בגין טיפול רפואי, בדיקה רפואית או היעדר טיפול;**¹²⁰ **פגיעות שנגרמו בשל תופעות לוואי חמורות של תרופות המאושרות לשיווק בדנמרק ושניתנו למטופל בבית מרקחת, על-ידי רופא, בית חולים או רופא שיניים או שנקנו בחנות מורשת לממכר תרופות ללא מרשם.**¹²¹ כמו-כן, מתייחסת החקיקה הדנית באשר לזכויותיהם לפיצוי של המשתתפים בניסויים קליניים ותורמי דם ואיברים ומפרטת את התנאים לקבלתם.¹²² ההתאחדות תפצה את המטופל אם הפגיעה שהתרחשה עומדת באחד מהתנאים הבאים: אם מומחה רפואי מנוסה היה פועל באותה סיטואציה באופן אחר ("עקרון המומחה" – the specialist rule); אם הסיבוכים הקיימים הם מאוד חריגים וחמורים ביחס לטיפול שניתן לאדם בגין המחלה ממנו הוא סובל, וחורגים ממה שניתן לצפות שאדם יוכל לשאת ("עקרון ההוגנות" – the fairness rule); אם היה כשל בצידוד רפואי; אם ניתן היה למנוע את הפגיעה באמצעות שימוש בשיטה, טכניקה או טיפול מקביל אחר.¹²³

יצוין, כי במסגרת ההתאחדות לא ניתן לתבוע פיצויים בשל פגיעה נפשית על רקע שימוש בתרופות. כמו-כן, לא ניתן לקבל פיצוי בשל הסבל והצער שנגרם בשל אבדן בן משפחה בשל פגיעה במהלך טיפול

¹¹⁷ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Have you sustained injury following treatment or medication?](#) 2016, retrieved on April 9th, 2017.

במידה ויש למטופל תלונה כנגד גורם רפואי, עליו ליצור קשר עם רשות בטיחות המטופל (the Patient Safety Authority) המחליטים אם יש לבקר את הטיפול שניתן.

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

¹¹⁸ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Mission and Vision](#), accessed on April 20th, 2017.

¹¹⁹ שם.

¹²⁰ ייתכן מתן פיצוי גם בשל אבחון לקוי או השהיית טיפול, אך זה גם במקרים שבהם האבחון הלקוי הוביל לפגיעה.

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

¹²¹ נציין, כי מקרים בהם לא יינתן פיצוי בהקשר זה הם: מקרים בהם מקורה של הפגיעה הוא במחלה עצמה; הסיבה לפגיעה היא שהתרופה לא הביאה לתוצאה הרצויה; אם לתרופה היו תופעות לוואי נפשיות; מקרים בהם מחלה מסכנת חיים טופלה באמצעות תרופה הידועה בתופעות הלוואי החמורות שלה.

¹²² The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Patient Injuries](#), accessed on April 9th, 2017.

¹²³ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Assessment of your Case](#), accessed on April 9th, 2017; The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Have you sustained injury following treatment or medication?](#) 2016, retrieved on April 9th, 2017.



רפואי.¹²⁴ נוסף על כך, מערכת הפיצויים האמורה אינה כוללת טיפולים המבוצעים על-ידי מטופלים מחוץ לגבולות דנמרק שלא בהפניית הרופא המטפל בהם (כלומר, ביוזמה פרטית); טיפולים המבוצעים בגרינלנד; טיפולים שבוצעו באי פארו לפני שנת 2012 ובמקרים נוספים.¹²⁵ נציין, כי לגבי מקרי פגיעה שהרקע להם אינו נכלל בחקיקה האמורה, מציינים באתר האינטרנט של ההתאחדות כי יש באפשרות הנפגע לתבוע פיצויים על-פי חוק הנזיקין הכללי (the general law of tort).¹²⁶

פגיעות החל מה-1 בינואר 2008 הופכות לבטלות (statute-barred) שלוש שנים לאחר שנודע למטופל על כך שנפגע.¹²⁷ מעלון מידע של ההתאחדות אודות האפשרות לקבל פיצויים בגין פגיעה במהלך טיפול רפואי עולה כי על המטופל להגיש את תביעתו לפיצויים בתוך שלוש שנים מרגע שבו גילה על התרחשותה ובתוך 10 שנים מיום התרחשותה. פיצויים על פגיעה במסגרת טיפול רפואי יינתנו רק עבור פגיעות שהפיצוי בגינם עולה על 10,000 קרונות דניות¹²⁸ (כ-5,300 ₪) ואילו פיצויים על פגיעה בין טיפול תרופתי מסתכמים ב-3,000 קרונות (כ-1,620 ₪).¹²⁹ זאת, לדברי חוקרים, כדי להתמקד בפיצוי בגין מקרי הפגיעה הרציניים יותר.¹³⁰ נציין, כי סכומי הפיצוי (פרט לריבית שסכומי הפיצוי מניבים) אינם חייבים במס, פרט לפיצוי בגין אבדן הכנסות.¹³¹

5.1.2. אופן הגשת התביעה להתאחדות הדנית לפיצוי מטופלים

על מטופלים המעוניינים בפיצוי עקב מקרה שאירע להם במהלך טיפול רפואי למלא טופס תביעה ולהעבירו לידי ההתאחדות בפקס או באופן מקוון בדואר אלקטרוני.¹³² נציין בהקשר זה, כי מעלון מידע של ההתאחדות לעניין קבלת פיצויים בשל פגיעה במהלך טיפול רפואי אף עולה כי בעלי מקצועות הרפואה מחויבים ליידע את המטופל על עצם קיומה של ההתאחדות במידה והם סבורים שבמטופל נפגע באופן העשוי לזכות אותו בקבלת פיצויים וכן לסייע לו להגיש את תביעתו אם יש בכך צורך.¹³³

אין בידינו נתונים על תקציב ההתאחדות. עם זאת, כפי שעולה מאתר האינטרנט של גוף זה, פעילות ההתאחדות ממומנת מתקציב ציבורי, ועל-כן אין הפונים אליה נדרשים להוצאות כלשהן בהקשר להגשת

¹²⁴ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Have you sustained injury following treatment or medication?](#) 2016, retrieved on April 9th, 2017.

¹²⁵ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Areas of Coverage](#), accessed on April 9th, 2017. שם.

¹²⁷ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [FAQ for Patients](#), accessed on May 24th, 2017.

¹²⁸ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Have you sustained injury following treatment or medication?](#) 2016, retrieved on April 9th, 2017.

¹²⁹ חישוב על-פי שער הקרונה הדנית שעמד, נכון ל-28 באפריל 2017, על 0.5296 ₪. בנק ישראל, [שערי חליפין יציגים](#), כניסה: 30 באפריל 2017.

¹³⁰ [Existing data sources for clinical epidemiology: the Danish Patient Compensation Association database](#), J.Tilma, M. Norgaard, K.L., Mikkelesen, S.P. Johnsen, US National Library of Medicine, National Institutes of Health, 2015; [No-Fault compensation for treatment injuries in Danish Public Hospitals, 2006-2012](#), J.Tilma, M. Norgaard, K.L., Mikkelesen, S.P. Johnsen, International Journal for Quality in Health Care, 2016, 28(1), 81-85.

¹³¹ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [FAQ for Patients](#), accessed on May 24th, 2017. לטופס התביעה ראו נספח מס' 1 למסמך זה.

¹³³ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Have you sustained injury following treatment or medication?](#) 2016, retrieved on April 9th, 2017.



התביעה. כמו כן, כל מי שמטופל במערכת הבריאות הפרטית או הציבורית בדנמרק הוא בעל זכות לקבל פיצוי, ¹³⁴ ואין הם נדרשים לייצג את תביעתם באמצעות עורך דין. ¹³⁵

עם קבלת התביעה מהפונה, ההתאחדות בוחנת אותה כדי לוודא שיש בידיה את כל המידע הדרוש ולאחר מכן שולחת את התביעה לתגובת הגורם או המקום שבו אירעה הפגיעה (בית חולים, רופא וכד'). בעקבות כך על הגורם האמור למלא דוח אודות האירוע ולשלוח להתאחדות את הרישום הרפואי (journal material). ¹³⁶ קבלת החומרים האמורים בהתאחדות אורכת בין חודש לחודשיים ואז נשלחים לתובע העתק מהדוח שהתקבל בהתאחדות וניתנת לו אפשרות להעיר את הערותיו. עם השלמת תהליך זה עובר העיסוק במקרה לעורכי הדין של ההתאחדות הבוחנים אם אכן חלה פגיעה והאם התנאים להענקת הפיצויים התמלאו. המקרה יידון, בדרך כלל, במסגרת "פגישת רופא" (doctor meeting) במסגרתה דנים רופא ועורכי הדין המטפלים במקרה בתביעה כאשר לעיתים יבקש הרופא מסמכים נוספים לבחינת המקרה, כגון הצהרת רופא וכו'. ¹³⁷ נציין, כי כפי שעולה מאתר האינטרנט של ההתאחדות, על הרופאים הדנים בתביעות חל איסור לטפל במקרים שהתרחשו במקום בו הם מועסקים או הועסקו בעת התרחשותם כאשר במידה ויתברר כי כלל זה הופר, התיק ייפתח ויידון מחדש. ¹³⁸

על-פי האמור באתר האינטרנט של ההתאחדות, משך הטיפול הממוצע בתביעות הוא כשבעה חודשים מרגע קבלת התביעה ועד לקבלת החלטה בעניינה. במידה והוחלט כי התובע זכאי לפיצויים, חישוב גובה הפיצוי ייעשה בהתאם לחוק הדני לעניין האחריות לפיצויים (the Danish Liability for Damages Act). ¹³⁹ ככלל, ניתן לפצות בגין המקרים הבאים: הוצאות עבור בריאות ואבדן אחר; אבדן הכנסה, כאב וסבל; פגיעה קבועה; אבדן כושר עבודה ועוד. ¹⁴⁰

במקרים בהם הפגיעה אירעה בהקשר לטיפול שניתן על-ידי שירותי הבריאות הלאומיים הדניים, הפיצויים ישולמו על-ידי האזורים (regions) ועל-ידי חברות הביטוח שבהם מבוטחות ספקיות הבריאות הפרטיות. במקרים של פגיעה בעקבות שימוש בתרופה, הגורם האחראי על תשלום הפיצויים יהיה משרד הבריאות. פיצויים בגין טיפול במסגרות פרטיות מחוץ לשירותי הבריאות הלאומיים ממומנים באמצעות חברות הביטוח 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. ¹⁴¹

¹³⁴ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [FAQ for Patients](#), accessed on May 24th, 2017. ¹³⁵ שם.

¹³⁶ במידה והמטופל טופל בכמה מסגרות, המידע ייאסף מכולם.

¹³⁷ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Processing of your Case](#), accessed on April 9th, 2017.

¹³⁸ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [FAQ for Patients](#), accessed on May 24th, 2017.

¹³⁹ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Processing of your Case](#), accessed on April 9th, 2017.

¹⁴⁰ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Have you sustained injury following treatment or medication?](#) 2016, retrieved on April 9th, 2017.

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



במקרה והתובע אינו שבע רצון מהכרעת ההתאחדות בעניינו, יש באפשרותו לעתור למועצת הערעורים לעניין פיצויים (the Patient Compensation Appeals Board) שבכוחה להעלות את סכום הפיצויים שנקבע, להפחית ממנו או אף לבטל אותו כליל.¹⁴² מועצה זו מתמנה על-ידי שר הבריאות. יו"ר המועצה וסגניו, המתמנים על-ידי שר הפנים והבריאות הם שופטים ויתר חברי המועצה מתמנים על-ידי גופים שונים, ובהם: המועצה הלאומית לבריאות, ההתאחדות הדנית לביטוח, לשכת עורכי הדין הדנית, המועצה לצרכנות וגורמים נוספים.¹⁴³

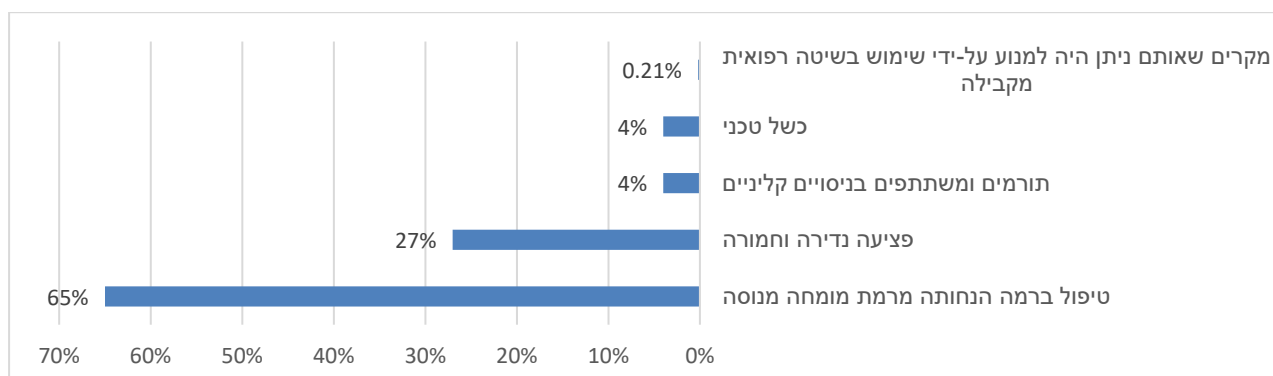
5.1.3. נתונים על תביעות שנדונו על-ידי ההתאחדות הדנית לפיצוי מטופלים

מנתוני מאגר המידע של ההתאחדות שפורסמו במסגרת מחקר בנושא [Existing data sources for clinical epidemiology: the Danish Patient Compensation Association database](#) של קבוצת חוקרים בשנת 2015 עולה כי בין השנים 1996-2013 חלה עלייה בהיקף התביעות המוגשות להתאחדות מכ- 2,000 תביעות בשנת 1996 לקרוב ל-10,000 תביעות בשנת 2013 (אוכלוסיית דנמרק מונה כ-5.7 מיליון תושבים).¹⁴⁴ באשר לשיעור התביעות בהן ניתן פיצוי, ניתן ללמוד מן המאמר האמור עולה כי מתוך 9,628 תביעות לפיצויים שהוגשו להתאחדות בשנת 2012, אושרו 33.1% תביעות. גובה הפיצוי שניתן בגין התביעות שאושרו בשנת 2012 עמד על כ-144 מיליון דולר אמריקני.¹⁴⁵

מן המאמר האמור לעיל ניתן ללמוד על התפלגות התביעות שאושרו בשנה האמורה על-ידי ההתאחדות לפי עילות:

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

2012¹⁴⁶



¹⁴² שם.

¹⁴³ The Patient Compensation Association (Patienterstatningen), [Danish Act of the Right to Complain and Receive Compensation within the Health Service](#), accessed on May 24th, 2017.

¹⁴⁴ [Statistical Yearbook 2016](#), June 2016, Statistics Denmark.

¹⁴⁵ [Existing data sources for clinical epidemiology: the Danish Patient Compensation Association database](#), J.Tilma, M. Norgaard, K.L., Mikkelesen, S.P. Johnsen, US National Library of Medicine, National Institutes of Health, 2015; [No-Fault compensation for treatment injuries in Danish Public Hospitals, 2006-2012](#), J.Tilma, M. Norgaard, K.L., Mikkelesen, S.P. Johnsen, International Journal for Quality in Health Care, 2016, 28(1), 81-85.

¹⁴⁶ שם.



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

כאמור, מאגר הנתונים של ההתאחדות כולל מידע אודות היקף התביעות בלבד, ועל-כן אין להסיק מנתונים אלה על סך מספר מקרי הפגיעה של מטופלים במסגרת טיפול רפואי המתרחשים בדנמרק.

חשוב לציין כי אין בידינו מידע כיצד מיושם מודל זה בפועל, ובתוך כך למשל מיקומו ותפקידו בתוך מארג הגופים האחראיים לטיפול בתלונות מטופלים והפקת לקחים, המידה שבה מקל הסדר זה על הגשת תביעה בגין פגיעה במהלך הליך רפואי ומנגיש את המענה לציבור המטופלים, והמידה שבה מצליח גוף זה להוות מענה עבור קהל הפונים אליו.

