



המוסד לביטוח לאומי  
הלשכה הרפואית

# תדריך לרופא נפגעי עבודה

ינואר 2010



ג' שבט תש"ע  
18 ינואר 2010

## פתח דבר

הצורך בתדריך מפורט בנפגעי עבודה הורגש כבר מזה זמן רב.

נדרשו עבודת צוות מאומצת והשקעה רבה בזמן כדי להכין תדריך מפורט, מדויק ומלא, כפי שמופיע כאן לפניכם.

תדריך זה אמור לשמש בסיס:

1. לעבודת הרופא המוסמך בנפגעי עבודה וכלי בעבודתו היומיומית.
2. להביא לאחידות בעבודת הרופאים בסניפים השונים ובגישתם לבעיות רפואיות שונות.
3. לשמש מקור לתשובות ולבעיות שמתעוררות תוך כדי עבודה בשטח.
4. לשמש נוהל עבודה לרופאי המוסד בנפגעי עבודה.

התדריך כולל חוזרים ונהלים שהוצאו במשך הזמן, ויתעדכן אחת לשנה.

תדריך זה הוא פרי עמלם של הרופאים ופקידים שניאותו לתרום מזמנם ומניסיונם. ברצוני להודות לד"ר יחזקאל שמש, ד"ר אלכס בורובסקי, ד"ר משה פרלמוטר וד"ר מתי וקסלר וכמו כן לגבי' יעל גולן ולמר דוד אמסלם.

הערותיכם והארותיכם יתקבלו בשמחה לקראת המהדורה הבאה.

בברכת יישר כח לעוסקים בהכנת התדריך ובהוצאתו לאור, ובברכת עבודה פורייה ומקצועית לרופאים העובדים בשטח.

**ב ב ר כ ה ,**

**ד"ר מריו סקולסקי  
המנהל הרפואי**



תוכן העניינים

7	.....	הקדמה
8	.....	1. המוסד לביטוח לאומי
8	.....	1.1 כללי
8	.....	1.1.1 גמלאות המוסד לביטוח לאומי
9	.....	1.1.2 מקורות ההכנסה של המוסד לביטוח לאומי
9	.....	1.1.3 ענפי הביטוח הסוציאלי שעליהם מופקד המוסד לביטוח לאומי
10	.....	1.1.4 חוקים והסכמים סוציאליים שהמוסד לביטוח לאומי אחראי לביצועם
11	.....	1.2 ביטוח נפגעי עבודה: הגדרות
11	.....	1.2.1 מי מבוטח
11	.....	1.2.2 מקור המימון: דמי ביטוח
11	.....	1.2.3 השתתפות אוצר המדינה
11	.....	1.2.4 פגיעה בעבודה
12	.....	1.2.5 תנאי הזכאות
13	.....	1.3 גמלת נפגעי עבודה: הגדרות
13	.....	1.3.1 טיפול רפואי
13	.....	1.3.2 דמי פגיעה
13	.....	1.3.3 גמלאות נכות מעבודה
14	.....	1.3.4 גמלאות תלויים בנפגעי עבודה
15	.....	2. רופאים בביטוח נפגעי עבודה
15	.....	2.1 סוגי הרופאים ודרך העסקתם
15	.....	2.1.1 רופא המוסד (רופא מוסמך)
15	.....	2.1.2 יועץ רפואי הנותן חוות דעת לעניין הקשר הסיבתי
15	.....	2.1.3 פוסק רפואי
15	.....	2.1.4 חבר ועדה רפואית לעררים
16	.....	2.2 תפקידי הרופאים וסמכויותיהם
16	.....	2.2.1 רופא המוסד (רופא מוסמך)
16	.....	2.2.2 יועץ רפואי הנותן חוות דעת לעניין הקשר הסיבתי
16	.....	2.2.3 פוסק רפואי
17	.....	2.2.4 חבר ועדה רפואית לעררים
17	.....	2.2.5 יועץ רפואי הנותן חוות דעת לוועדה רפואית
18	.....	2.3 ניגודי עניינים בתפקידי רופאים
18	.....	2.3.1 ניגוד עניינים בין גמלאות-העל: גמלאות נכות וגמלאות נפגעי עבודה
19	.....	2.3.2 ניגודי עניינים בתוך גמלאות נפגעי עבודה
19	.....	2.3.3 ניגודי עניינים בתוך תחום נפגעי עבודה או פעולות איבה
20	.....	2.3.4 ניגוד עניינים של רופא המוסד
21	.....	2.4 קליטת רופאים חדשים ותהליכי הכשרה
21	.....	2.4.1 רופאי המוסד (רופאים מוסמכים)
23	.....	2.4.2 פוסקים רפואיים בנפגעי עבודה וחברי ועדות רפואיות לעררים
25	.....	2.5 אופני העסקת רופא מוסמך בנפגעי עבודה
25	.....	2.5.1 רופא בתקן
26	.....	2.5.2 רופא בהסכם
27	.....	3. הנחיות לרופא המוסד בנפגעי עבודה
27	.....	3.1 הגדרות של פגיעות בעבודה עם הרחבות והסברים
27	.....	3.1.1 פגיעה בעבודה
27	.....	3.1.2 תאונת עבודה (סעיף 79 לחוק)
27	.....	3.1.3 מחלת מקצוע (סעיף 85 לחוק)
27	.....	3.1.4 פגיעות אחרות הקשורות לעבודה
28	.....	3.1.5 אסירי ציון
28	.....	3.1.6 בקע מפשעתי (סעיף 84 לחוק)
29	.....	3.1.7 תאונות עבודה כתוצאה מדקירת עובדים במהלך עבודתם: חיסון סביל להפטיטיס B
30	.....	3.2 הגדרת דמי פגיעה
31	.....	3.3 ייעוץ רופא המוסד בענף נפגעי עבודה
31	.....	3.3.1 ייעוץ בתיק דמי תביעה
31	.....	שאלות לדוגמה מפקיד התביעות:
37	.....	3.3.2 ייעוץ לעניין אסירי ציון



37	3.3.3 ייעוץ לעניין נפגעי איבה
37	3.3.4 בדיקת תיקים בביקורת תקופתית
37	3.3.5 ייעוץ למחלקה משפטית
38	3.3.6 ייעוץ למחלקת השיקום
39	3.3.7 היוונים
41	3.3.8 אופן הפניית התיקים למשרד הראשי וללשכה הרפואית
41	3.3.9 ייעוץ למחלקות אחרות
41	3.3.10 תקנה 22
41	3.3.11 השתתפות בפורום הסניפי
42	<b>4. ועדות רפואיות</b>
42	<b>4.1 הקדמה</b>
43	<b>4.2 הכנת תיק לוועדה רפואית (טופס 200)</b>
44	<b>4.3 מסלול ירוק: טיפול מהיר בתביעות של נפגעי עבודה קשים ועובדים זרים</b>
45	<b>4.4 קביעת מורכבות תיק</b>
45	4.4.1 מספר תיקים לוועדה (מורכבות)
46	4.4.2 מספר ועדות לרופא
47	<b>4.5 הזמנת בדיקות עזר בשלב הוועדות הרפואיות</b>
48	<b>4.6 סמכויותיה וחובותיה של הוועדה הרפואית</b>
48	4.6.1 נקודות חשובות בדיון הוועדה
49	4.6.2 קביעת דרגת נכות זמנית
49	4.6.3 קביעת דרגת נכות יציבה
50	4.6.4 הזמנת בדיקות וחוות דעת לאחר ועדה רפואית
50	4.6.5 ייזום מקדמות לנפגעי עבודה
51	<b>4.7 מעמד החלטת ביניים של ועדה רפואית בקביעת דרגת הנכות הסופית</b>
52	<b>4.8 קביעת דרגת נכות על ידי ועדה רפואית (תקנה 11)</b>
52	4.8.1 חישוב דרגת נכות
52	4.8.2 התאמה למבחנים
53	4.8.3 קביעת דרגת נכות למס הכנסה
54	<b>4.9 צירוף דרגות נכות (תקנה 12)</b>
55	<b>4.10 קביעת דרגת נכות מותאמת (תקנה 14ב)</b>
55	4.10.1 הקדמה
55	4.10.2 תקנה 14 והתיקון לתקנה ב-9.05
57	<b>4.11 הגדלת דרגת הנכות (תקנה 15)</b>
59	<b>4.12 נכות מיוחדת (תקנה 16)</b>
60	<b>4.13 קביעה מחודשת של דרגת נכות (תקנה 17)</b>
61	<b>4.14 קביעת דרגת נכות של נכה נזקק (תקנה 18א)</b>
61	<b>4.15 דיון בהחמרת מצב (תקנה 36)</b>
61	4.15.1 החמרת נכות רפואית המזכה בקצבה
62	4.15.2 החמרה בדרגת נכות המזכה במענק
62	4.15.3 המצבים שבהם תוגש בקשה לדיון מחודש לפי תקנה 36
63	4.15.4 תחומים הדורשים תשומת לב מיוחדת בתקנה 36
63	4.15.5 מועד תחילת הנכות
63	4.15.6 סיכום
65	<b>4.16 תקנה 37</b>
65	4.16.1 דיון מחודש על פי תקנה 37
66	4.16.2 מקרים שבהם נפתח תיק לפי תקנה 37
66	4.16.3 מקרים שבהם לא נפתח תיק לדיון לפי תקנה 37
67	<b>4.17 בקרה על החלטת הוועדה הרפואית (טופס בל/3413)</b>
67	4.17.1 ביטול בקרת תקינות בהחלטת ביניים
67	4.17.2 חוות דעת יועץ לוועדה
67	4.17.3 ועדת רשות
68	<b>4.18 הגשת ערר</b>
68	4.18.1 עלות לערר
68	4.18.2 דוגמה לנימוקי ערר
69	4.18.3 ערר של המוסד לטובת המבוטח
69	4.18.4 מועד הגשת ערר
70	<b>4.19 ועדות רפואיות: כללי</b>
70	4.19.1 נוהל עבודת הוועדה ומילוי פרוטוקול



70	4.19.2 נוכחות זרים בישיבת הוועדה
70	4.19.3 תיקון טעות סופר בהחלטה
70	4.19.4 אירוע חריג בזמן ישיבת ועדה
71	4.19.5 מסירת הפרוטוקולים
71	4.19.6 הליך הטיפול בעת גילוי מעשה הונאה או חשד למעשה כזה
71	4.19.7 דחייה בשל אי-התייצבות
72	4.19.8 מינוי מקבל גמלה
72	4.19.9 חובת דיווח למרב"ד (מכון רפואי לבטיחות בדרכים)
75	4.19.10 כיסוי הוצאות נסיעה למוזמנים לוועדות רפואיות או לבדיקות רפואיות
76	<b>5. ועדות ערר וערר לבית הדין</b>
76	5.1 דגשים לעבודות הוועדה, סמכויותיה ותפקידיה
77	5.2 הזמנת בדיקות וחוות דעת לאחר ועדה רפואית
78	5.3 ערעור על החלטת ועדה לעררים
79	5.4 בית הדין לעבודה
79	5.4.1 ערעור לבית הדין לעבודה
79	5.4.2 ערעור על החלטת פקיד תביעות
80	<b>6. ועדות מס הכנסה</b>
80	6.1 החלטות הוועדות הרפואיות
81	6.2 קבלת פטור עקב נכות רפואית
82	6.3 קביעת דרגת נכות מכוח תקנות מס הכנסה
83	6.4 פגימות מרובות בגפיים
83	דוגמה:
84	6.5 מחלת פרקינסון
86	6.6 הערות כלליות
87	6.7 עיגול אחוזי נכות והפעלת תקנה 14
87	6.7.1 עיגול אחוזי נכות
87	6.7.2 תקנה 14 (בעקבות תיקון התקנה לנפגעי עבודה)
88	<b>6.8 השתלת איברים</b>
88	6.8.1 השתלת איברים: התאמת סעיפי ליקוי
88	6.8.2 השתלת כליה
88	6.8.3 השתלת לב
88	6.8.4 השתלת ריאות
88	6.8.5 השתלת לבלב
89	6.8.6 השתלת כבד
89	6.8.7 השתלת מח עצם (מתורם זר)
89	6.8.8 השתלת מח עצם עצמונית (שאינה דורשת טיפול מונע דחייה)
90	<b>6.9 גידול סרטני</b>
90	6.9.1 קביעת דרגת הנכות הרפואית במקרים של גידול סרטני
90	6.9.2 תאריך תחולה
92	<b>6.10 יתר לחץ דם</b>
93	<b>6.11 מצבים פתולוגיים מעבדתיים</b>
94	<b>7. הנחיות רפואיות לקביעת דמי פגיעה בוועדות רפואיות</b>
94	<b>7.1 דמי פגיעה לנפגעי עבודה</b>
94	7.1.1 מיקרוטראומה לפגיעות בגב תחתון (פסק דין יוסף עובדיה)
96	7.1.2 מיקרוטראומה מעבודה פיזית קשה (פסק דין אלי שבח)
97	7.1.3 אורתופדיה: תסמונת התעלה הקרפלית (CTS)
99	7.1.4 אורתופדיה: אפיקונדליטיס (Tennis Elbow)
99	7.1.5 אורתופדיה: כאב בגב התחתון
101	7.1.6 אונקולוגיה: גידולי עור
102	7.1.7 אונקולוגיה: לימפומה עקב פגיעה בעבודה
103	7.1.8 אף, אוזן וגרון: נזק שמיעה וטנטון כמחלת מקצוע
115	7.1.9 עיניים: היפרדות גוף זגוגי אחורי (PVD)
115	7.1.10 עיניים: היפרדות רשתית
120	7.1.11 שיניים: טיפול רפואי בשיניים שנפגעו בתאונת עבודה
120	7.1.12 אירוע לבבי או מוחי
121	7.1.13 קרדיולוגיה
127	7.1.14 נירולוגיה: פרקינסון



127	7.1.15 כירורגיה : בקעים
129	7.1.16 כירורגיה וסקולרית : דליות ועמידה ממושכת
129	7.1.17 מחלות מקצוע
<b>140</b>	<b>7.2 הנחיות לוועדות רפואיות לעניין נפגעי עבודה</b>
140	7.2.1 פסיכיאטריה : הערכת נכות נפשית
141	7.2.2 אורתופדיה : הערכה תפקודית של מפרק הקרסול
141	7.2.3 אורתופדיה : שבר בעצם הרדיוס והגבלה בתנועות שורש כף יד
141	7.2.4 אורתופדיה : שבר בגוף חוליה ותסמונת דיסק
142	7.2.5 עיניים : פגיעה בעין והוצאת גוף זר (סעיף 54)
142	7.2.6 עיניים : קביעת נכות בחולי סוכרת
142	7.2.7 נזירומה
<b>144</b>	<b>8. מיחשוב וסיסמאות</b>
<b>145</b>	<b>9. נספחים</b>
<b>145</b>	<b>9.1 עשרה טיפים לרופא המוסד</b>
<b>146</b>	<b>9.2 עובד ישראלי בחו"ל או עובד זר ותאונה בעבודה</b>
146	9.2.1 עובד ישראלי בחו"ל
146	9.2.2 עובדים זרים
<b>147</b>	<b>9.3 קבלת רופא לתפקידי חבר או פוסק בוועדות</b>
<b>148</b>	<b>9.4 עדכון לבקרת ועדות מחודש נובמבר 2007</b>
<b>149</b>	<b>9.5 רשימת מחלות המקצוע : תוספת שנייה (תקנות 44 ו-45)</b>
<b>151</b>	<b>9.6 תרשימי זרימה</b>
<b>161</b>	<b>9.7 טפסים</b>
161	9.7.1 גיליון רפואי
164	9.7.2 כתב מינוי לוועדה רפואית
165	9.7.3 טופס הכנה לוועדה רפואית
166	9.7.4 בקרת תקינות ועדה
168	9.7.5 הכללת התיק הרפואי
169	9.7.6 תביעה להכרה בליקוי שמיעה
171	9.7.7 תביעה לדמי תאונה
172	9.7.8 טופס הכנה לתקנה 36
173	9.7.9 תקנה 37
174	9.7.10 רשימת יועצים חלקית
175	9.7.11 טופס עזר לקצבה מיוחדת
175	9.7.12 פנייה לרופא משפחה לעניין קצבה מיוחדת
178	9.7.13 טופס הודעה על פי סעיף 12 לפקודת התעבורה (נוסח חדש)
<b>179</b>	<b>10. פסקי דין, מקורות ואינדקס</b>
<b>179</b>	<b>10.1 פסקי דין</b>
180	10.1.1 פסק דין יוסף עובדיה (עב"ל 338/96) - מיקרוטראומה
180	10.1.2 פסק דין אלי שבח (עב"ל 1012/00) - הוכחת תשתית עובדתית למיקרוטראומה
184	10.1.3 בג"צ כנפי - פתיחת תיק לפי תקנה 36 אחרי היוון
185	10.1.4 אירוע לבבי - אירוע חריג וקשר סיבתי
188	10.1.5 פסק דין רמי אמירי - נזקי שמיעה וטנטון
191	10.1.6 פסקי דין בעניין קשר סיבתי בין דלקות גידים לעבודה
191	10.1.7 פסק דין לעניין בקע מפשעתי ומאמץ לא רגיל
191	10.1.8 פסק דין לעניין סוכרת כפגיעה בעבודה
191	10.1.9 פסק דין לעניין אירוע מוחי ופגיעה בעבודה
191	10.1.10 פסק דין בג"ץ 4690/97 - התפתחות דיכאון על רקע קשיים כלכליים והקשר לעבודה
<b>192</b>	<b>10.2 מקורות מידע</b>
192	10.2.1 ספרי רפואה ורפואה תעסוקתית וחבורות הדרכה
192	10.2.2 ספרי חוק ומאמרים בנושא חוק בארץ ובחו"ל
192	10.2.3 דיסקים להדרכה
192	10.2.4 אתרים רפואיים רלוונטיים
193	10.2.5 אתרים משפטיים רלוונטיים
193	10.2.6 מילונים רפואיים



## הקדמה

מדינת ישראל היא מדינת רווחה המחויבת לרווחת אזרחיה. חוקי הביטוח הלאומי מיועדים ליישם חלק ממחויבות זו, ומטרתם להבטיח הכנסה בסיסית ושירותי רווחה אישיים למגוון אוכלוסיות: זקנים, שאירים, ילדים, מובטלים, נכים, נפגעי פעולות איבה, עולים חדשים, יחידים ומשפחות חסרות הכנסה.

בשנים האחרונות התחוללו שינויים חוקתיים, חברתיים, תרבותיים וכלכליים בצד תמורות במבחר תחומי הרפואה, ובכלל זה התקדמות באבחון, בטיפול ובריפוי. כל אלה מחייבים שינוי גם בהתנהלותו של הרופא המוסמך במסגרת עבודתו בטיפול בנכויות.

### מטרת התדריך

התדריך מיועד לכלל הרופאים המוסמכים בתחום נפגעי עבודה, ובייחוד לרופאים חדשים הנקלטים לעבודה במוסד בתחום זה. על רופאים חדשים לשלב את הקריאה בתדריך עם תקופת הדרכה והתנסות פעילה בפיקוח של רופא מוסמך ומנוסה.

מטרת התדריך למסד תהליכי עבודה של הרופא בתחום נפגעי עבודה, ומוצגים בו קווים מנחים למסגרת העבודה. התדריך יהיה דינמי ויעודכן מעת לעת בליווי רישום של מועד העדכון.

התדריך מציע מידע על תהליכים בתחום נפגעי עבודה בכלל, וכן היבטים מנהליים ומקצועיים בעבודת הרופא המוסמך בתחום. להלן פירוט הנושאים שבהם יעסוק התדריך:

- הסבר על ייעודו ותפקידו של המוסד לביטוח לאומי.
- הגדרת תפקידים.
- מידע בדבר השינויים והתמורות שחלו בשנים האחרונות בחוק ובתקנות.
- קביעת כללים אחידים בעבודה ובסמכויות של הרופא במוסד לביטוח לאומי.
- עדכון ההנחיות וההוראות של המשרד הראשי.
- עדכון ההנחיות של הלשכה הרפואית.
- קביעת נוהלי עבודה אחידים וברורים.
- רשימת מחלות המקצוע.

התדריך הוא פרי שיתוף פעולה בין צוות המשרד הראשי של המוסד לביטוח לאומי ובין מחלקת נפגעי עבודה בסניפים כפר סבא ויפו.



## 1. המוסד לביטוח לאומי

### 1.1 כללי

המוסד לביטוח לאומי הוא תאגיד הפועל על פי חוק, נתון לפיקוחו של שר הרווחה והשירותים החברתיים ועומד לביקורת של מבקר המדינה. השר ממונה על ביצוע חוק הביטוח הלאומי, מוסמך להתקין תקנות על פיו ועומד בראש מועצת הביטוח הלאומי.

חוק הביטוח הלאומי התקבל בכנסת בנובמבר 1953 ונכנס לתוקפו ביום 1 באפריל 1954. מטרתו הייתה מלחמה בעוני ובמחסור ודאגה לרמת חיים הוגנת לכל אזרחי המדינה. החוק נחקק כמכשיר מרכזי לצמצום הפערים הכלכליים בישראל ולהבטחת הגנה כלכלית לכל תושב ומשפחה בעת מצוקה זמנית או מתמשכת. הוא הופעל בתחילה לשלושה ענפי ביטוח (אימהות, נפגעי עבודה וזקנה ושאיירים), וכעבור זמן הורחב לענפי ביטוח נוספים.

מערכת הביטוח הלאומי גובה דמי ביטוח מכלל הציבור ומשלמת גמלאות לזכאים בכפוף למבחנים הקבועים בחוק. כך היא מעבירה למעשה הכנסות מקבוצות מבוססות מבחינה כלכלית לקבוצות חלשות ופגיעות (חמישית מהאוכלוסייה בעלת ההכנסה הנמוכה ביותר משלמת 5%-6% מסך דמי הביטוח ומקבלת כ-40% מכלל הגמלאות). המוסד לביטוח לאומי משמש אפוא מכשיר לחלוקה מחודשת של חלק מההכנסה הלאומית לפי קריטריונים סוציאליים.

אחת הדרכים למימון הגמלאות היא גביית דמי ביטוח מציבור המבוטחים, ובעיקר מעובדים שכירים, עובדים עצמאים וממי שמוגדרים "לא עובד ולא עובד עצמאי". אלה הן גמלאות גבייתיות. נוסף על כך, הביטוח הלאומי משלם גמלאות לא גבייתיות שרובן ממומנות על ידי אוצר המדינה.

#### 1.1.1 גמלאות המוסד לביטוח לאומי

את גמלאות המוסד לביטוח לאומי אפשר לחלק לשש קבוצות עיקריות, לפי האוכלוסייה המקבלת אותן. קבוצות האוכלוסייה נבדלות זו מזו במצבן הכלכלי ובזיקתן לשוק העבודה.

- א. גמלאות זמניות – למבוטחים הנמצאים בהליך הערכת נכות צמיתה.
- ב. גמלאות ארוכות מועד – למבוטחים שיצאו ממעגל העבודה מטעמי גיל, התאלמנות, נכות או אובדן כושר השתכרות מעבודה (חלקי או מלא). הגמלאות העיקריות בקבוצה זו הן זקנה ושאיירים ונכות כללית, והן חלק מהמערך הפנסיוני למי שפרש ממעגל העבודה.
- ג. גמלאות מחליפות שכר – למבוטחים בגיל העבודה ובעלי כושר עבודה שבשל סיבות זמניות אינם יכולים להפיק הכנסה מעבודה וזקוקים להגנה זמנית על רמת חייהם. גמלאות אלו משולמות לפרק זמן מוגבל לנשים בחופשת לידה, לנעדרים מעבודתם מחמת פגיעה בעבודה ולמובטלים שאיבדו את מקום עבודתם, וכן למשרתים במילואים.





- ד. גמלה להבטחת הכנסת מינימום לקיום – למשפחות החסרות מקורות הכנסה או שהכנסתן (כולל קצבת ביטוח לאומי) נמוכה מאוד מטעמי זקנה, התאלמנות, טיפול בילדים קטנים, מחלה, נכות, אי-תעסוקה או שכר נמוך.
- ה. קצבאות ילדים – למשפחות עם ילדים, בבחינת השלמה להכנסתן הכלכלית, כתחליף לזיכויים ולניכויים שהיו נהוגים במערכת המס עד לרפורמה במס הישיר בשנת 1975.
- ו. גמלאות שיקום וקימום – תכניות שיקום, קימום ועזרה בניהול אורח חיים תקין לנכים, לאלמנות ולקשישים סיעודיים. התכניות כוללות גמלאות המיועדות לסייע בתפקוד היומיומי או בתשלום בעבור עזרה הנדרשת לניהול אורח חיים תקין. כמו כן, קיימות תכניות שיקום המיועדות לסייע בשיקום המקצועי של נכים ואלמנות באמצעות אבחון מקצועי של הפוטנציאל שלהם להשתקם והפנייתם למסגרות שיקום מתאימות בשוק החופשי והמוגן. בין התכניות גם שירות ייעוץ לקשיש, מפעלים מיוחדים וניסיוניים בתחום שירותי הקהילה, ופיתוח שירותים לנכים וקשישים סיעודיים.

### 1.1.2 מקורות ההכנסה של המוסד לביטוח לאומי

- א. גביית דמי ביטוח
- ב. השתתפות הממשלה
- ג. הכנסות מהשקעות (ריבית)

מערכת גביית דמי הביטוח מבוססת על העיקרון שבעת פעילות כלכלית מפריש המבוטח חלק מהכנסתו כדמי ביטוח, ומכוח תשלומים אלה הוא קונה את הזכות לקבל גמלאות שיחליפו את שכרו בשעה שיימצא במצבים המוגדרים בחוק.

### 1.1.3 ענפי הביטוח הסוציאלי שעליהם מופקד המוסד לביטוח לאומי

- א. ביטוח אימהות
- ב. ביטוח ילדים
- ג. תגמולים למתנדבים
- ד. ביטוח נפגעי עבודה
- ה. ביטוח נפגעי תאונות
- ו. ביטוח נפגעי פעולות איבה
- ז. ביטוח אבטלה
- ח. ביטוח זכויות עובדים בפשיטת רגל ופירוק תאגידים
- ט. ביטוח סיעוד



י. ביטוח זקנה וביטוח שאירים

#### 1.1.4 חוקים והסכמים סוציאליים שהמוסד לביטוח לאומי אחראי לביצועם

חוק הביטוח הלאומי \* חוק הבטחת הכנסה \* חוק מזונות (הבטחת תשלום) \* חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה \* הסכם בדבר תשלומי קצבאות זקנה ושאירים למי שאינם מבוטחים לפי החוק (כגון עולים חדשים) \* הסכם בדבר ניידות \* הסכם בדבר תגמולים לאסירי ציון ובני משפחותיהם של הרוגי מלכות \* הסכם בדבר תגמולים לחסידי אומות העולם ותשלומים לפי אמנות בינלאומיות עם מדינות אחרות \* חוק ביטוח בריאות ממלכתי (משנת 1995)

חוקים והסכמים אלה אינם גבייתיים, והוצאותיהם על תקציב המדינה. מקצתם, למשל חוק הבטחת הכנסה וחוק המזונות, מותנים בזכאות לקצבה במבחן הכנסות.

לשם הקיצור, המוסד לביטוח לאומי ייקרא להלן המוסד.



## 1.2 ביטוח נפגעי עבודה: הגדרות

### 1.2.1 מי מבוטח

- עובד - למעט שוטר, סוהר ועובד שירות ביטחון
- עובד עצמאי:

- מי שמצוי בהכשרה מקצועית או בשיקום מקצועי
- אסיר או עציר
- מי ששכרו נקבע על פי חוק
- מי שמתאמן לפי חוק שירות עבודה בשעת חירום

### 1.2.2 מקור המימון: דמי ביטוח

שיעור מופחת	שיעור מלא	
אינו משלם	אינו משלם	עובד שכיר
0.54%	0.61%	מעסיק
0.39%	0.68%	עובד עצמאי
אינו משלם	אינו משלם	לא עובד ולא עובד עצמאי
0.03%	0.03%	אוצר המדינה בעבור עובד שכיר
0.03%	0.03%	אוצר המדינה בעבור עובד עצמאי

### 1.2.3 השתתפות אוצר המדינה

מימון השלמת הכנסה לנכים ולתלויים לפי חוק הבטחת הכנסה.

### 1.2.4 פגיעה בעבודה

- א. פגיעה בעבודה** תאונת עבודה או מחלת מקצוע.
- ב. תאונת עבודה** תאונה שאירעה תוך כדי העבודה ועקב העבודה, אצל מעבידו של הנפגע או מטעמו, ובעובד עצמאי תוך כדי עיסוקו במשלח ידו ועקב עיסוקו במשלח ידו.
- ג. מחלת מקצוע** מחלה שנקבעה כמחלת מקצוע בתקנות לפי סעיף 85 והנפגע חלה בה, בהיותה קבועה כמחלת מקצוע, עקב עבודתו אצל



מעבידו או מטעמו, ובעובד עצמאי עקב עיסוקו במשלח ידו.

ד. תלויים

גמלה (קצבה חודשית או מענק חד-פעמי) לבני משפחתו (אלמן/ה, ידוע/ה בציבור, יתומים, הורים ובני משפחה אחרים בנסיבות מיוחדות) של המבוטח בביטוח נפגעי עבודה, אשר נפטר כתוצאה מפגיעה בעבודה.

## 1.2.5 תנאי הזכאות

לדמי פגיעה

המבוטח נפגע **בתאונת עבודה** או חלה **במחלת מקצוע** וכתוצאה מכך אינו מסוגל לעבוד בעבודתו, ואף לא בעבודה מתאימה אחרת, ולא עבד למעשה.

לגמלת נכות מעבודה (קצבה ומענק)

המבוטח הוכר כנכה כתוצאה **מהפגיעה בעבודה**.

לגמלת תלויים (קצבה ומענק)

בני משפחה המוגדרים תלויים:

**לקצבה** - אלמן, שיש עמו ילד או שאינו מסוגל לכלכל את עצמו או שהכנסתו אינה עולה על הסכום שנקבע; אלמנה שמלאו לה 40 שנה, או שיש עמה ילד, או שאינה מסוגלת לכלכל את עצמה.

**למענק** - אלמן כהגדרתו לעיל ואלמנה שאינם זכאים לקצבה.

למענק עקב פטירה שלא כתוצאה מהפגיעה

בן/בת זוג וילדו של נכה שנפטר שלא כתוצאה מהפגיעה בעבודה, אם דרגת נכותו מעבודה הייתה 50% או יותר במשך 36 החודשים שקדמו לפטירה, ושבתקופה זו הוא קיבל קצבת נכות מהעבודה.

מבחן הכנסות - הכנסתו הממוצעת של בן/בת זוג של הנכה בשנה שלפני פטירת הנכה לא עלתה על סכום השווה לפעמיים השכר הממוצע במשק.

לשיקום מקצועי

מבוטח שנקבעה לו דרגת נכות בת 10% ויותר **ועקב הפגיעה בעבודה** אינו מסוגל לעסוק בעבודתו הקודמת או בעבודה מתאימה אחרת, והוא זקוק ומתאים לשיקום מקצועי.

תשלום דמי ביטוח (לעובד עצמאי בלבד)

חוב בדמי ביטוח שולל את הזכאות או מקטין את שיעור הגמלה הכספית, לפי גובה החוב ומשך הפיגור. עובד עצמאי שאינו רשום בעת הפגיעה כעובד עצמאי אינו זכאי לגמלה.



### 1.3 גמלת נפגעי עבודה: הגדרות

#### 1.3.1 טיפול רפואי

ריפוי, החלמה ושיקום רפואי באמצעות קופות החולים (לא כן הדבר בנפגעי פעולות איבה, שאצלם השיקום ניתן ישירות על ידי המוסד).

#### 1.3.2 דמי פגיעה

תשלום בגין תקופת אי-כושר לעבודה כתוצאה מפגיעה מרבית של 13 שבועות ממחרת יום הפגיעה, המחושב לפני ימים על בסיס 75% מהשכר החייב בדמי ביטוח ברבע השנה שלפני הפגיעה בניכוי מס הכנסה, דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות. סכום דמי הפגיעה ליום מוגבל במקסימום (אפשר לשלם דמי פגיעה חלקיים לפי כללים שנקבעים בחוק).

בעד שני הימים הראשונים שלאחר יום הפגיעה לא משולמים דמי פגיעה, אלא אם כן הנפגע לא היה מסוגל לעבוד 12 יום לפחות.

בעד 12 ימי הזכאות הראשונים, דמי הפגיעה המגיעים לעובד השכיר אינם ממומנים על ידי המוסד אלא על ידי המעביד. בפועל המוסד משלם ישירות לעובד השכיר וגובה את התשלום מהמעביד. עובד עצמאי אינו זכאי לדמי פגיעה בעד 12 הימים הראשונים, התשלום מופחת ב-4%.

#### 1.3.3 גמלאות נכות מעבודה

##### א. קצבת נכות מעבודה ותשלום בתקופת הנכות הזמנית

לנכים שדרגת נכותם היציבה 20% ויותר (5% לדרגת נכות זמנית) - קצבה חודשית לפי דרגת נכות רפואית בשיעור יחסי לשכר ולדרגת הנכות. הקצבה מתעדכנת ב-1 בינואר לפי **הסכום הבסיסי**.

##### ב. מענק נכות מעבודה

לנכים שדרגת נכותם היציבה 10% עד פחות מ-20% מענק בסכום השווה ל-43 קצבאות חודשיות. סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי תוקן (עד 30.6.2003 חושב המענק לפי קצבה 70X, ומ-1.7.2003 מחושב המענק לפי קצבה 43X).

##### ג. קצבה מיוחדת

לנכים שדרגת נכותם 75% ויותר, וכן לנכים עם קשיי הליכה שדרגת נכותם 65%-74% - סיוע כספי להחזקה אישית ולנסיעות עד למקסימום הקבוע בחוק.

##### ד. מענק מיוחד

לנכים שדרגת נכותם 75% ויותר, וכן לנכים עם קשיי הליכה שדרגת נכותם 65%-74% - סיוע לרכישת רכב (בתנאים מיוחדים), וכן סיוע בפתרון בעיות דיור ורכישת אביזרים מיוחדים הנובעים מהנכות.

מענק בגובה 60% מקצבת הנכות המלאה כפול 36. המענק המשולם בשני תשלומים.

##### ה. מענק עקב פטירה שלא כתוצאה מהפגיעה



## 1. שיקום מקצועי

סיוע לשם אבחון והכוונה מקצועית, תשלום דמי שיקום בתקופת הלימודים (כהשלמה לקצבת נכות), וכן כיסוי הוצאות הקשורות בלימודים, כגון הוצאות נסיעה, שכר לימוד וחומרי לימוד. במקרים מיוחדים ניתן גם מענק לרכישת מכשירי עבודה.

### 1.3.4 גמלאות תלויים בנפגעי עבודה

#### א. קצבת תלויים

מ-40% עד 100%, לפי מספר הילדים, מהקצבה המלאה שהייתה מגיעה למבוטח אילו היה נכה שדרגת נכותו 100%. הקצבה מתעדכנת בכל עת שמתעדכן הסכום הבסיסי. למקבלי קצבת תלויים מעוטי הכנסה ניתנת השלמת הכנסה כמוסבר בפרק הבטחת הכנסה.

#### ב. מענק תלויים

לאלמנה שאין עמה ילדים ושטרם מלאו לה 40 שנה בעת פטירת המבוטח - מענק בשווי 36 חודשי קצבת תלויים.

#### ג. מענק נישואין

לאלמן/ה שנישאה - מענק בשווי 36 קצבאות חודשיות המשולם בשני שיעורים: הראשון לאחר יום הנישואין, והשני כעבור שנתיים מיום הנישואין (הזכות לגמלת תלויים פוקעת).

#### ד. שיקום מקצועי

לימודי הכשרה מקצועית, תשלום דמי מחיה בזמן הלימודים וכיסוי הוצאות הקשורות בלימודים.

#### ה. דמי מחיה ליתומים

ליולד יתום שיעקר זמנו מוקדש ללימודים על-יסודיים או להכשרה מקצועית, לפי מבחן הכנסות של ההורה - בשיעור 9% מהשכר הממוצע במשק ב-1 בינואר. דמי המחיה מתעדכנים בשיעור הפיצוי במהלך השנה.

#### ו. מענק בר מצווה

ליתום שהגיע לגיל 13 או ליתומה שהגיעה לגיל 12 - שני שלישים מהסכום הבסיסי (1) כפי שהיה ב-1 בינואר.

#### ז. מענק עקב פטירה

נפטר נכה שדרגת נכותו הייתה 50% ויותר ושקיבל קצבת נכות, או נפטר נכה לאחר שהגיע לגיל פרישה, או נפטר מי שקיבל קצבת תלויים - יינתן לבן זוגו, ובאין בן זוג לילדו, מענק חד-פעמי בסכום השווה לסכום הבסיסי (1) כפי שהיה ב-1 בינואר.



## **2. רופאים בביטוח נפגעי עבודה**

### **2.1 סוגי הרופאים ודרך העסקתם**

#### **2.1.1 רופא המוסד (רופא מוסמך)**

רופא שקיבל כתב מינוי חתום על ידי המנהל הכללי של המוסד, המסמך אותו לטפל בתביעות של נפגעי עבודה ושל נפגעי פעולות איבה. הרופא מוסמך לתת ייעוץ רפואי לפקידי התביעות ולכלל גורם אחר במוסד לביטוח לאומי, כדי לסייע להם בקבלת החלטה מבוססת בתביעה.

#### **2.1.2 יועץ רפואי הנותן חוות דעת לעניין הקשר הסיבתי**

רופא מומחה הנותן חוות דעת בתחום מומחיותו לעניין קשר סיבתי בין החבלה או המחלה ובין הנזק הנטען על ידי התובע. הפנייה לרופא תיעשה על ידי פקיד התביעות בהנחיית רופא המוסד.

#### **2.1.3 פוסק רפואי**

רופא ששמו כלול ברשימת פוסקים רפואיים שקבע שר הרווחה והשירותים החברתיים ושפורסמה ברשומות (תקנה 1 לתקנות בדבר קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה).

#### **2.1.4 חבר ועדה רפואית לעררים**

רופא ששמו כלול ברשימת חברי ועדות רפואיות לעררים שקבע שר הרווחה והשירותים החברתיים ושפורסמה ברשומות.



## 2.2 תפקידי הרופאים וסמכויותיהם

### 2.2.1 רופא המוסד (רופא מוסמך)

מוסמך על ידי מנכ"ל הביטוח הלאומי.

תפקידיו הם:

- א. מתן ייעוץ רפואי לפקידי התביעות ולכל גורם אחר במוסד, כדי לסייע בקבלת החלטה מבוססת בתביעה.
- ב. דרישת מסמכים רפואיים קיימים.
- ג. הפניית מבוטחים לבדיקות רפואיות במידת הצורך.
- ד. קביעת קשר סיבתי; רופא המוסד יכול לפנות ליועץ רפואי (נותן חוות דעת) מתוך המוסד או מחוצה לו כדי לקבל את חוות דעתו לעניין הקשר הסיבתי בין החבלה או המחלה ובין הנזק הנטען על ידי התובע.
- ה. קביעת הרכב המומחים בוועדה הרפואית בתחומים הדרושים. אין מדובר בקביעה שמית אלא בקביעת התחום המקצועי בלבד.
- ו. עריכת בקרת תקינות על החלטת הוועדה הרפואית; רופא המוסד רשאי להמליץ מטעם המוסד לערער על החלטתה.
- ז. הגשת בקשה לדיון מחודש בדרגת הנכות (תקנה 37) לפי הצורך.
- ח. חברות בוועדת רשות לעניין תקנה 15, 17 ו-18א.
- ט. סיוע בגיוס רופאים לסניף לפי הצורך.
- י. סיוע בהעברת הנחיות וקליטת פוסקים רפואיים וחברי הוועדות לעררים.

### 2.2.2 יועץ רפואי הנותן חוות דעת לעניין הקשר הסיבתי

מתמנה על ידי רופא המוסד הפונה אליו כדי לקבל חוות דעת מקצועית בעניין הקשר הסיבתי בין החבלה או המחלה ובין הנזק הנטען על ידי התובע.

יועץ רפואי יכול להיות מתוך המוסד (רופא המוסד בעל תחום מומחיות רפואית) או מחוצה לו.

### 2.2.3 פוסק רפואי

מתמנה על ידי שר הרווחה והשירותים החברתיים.

תפקידו לקבוע אחוזי נכות רפואית למבוטח. לשם כך הוא רשאי לדרוש מסמכים רפואיים ולהפנות את המבוטח לבדיקות, או לבקש ייעוץ רפואי שאינו מתחום התמחותו (תקנה 1 לתקנות בדבר קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה).





הוועדה הרפואית מדרג ראשון מורכבת מפוסק רפואי אחד, אך רשאי הרופא המוסמך לקבוע שהוועדה תהיה בהרכב של מומחים בשני ענפי רפואה. מלבד הפוסק/ים יושב/ת בוועדה גם מזכיר/ת הוועדה.

#### **2.2.4 חבר ועדה רפואית לעררים**

מתמנה על ידי שר הרווחה והשירותים החברתיים.

תפקידו לדון בעררים על החלטת הפוסק/ים הרפואיים בדרג הראשון. הוועדה לעררים תורכב משלושה רופאים מומחים, שלפחות אחד מהם מתחום ההתמחות נושא הוועדה. מלבד הפוסק/ים תשב/ת בוועדת הערר גם מזכיר/ת הוועדה. לשם עבודתם רשאים חברי הוועדה לדרוש מסמכים רפואיים ולהפנות את המבוטח לבדיקות. כמו כן, הם מוסמכים לדון ולהכריע בעניינים העולים בפניהם, אפילו אם לא נידונו בוועדה הרפואית מדרג ראשון. חברי ועדה רפואית לעררים רשאים לקבוע שיעור ודרגה של נכות יציבה, אפילו קבעה הוועדה הרפואית בדרג ראשון נכות בלתי יציבה בלבד (תקנה 27).

#### **2.2.5 יועץ רפואי הנותן חוות דעת לוועדה רפואית**

לצורך קביעת דרגת נכות רפואית רשאי רופא המוסד או ועדה רפואית לבקש חוות דעת של יועץ רפואי שיגיש את חוות דעתו על סמך בדיקות או מסמכים רפואיים של הנפגע.



## 2.3 ניגודי עניינים בתפקידי רופאים

על פי תקנות הביטוח הלאומי לקביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה ותקנות הביטוח הלאומי לקביעת אחוזי נכות רפואית בביטוח נכות, רופאים מועסקים במגוון תפקידים. רופא הפעיל במוסד יכול לכהן בכמה תפקידים במערכת, אך לפי התקנות והפסיקה, הוא מנוע מלעסוק בתפקידים מסוימים בעת ובעונה אחת.

### 2.3.1 ניגוד עניינים בין גמלאות-העל: גמלאות נכות וגמלאות נפגעי עבודה

נפגעי עבודה נכות כללית	רופא המוסד (רופא מוסמך)	יועץ רפואי הנותן חוות דעת לעניין הקשר הסיבתי	פוסק רפואי	חבר ועדה רפואית לערים	נותן חוות דעת לוועדה רפואית לערים	נותן חוות דעת לוועדה רפואית לערים
רופא המוסד (רופא מוסמך)	מותר	מותר	אסור	אסור	אסור	אסור
יועץ רפואי הנותן חוות דעת לעניין הקשר הסיבתי	מותר	מותר	אסור	אסור	אסור	אסור
חבר ועדה רפואית לערים*	אסור	אסור	מותר	מותר	מותר	מותר
נותן חוות דעת לוועדה רפואית לערים	אסור	אסור	מותר	מותר	מותר	מותר

\* מתייחס לוועדות רפואיות לערים בשירותים מיוחדים, אי-כושר וילד נכה.



### 2.3.2 ניגודי עניינים בתוך גמלאות נפגעי עבודה

נפגעי עבודה	רופא המוסד (רופא מוסמך)	יועץ רפואי הנותן חוות דעת לעניין הקשר הסיבתי	פוסק רפואי	חבר ועדה רפואית לעררים	נותן חוות דעת לוועדה רפואית לעררים	נותן חוות דעת לוועדה רפואית לעררים
רופא המוסד (רופא מוסמך)	<input checked="" type="checkbox"/>	מותר	אסור	אסור	אסור	אסור
יועץ רפואי הנותן חוות דעת לעניין הקשר הסיבתי	מותר	<input checked="" type="checkbox"/>	אסור	אסור	אסור	אסור
פוסק רפואי	אסור	אסור	<input checked="" type="checkbox"/>	אסור	מותר	אסור*
חבר ועדה רפואית לעררים	אסור	אסור	אסור	<input checked="" type="checkbox"/>	אסור	מותר
נותן חוות דעת לוועדה רפואית לעררים	אסור	אסור	מותר	אסור	<input checked="" type="checkbox"/>	אסור*
נותן חוות דעת לוועדה רפואית לעררים	אסור	אסור	אסור	מותר	אסור	<input checked="" type="checkbox"/>

\* במקרים חריגים, וכשאין בנמצא חבר ועדה רפואית בתחום המומחיות המבוקש, פוסק רפואי יכול לשמש כנותן חוות דעת לוועדה רפואית לעררים, ובתנאי שהוא מנהל מחלקה בבית חולים. במקרה ההפוך חבר ועדה רפואית לעררים אינו יכול לשמש כפוסק או כנותן חוות דעת בוועדה רפואית דרג ראשון.

### 2.3.3 ניגודי עניינים בתוך תחום נפגעי עבודה או פעולות איבה

- על פי הפסיקה והנחיות הלשכה המשפטית, אסור שנותן חוות הדעת לעניין הקשר הסיבתי ייתן חוות דעת לוועדה רפואית מדרג ראשון או שני.
- רופא המוסד המוסמך בנפגעי עבודה רשאי לתת חוות דעת לעניין הקשר הסיבתי לפקיד התביעות או לרופא מוסד אחר.
- פוסק רפואי בדרג ראשון אינו רשאי לשמש כחבר ועדה רפואית לעררים אלא במקרים חריגים ובתנאי שהוא מנהל מחלקה.



- במקרים חריגים שבהם נדרשת חוות דעת של יועץ רפואי בעל תחום מומחיות ייחודית המבקש תשלום חריג, אפשר לפנות ליועץ רפואי חיצוני, אך רק לאחר קבלת אישור של הלשכה הרפואית ושל חשב המוסד.

#### **2.3.4 ניגוד עניינים של רופא המוסד**

- רופא המוסד שנתקל בתיק דמי פגיעה/נכות מעבודה של מטופל שלו בקהילה יפסול עצמו מטיפול בתיק ויעבירו לרופא אחר בסניף או מחוצה לו.
- תביעות של עובדי סניף ומשפחתם הקרובה מטופלים בסניף אחר על פי שיוך מוגדר מראש.



## 2.4 קליטת רופאים חדשים ותהליכי הכשרה

### 2.4.1 רופאי המוסד (רופאים מוסמכים)

#### א. קליטה

הלשכה הרפואית של המוסד קולטת רופאים חדשים לפי צרכיה. פנייה לשילוב רופא מוסד תכלול:

1. המלצה של רופא המוסד ו/או רופא הסניף.
2. מסמך המנמק את הצורך ברופא חדש בסניף (במקרים שבהם הפנייה מגיעה מהסניף).
3. קורות חיים
4. צילום רישיון ישראלי לעסוק ברפואה
5. צילום תעודת מומחה
6. המלצה רפואית (ממנהל מחלקה או רופא בכיר)
7. צילום תעודת זהות
8. דרכי התקשרות: מספר טלפון בבית ובעבודה, מספר טלפון נייד ודואר אלקטרוני.

הקליטה תתבצע בעתיד לפי הנחיות במכרז רופאים שאמור להתפרסם בקרוב.  
עד להפעלת המכרז ההנחיות הן כדלקמן:

- הלשכה הרפואית תבדוק את בקשת העסקת הרופא מול הצרכים ומול שעות רופא הקיימות בסניף.
- אם יוחלט שיש צורך בהעסקת רופא נוסף בסניף, המנהל הרפואי או מי מטעמו יבדוק את מסמכיו וייפגש עם המועמד לריאיון. הלשכה הרפואית תפנה לאגף הביטחון ולביקורת פנים ותבדוק אם התנהלו או שמתנהלים נגד הרופא הליכים משמעותיים או פליליים.
- אם המועמד פנה ישירות למנהל הרפואי, הלשכה הרפואית תדאג לקיים ריאיון עם רופא הסניף ומנהלו (לאחר המכרז הלשכה הרפואית תבדוק צורך בסניף, ואם ימצא צורך יתפרסם מכרז בעיתונות).
- בשלב זה יוחלט אם לשלב את הרופא במערך הרפואי במוסד, ותישלח הודעה בכתב על ההחלטה למנהל הסניף ולרופא המוסד בסניף שבו אמור להשתלב הרופא. ההודעה תכלול את שם הרופא המדריך ואת תכנית ההדרכה (ראו להלן). לבסוף יחתם הסכם העסקה בין המוסד לרופא.<sup>1</sup>
- עם השלמת החתימה על ההסכם, הרופא יכול להתחיל בתהליך הכשרתו. **תקופת הכשרתו היא תקופת ניסיון.**

<sup>1</sup> תחנה ראשונה: הלשכה הרפואית מעבירה לרופא ארבעה עותקים של ההסכם, והרופא נדרש למלא את הפרטים בכל ארבעת העותקים המקוריים ולהחזירם לתחום מינהל ומחשוב בלשכה הרפואית.  
תחנה שנייה: בלשכה הרפואית נבדקים הפרטים, והעותקים מועברים למינהל התקציבים ומוזנים למערכת התחייבויות.  
תחנה שלישית: ארבעת העותקים מועברים ממנהל התקציבים למשרד החשב לחתימתו.  
תחנה רביעית: ארבעת העותקים מועברים לחתימת סמנכ"ל.  
תחנה חמישית: בסיום סבב ההחתימות, ארבעת העותקים מוחזרים ללשכה הרפואית, וזו דואגת להפיצם לרופא, למנהל הסניף, למינהל הכספים ולתיק האישי בלשכה הרפואית.



## ב. הכשרה

### במשרד הראשי

- לאחר שהוחלט לקלוט רופא, הרופא יוזמן לפגישת היכרות בלשכה הרפואית. אחראי התחום בלשכה הרפואית ידריך אותו בנושאים הבאים:
- הצגה כללית של המערכת הרפואית: מטרות, מבנה ארגוני, סמכויות, תחומי פעילות וכו'.
  - הגדרת תפקיד רופא המוסד: מהות התפקיד, סמכויות, חובות וזכויות, כולל חובת דיווח למכון הרפואי לבטיחות בדרכים (מרב"ד).
  - הצגת תכנית ההכשרה וקישור בין הרופא החדש לרופא מדריך (ראו בהמשך).
  - הדרכה על המערכות הממוחשבות.

הרופא החדש יקבל ערכה מקצועית הכוללת תדריך (נכות כללית או נפגעי עבודה בהתאם לתפקיד המיועד), ספר חוק, רשימת המבחנים, לקט סעיפי חוק ותקנות ורשימת טלפונים של רופאים ואנשי קשר לשאלות במבחר תחומים (אנו פועלים כעת לאפשר מתן ערכת הדרכה על גבי תקליטור). כמו כן, יוצגו בפניו תנאי ההתקשרות, זכויות וחובות רופא המוסד בסניפים, אופן דיווח על נוכחות, ומידע על השתתפות בימי עיון, חופשות, מילוי מקום וכדומה. הרופא ימלא את הניירת הנחוצה לצורך שילובו במערכות המינהליות והמיחשוביות של המוסד.

### הכשרה בסניף

הלשכה הרפואית תמנה לכל רופא חדש רופא מדריך (בדרך כלל רופא סניף), שינחה וילווה אותו בשנה הראשונה. ההדרכה תימשך לפחות חודשיים (בתנאי שתדירותה פעמיים בשבוע לפחות), ולאחריה הרופא המדריך יעמוד כל העת לרשות המודרך לצורך התייעצות שוטפת. ההדרכה תכלול השתתפות של הרופא החדש כמשקיף בלפחות שמונה ועדות בתחומים העיקריים (פנימית, פסיכיאטריה ואורתופדיה). עם סיום ההדרכה ייבדקו עשרים התיקים הראשונים של הרופא החדש על ידי הלשכה הרפואית וינתן טופס משוב שימלא הרופא המדריך. עם סיום הבדיקה והעברת המשוב לרופא, הלשכה הרפואית תדאג להסמיך את הרופא החדש כרופא המוסד בחתימת המנכ"ל. בתום חצי שנה מתחילת העסקתו יוזמנו שוב עשרים תיקים לבדיקה, ותיערך פגישת משוב וסיכום בלשכה הרפואית. **חצי שנה זו נחשבת תקופת ניסיון.**

### נושאי ההכשרה בתחום נפגעי עבודה ודמי תאונה

- **הכנת תיק לוועדה רפואית:** בקשת בדיקות ומסמכים רפואיים, מינוי מומחים נותני חוות דעת, מינוי וטיפול בתיקי ערר, מינוי מקבל גמלה, הפניית תיקים למשרד הראשי.
- **ייעוץ לפקיד תביעות:**
  - בחינת תעודות אי-כושר
  - אבחנות להכרה
  - הערכת מצב קודם
  - אישור לתשלום מקדמות



- טיפול רפואי לנפגע עבודה
- **קביעת קשר סיבתי**
- **מחלות מקצוע: קווים מנחים**
- **הלכת מיקרוטראומה**
- **ייעוץ דמי תאונה**
- כללים לזכאות
- הערכת תעודת נפגע בתאונה (לעקרת בית, לעובד ולמי שאינו עובד)
- **ועדות רפואיות:**
- מסלול ירוק
- החמרת מצב, הטבת מצב
- קביעת מורכבות תיק
- סמכויות הוועדה וחובותיה
- קביעת אחוזי נכות (מותאם וחריג)
- עיגול נכויות
- מינוי מקבל גמלה
- ועדת רשות - הפעלת תקנות 15, 17 ו-18
- החמרת מצב - תקנות 36 ו-37
- בקרה על החלטות הוועדה הרפואית
- עילות לערר
- חובת דיווח למרב"ד (מכון רפואי לבטיחות בדרכים)
- **ועדות מס הכנסה**
- **נפגעי פעולות איבה**
- **הנחיות רפואיות:**
- הדרכה בעניין הפגיעות השכיחות והטיפול בהן (פגיעות נוירולוגיות, חבלות, נושאים אורתופדיים ועוד).
- הדגשים יינתנו לפי תחום המומחיות של הרופא.
- נושאים נוספים יועלו לפי תחום עיסוקו של הרופא.

#### 2.4.2 פוסקים רפואיים בנפגעי עבודה וחברי ועדות רפואיות לעררים

##### א. קליטה

אחת לחצי שנה ולפי צרכים בסניפים יפורסם קול קורא בעיתונות. הטיפול בפנייה לקליטת פוסקים רפואיים תהא לפי המפורט בקליטת רופאים נותני חוות דעת. לאחר החלטה של המנהל הרפואי או מי מטעמו שקיים צורך לקלוט את הפוסק, תשלח הלשכה הרפואית למועמד "שאלון למועמד" (רצ"ב). לאחר קבלת השאלון המלא וההתייחסות מהאגפים, נשלחת הבקשה ללשכה המשפטית, וזו מעבירה את רשימת הרופאים ורשימות נוספות



לחתימתו של שר הרווחה והשירותים החברתיים. לאחר חתימת השר שולחת הלשכה המשפטית את הרשימה לפרסום ברשומות ומחזירה אותה ללשכה הרפואית. הלשכה הרפואית מודיעה לרופא ולסניף על מינויו.

### ב. הצגת המערכת וההשתלבות בה

רופאי הסניף או רופא בעל תחום מומחיות דומה שתקבע הלשכה הרפואית ידאג לתאם פגישת היכרות לצורך הצגת העבודה והמערכת. במידת האפשר תאורגן פגישה לכמה מועמדים יחד. הצגת המערכת תכלול:

- מסגרת החוק הרלוונטי למינוי (נכות כללית/שר"ם/נפגעי עבודה)
- סמכויות הוועדה הרפואית על פי חוק
- היבטים משפטיים של עבודת הרופאים בוועדות
- חובת ההנמקה וחשיבותה
- מבנה התיק הרפואי
- התייחסות לבדיקות, בירורים רפואיים, בדיקות פולשניות
- כללי ההתנהגות של הרופא מול המבוטח בוועדה וחשיבותם
- עקרונות של נכות זמנית, נכות צמיתה והמלצה לבדיקה מחודשת
- עצירות דיון

רופא הסניף יוודא שהמועמד יצפה טרם מינויו לפחות בשתיים-שלוש ועדות רפואיות בתחום מומחיותו, וזאת לאחר שקיבל את הסכמת המבוטח.





## 2.5 אופני העסקת רופא מוסמך בנפגעי עבודה

רופא מוסמך בנפגעי עבודה אפשר להעסיק במסגרת של תקן או לפי הסכם ייעוץ. תפקידי הרופא, חובותיו וסמכויותיו זהים בשני המקרים.

### 2.5.1 רופא בתקן

על רופא בתקן חלות כל החובות והסמכויות של עובדי מדינה כפי שמופיעות בתקש"ר. הוראות התקש"ר נדרשות בשתי שאלות עיקריות הקשורות לרופאים בתקן:

- ימי השתלמות
- עבודה פרטית ופרקטיקה של רופאים ועובדי מדינה

#### א. ימי השתלמות

כל רופא בתקן זכאי ליום השתלמות בשבוע על חשבון המוסד כדי להרחיב את ידיעותיו. לקראת כל שנה קלנדרית ישלח הרופא בקשה שבה יפורטו:

- 1) יום ההשתלמות שבחר
- 2) מקום ההשתלמות
- 3) נושא ההשתלמות
- 4) אישור האחראי לתכנית ההשתלמות (מנהל המחלקה בבית החולים, מנהל המוסד שבו נערכת ההשתלמות או האחראי לתכנית ההשתלמות)

הבקשה ליום ההשתלמות, על כל נספחיה, תועבר ללשכה הרפואית במהלך חודש דצמבר. עם אישור תכנית ההשתלמות, תועבר הודעה מתאימה לאגף כוח אדם במוסד ולמנהל הסניף, כדי שיום השתלמות זה ייחשב יום עבודה לכל דבר ועניין.

#### ב. עבודה פרטית

עובד המוסד אינו רשאי לעסוק בעבודה פרטית גם אם אינה מכניסה שכר אם יש בכך משום ניגוד עניינים עם עבודתו במוסד, או שעלול להיווצר ניגוד כזה.

- 1) אסור לעובד המוסד לעסוק בעבודה פרטית המכניסה שכר או בעסק שמטרתו קבלת הכנסה או רווחים, אלא אם קיבל היתר לכך מראש מהנהלת המוסד. איסור זה חל גם בעת הימצאו של העובד בחופשה מכל סוג, הן במשכורת והן ללא משכורת. רופא העובד בתקן בהיקף של משרה מלאה חייב לבקש אישור לעבודה נוספת פרטית ולצמצם את היקף משרתו ל-95%.
- 2) רופא העובד בתקן בהיקף חלקי צריך לבקש אישור עקרוני לעבודה נוספת, ואינו חייב לצמצם את היקף משרתו.
- 3) על הרופא למלא טופס בקשה להיתר עבודה פרטית (מדף 2740).



## 2.5.2 רופא בהסכם

### א. הליך החתמת ההסכם

החתימה על ההסכם נעשית בשני מצבים עיקריים:

- 1) הסכם חדש (לרופא שאינו רופא המוסד)
- 2) תוספת להסכם (לרופא המוסד)

בשני המקרים מסלול ההחתימה זהה והוא:

- הסניף יפנה ללשכה הרפואית בבקשה להעסיק רופא חדש או להוסיף שעות ייעוץ להסכם קיים.
- היועץ הרפואי או סגנו יבדקו את הבקשה ויתנו אישור עקרוני.
- הלשכה הרפואית תפנה לקבלת אישור תקציבי לכיסוי שעות הייעוץ המבוקשות.
- יישלחו לרופא ארבעה עותקים מקוריים של ההסכם או של התוספת להסכם.
- הרופא ימלא את הדרוש מילוי בהסכם או בתוספת להסכם ויחתום על כל העותקים (בהסכם חדש יש לצרף אישור על ניהול פנקסים, אישור ניכוי מס במקור וטופס בקשה להעברת כספים). מי שאין לו תיק כעצמאי במס הכנסה, ימציא אישור ממס הכנסה שאין לו תיק ניכויים, וכן תיאום מס. בהיעדר מסמכים אלה ינוכו 45% משכרו.
- החוזים יוחזרו ללשכה הרפואית בצירוף כל האישורים.
- מינהל התקציבים יזין את ההסכם או את התוספת להסכם במערכת ההתחייבויות.
- אחד הסמנכ"לים יחתום על ההסכם או על התוספת להסכם.
- חשב המוסד או נציג מטעמו יחתמו על ההסכם או על התוספת להסכם.
- הלשכה הרפואית תפיץ את ההסכם או את התוספת להסכם לכל הנוגעים בדבר.

**הרופא אינו רשאי להתחיל לעבוד לפני שההסכם או התוספת להסכם נחתמו על ידי כל הגורמים והוחזרו לרופא. אין אפשרות לשלם רטרואקטיבית על שעות ייעוץ שניתנו לפני השלמת תהליך החתימה.**

### ב. תשלום לרופא בחוזה

התעריף לשעה של רופא נגזר מתעריף יועץ ומתעדכן מעת לעת על ידי החשב הכללי של האוצר. רופא בשעת ייעוץ זכאי להחזר נסיעות בתנאים הבאים:

- 1) מרחק הנסיעה ממקום מגוריו הקבוע למקום מתן השירות עולה על 30 קילומטר.
- 2) הנסיעה כרוכה בהוצאה כספית.
- 3) הוא אינו מקבל החזרי נסיעה משני גופים בעבור נסיעה אחת.



### 3. הנחיות לרופא המוסד בנפגעי עבודה

#### 3.1 הגדרות של פגיעות בעבודה עם הרחבות והסברים

##### 3.1.1 פגיעה בעבודה

תאונת עבודה או מחלת מקצוע

##### 3.1.2 תאונת עבודה (סעיף 79 לחוק)

תאונה תוך כדי העבודה ועקב העבודה, לרבות בדרך אליה וממנה, ובנסיבות כמפורט בחוק. הבהרות:

- אי-כושר או נזק מאירוע תאונתי, נראה לעין, שאפשר להגדירו במקום ובזמן, שגרם לאי-כושר לעבודה של יותר מתשעה ימים או לנכות צמיתה.
- אם אירע מאורע פתאומי ומיוחד שהביא להחמרה במצב בריאותו של העובד במחלה שקיננה כבר בגופו לפני האירוע, אפשר לומר שאירעה לו תאונת עבודה.

##### 3.1.3 מחלת מקצוע (סעיף 85 לחוק)

מחלה לפי רשימת מחלות מוגדרות שנקבעה בתקנות, שהמבוטח חלה בה עקב עבודתו. הרשימה מורכבת משלושה טורים (ראו נספח):

- טור 1 - שם המחלה
- טור 2 - תיאור העבודה העלולה לגרום למחלה
- טור 3 - תאריך קביעת המחלה כמחלת מקצוע

עובד ייקבע כחולה במחלת מקצוע אם היה חשוף למה שכתוב בטור 2 וחלה במחלה הרשומה בטור 1. רשימת מחלות המקצוע היא רשימה סגורה (הרשימה שונה מארץ לארץ: בפינלנד למשל אין רשימה, ובצרפת יש רשימה נוקשה וסגורה). הוספת מחלה לרשימה מבוצעת על ידי שר הרווחה והשירותים החברתיים בהתייעצות עם שר הבריאות. תוקף הקביעה של מחלה כמחלת מקצוע מתחיל ביום הקביעה ואינו חל רטרואקטיבית.

##### 3.1.4 פגיעות אחרות הקשורות לעבודה

כל מחלה או פגיעה בעבודה שאינה עונה להגדרות של תאונת עבודה או מחלת מקצוע, אך יש קשר מובהק בינה לבין עבודתו של התובע. בדרך כלל נבחנות תביעות כאלה לפי הלכת מיקרוטראומה, הקובעת שיש קשר סיבתי רפואי בין הפגיעה או המחלה ובין עבודתו של התובע אם מתקיימים ארבעת התנאים היוצרים מיקרוטראומה:

- התובע ביצע תנועות חוזרות ונשנות זהות או דומות פעמים אינספור ביום העבודה.
- אפשר לאתר את התנועות במקום ובזמן.
- כל תנועה הותירה פגיעה זעירה שאין לה תקנה.
- צירוף הפגיעות האלה גורם לפגימה הנטענת.



אם נבחן התיק לפי הלכת מיקרוטראומה, יש לשים לב שהקביעה לעניין יסודות א ו-ב (עובדות המקרה) היא בסמכות פקיד התביעות, והוא יקבע אם מתמלא היסוד העובדתי. לעומת זאת, יסודות ג ו-ד הם באחריות הרופא, ובסמכותו לקבוע אם על רקע הקביעה העובדתית מתמלאים יסודות אלה מבחינה רפואית.

הערות והבהרות:

- עיינו בפסק דין יוסף עובדיה (ראו נספח פסקי דין).
- עבודה מאומצת אינה בגדר מיקרוטראומה. גם תנוחה מתמדת בעת עבודה אינה צירוף של אירועים תאונתיים שגרמו לנזק.
- בנהגים מקצועיים יש לבדוק היטב אם קיימות תנועות חוזרות ונשנות באופן אינסופי.
- מתח נפשי ונזק פסיכיאטרי לא הוכרו בפסיקה כמתאימים לדרישות המיקרו טראומה (פסק דין מאיר אוחנה נ' המוסד).
- אוטם שריר הלב לא הוכר בפסיקה על בסיס מיקרוטראומה אלא על בסיס אירוע תאונתי חריג בלבד.
- צרידות אצל מורה ותיקה המשתמשת במיתרי הקול במאמץ יתר, ויש ממצאים תואמים על המיתרים, תוכר כצירוף של מספר גדול של אירועים נפרדים.
- Solar dermatitis, וכן חשיפה ממושכת לגרגרים זעירים של אבק, קמח, סובין או יסודות מזיקים אחרים, יכולים להיכלל אף הם בהגדרות המיקרוטראומה.
- אם אי אפשר לאתר חשיפה בזמן מסוים לחומר מסוכן, והפגיעה היא עקב תחלואה מתמשכת, הרי אז אין מענה לדרישות המיקרוטראומה.
- חשיפה לעשן ואבק אצל אופה הסובל מפגיעה בעיניים לא תוכר אם לא הוכחו סדרה של אירועים תאונתיים שסייעו לכך.

### 3.1.5 אסירי ציון

במסגרת הוועדות הרפואיות לנפגעי עבודה נקבעת גם דרגת נכות לאסירי ציון. הנכות נקבעת באופן זהה לנכות בגין פגיעת עבודה, כולל קביעת קשר סיבתי בין הפגימה הנטענת ובין מאסר שהוכר. אין להפעיל תקנות 15 או 18 בעת קביעת דרגת נכות לאסירי ציון.

### 3.1.6 בקע מפשעתי (סעיף 84 לחוק)

אין רואים בקע מפשעתי כפגיעה בעבודה אלא אם כן:

- א. הבקע הופיע תוך כדי עבודה כתוצאה ממאמץ בלתי רגיל או פגיעה ישירה בדופן הבטן.
- ב. עקב הופעת הבקע הפסיק התובע את עבודתו וקיבל טיפול רפואי בתוך 72 שעות.
- ג. התובע הודיע למוסד או למעביד על התקף כאבים בתוך 72 שעות מהופעתם, להוציא ימי מנוחה שבועית, חג או שבתון שעל פי חיקוק, חוזה עבודה או הסכם קיבוצי אין המבוטח עובד בהם. ואולם, המוסד ראשי, לפי שיקול דעתו, רשאי לראות בבקע תוצאה מפגיעה בעבודה אף אם לא נמסרה הודעה כאמור.



בקע מפשעתי הוא פגימה שהתנאים לאשרה כפגיעה בעבודה נקבעו בסעיף מיוחד בחוק, מאחר שברור שפגימה זו נגרמה על רקע מצב מולד בתעלה המפשעית. בכל מקרה שבו נתבע המוסד עקב בקע מפשעתי, יש להזמין חומר רפואי קודם ולבדוק בו אם הבקע היה קיים אצל התובע קודם לאירוע הנטען. כמו כן, יש לבדוק אם בעקבות האירוע הייתה "כליאה" של הבקע.

אם הבקע היה קיים קודם לאירוע הנטען ולא הייתה כליאה, יש לדחות את התביעה, ואם הייתה כליאה, יש לאשר החמרה במצב. שימו לב: "בקע כלוא" אינו נבחן על פי הוראות סעיף 84 אלא על פי הוראות סעיף 79 לחוק! וראו חוות דעתו של ד"ר א' שטרנברג בנושא בקעים בפרק הנחיות רפואיות לקביעת דמי פגיעה בוועדות רפואיות (פרק 7).

יש לציין שסעיף זה בחוק עוסק בבקע מפשעתי בלבד ולא בכל בקע אחר בקיר הבטן. בקעים אחרים יידונו על פי הכללים הרגילים שבהם מוכרת פגיעה בעבודה (סעיף 79 לחוק).

**הבהרות לעניין מאמץ לא רגיל:** בפסק דין דוד לייב פנטוביץ נ' המוסד (בית הדין הארצי לעבודה 368/97) הדגש במבחן המאמץ הלא רגיל הוא בתדירות הפעולה שלה מיוחסת הופעת הבקע. יש להבחין בין פעולה המתבצעת בתדירות גבוהה ובין פעולה המתבצעת בתדירות נמוכה. בתדירות גבוהה, אף שהפעולה אינה נעשית מדי יום, הגוף רגיל לבצעה, ולכן היא אינה בבחינת מאמץ לא רגיל (יש מקרים חריגים שבהם בנסיבות יום מסוים הפעילות בכל זאת תהיה מיוחדת ותיחשב מאמץ לא רגיל). לעומת זאת, בפעולה שנעשית בתדירות נמוכה, היינו מעת לעת במרחק זמן, הגוף מאבד את הסתגלותו, והמאמץ נעשה לא רגיל.

### 3.1.7 תאונות עבודה כתוצאה מדקירת עובדים במהלך עבודתם: חיסון סביל להפטיטיס B

אם פנה התובע בבקשה לממן הוצאות מתן חיסון סביל ספציפי להפטיטיס B, הניתן למי שנדקר בעבודתו בבית החולים, יש לשים לב שמדובר בטיפול מונע שחייב להינתן בתוך 48 שעות מרגע הדקירה ועלותו אלפי ש"ח. יצוין שאין מדובר בחיסון נגד הפטיטיס B, הניתן לכל העובדים בבית החולים, אלא כאמור בטיפול מונע הניתן למי שנדקר ויש חשש שנדקר ממחט מזוהמת. במקרה זה מדובר כבר בתאונת עבודה שמצריכה עזרה רפואית ראשונה, מכוח תקנה 4 לתקנות בדבר מתן טיפול רפואי לנפגע עבודה.

#### שימו לב לדרכי ההכרה במקרים יוצאי דופן:

- א. סעיף 84 לחוק – בקע מפשעתי.
- ב. הנפילה בעבודה שהתרחשה עקב תחלואה טבעית (למשל איבוד הכרה) יוכרו רק תוצאות הנפילה אם נגרם נזק לגוף.
- ג. תאונה ללא אי-כושר או נזק לצמיתות - לדוגמה דקירת מחט מחולה צהבת או איידס אצל רופא או אחות; דלקת כבד נגיפית מסוג B ו-NONA&NONB (היום מוגדרת המחלה כהפטיטיס) - מופיעה כמחלת מקצוע (פריט 6, חלק ב) מתאריך 1.1.1985 לגבי עובדים הבאים במגע עם הפרשותיהם של חולים.
- ד. תביעות לתשלום דמי פגיעה המוגשות לפקיד התביעות בגין דקירה ממחט נדחות על ידו אם לא נגרם נזק פיזיולוגי, למעט המקרים שבהם ניתן חיסון סביל ספציפי להפטיטיס B.



## 3.2 הגדרת דמי פגיעה

דמי פגיעה הם תשלום, המחליף את שכרו של העובד למשך התקופה שבה היה מושבת מעבודתו עקב בעיה או מצב רפואי שנובעים מפגיעה בעבודה שהוכרה על ידי המוסד.

גובה דמי הפגיעה הוא 75% משכרו הממוצע ברוטו של העובד בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה בעבודה.

תשלום דמי פגיעה הוא למשך 91 יום מיום הפגיעה בעבודה לכל היותר, ותשעת הימים הראשונים משולמים על ידי המעביד. לפגיעות שנגרמו לפני 1.2.2002 אי-הכושר המרבי הוא 182 יום (תיקון חקיקה).

כדי שעובד שנפגע בעבודה יקבל דמי פגיעה עליו להמציא למוסד תעודת אי-כושר לנפגע בעבודה, שבה יציין הרופא (של שירות רפואי מוסמך) את מהות הפגיעה, את האבחנה שלו, את ממצאי הבדיקה שנמצאו אצל התובע, ואת משך הזמן שהתובע אינו כשיר לעבודתו או לכל עבודה אחרת. על פי הנחיות קופות החולים, תעודת אי-כושר אחת תינתן לתקופה של 14 יום בלבד (נדרש למעשה מעקב רפואי שוטף אחר הנפגע).

שירות רפואי מוסמך פירושו קופות החולים או בתי חולים שהוסמכו כשירות רפואי, ולא רופא פרטי.

אין לקבל תעודות אי-כושר הכתובות בכתב יד שאינו קריא. יש להחזיר תעודות אלו לרופא שנתן אותן ולבקשו למסור תעודות קריאות וברורות ולהסבירן. כך יש לנהוג גם אם הוגשו תעודות לא מוצדקות או ללא רישום בכרטיס הרפואי, וכן יש להעביר העתק לרופא המחוזי. אם תשובת הרופא מנפיק התעודה אינה מספקת, או שלא מתקבלת תשובה בתוך זמן סביר (לאחר משלוח תזכורת), אפשר לדחות את התעודות - כולן או מקצתן - על פי שיקול הדעת הרפואי של רופא המוסד (על פי פסק דין בן שבת שיוצג בהמשך).

הפנייה למרכזי קופות החולים ולמנהלים הרפואיים של הקופות שלהן תיעשה אך ורק באמצעות המשרד הראשי.

הערות:

- מועד התיישנות לתביעת דמי פגיעה הוא 12 חודשים מיום האירוע.
- המוסד אינו דוחה תביעה לדמי פגיעה אך ורק מחמת התיישנות.
- לאחר שהוכרה פגיעה כתאונת עבודה, אין מועד התיישנות לתביעת נכות מעבודה.
- בתביעה לנכות מעבודה ישולמו לתובע גמלאות למפרע רק בגין נכות של 48 חודשים (12 חודשים לתביעות שהוגשו לאחר 1.7.2003) קודם למועד הגשת התביעה.



### 3.3 ייעוץ רופא המוסד בענף נפגעי עבודה

#### 3.3.1 ייעוץ בתיק דמי תביעה

בתיק דמי פגיעה יידרש רופא המוסד לתת את חוות דעתו באשר לכמה נושאים:

- א. להסביר לפקיד התביעות את האבחנות המצוינות בתעודות אי-הכושר לנפגע בעבודה שהמציא התובע למוסד.
- ב. לחוות דעתו באשר לקשר הסיבתי בין האבחנות שבתעודת אי-הכושר ובין הפגיעה בעבודה כפי שטוען התובע ומוסכם על פקיד התביעות מבחינה עובדתית. אם בתעודת אי-הכושר קיימת יותר מאבחנה אחת, על הרופא לציין אילו מהאבחנות המצוינות בתעודה קשורות לפגיעה בעבודה ונובעות ממנה ואילו אינן קשורות אליה. המוסד מכיר הן באי-כושר שנגרם מהתאונה עצמה והן באי-כושר שנגרם מהחמרה של מצב קודם עקב התאונה בעבודה.
- ג. לחוות דעתו באשר למשך תקופת אי-הכושר, סבירותה, ואם היא נובעת מהפגיעה בעבודה או מסיבות רפואיות אחרות שאינן קשורות לעבודתו של התובע. אם משך תקופת אי-הכושר מוגזם לדעת רופא המוסד, עליו לבקש הבהרות מהרופא נותן התעודה.
- ד. אם קיים פער של זמן בין התאונה הנטענת בעבודה ובין הפנייה לטיפול רפואי, יתבקש רופא המוסד לחוות דעתו אם פער זה סביר מבחינה רפואית, דהיינו אם הפער בין הפגיעה בעבודה ובין הפנייה לטיפול אינו מנתק את הקשר הסיבתי בין השתיים.
- ה. אם קיים פער של זמן בין תעודות אי-הכושר עוקבות שניתנו לנפגע בעבודה (כשתקופת אי-הכושר אינה רציפה), יתבקש הרופא לחוות דעתו אם תעודות אי-הכושר שאינן רצופות קשורות מבחינה סיבתית לפגיעה בעבודה, או שאינן קשורות לאירוע אלא למצב קודם של התובע, ולכן הפער מנתק קשר סיבתי בין האירוע ובין התעודות שאינן רצופות.

אם רופא המוסד אינו יכול להחליט בשאלות ששאל פקיד התביעות, רשאי הרופא להפנות את התיק עם שאלות למומחה רפואי אחר ככל שידרש לחוות הדעת, הן בעניין הקשר הסיבתי והן בשאלות הבהרה אחרות. המומחה יכול שיהיה מתוך המוסד או מחוצה לו.

שאלות לדוגמה מפקיד התביעות:

- האם האבחנה ותקופת אי-הכושר הן תוצאות האירוע מיום 20.10.2004? האם מדובר בהחמרה?
- האם מצבו הרפואי – צרידות – הוא תוצאה ישירה מעבודתו?
- התיק לאחר חקירת הנפגע לפי בקשתך, האם ההחלטה משתנה?
- מדובר בתאונה אישית. האם היה מרותק לביתו עקב התאונה? (ראה סיכום מחלה בתיק)
- באילו שיניים נפגע?
- נא לרשום אבחנות לוועדה. האם התיק מוכן לוועדה?
- האם תלונותיו בתביעה לנכות קשורות לתאונה זו? האם כהחמרה?



- האם ניתן לשלם לנ"ל מקדמה? אם כן, באיזה גובה ועד מתי?

#### א. דחיית תעודות אי-כושר לנפגע בעבודה

##### **(1) העילות לדחיית תעודות אי-כושר**

- תעודה שניתנה שלא על ידי רופא מוסמך במסגרת תפקידו.
- תעודות אי-כושר רטרואקטיביות ללא נימוק סביר.
- כשאין קשר סיבתי בין האבחנות בתעודה ובין הפגיעה שהוכרה.
- כשקיים פער זמן בלתי סביר בין התאונה שהוכרה ובין תחילת אי-הכושר עקב תאונה זו.
- תעודות שניתנו כעבור 91 יום מיום הפגיעה (או 182 יום לתאונות שאירעו לפני 1.2.2002).
- כשיש "מצב קודם" וקיים פער זמן בין תקופות אי-כושר, ייבחן אם הפער אינו מנתק קשר סיבתי בין הפגיעה שהוכרה ובין אי-הכושר.
- תעודות אי-כושר לא סבירות יידחו על פי הלכת בן שבת.

##### **(2) פס"ד בן שבת**

פסק דין בן שבת קובע שתעודה שניתנה לנפגע על ידי רופא שירות רפואי מוסמך במסגרת תפקידו חזקה עליה שהיא תעודה שניתנה כדין. עוד קובע פסק הדין שקיימת לרופא המוסד סמכות לבדוק ולברר עם הרופא נותן התעודה את האמור בה. לפיכך אם רופא המוסד סבור שתעודת אי-כושר אינה סבירה, עליו לפנות בכתב לרופא נותן התעודה בבקשה להבהיר את האמור בה. אם הרופא נותן התעודה חוזר בו מהאמור בה או שאינו משיב, או שהרופא משיב תשובה שאינה מסבירה את האמור בתעודה, רופא המוסד רשאי להמליץ על דחיית אי-הכושר שנקבע בתעודה זו (ראו פסק דין בפרק 10).

##### **ב. מצב קודם**

קביעת "מצב קודם" פירושה שפגימה שנגרמה על ידי תאונה בעבודה אינה קשורה במלואה לתאונה זו, אלא הייתה קיימת בנפגע קודם לתאונה. מצב קודם ייקבע אך ורק אם קיים רישום חיובי המצביע על קיום בעיה רפואית שמשליכה על הפגימה הנטענת. מצב קודם רלוונטי אך ורק בעת קביעת נכות צמיתה; כשנקבעת נכות זמנית אין להזדקק לבדיקתו.

בדיקת מצב קודם דורשת את הפעולות הבאות:

- א. הזמנת תיקו הרפואי הקודם של הנפגע מקופת החולים ובדיקתו
- ב. בדיקת החלטות רפואיות קודמות אחרות, כגון פרופיל רפואי בצה"ל
- ג. בדיקת תביעות קודמות במוסד
- ד. בחינת תוצאות של בדיקות (צילומים, צנתורים וכו') שבוצעו לתובע לאחר התאונה שבנדון





קיום מצב קודם יביא להכרה בפגימה הנטענת כ**החמרת מצב קודם**, ועל הוועדה הרפואית יהיה לקבוע עד כמה החמירה התאונה את מצבו של הנפגע (כאמור, אם תקבע לתובע נכות צמיתה).

### ג. קשר עובדתי וקשר רפואי

בשלב דמי הפגיעה, כשנטענת פגימה נוספת מעבר לזו שכבר הוכרה, יש לשים לב אם השאלה עובדתית, כלומר אם התאונה גרמה לחבלה באיבר שבו נטענת פגימה חדשה (ראו דוגמה להלן) או שמא היא רפואית, כלומר אם הפגימה אפשרית כתוצאה מהתאונה. הדיון בנושא נועד לחדד את חשיבותה של בדיקת העובדות על ידי פקיד התביעות ורופא המוסד כדי לשלול הכרה בשלב שלפני הוועדה הרפואית, עם אפשרות שהתובע יפנה לבית הדין בשל כך.

כדי שתאונת עבודה תוכר ככזו צריך שיתמלאו כמה תנאים: התנאים העובדתיים הם שאכן היה אירוע תאונתי ושהפגיעה נגרמה **תוך כדי** העבודה ו**עקב** העבודה. מלבד אלה יש גם תנאים רפואיים לעניין הפגימה הגופנית, והם: עצם קיומה של פגימה, המוגבלות או הנכות שנוצרו בגללה והקשר ביניהן לבין התאונה. כך כשנדרשים לקשר סיבתי, השאלה הרפואית ברורה: האם חבלה X יכולה לגרום לפגימה Y? גם בית הדין שנדרש לקשר הסיבתי ימנה תמיד **מומחה רפואי** מטעמו, והמומחה הרפואי ייתן חוות דעת רפואית ולא עובדתית.

**שימו לב: כשפקיד התביעות שולל קשר סיבתי, ההפניה תהיה לבית הדין. אך במקרה של טענה לפגימה נוספת, מלבד הפניית התובע לבית הדין, רשאי פקיד התביעות להפנות את סוגיית ההכרה בקשר הסיבתי לוועדה הרפואית.** משהוכר הקשר הסיבתי על ידי פקיד התביעות, אין לוועדה הרפואית סמכות לדון בשאלה זו, והיא תדון רק בשאלת הנכות: האם נותרה נכות או לא, ואם נותרה, הוועדה תכמת אותה באחוזים לפי סעיף הליקוי המתאים. בסמכות ועדה רפואית לדון בקשר סיבתי לגבי פגימות נוספות שמעלה התובע שלא נדונו כלל על ידי פקיד התביעות.

### **ניתוח מקרה לדוגמה**

התובע נחבל בתאונת דרכים בראש, בצוואר ובצלעות, ובגין פגימות אלה קיבל אי-כושר לתקופה 13.3.99-20.1.99. תביעתו אושרה, ושולמו לו דמי פגיעה לתקופה האמורה.

בתעודות רפואיות נוספות לתקופה 20.6.99-14.3.99 צוין "חבלה ישנה בקרסול שמאלי", והתביעה בעניין הועברה לוועדה רפואית. לגבי פגימה זו מתעוררת שאלת קשר סיבתי מההיבט העובדתי, כלומר אם בכלל נחבל בקרסול באותה התאונה. מאחר שלא נמצאה עדות במסמכים הרפואיים לחבלה כזאת, נדחה הקשר הסיבתי על ידי רופא המוסד.

ואולם, מאחר שהשאלה עובדתית ולא רפואית, לא היה מקום להפנותה כלל לוועדה רפואית, אלא לבית דין. בטרם הדחייה היה על פקיד התביעות לבדוק את השאלה העובדתית בחקירת התובע ולברר עמו מתי החלו הכאבים בקרסול, כיצד נפגע בקרסול, מדוע לדעתו קשורה הפגימה לתאונה וכו'. אילו הייתה שאלת הקשר הסיבתי רפואית גרידא, אזי ההפניה לוועדה הייתה נכונה (אגב, כיום לא קיימת אפשרות להפנות תביעה לוועדה רפואית ולבית הדין בעת ובעונה אחת, ויש לבחור מסלול אחד מבין השניים). קיימת אפשרות לטעון לפגימה נוספת במהלך וועדה.

הסמכות לשלול את ההיבט העובדתי של קשר סיבתי נתונה אך ורק בידי בית הדין. הסמכות לשלול קשר סיבתי רפואי, כשהתביעה הוכרה ומתעוררת שאלה לגבי פגימה נוספת,



נתונה רק בידי ועדה רפואית (חוזר מפורט הוצא בנושא בשנת 1996, עם קבלת פס"ד קופטי קמאל).

אם כן, הערעור על החלטת הוועדה בדרג ראשון לא יפתור את הבעיה בתיק זה, ודין בבית הדין בהיבט העובדתי והרפואי כאחד היה נכון יותר.

**הבהרה:** אם בטופס הבקשה לוועדה רפואית (ט. 200) נטען שקיימת פגימה אחת בלבד והיא נדחתה עובדתית, אין מקום להפנות את התביעה לדין בוועדה רפואית. יש להודיע לתובע שאין מקום לקיים ועדה רפואית ושהוא יכול לפנות לבית הדין אם ירצה בכך. הליך זה אינו זוכה לתשומת הלב הראויה הן מצד פקידי התביעות (שאינם דוחים פגימות מבחינה עובדתית), והן מצד רופאי הסניפים (שמפנים לוועדה רפואית אף שהפגימה הנטענת נדחתה מבחינה עובדתית).

לסיכום: הפניה לוועדה רפואית כשנטענת פגימה נוספת תיעשה רק אם הפגיעה הוכרה עובדתית, והוועדה תדון רק בפן הרפואי שלה.

### ד. מינוי יועץ מומחה למתן חוות דעת

#### **(1) היבטים בבחירת יועץ מומחה למתן חוות דעת**

- התאמה מדויקת ומלאה בין מומחיותו של היועץ ובין הפגימות שבנדון
- אין למנות יועץ מומחה נגוע בניגוד עניינים:
  - חווה דעתו באותו המקרה.
  - קיים בינו לבין הנבדק או בן משפחתו קשר רופא-חולה.
  - קיים בינו לבין הנבדק או בן משפחתו קשר משפחתי.
  - הנבדק או בן משפחתו עובדים באותו המוסד שבו עובד הרופא.
  - היועץ עובד בשירות מי מהצדדים (למשל חברת ביטוח שהיא צד לתביעה).
  - ליועץ היו חילוקי דעות עם מי מהצדדים או עם באי כוחם.
- במינוי יועץ מומחה יש לבחון חוות דעת קודמות שנתן בתיקים קודמים.

#### **(2) עריכת חוות הדעת על ידי יועץ מומחה**

פרטים שחובה לציין בחוות דעת רפואית משפטית:

- פרטי המומחה ומומחיותו
- פרטי הנבדק ותאריך הבדיקה
- המסמכים שעמדו בפני המומחה בעת עריכת חוות הדעת
- הממצאים המדויקים שמצא המומחה בעת הבדיקה
- סיכום בדיקות אחרות (צילומי בדיקות מעבדה וכדומה) שעמדו בפני המומחה
- סיכום החומר הרפואי שעמד בפני המומחה לעניין המצב הקודם של הנבדק, הרלוונטי לחוות הדעת.
- סיכום ומסקנות, ובכלל זה קביעת דרגת הנכות והקשר בינה לבין האירוע התאונתי שבגינו נערכה חוות הדעת.



- אם קיים מצב קודם רלוונטי, יש לערוך חישוב "עובר ושב" לעניין הנכות הקשורה לאירוע שבגינו נערכה חוות הדעת.
- אם חוות הדעת נערכה בגין כמה אירועים, חובה לקבוע נכות בגין כל אירוע בנפרד ולנמק את הקביעה.

#### ה. הזמנת בדיקות עזר בשלב דמי הפגיעה

בדיקות עזר יבוצעו רק אם ישפיעו על הכרה או אי-הכרה בקשר סיבתי. בבדיקות שמיעה: לבדוק איכות הבדיקה, חשד להחמרה (החמרה מלאכותית), קיום בדיקות תדר 3000, הולכות אוויר ועצם. בשעת הצורך אפשר להזמין בדיקה חוזרת במכון שמקובל על המוסד או בדיקת BERA סף. הפניה לבדיקה זו תינתן אך ורק על ידי מומחה א"ג או הלשכה הרפואית.

#### ו. ייעוץ לתשלום מקדמות

על הרופא לייעץ לגבי תשלום מקדמות עוד בטרם נקבעה נכות מעבודה.

#### ז. טיפול רפואי לנפגע בעבודה

- על הרופא בנפגעי עבודה לבדוק אם הטיפול שהוא נותן אכן קשור לפגיעה בעבודה.
- הטיפול הרפואי בנפגעי עבודה ניתן על ידי קופות החולים על פי הסכם שנחתם בין לבין המוסד.
  - בהסכם עם קופות החולים אין לנפגע בעבודה סל בריאות רחב יותר מזה של משרד הבריאות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
  - משך הטיפול בנפגע עבודה הוא ככל שיידרש בגין הפגמות שהוכרו, אף אם הטיפול או התרופות אינן בסל הבריאות.
  - התשלום לקופת החולים הוא לפי מספר נפגעי העבודה שבהם הן מטפלות, ולא לפי ההוצאות בפועל לכל נפגע (הסכם גלובלי).
  - על פי ההסכם, הטיפול כולל ריפוי, שיקום, החלמה ואביזרים רפואיים, בלא שהנפגע יידרש לשלם או להשתתף בתשלום.
  - **טיפול רפואי בשיניים שנפגעו בתאונת עבודה** הוא שונה, משום שאינו נכלל בסל שירותי הבריאות ונידון בפרק ההנחיות הרפואיות לקביעת דמי פגיעה בוועדות רפואיות (פרק 7).

#### ח. כפל גמלאות

- ייתכן שמבוטח יהיה זכאי לקבל מהמוסד כמה גמלאות, אך יש גמלאות שהוא אינו יכול לקבל בעת ובעונה אחת בגין מאורע אחד, כלומר בגין אותן פגמות רפואיות שנגרמו באותו מאורע:
- אי אפשר לקבל דמי פגיעה **ובה בעת** גם גמלת נכות כללית או גמלת תאונות אישיות או דמי אבטלה או הבטחת הכנסה או תגמולים כנפגע פעולות איבה (בגין מאורע אחד).



- אי אפשר לקבל גמלת נכות מעבודה ובה בעת גמלת נכות כללית או גמלת זקנה או דמי אבטלה או הבטחת הכנסה או תגמולים כנפגע פעולות איבה (בגין מאורע אחד).
- לאחרונה שונו התקנות באשר לכפל בעניין קבלת גמלת שירותים מיוחדים (במסגרת נכות כללית) וגמלת ניידות, ונקבע שנכים קשים (רתוקים לכיסא גלגלים) יוכלו לקבל שתי גמלאות אלה בה בעת.

רוב הכפילויות הן של זכאות לגמלת נפגעי עבודה ולגמלת נכות כללית או לגמלה כנפגע פעולות איבה. כשמדובר בכפל עם גמלת נכות כללית יש לבחון אם קיימות בנכות הכללית פגימות נוספות על אילו שנקבעו בנפגעי עבודה, ואם הן היו מעבירות את הנפגע סף רפואי לנכות כללית (-60% 40%). כמו כן, יש לבחון תרומתן של פגימות נוספות אלו לאי-כושרו לעבוד. מאחר שהמבוטח אינו יכול לקבל את שתי הגמלאות, עליו לבחור ביניהן, ובדרך כלל הוא יבחר בגבוהה שבהן. אם אכן מדובר במאורע אחד, הבחירה תהיה חד-פעמית, והוא לא יוכל לשנותה עוד. אם אין מדובר במאורע אחד, המבוטח יכול לשנות את בחירתו מעת לעת. הגדרתו של מאורע אחד נתונה לשיקול דעתו של רופא המוסד.

#### ט. ביטוח נפגעי תאונות אישיות

בסעיפים 150-157 לחוק הביטוח הלאומי מוגדרים המקרים שבהם זכאי מי שעבר תאונה אישית לגמלה מהמוסד. הזכאים הם תושבי ישראל מגיל 18 עד 65 לגבר ועד 60 לאישה. הנפגע זכאי לגמלה בין שהתאונה אירעה בארץ ובין שאירעה בחו"ל, ובתנאי שבתקופת אי-הכושר שהה הנפגע בישראל. הזכאות המרבית היא עד 90 ימי אי-כושר בעד שנת כספים אחת, גם אם אירעו באותה השנה יותר מתאונה אחת.

כדי להיות זכאי לגמלה, על הנפגע לפנות לקבלת טיפול הרפואי בתוך 72 שעות משעת האירוע, ובמקרים שרופא המוסד מאשר, בתוך שבועיים משעת האירוע (פנייה לטיפול רפואי לאחר המועד הזה שוללת זכאות).

הזכאים מתחלקים לשלוש קבוצות:

(1) עובד שכיר או עצמאי

(2) מי שאינו עובד ואינו עובד עצמאי

(3) עקרת בית

בקבוצות 2 ו-3 יופחתו 14 ימי אי-כושר מסך כל ימי אי-הכושר מכל תאונה שנתבע בגינה. כשדנים בזכאות לדמי תאונה של קבוצה 1, יש לבחון אם הפגיעה גרמה לנפגע לאובדן כושר העבודה. בקבוצה 2 המבחן הוא אם הנפגע היה מאושפז או מרותק לביתו כתוצאה מהפגיעה. מומלץ להעריך ריתוק לבית לפי כרטיסים רפואיים, תיעוד של שימוש בקביים או בכיסא גלגלים ודוחות פיזיותרפיה או ריפוי בעיסוק. לקבוצה 3 המבחן הוא אם עקרת הבית איבדה את כושר התפקוד במשק ביתה כתוצאה מהפגיעה הן מבחינת הניידות והן מבחינת יכולתה לעבוד במטלות כמו ניקיון, בישול, סידור וטיפול בבית ובקניות.



לקבוצה 1 ייקבע שיעור דמי התאונה לפי השכר קודם לתאונה (כפי שנקבעים דמי פגיעה בנפגעי עבודה), ואילו קבוצות 2 ו-3 יקבלו דמי תאונה לפי בסיס קבוע בחוק שהוא 25% מהשכר הממוצע במשק.

יש להגיש את התביעה למוסד בתוך 90 יום ממועד אובדן הכושר הראשון. במקרה של הגשה מאוחרת יותר, יש לבדוק אם הייתה סיבה שמנעה הגשה במועד (כמו ריתוק לבית עקב מצב רפואי, אשפוז וכדומה).

בכל מקרה שבו נתבע המוסד בגין תאונה אישית, ואי-הכושר ארוך ונראה שיימשך מעבר ל-90 יום, יש להדריך את התובע להגיש תביעה במסגרת נכות כללית, וכך לסייע לו למצות את זכויותיו במוסד.

ראו טופס עזר לתאונות אישיות בפרק 9.

### 3.3.2 ייעוץ לעניין אסירי ציון

במסגרת הוועדות הרפואיות לנפגעי עבודה נקבעת גם דרגת נכות לאסירי ציון. הנכות נקבעת באופן זהה לנכות בגין פגיעה בעבודה, כולל קביעת קשר סיבתי בין הפגימה הנטענת ובין המאסר שהוכר. אין להפעיל את תקנות 15 או 18 בעת קביעת דרגת נכות לאסירי ציון.

### 3.3.3 ייעוץ לעניין נפגעי איבה

הנושא יידון בתדריך נפרד שיצא בעניין זה.

### 3.3.4 בדיקת תיקים בביקורת תקופתית

תיקים בנפגעי עבודה ייבדקו מדי פעם במדגם אקראי או אחר, ותוצאות הבדיקה יועברו לסניף.

### 3.3.5 ייעוץ למחלקה משפטית

א. בנושא סעיף 328 לחוק – שיפוי.

על פי סעיף 328א לחוק הביטוח הלאומי זכאי המוסד לשיפוי בגין הוצאותיו על פגיעה, אם הנפגע זכאי לתשלום פיצוי בגין אותה הפגיעה ממקור אחר (להוציא ממעבידו). בנפגעי עבודה, כשהתאונה בעבודה היא גם תאונת דרכים, דרישת השיפוי היא בדרך כלל מחברות הביטוח.

השיפוי יהיה בשיעור של 80% או 55% (לפי ההסכם עם חברות הביטוח) מהוצאות המוסד

המהוונות, אך לא יעלה על 75% מסכום הפיצוי שנקבע לנפגע עקב התאונה על ידי בית המשפט.

אפשר לדרוש שיפוי גם עקב הוצאות המוסד בנכות כללית, ניידות, סיעוד ובכל ענף

ביטוחי אחר. לשם כך יש לעמוד על האבחנות והממצאים הרפואיים המדויקים על כל פרטיהם,

ולחקל על הלשכה המשפטית בבואה לדרוש את השיפוי.



ב. בנושא תיקים משפטיים בעת דיון בבית הדין.

ג. במתן מענה לשאלות הבהרה או העלאת שאלות כאלה.

ד. במתן חוות דעת לגבי החלטה על נסיגה מערר או מדחיית תביעה.

### 3.3.6 ייעוץ למחלקת השיקום

#### א. תכניות שיקום

נפגע בעבודה יהיה זכאי לשיקום מהמוסד אם נקבעה לו נכות צמיתה העולה על 10%, או שנקבעה לו נכות רפואית צמיתה בנכות כללית העולה על 20%.  
כמו כן, נפגע בעבודה יהיה זכאי לשיקום מהמוסד אם אינו יכול לעסוק במקצוע שבו עסק קודם לתאונה בעבודה או לקביעה במסגרת נכות כללית, או במקצוע חלופי מתאים לנכותו.  
רופא המוסד שותף לקביעת תכניות השיקום, כדי להתאים את התכנית למגבלותיו הרפואיות של התובע.

#### ב. גמלה מיוחדת

גמלה מיוחדת היא קצבה חודשית בגין הגבלה ב-ADL, על פי תקנה 10 לתקנות הביטוח הלאומי (מענק מיוחד וקצבה מיוחדת לנכים).  
גמלה מיוחדת ניתנת אך ורק לנכים שנקבעה להם נכות צמיתה, או כשצפוי שתיקבע להם נכות צמיתה, בשיעור של 75% ומעלה, או נכות בשיעור 65% ומעלה שגורמת לנפגע קשיים בניידות.  
יש ארבע דרגות של קצבה לפי תפקוד הנפגע (נקבעות לפי רשימת מטלות שבהן הנפגע מוגבל):

(1) מוגבל

(2) מוגבל מאוד

(3) תלוי בזולת

(4) סיעודי

הטופס הוא כלי עבודה בידי עובד השיקום ורופא המוסד.  
למילוי דרישת דרגת מוגבלות יש צורך במילוי מספר מגבלות מהרשומות בטופס, בעמודות הרלוונטיות, ולא כל המגבלות לעניין הדרגה הספציפית.

הערות:

(1) רופאים ועובדי שיקום יכולים בשלב זה לבקש בדיקת שר"מ לפני החלטה. בקרוב יופנה כל מועמד חדש או בתביעה לשינוי בקצבה להערכת רופאי שר"מ שיתודרכו לבצע ההערכה לפי סקלת תפקוד בינלאומיות ולפי לשון תקנה 10.





אם בוצע הויון מלא, התיק נסגר, והנפגע לא יוכל להגיש בעתיד בקשה להעלות את דרגת נכותו על פי תקנה 36. כמו כן, לא יוכל המוסד להפעיל תקנה 37 במקרה זה. אם לדעת הרופא, סביר שביום הדיון בבקשתו להויון מצב התובע הוטב, עליו להפעיל תקנה 37 קודם לביצוע ההויון. היוונים מלאים נעשים אך ורק לצורך יצירת מקור פרנסה לנפגע, ואילו הויון חלקי, יכול להיעשות גם לצורך שיפור רווחתו (תנאי דיור, רכב וכדומה). על כל פנים, לא יבוצע הויון אם לא ייוותר לתובע מקור הכנסה סביר לאחר ביצוע ההויון. בהויון חלקי הנפגע מקבל סכום כסף מראש כתשלום על אחוזי נכותו, והגמלה החודשית שקיבל קודם להויון באופן קבוע תפחת. בהויון מלא הנפגע מקבל בתשלום אחד מידי את כל התשלומים שהיה מקבל בגין אותה התאונה בעבודה. משמעותו של הויון מלא היא סגירה למעשה של כל אפשרות לפתוח את התיק לדיון מחודש בעתיד בגין החמרה או הטבה במצבו של התובע בגין אותה תאונה (תיתכן פגיעה עתידית בנכה אם יחמיר מצבו). כדי שהמוסד יוכל להחליט אם להיעתר לבקשת הויון של הנפגע, פקיד השיקום יפנה לרופא את השאלות הבאות:

- א. האם תיתכן החמרה או הטבה במצבו הרפואי של הנפגע בכל הקשור בתאונת העבודה הנדונה לנוכח קביעת הוועדות הרפואיות בעבר?
- ב. אם התשובה לשאלה 1 שלילית, או כשמדובר בבקשה להויון חלקי, יש לבחון אם התובע מסוגל להמשיך בעיסוקו הנוכחי (בעת ביצוע ההויון).
- ג. אם מדובר בהויון לצורך תכנית שיקום או תעסוקה, יש לבחון אם התכנית המוצעת מתאימה לנכותו של הנפגע, כלומר אם הוא אכן מסוגל לעסוק בעיסוק או רוצה לרכוש אותו ובאיזה היקף.
- ד. אם מדובר בהויון לצורך רכישת דיור, יש לבחון אם הדיור העומד לדיון ורכישה מתאימים לנכותו של הנפגע (למשל, שאין מדרגות בדיור המיועד לרתוק לכיסא גלגלים).

דוגמה: בג"ץ כנפי

בג"ץ כנפי עוסק בפתיחת תיק על פי תקנה 36 (החמרה במצב) לאחר שבוצע בתיק זה הויון מלא של הגמלה. העותר הוא חולה סוכרת שהוכר כנפגע בעבודה, ונכותו נקבעה ל-20% נכות לצמיתות, והוא דרש וקיבל הויון מלא. אילו נדרשה המלצת רופא המוסד, הוא היה ממליץ שלא לאשר הויון מלא, מאחר שמצבו של התובע עלול להחמיר בעתיד. ואכן, לאחר זמן מה עבר התובע קטיעה של שתי רגליו מעל לברך עקב סיבוכי הסוכרת.

התובע ביקש דיון מחדש על פי תקנה 36, ומשלא נענה ערער לבית הדין האזורי. לאחר שנדחה ערעורו בבית הדין האזורי, וכן בבית הדין הארצי לעבודה, עתר התובע לבג"ץ בעילה שלא הובהר לו החוק לעניין מהות ההויון.

בג"ץ קבע שבמקרה זה החמרת המצב הייתה חמורה במידה לא רגילה, ולפיכך מן הצדק שהמוסד יאשר פתיחת התיק על פי תקנה 36 במקרה חריג וייחודי זה. יש לציין שהתובע המדובר כיהן כשופט בבית הדין האזורי לעבודה (ראו תקציר של פסק הדין בפרק 10).





### 3.3.8 אופן הפניית התיקים למשרד הראשי וללשכה הרפואית

- אין להעביר דפים יחידים אלא את תיק הנפגע במלואו.
- יש לוודא שהחומר בתיק מתויק ומדוגל על כל מסמכיו הרלוונטיים.
- על רופא הסניף לסכם את התיק; סיכום כזה מסייע מאוד בקבלת החלטה.
- על רופא הסניף לבקש מפקיד התביעות לצרף דף עם סיכום עובדתי וקביעה ברורה שלו לגבי האירוע: האם היה אירוע, מה מהות האירוע, ובמקרים שבהם נדרש קיום "אירוע חריג" יקבע פקיד התביעות אם אכן מדובר באירוע חריג.
- הקפדה על כללים אלו תייעל ותזרז את הטיפול בתיקים לטובת כל הנוגעים בדבר.

### 3.3.9 ייעוץ למחלקות אחרות

### 3.3.10 תקנה 22

### 3.3.11 השתתפות בפורום הסניפי



## 4. ועדות רפואיות

### 4.1 הקדמה

פרק זה מפרט כללים ונהלים לעבודת הוועדה הרפואית (להלן הוועדה), וכן כללים לבקרה על תקינות עבודתה של הוועדה ואיכותה (ראו גם תרשים זרימה בפרק 9).

- הנפגע מגיש תביעה על גבי טופס 200 ומציין בו את הפגימות הקשורות, על פי תביעתו, לתאונה בעבודה שהוכרה על ידי המוסד.
- אם התאונה בעבודה הוכרה כדין, אין מועד התיישנות להגשת תביעה לנכות מעבודה.
- פקיד התביעות יתייעץ עם רופא המוסד ויקבע את עמדתו בדבר הפגימות הנטענות על גבי טופס 224 :
  - א. פגימות שנגרמו להערכתו עקב התאונה שהוכרה.
  - ב. פגימות שהוחמרו להערכתו עקב התאונה שהוכרה.
  - ג. פגימות שאינן קשורות להערכתו לתאונה שהוכרה.
- לפקיד התביעות אין סמכות לדחות קשר סיבתי בין פגימה שנטענה בטופס 200 (פגימה חדשה שהתובע לא העלה בהליך ההכרה לדמי פגיעה) ובין התאונה שהוכרה, אלא לקבוע את עמדת המוסד לגביה. את ההחלטה תקבל ועדה שתדון בכל הפגימות שהעלה התובע. הוועדה יכולה לקבוע אם נותרה נכות או לא.



## 4.2 הכנת תיק לוועדה רפואית (טופס 200)

במסגרת הכנת תיק לוועדה רפואית יבצע רופא המוסד :

א. בחינת הפגימות הנטענות על ידי התובע בטופס 200 או בחינת החלטות של ועדות קודמות, ובכלל זה בקשות של ועדות קודמות לבצע בדיקות רפואיות או להשלים חומר רפואי.

ב. מיון התלונות לפי המפתח הבא :

(1) תלונות הקשורות לאירוע במישרין

(2) תלונות שלגביהן קיים ספק אם הם קשורות לאירוע או לא

(3) תלונות שאינן קשורות לאירוע לחלוטין. לגבי תלונות אלו יש להימנע מבקשת חוות דעת לקראת הוועדה. אם הוועדה תהיה סבורה שיש צורך בחוות דעת, היא תבקש אותה בעצמה.

ג. החלטה אם יש צורך לזמן תיקים או כרטיסים רפואיים נוספים על אלה הקיימים. רופא המוסד יבדוק את מצבו הקודם של התובע על פי המסמכים שלפניו, יסמן או יצלם מסמכים רלוונטיים ויסכם בכתב את דעתו.

ד. כשצפויה החלטה על דרגת נכות זמנית בוועדה, הרופא יציין זאת. במקרים אלה, אין צורך להמתין לכרטיסים רפואיים, אלא אם כן הרופא רואה בהזמנת הכרטיס גורם עקרוני שעשוי להכריע. אם אין מדובר בבקשת תיק הכרחית, יש להותיר לוועדה להחליט על דרישת הכרטיס.

ה. החלטה על הצורך בבדיקות רפואיות שלהן תזדקק הוועדה לשם החלטתה (ראו הרחבה בסעיף הזמנת בדיקות עזר).

ו. הוראה על הזמנת הבדיקות הנדרשות לוועדה.

ז. מינוי הפוסקים (תחומי המומחיות) שיידרשו בוועדה וקביעת מורכבות התיק (4, 3 או 2 תיקים לוועדה, ראו הסבר להלן). יש ליידע את מזכיר הוועדות אם בחומר הרפואי יש תיעוד של רופא שנמנה על רשימת הרופאים הפוסקים בתיק.

ח. בשעת הצורך ימליץ רופא המוסד על תשלום מקדמה (ראו כללים בחוזר נע/1428 מיום 11.9.05).

אם רופא המוסד מעוניין לקבל את התיק בחזרה, הוא יציין זאת.



### **4.3 מסלול ירוק: טיפול מהיר בתביעות של נפגעי עבודה קשים ועובדים זרים**

חוזר נפגעי עבודה מס' 1441 מיום 24.7.06 דן בדרך הטיפול בנפגעים קשים ובעובדים זרים. מסלול מיוחד זה בא להבטיח טיפול מהיר ומלא בנפגעים, תוך כדי קיצור הליכים ודאגה למיצוי זכויותיהם, וכן ליווי רצוף שלהם על ידי פקיד התביעות. בעובדים זרים חשוב לטפל בהקדם, כדי למנוע שהייה לא חוקית בארץ.



## 4.4 קביעת מורכבות תיק

בוועדה מדרג ראשון ייקבעו פוסק אחד או שניים, והשאר יהיו יועצים. בפגיעות מורכבות אפשר לשלב בהרכב אורתופד נירולוג, ובפגיעות ראש יש לשקול השתתפות של נירולוג פסיכיאטר. בפגיעות קשות, כדי לייעל את הדיון ולהקל על המבוטח, אפשר לזמן ועדה של שני פוסקים וכמה יועצים. במקרה כזה היועצים ימלאו טופס חוות דעת, והוועדה המסכמת תידרש לכל החומר.

אין חובה שהרופא בפגימה הראשית יהיה הרופא המסכם. לדוגמה, בדיון בפגיעת עמוד שדרה עם טענות אורולוגיות אפשר להתחיל בחוות דעת של אורתופד נירולוג ולסכם על ידי אורולוג (לעתים נוהל כזה יהיה הרצוי דווקא, משום שהאורולוג ייעזר בחוות הדעת האורתופדית נירולוגית כדי לפסוק את פסיקתו).

### 4.4.1 מספר תיקים לוועדה (מורכבות)

על פי חוזר 210/95 של מינהל הגמלאות (נ"ע/1207), נקבעו כללים מנחים להסכם עם ההסתדרות הרפואית:

א. מספר התיקים לדיון בוועדה מדרג ראשון או בדרג עררים הוא **ארבעה** בהנחה שזמן הדיון הממוצע בתיק הוא 15 דקות.

ב. במקרים הבאים יהיה מספר התיקים לדיון בוועדה **שלושה**, והתשלום יהיה בתעריף ועדה של ארבעה תיקים (מורכבות 3):

1) במקרים מורכבים בנכות מעבודה, שבהם נדרשת הוועדה לקבוע קשר סיבתי, או אם חלה החמרה כתוצאה מפגיעה בעבודה (תקנה 36).

2) במקרים של ליקויים מרובים המחייבים קביעה של שלושה רופאים לפחות שהם מומחים בתחומים שונים, לרבות מקרים שבהם מקבלת הוועדה חוות דעת בתחום מומחיות שונה מזה של שני חברי הוועדה.

3) במקרים של ליקויים בתחומים הבאים: קרדיולוגיה, ריאות, עיניים, ליקויים נפשיים והפרעות אישיות על רקע פגיעה או מחלה.

4) במקרים שבהם הוועדה חייבת להיערך במרפאה הפרטית של הרופא לשם שימוש באביזרים.

5) תיקים המופנים על ידי מס הכנסה, למעט תיקים שהנפגע אינו נוכח בדיון בהם.

6) תיקים ללא נוכחות התובע ישובצו בוועדה של ארבעה תיקים.

ג. במקרים הבאים יהיה דיון **בשני** תיקים לוועדה, והתשלום יהיה בעד ארבעה תיקים:

1) במקרים של חבלת ראש.

2) במקרים של דיון על פי תקנה 12.

3) במקרים שבהם הצטבר חומר תיעודי רב בשל קביעות קודמות שהוועדה חייבת להידרש אליהן.

ד. במקרים הבאים יהיה הדיון **בתיק אחד** לוועדה, והתשלום יהיה בעד ארבעה תיקים:



1) במקרים שבהם מתקיימת הוועדה במקום הימצאו של הנבדק.

2) במקרים מורכבים לפי אישור מנהל העניינים הרפואיים במוסד או סגנו.

ה. במקרים הבאים התשלום יהיה לפי **שתי ועדות לתיק** :

1) במקרים שבהם נדרשת הוועדה לאחר דיוניה לבחון את המלצתה בשטח.

התשלום כאמור מותנה באישור הממונה לעניינים רפואיים במוסד או סגנו.

2) כשפגישת הוועדה נמשכת יותר משעה וחצי יש להעביר על כך דיווח בצירוף

הפרוטוקולים למנהל העניינים הרפואיים או למנהל האגף כדי לשקול תשלום

עבור שתי ועדות לרופא ולמזכיר.

#### הערה:

- עובד זר הזקוק למתורגמן או מופיע עם עו"ד מייצג, יש לראות בתיק זה תיק כפול.

#### 4.4.2 מספר ועדות לרופא

על פי הנוהל הקיים, רופא רשאי לקיים שלוש ועדות ביום. ההחלטה להגדיל את מספר הוועדות לרופא הייתה עד היום בסמכות מנהל/ת הייעוץ הרפואי או האגף הרלוונטי במשרד הראשי, אך כדי להקל את עבודת הסניפים הוחלט להעביר את הסמכות למנהלי הסניפים. הוראות אלה יחולו מיום פרסום חוזר זה ובכפוף לתנאים הבאים :

1. מנהל הסניף אישר ונימק את החלטתו; העתק מהחלטתו יועבר ללשכת היועצת הרפואית ולאגף הרלוונטי.
2. הפונים לוועדה יוזמנו לשעת הוועדה שאליה שובצו.
3. קיום הוועדות ברצף לא יפגע בפרק הזמן שהוקצה לוועדה ולא יפגע בתובע.
4. הרופא ימתין 15 דקות לפחות ממועד תחילת הוועדה האחרונה שאליה שובץ לפני שיעזוב את המוסד במקרים שבהם לא הגיעו כל המוזמנים.

במקרים שבהם רופא אחד פוסק בשני סניפים, יש לקבוע את מועד הוועדה בסניף השני לפי זמן הנסיעה בין הסניפים. במקרים כגון אלה יכול הפוסק לקיים שני מחזורים של שלוש ועדות בלא אישור מיוחד.

יש לשים לב לאיחורים של רופאים, אי-הגעה לוועדות כיוצא באלה, לפקח על כך ולדווח ללשכה הרפואית.

כפי שצוין, מנהל הסניף יהיה האחראי לאישור הוועדות ולפיקוח עליהן. בכל פעם שמנהל תחום הגמלאות או מזכיר הוועדות הרפואיות יפנו אליו בקשה להגדיל את מכסת הוועדות לרופא, הוא יאשר זאת בכתב.

הלשכה לייעוץ רפואי של המוסד תערוך בדיקת איכות (מדגמית) של התיקים, כדי לוודא שההסדר אינו פוגע באיכות הוועדות ואינו פוגע במבוטחים.



#### 4.5 הזמנת בדיקות עזר בשלב הוועדות הרפואיות

במרוצת השנים נבחנו במוסד שתי גישות להזמנת בדיקות עזר: לפי גישה אחת רופא המוסד מזמין מראש את הבדיקות הנדרשות, ולפי הגישה השנייה הוועדה מזמינה אותן. לוועדה מדרג ראשון אין פרטים על בדיקות שבוצעו, ויש לדרוש לצרף בדיקות קיימות שנמצאות בידי המבוטח ולפענח אותן. הוועדות אינן גורם מטפל או מאבחן אלא מנגנון להערכת נכות, וסביר שאם יש אינדיקציה רפואית, היא כבר אובחנה על ידי רופא מטפל. אם יש צורך בבדיקות שמיעה יש לפעול על פי הכללים להזמנה בשלב דמי הפגיעה.

בשלב ניתוב התיק והכנתו (לפני קיום הוועדה), אפשר לבקש כל בדיקה וכל חוות דעת. **משהתכנסה ועדה רפואית, או שקיבל רופא המוסד את החלטתו, או שהוגש ערעור לוועדה לעררים, אי אפשר להוסיף בדיקות חדשות או חוות דעת.** לפיכך יש להכין היטב את התיקים **לפני** העמדת התובע בפני ועדה או לפני קביעת דרגת נכות על ידי רופא המוסד. תהליך זה אמנם גורם סרבול, שכן גם אם ברור לרופא המוסד שהוועדה תבקש בדיקות מסוימות, לא נוכל לשלוח לבדיקות אלה מראש, ולהכין אותן לקראת הוועדה, אלא יש לזמן את הוועדה ולמלא את בקשותיה.

**על הפניה לבדיקות ראו גם בהמשך בהזמנת בדיקות על ידי הוועדה, בפרק מחשוב, בדף עזר לסיכום פרק זה ובפרק טפסים (פרק 9).**



## 4.6 סמכויותיה וחובותיה של הוועדה הרפואית

- סמכות הוועדה היא לקבוע לתובע דרגת נכות זמנית או יציבה.
- הוועדה חייבת לקבוע את תחולת הנכות שקבעה לתובע.
- הוועדה חייבת להידרש בכתב לכל מסמך או טענה של התובע שעמדה בפניה קודם לשיבה או בעת השיבה ולקבוע את עמדתה באשר לכל פגימה בנפרד אם יש קשר סיבתי בינה לבין התאונה שהוכרה.
- הוועדה חייבת לבדוק את התובע ואת כל המסמכים הקשורים בפגימות הנטענות ולסכם את הממצאים בדוח כתוב. בהסכמת התובע והמוסד אפשר לקיים ועדה על פי מסמכים רפואיים בלבד.
- הוועדה רשאית לדרוש המצאה או ביצוע של בדיקות או חוות דעת נוספות שנדרשות לדעתה לשם קבלת החלטה בתביעה העומדת לדיון ולקבוע ישיבה נוספת לשם סיכום החלטתה בתיק.
- כשהוועדה קובעת לתובע נכות צמיתה בגין פגימה כלשהי, היא חייבת להידרש למצבו הקודם של התובע (אם קיימת עדות לעבר הרלוונטי לפגימה) ולערך חישוב "עובר ושבי".
- הוועדה אינה רשאית לדרוש מהתובע לבצע בדיקות רפואיות חודרניות שנדרשות לקבלת החלטה לעניין נכותו.
- הוועדה חייבת להתייחס לתקנה 15/16 (ראה להלן) בעת קביעת דרגת נכות צמיתה.
- הוועדה יכולה לבקש חוות דעת של יועץ רפואי מומחה או בדיקה של ועדת רשות.
- ועדה בדרג ראשון יכולה לקבוע סעיפי ליקוי מותאמים אם התרשמה מנכות שלא נמצא לה סעיף מתאים.

### 4.6.1 נקודות חשובות בדיון הוועדה

- אם נשלל קשר סיבתי חשוב לציין במפורש "אין קשר סיבתי". מדובר אך ורק בקשר הסיבתי של הפגימה החדשה לכאורה שמעלה התובע ושהוכרה על ידי פקיד התביעות, קרי המוסד. היא חלוטה, ואין דנים בה עוד לעניין הקשר הסיבתי.
- יש הבדל בין הקביעה שיש קשר אך אין נכות, ובין הקביעה שאין קשר.
- היעדר קשר מונע אפשרות להגיש החמרה.
- רישום האבחנות (חשוב לזכויות בקופת חולים ולנפגעי פעולות איבה).
- ציון ליקויים וסעיפים בטבלה.
- בוועדת ערר יש לעסוק רק בוועדה שעליה הערר. אם לתובע היו ועדות רפואיות נוספות, הוועדה לא תתייחס אליהן.
- ועדת ערר פותחת מחדש את הדיון בתביעה, כאילו לא התקיים מעולם דיון בדרג ראשון. כמו כן, היא גם אינה חייבת לדבוק רק בנושאים שמעלה המערער בטענת הערער, בין שהמערער





הוא התובע ובין שהוא המוסד. אם מתקבל הרושם שתיקבע הקטנת הנכות, יש לעצור דיון ולהודיע על כך לתובע. בשלב זה יוכל התובע למשוך את הערעור.

#### 4.6.2 קביעת דרגת נכות זמנית

- קביעת דרגת הנכות תיקבע מיום הבקשה או ברצף זמנים עם דמי הפגיעה או דרגת נכות קודמת שנקבעו לתובע, וייקבע מועד לסיום דרגת הנכות הזמנית.
- **תום הזמניות לא יאוחר משנה מיום קיום הוועדה.**
- בעת קביעת דרגת נכות זמנית אין הכרח להידרש למצבו הקודם של התובע.
- בעת קביעת דרגת נכות זמנית אין הכרח לקובעה לפי הסעיפים בתקנות לקביעת דרגת נכות לנפגע בעבודה. לא כן הדבר בקביעת נכות זמנית לצורך פטור ממס הכנסה או בוועדות של נפגעי פעולות איבה.
- הוועדה תפרט בדוח את הבדיקות ואת המסמכים שיש להכין לקראת הוועדה הבאה שתדון בנכותו של התובע.

#### 4.6.3 קביעת דרגת נכות יציבה

- נכות יציבה תיקבע מיום הבקשה או ברצף זמנים עם דמי פגיעה או נכות זמנית שנקבעו לתובע.
- חובה על הוועדה לקבוע את נכותו של התובע על פי סעיפי התקנות.
- בסמכותה של הוועדה לקבוע לתובע נכות מתאימה אם לדעתה מצבו אינו מתאים לקבוע במדויק בתקנות.
- אם אי אפשר לקבוע לתובע נכות מתאימה על פי התקנות, על הוועדה להפסיק את הדיון ולקבוע שנכותו תיקבע על פי תקנה 14 (ראו להלן). הנחיה זו בוטלה בפסיקת בית הדין. הוועדה יכולה לקבוע אחוזי נכות לפי סעיף דומה או מתאים, ובלבד שתציין זאת בפרוטוקול.
- חובה על הוועדה להידרש למצבו הקודם של התובע ולקבוע את מידת השפעתו של המצב הקודם על דרגת הנכות (האם השפעתו על חומרת הנכות רבה, פחותה או שווה לאירוע התאונתי?).
- חובה על הוועדה לקבוע את נכותו של התובע על פי תקנה 15/16.
- אם הוועדה סבורה שאין נכות, היא יכולה לרשום בפרוטוקול אחד משני ניסוחים: "אין נכות" או "0%". אם נרשם "0%", יש לרשום סעיף ליקוי לצדו.
- חובה על פוסק רפואי לבדוק את דוח הוועדה ולחתום עליו בכתב ידו לאחר שמולא על ידי מזכיר הישיבה.



#### 4.6.4 הזמנת בדיקות וחוות דעת לאחר ועדה רפואית

כאמור, משהתכנסה ועדה, או שרופא מוסמך קיבל את החלטתו, או שהוגש ערעור לוועדה לעררים, לא יכול רופא המוסד להוסיף מיוזמתו בדיקות חדשות או לבקש חוות דעת. בשלב זה של הטיפול בתביעה יש למלא אך ורק אחר בקשות הוועדה (לביצוע בדיקות או להמצאת חוות דעת), ולא ליזום בדיקות חדשות מטעמו.

אם רופא המוסד חולק על נחיצותה של בדיקה מסוימת, הוא רשאי לפנות לוועדה לקבלת נימוקיה. מזכיר הוועדה חייב ליידע על כך את התובע.

פוסקים שעובדים במכונים שונים, או שהם הבעלים של מכונים שבהם מבוצעות בדיקות, יוכלו להמשיך לעבוד כפוסקים ולבצע בדיקות במכונים, ובתנאי שהמבוטחים יופנו לבדיקות אלו על ידי רופאים אחרים.

**יש לזכור שהמוסד אינו מוסד אבחנתי או טיפולי, ולכן על רופאי המוסד ועל הוועדות להפנות אך ורק לבדיקות הנחוצות לשם קבלת החלטה באשר לשיעור הנכות.**

#### 4.6.5 ייזום מקדמות לנפגעי עבודה

כשהליך הטיפול בתביעה נמצא בעיצומו, רופא הסניף רשאי לבדוק זכאות לקבלת מקדמה לאלה שטרם סיימו את התהליך לקביעת דרגת נכות, בלי להמתין לפניית הנפגע בבקשה למקדמה. תשומת לבכם בעיקר למקרים הבאים:

- א. פגיעות קשות שתקופת אי-הכושר הסתיימה, והן טרם הובאו בפני ועדה (שיעור המקדמה ייקבע בהתייעצות עם רופא המוסד).
- ב. דרגת הנכות הזמנית (50% ויותר) הסתיימה זה מכבר, והתובע טרם הועמד בפני ועדה. להזכירכם, מדי חודש מופקת רשימת תיקים במצב "תום זמניות"; אפשר להיעזר בה כדי להוציא את המקרים המיוחדים.
- ג. פגיעות מרובות שטרם הסתיימה קביעת דרגת הנכות הסופית בגינן, אך ניתנו לוועדה חוות דעת של יועצים עם המלצה לנכות.

כמובן, יש להפעיל שיקול דעת גם במקרים אחרים.



#### 4.7 מעמד החלטת ביניים של ועדה רפואית בקביעת דרגת הנכות הסופית

"אין מניעה, כי הוועדה מדרג ראשון או ועדה לעררים תקיים מספר ישיבות בטרם תחליט בדבר דרגת הנכות.

העובדה כי באחת מיישיבותיה הקודמות, בטרם ניתנה החלטתה הסופית, היא סברה כי מגיעה דרגת נכות מסוימת זמנית או צמיתה, בגין פגימה מסוימת, עדיין אינה מונעת בעדה, בבואה להחליט באשר לדרגת הנכות, לשנות מהחלטתה בישיבה קודמת ולקבוע דרגת נכות אחרת".

והוא הדין לגבי ועדה רפואית אחרת הבאה לקבוע המשך דרגת נכות.

(ראו פסיקת בית הדין הארצי לעבודה בפסק דין עב"ל 407/05)



## 4.8 קביעת דרגת נכות על ידי ועדה רפואית (תקנה 11)

תקנה 11 לתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) קובעת את דרך חישוב דרגת הנכות. כמו כן, לפי סעיף 11ג(ו) אין לקבוע נכות בגין פגיעה בעצב ונוסף על כך אחוזי נכות בגין הפגיעה בסעיפי אותו עצב.

### 4.8.1 חישוב דרגת נכות

חישוב דרגת הנכות מבוצע על פי חישוב משוקלל, כלומר הנכות בגין כל פגימה נוספת על הפגימה הראשונה יהיה אחוז הנכות מוכפל בנכות שנותרה לתובע מ-100% הנכות המרביים (תקנה 11ב).  
לכך יש שלושה חריגים:

- א. קביעת דרגת נכות בגין אובדן שיניים - סעיף 174(ד) לתקנות.
- ב. קביעת דרגת נכות בגין עקירת עין - סעיף 53 לתקנות.
- ג. קביעת דרגת נכות על פי תקנה 15/16.

- בקביעת נכות צמיתה, כשהנכות נקבעה בחישוב "עובר ושב" בקיום מצב קודם, יתייחס החישוב המשוקלל לדרגת הנכות (נטו) שנקבעה כקשורה לתאונה שהוכרה בלבד.
- על פי תקנה 11ג1, הנכות למפרק לא תעלה על קשיון לא נוח.
  - על פי תקנה 11ג2-3, אין לקבוע נכות בגין כמה פגימות באיבר מסוים העולה על אובדן האיבר כולו (גפה או עין).
  - על פי תקנה 11ד, אין לקבוע נכות למפרק בגין הגבלת תנועות או קשיון ונוסף עליה נכות בגין הנזק שנגרם לשרירים המפעילים מפרק זה.
  - על פי תקנה 11ה, אין לקבוע נכות בגין פגיעה בעצב ונוסף על כך אחוזי נכות בגין הפגיעה בסעיפי אותו העצב.
  - תקנה 11ו מתייחסת להתאמת אחוזי הנכות לאיטרי יד ימין.

### 4.8.2 התאמה למבחנים

על פי תקנה 11, ועדה רפואית, בבואה לקבוע דרגת נכות, נדרשת לקבוע את דרגת הנכות לפי ליקוי המוגדר במבחנים ואחוז הנכות הנקוב צדו.

#### דוגמה:

במקרה של פגיעה בקרסול תפנה הוועדה לסעיף 48(3) העוסק בקרסול. אם לנפגע נגרמה למשל הגבלה ניכרת של התנועות בקרסול, דרגת הנכות תיקבע על פי סעיף 48(3)(א): "הגבלה ניכרת של התנועות בקרסול – 10%", ואחוז הנכות שייקבע יהיה 10%.

משלא נמצאה במבחנים פגימה זהה לליקוי של הנפגע, ניתנה הסמכות לוועדה (על פי תקנה 14א)



לקבוע נכות על פי סעיף שבו תוארה פגימה דומה לפגימה של הנפגע. במקרה זה על הוועדה לקבוע את דרגת הנכות כנקוב בצד הפגימה הדומה.

#### **דוגמה :**

לנפגע שבר בעקב שהותיר מגבלה בתפקוד כף הרגל. במבחנים אין ליקוי שמתאר נכות בעקב, אך הוועדה סבורה שההגבלה בעקב דומה להגבלה שקיימת במצב של רגל שטוחה, כפי שמתואר בסעיף 49(1)ב) הקובע דרגת נכות של 10%. לכן תקבע הוועדה 10% נכות.

משלא נמצאה במבחנים פגימה דומה לפגימה של הנפגע, ניתנת מעתה סמכות לוועדה לקבוע דרגת נכות בלי שתצטרך להעביר לוועדה בהרכב של שלושה פוסקים. זאת ועוד, הוועדה יכולה לקבוע דרגת נכות על פי שיקול דעתה בהתחשב במבחנים, ותהיה מוסמכת לקבוע דרגת נכות שונה מאחוז הנכות הנקוב בצד הליקוי.

#### **דוגמה :**

לנפגע הגבלת תנועות בעמוד השדרה הצווארי, וסעיף 37(5)א) קובע "הגבלה בצורה קלה 10%". אם תמצא הוועדה שהמגבלה אמנם מזערית, אך מצדיקה קביעת דרגת נכות, היא מוסמכת לקבוע דרגת נכות בשיעור 5% ולא 10% כנקוב בצד הפגימה, אם כי יהיה עליה לנמק את החלטתה.

אם תמצא הוועדה שההגבלה בעמוד השדרה הצווארי היא בין הגבלה בינונית להגבלה קשה, היא רשאית לקבוע דרגת נכות בשיעור 25%, כלומר בין סעיף 37(5)ב) הקובע 20% ובין סעיף 37(5)ג) הקובע 30%. הוועדה תפרט את שיקוליה ותנמק את החלטתה לקביעת אחוזי הנכות על פי סמכותה שבתקנה 14ב, כדי שהחלטתה תעמוד במבחן המשפטי.

במצב ביניים הוועדה אינה חייבת לקבוע את סעיף המבחנים המקנה אחוזי נכות גבוהים יותר, והיא רשאית לקבוע שהליקוי שממנו סובל הנפגע דומה יותר לליקוי המקנה אחוזי נכות נמוכים יותר. גם כאן עליה לנמק את החלטתה.

בתיקים שבהם נקבע סעיף ליקוי מותאם שלא על פי הנחיית בית הדין, **אין ליזום ערעור**

**מטעם המוסד.**

### **4.8.3 קביעת דרגת נכות למס הכנסה**

בקביעת דרגת נכות למס הכנסה, יש להמשיך ולפעול על פי תקנה 12 לתקנות מס הכנסה (קביעת אחוז נכות), תש"מ-1979 ולהעביר את הדיון לוועדה בהרכב של שלושה פוסקים. בסמכות הוועדה הזאת לקבוע את אחוז הנכות לפי שיקול דעתה בהתחשב במבחנים. שלא כבנפגעי עבודה, בקביעת דרגת נכות זמנית למס הכנסה, הוועדה חייבת לציין בפרוטוקול בצד אחוזי הנכות הזמנית גם את סעיף הליקוי המתאים.



#### 4.9 צירוף דרגות נכות (תקנה 12)

התקנה עוסקת בקביעת דרגת נכות אחת משוקללת בגין כמה תאונות בעבודה, אם כתוצאה מהאופי המצטבר של הנכויות צמצם התובע דרך קבע את הכנסתו מעבודה או ממשלח יד ב-50% או יותר לעומת הכנסתו במועד התאונה האחרונה בעבודה, ודרגת הנכות המצטברת מעניקה לו גמלה (מעל 20% נכות). אם קיבל התובע מענק/ים עקב נכות סמוך לקביעת דרגת הנכות המצורפת, הוא יידרש להחזיר חלקית את המענק/ים.



## 4.10 קביעת דרגת נכות מותאמת (תקנה 14ב)

### 4.10.1 הקדמה

קביעת דרגת נכות מותאמת פירושה קביעת דרגת נכות צמיחה כשהוועדה סבורה שבסעיפי המבחנים לא מופיע ליקוי דומה לליקוי שנמצא בתובע. בעבר מונתה ועדה נוספת על פי תקנה 14ב בהרכב של שלושה פוסקים רפואיים, וזו הייתה מוסמכת לקבוע את נכותו של התובע לפי שיקול דעתה, מתוך התאמה לאיבר או למערכת בהתחשב בסוג הפגימה ובהגבלה שנגרמה לתובע. כיום בוטל הצורך בוועדה כזאת, והוועדה מדרג ראשון יכולה לקבוע נכות לפי שיקול דעתה ולפי תקנה 14ב. הוועדה אינה מחויבת לדבוק במבחנים הנקובים, אך עליה לנמק את החלטתה, והתובע והמוסד רשאים לערער עליה בפני ועדה רפואית לעררים. בכך בוטלה ההלכה שנקבעה בפסק דין שרון פז.

### 4.10.2 תקנה 14 והתיקון לתקנה ב-1.9.05

עד היום, ועדה בהרכב שלושה רופאים שישבה על פי תקנה 14ב יכלה להתאים סעיף נכות בן שני סעיפי ליקוי קיימים. פסק הדין החדש, שרון פז נגד המוסד (עב"ל 1132/02) קובע שבמקרה ביניים, על הוועדה לחפש את הליקוי הקרוב, כלומר הדומה ביותר, לליקוי של המבוטח. בכך למעשה רוקן בית הדין את תקנה 14ב מתוכנה, שכן התאמה כזו של הליקוי לסעיף המתאר בצורה הקרובה ביותר את הליקוי של המבוטח יכולה להיעשות גם בוועדה מדרג ראשון ובלי להזדקק לשלושה פוסקים. נוסח התיקון לתקנה 14ב (פורסמה ב-1.9.05): "14 (ב). החליטה הוועדה שלא ניתן לקבוע דרגת נכות כאמור בתקנת משנה (א), תקבע על פי שיקול דעתה, את אחוזי הנכות בהתחשב במבחנים שנקבעו".

#### א. תחולה ותחילה

- הוראות תקנה 14ב חלות רק על נפגעי עבודה ואסירי ציון.
- תיקון תקנה 14ב חל על החלטת ועדה רפואית כמשמעותה בתקנה זו, שהתקבלה ביום פרסומן של תקנות אלה או לאחריו.
- לנוכח האמור בהוראות התחולה, ועדה שהחליטה ב-1.9.05 ואילך שיש להעביר את הדיון להרכב של שלושה פוסקים כאמור בתקנה 14ב בנוסחה הקודם, יוחזר התיק לוועדה, והיא תתבקש לקבוע את דרגת הנכות לפי הנוסח המתוקן של הוראות תקנה 14ב.
- החלטות ועדה שהתקבלו לפני 1.9.05, יטופלו לפי הכללים הקודמים, לרבות ההלכה שהתקבלה בפסק דין שרון פז.

#### ב. משמעות התיקון ויישומו

- בתיקון תקנה 14ב הושגו שתי מטרות:
- מתן סמכות לוועדה מדרג ראשון לקבוע אחוז נכות שונה מהאחוז הנקוב בצד הפגימה במבחנים (סעיף מותאם), כפי שהיה מקובל קודם ששונתה ההלכה על פי פסק דין שרון פז.



- ביטול הצורך בהעברה לוועדה בהרכב של שלושה פוסקים רפואיים, כשהוועדה החליטה שאי אפשר לקבוע דרגת נכות לפי פגימה דומה כאמור בתקנה 14א לתקנות האמורות.





## 4.11 הגדלת דרגת הנכות (תקנה 15)

על פי התקנות, יש לכנס ועדת רשות כדי לדון בהמלצות של ועדה רפואית - לאחר קביעת דרגת נכות צמיתה - באשר להגדלת אחוזי הנכות שנקבעו לתובע על פי תקנה 15, או כדי לקבוע דרגת נכותו של נכה נזקק (תקנה 18א).

תפקידה של ועדת הרשות לבדוק אם הפגימות שנובעות מתאונת העבודה שבה אנו דנים פוגעות בכושר עבודתו או השתכרותו של הנפגע.  
ועדת הרשות מורכבת משלושה חברים:

- א. **רופא מוסמך** - אמון לייצג את מצבו הרפואי של התובע
- ב. **פקיד שיקום** - אמון לייצג את מצבו הסוציאלי של התובע
- ג. **פקיד תביעות** - אמון לייצג את המצב המשפטי של התביעה

ועדת רשות תדון ותמליץ באשר לבקשות לקביעת דרגת נכות על פי תקנה 15. כמו כן, היא תמליץ בפני הוועדה הרפואית בעניין הפעלת תקנה 15/16 כשנקבעת לתובע דרגת נכות צמיתה.  
לא ייקבעו אחוזי נכות על פי תקנה 15 אם לא צומצמו הכנסות התובע מעיסוק או ממשלח יד ב-20% לפחות.

כשהוועדה הרפואית קובעת לתובע נכות צמיתה גבוהה מ-20%, חובתה שלא לסכם את הוועדה ולהתייעץ עם ועדת הרשות בעניין הפעלת תקנה 15. בנכות פחותה מ-19% לא חלה חובת התייעצות (הוועדה עצמה יכולה להחליט אם להפעיל או לא להפעיל את תקנה 15, ועליה לנמק כל החלטה שתקבל). עם זאת, אם הוועדה מוצאת לנכון, היא יכולה להתייעץ עם ועדת הרשות גם במקרה של נכות פחותה מ-19% או לבקש בדיקת הכנסות של התובע.  
נכותו של תובע על פי תקנה 15 אינה יכולה להעבירו את הסף מקבלת מענק לקבלת גמלה (זאת אומרת מעבר מ-19% ל-20%).

בתום ההתייעצות עם ועדת הרשות יוחזר התיק לסיכום בוועדה הרפואית. ועדה זו יכולה לקבל או שלא לקבל את חוות דעתה של ועדת הרשות. היא יכולה גם לבקש את ועדת הרשות לדון שוב בתיק על פי תקנה 15. הוועדה הרפואית חייבת לנמק את החלטתה בנדון.  
הוועדה אינה צריכה להתייעץ עם הרשות במקרים הבאים:

1. הנפגע חזר לעבודה ואין לו תלונות על ירידה ניכרת בהכנסות. בין שדרגת הנכות גבוהה מ-20% ובין שהיא פחותה, הוועדה רשאית לקבוע שאין מקום להפעיל את תקנה 15 בלא התייעצות עם הרשות.

2. דרגת הנכות פחותה מ-20% ומזכה במענק.

- הנפגע חזר לעבודה קודמת, גם אם יש ירידה בהכנסות, הוועדה מוסמכת ומסוגלת להחליט ללא התייעצות ברשות.
- הנפגע לא חזר לעבודה, אך לדעת הוועדה הוא מסוגל לחזור לעבודתו.
- הנפגע לא חזר לעבודה אך לדעת הוועדה אינו מסוגל לחזור לעבודתו. במקרה זה יש להעביר את התיק לפקיד התביעות לבדיקת הכנסות.



- הנפגע חזר לעבודה חלקית או אחרת וטוען לירידה בהכנסות, אך הוועדה סבורה שהוא מסוגל לחזור לעבודה מלאה. אם הוועדה מתקשה להחליט אם הנפגע מסוגל או אינו מסוגל לחזור לעבודה מלאה, היא יכולה להתייעץ עם הרשות.  
**אם כן, במענק יש מקום להתייעץ עם הרשות כשהוועדה מתקשה להחליט לגבי מסוגלותו של הנפגע לחזור לעבודה מלאה.**



## 4.12 נכות מיוחדת (תקנה 16)

ועדת רשות תדון ותחליט בבקשות לקביעת דרגת נכות על פי תקנה 16. ועדת רשות רשאית להמליץ לקבוע דרגת נכות של 100% אם עקב הפגיעה נמנע מהנפגע כל סיכוי לעבוד, ודרגת נכותו לפי תקנות 11, 14 ו-19 היא לפחות 65%.



### 4.13 קביעה מחודשת של דרגת נכות (תקנה 17)

תקנה 17 עוסקת בדיון מחודש לקביעת דרגת נכות על פי תקנה 15 ללא שינוי דרגת הנכות הרפואית עצמה.

הבקשה לקבוע מחדש את דרגת הנכות תוגש על ידי התובע או על ידי המוסד אם קיים שינוי בנסיבות - **ולא לזמן מוגבל** - לעניין כושר השתכרותו של התובע בגין הפגימות הרפואיות שאושרו כנובעות מתאונת העבודה שבנדון.

התקנה תופעל כשחלפו לפחות **12** חודשים ולא יותר מ-**60** חודשים מאז קבעה **ועדה רפואית** את נכותו של התובע.

הסמכות להפעיל את התקנה נתונה בידי ועדת רשות, וההחלטה לא תועבר לוועדה רפואית לאישור.



#### 4.14 קביעת דרגת נכות של נכה נזקק (תקנה 18א)

בדיון לפי תקנה 18א תקבע ועדת הרשות שיש להפעיל את התקנה או לדחותה. אי אפשר להפעיל תקנה זו באופן חלקי, כלומר אין להמליץ להעלות את דרגת הנכות לרמה פחותה מ-100% לתקופה הנדונה בוועדה.

על דחיית הפעלה של תקנה 18א הנפגע יכול לערער בפני בית הדין לעבודה כמקובל.

**זכרו שמדובר ביכולת להשתלב בעבודה כלשהי!**

#### 4.15 דיון בהחמרת מצב (תקנה 36)

תפקיד הוועדה הרפואית לדון בהחמרת הנכות הרפואית, ואילו הדיון במסוגלות הנפגע לעבודה על פי תקנה 15 ייעשה במסגרת תקנה 17. כל זמן שתקנה 17 אינה מופעלת עקב עיצומים או סיבות אחרות יש לפעול כלהלן:

##### 4.15.1 החמרת נכות רפואית המזכה בקצבה

אם חלה החמרה בדרגת הנכות הרפואית המזכה בקצבה שכללה גם הגדלה לפי תקנה 15, ולדעת הוועדה אין מקום להגדלה זו, תקבע הוועדה את הנכות הרפואית ותצרף אליה את דרגת הנכות על פי תקנה 15 בשיעור שנקבע בעבר.

##### דוגמה:

20%	נכות רפואית קודמת
10%	הגדלה על פי תקנה 15 במחצית
30%	סה"כ
30%	נכות רפואית עקב החמרה
15%	הגדלה על פי תקנה 15 במחצית*
45%	סה"כ

\* אם ההגדלה הקודמת הייתה ברבע או בשליש, תוגדל גם הנכות הרפואית ברבע או בשליש. אף שאין מקום להגדלה על פי תקנה 15, תשאיר הוועדה את שיעור ההגדלה כפי שנקבע בעבר. המוסד יפעיל תקנה 17 לדיון חוזר בתקנה 15.

אם חלה החמרה בדרגת הנכות הרפואית המזכה בקצבה שלא הופעלה בה התקנה בעבר, או שהופעלה חלקית, ולדעת הוועדה יש מקום להגדיל את הנכות על פי תקנה 15, תוכל הוועדה להפעיל את התקנה לפי שיקול דעתה.



## 4.15.2 החמרה בדרגת נכות המזכה במענק

אם חלה החמרה ודרגת הנכות מזכה במענק, הוועדה הרפואית תדון בתקנה 15 ותוכל להחליט בנושא זה בלי להתחשב אם התקנה הופעלה או לא הופעלה בעבר. על דרגת נכות שזיכתה במענק טרם הדיון בתקנה 36, ועתה משהחמרה מזכה בקצבה, יחולו הכללים האלה:

- אם אין לדעתה מקום להגדלה על פי תקנה 15, תצטרך הוועדה להשאיר את שיעור הקביעה (מחצית או פחות ממחצית) הקודמת על כנו (השינוי יתאפשר רק באמצעות תקנה 17).
- אם קיימת זכאות להגדלה על פי תקנה 15, הוועדה תוכל להגדיל את הנכות שהחמרה על פי תקנה 15 (כל זמן שתקנה 17 אינה מופעלת).

אם נקבעת נכות צמיתה (יציבה) בתחולה מלפני כמה שנים, ונכון לתחולה הזאת אין מקום להגדיל את דרגת הנכות לפי תקנה 15, וכעבור זמן יש מקום להגדיל לפי תקנה 15, אפשר לקבוע שתי תחולות נכות (דוח הוועדה בנוי לכך, ראו עמוד רביעי בדוח).

## 4.15.3 המצבים שבהם תוגש בקשה לדיון מחודש לפי תקנה 36

- א. התביעה הוכרה כפגיעה בעבודה, הפגיונות הוכרו כקשורות לתאונה, נקבעה דרגת נכות לכל אחת מהפגיונות, ולדעת רופא התעסוקה, יש כיום החמרה במצב הרפואי (באחת מהפגיונות או בכלן).
- ב. נוספה פגימה חדשה שלא נדונה בוועדה הרפואית. במקרה זה על הוועדה לערוך דיון קשר סיבתי בין הפגימה החדשה ובין האירוע התאונתי.
- ג. במקרה של החמרת מצב תוך כדי נכות זמנית (למשל אשפוז או ניתוח), הבקשה צריכה להיות מוגשת בתוך 90 יום מיום האשפוז. בסמכות רופא המוסד למנות ועדה ללא מסמך מרופא תעסוקתי.

באחריות רופא המוסד לבחון את התיק ואת הבקשה החדשה ולבדוק אם הייתה בעבר התייחסות לקשר הסיבתי הרלוונטי לבקשה זו.

אם ועדה שללה בעבר קשר סיבתי לעניין זה, אין מקום להפנות שוב לוועדה לפי תקנה 36 לפגימה זו. להלן ציטוט מספרו של ד"ר קובובי (עמ' 187):

העיקרון הוא שאין מהרהרים אחרי קיומו של קשר סיבתי בין נכות ובין פגיעה בעבודה, שקבעה ועדה רפואית קודמת, ומותר להוסיף שאין להרהר גם אחרי **מידת** הקשר הסיבתי כפי שנקבעה על ידי ועדה קודמת. קרי שהמדובר בקביעה סופית של ועדה לעררים קודמת או של ועדה מדרג ראשון שלא ערערו עליה. יש להקפיד בדקדקנות על ההלכה שוועדה רפואית מאוחרת אינה מוסמכת לקבוע קיום קשר סיבתי, כאשר ועדה רפואית קודמת שללה קיומו, אלא אם כן החלטת הוועדה הקודמת מקורה בטעות של החוק, ואז ניתן לדון מחדש בשאלת הקשר הסיבתי.



רצוי לסכם את התיק ולהפנות לוועדה שאלות להתייחסות. מותר לרופא לחוות את דעתו לעניין ההחמרה. שימו לב לחשיבות הניסוח ולהבדל שבין "אין קשר סיבתי" ובין "אין נכות" או "לא נותרה נכות".

#### 4.15.4 תחומים הדורשים תשומת לב מיוחדת בתקנה 36

בליקוי שמיעה כמחלת מקצוע יש להנחות את פקיד התביעות לברר אם יש המשך חשיפה או את מועד סיומה, ומובן שיש להזמין בדיקות רלוונטיות.

במקרה של החמרת מצב בפגימות שהוכרו בעבר, על הוועדה הרפואית לפרט את כל פגימותיו של התובע הנובעות מהתאונה המדוברת ולציין את דרגת הנכות המתאימה לכל פגימה ופגימה. יש להימנע מלהעריך באופן כולל את דרגת נכותו של התובע. ייתכנו מצבים חריגים שבהם אין מנוס מלקבץ את כל הפגימות תחת סעיף אחד. במקרה כזה יש לפרט בבירור בפרוטוקול הוועדה את כל הפגימות הנובעות מהתאונה הנדונה.

במקרה של פגימה חדשה על הוועדה לקבוע תחילה אם קיים קשר סיבתי בין התאונה ובין הפגימה החדשה שנתגלתה. אם לא קיים קשר סיבתי, אין לקבוע דרגת נכות לפגימה זו. אם קיים קשר סיבתי, על הוועדה לפרט את כל הפגימות הנובעות מהתאונה כאמור לעיל.

שימו לב: לפירוט הליקויים והפגימות יש חשיבות מרובה גם אם דרגת הנכות מקסימלית, משום שהוא משמש בסיס לטיפול רפואי, שיקומי ותרופתי שהנפגע זכאי לקבל מקופת החולים בגין התאונה בעבודה שהוכרה על ידי המוסד.

אם נעשה בעבר חישוב "עובר ושבו" לעניין העבר, ייגרר שיעור הניכוי מהנכות גם בקביעות עתידיות. במקרים מיוחדים, אם גם המחלה הקודמת מחמירה, יש לנמק הקביעה בהרחבה.

#### 4.15.5 מועד תחילת הנכות

תאריך תחילת הנכות המתחייב על פי תקנה 37א הוא מועד הגשת הבקשה לקביעה מחודשת של דרגת הנכות. לפי פסק דין של בית הדין הארצי לעבודה (בר"ע 1574/00), משום שיייווצר מצב שהוועדה הרפואית תהיה מוסמכת לדון בשלילת קיומו של קשר סיבתי שנקבע בהליך קודם על פי החלטה חלוטה של ועדה קודמת.

#### 4.15.6 סיכום

- א. חלפו שישה חודשים ממועד הוועדה האחרונה - חריג פעולה ניתוחית לדוגמה באישור רופא המוסד בלבד.
- ב. רופא שהוסמך לכך על ידי שירות רפואי מוסמך (גם מנהל מחלקה בבית חולים ציבורי במסגרת תפקידו).
- ג. מתייחס לקביעת הוועדה האחרונה.
- ד. החמרה רפואית של ממש ולא כערעור מאוחר.
- ה. נתגלתה פגימה חדשה.



- ו. תיקון החוק לעניין החמרה לתקנה 15 ללא החמרה רפואית.
- ז. תקנה 17 היא הכלי לדיון מחודש בתקנה 15 בדיון לפי תקנה 37.

הערה : בהפעלת תקנה 15 ראו הערות בפרק על תקנה זו.





## 4.16 תקנה 37

תקנה 37 על ידי רופא המוסד תופעל אם חלפו שישה חודשים ממועד הוועדה הרפואית האחרונה. רופא המוסד יעיין בפרוטוקול ועדה רפואית מדרג ראשון או שני ויקבל מידע רפואי חדש בכתב או בעל פה שלדעתו מעיד על סבירות רפואית ממשית לשיפור או להרעה במצבו הרפואי של התובע. גם דוח ועדה לפי תקנה 36 שציינה הטבה בממצאים אך הייתה מנועה מלשנות את דרגת הנכות יהיה בסיס להפעלת תקנה 37.

רופא המוסד יכול להחליט על פתיחת תיק לתקנה 37 גם בעת דיון בבקשה לקצבה מיוחדת או למענקים, אם על פי המסמכים הרפואיים החדשים הוא התרשם שחלה הטבה במצבו הרפואי של התובע הקשור לפגיעה בעבודה.

רופא המוסד יכול לפתוח תיק לתקנה 37 גם על פי צילומי וידיאו או לפי דוח חקירה שממצאיו הובאו לעיונו. ההפניה תהיה מסיבה רפואית בלבד ולא כערעור מאוחר, ולאחר הפעלת תקנה 37 יועמד הנפגע בפני ועדה רפואית מדרג ראשון כמקובל.

אין לשנות החלטה בשיעור תקנה 15 אם הוועדה קבעה שלא חל שינוי במצבו של הנפגע. אם הוקטנה דרגת נכות המזכה בקצבה, אך עדיין נותרה דרגת נכות המזכה בקצבה, שיעור ההגדלה בתקנה 15 יישאר על כנו. לדיון מחודש בנושא כושר עבודה בעת הדיון לפי תקנה 37, יש להיעזר בתקנה 17. אם הוקטנה דרגת נכות המזכה בקצבה לדרגת נכות המזכה במענק, על הוועדה להידרש לתקנה 15 ללא התחשבות בשיעור הפעלתה או אי הפעלתה בעבר.

### 4.16.1 דיון מחודש על פי תקנה 37

אם על פי תקנה 37 הוקטנה דרגת נכות המזכה בקצבה, אך עדיין נותרה דרגת נכות המזכה בקצבה, שיעור ההגדלה בתקנה 15 יישאר על כנו.

#### דוגמה א:

נכות קודמת	40%
הפעלת תקנה 15 במחצית	20%
סה"כ	60%

הוקטנה הנכות בדיון על פי תקנה 37	30%
הפעלת תקנה 15 במחצית (גם אם אין לו זכאות)	15%
סה"כ	45%

#### דוגמה ב:

נכות קודמת ללא הגדלה על פי תקנה 15	40%
הוקטנה נכות על פי תקנה 37	30%
יש הצדקה להפעלת תקנה 15	15%
סה"כ	45%



ועדה תוכל להגדיל את דרגת הנכות על פי תקנה 15, אף שהסמכות היא על פי תקנה 17, כל עוד לא מופעלת תקנה 17 כאמור.  
ראו הרחבה בנושא בפרק על תקנה 15.

#### הערה:

התברר לאחרונה שרופאים המליצו לפתוח תיק לבדיקה מחודשת בעילה של תיקון החלטה של ועדה רפואית שלא הוגש עליה ערעור במועד. נימוק זה לפתיחת תיק על פי תקנה 37 הוא פסול! יש לפתוח תיק על פי תקנה 37 רק כשמבחינה מקצועית סביר להניח שחל שיפור במצב הרפואי או כשיש תיעוד או מידע בכתב או בעל פה שהמצב השתפר.

#### 4.16.2 מקרים שבהם נפתח תיק לפי תקנה 37

- על פי דוח ועדה רפואית לתקנה 36 שהתרשמה מהטבה במצב הרפואי (למשל לאחר ניתוח וקביעת החמרה זמנית בדוח הוועדה).
- על פי כרטיסים או מסמכים רפואיים המעידים על הטבה במצב או על אי-הימצאות במעקב או בטיפול רפואי שוטף.
- על פי מסמכים רפואיים שהוגשו בבקשה להוון או להגדיל קצבאות.
- על פי ממצאים ומסקנות של חקירה שבוצעה בתיק נכות אחר.
- על פי ממצאי וידיאו סמויים שבוצעו לבקשה מיוחדת.

#### 4.16.3 מקרים שבהם לא נפתח תיק לדיון לפי תקנה 37

- לתיקון טעות רפואית או משפטית שנעשתה על ידי ועדה רפואית.
- לא קיימים ממצאים רפואיים חדשים.
- אין סבירות גבוהה מבחינה רפואית שמצבו של הנפגע השתפר לעומת מצבו בעת קביעת הוועדה.
- אין סבירות גבוהה מבחינה רפואית שמצבו של הנפגע בהווה הוחמר לעומת מצבו בעת קביעת הוועדה.
- אם הנפגע קיבל מענק על נכות הפחותה מ-19%.

**זכרו:** אם חל שינוי בהכנסות או ביכולת העבודה בהשוואה לוועדה הרפואית האחרונה, ואי אפשר להפעיל תקנה 37 בהיעדר סיבה רפואית, יש לשקול להפעיל את תקנה 17.

\* בהמשך מצורף פסק דין שנתן לאחרונה בית הדין הארצי לעבודה לעניין שיקול דעתו של רופא המוסד בהפעלת תקנה 37.



#### 4.17 בקרה על החלטת הוועדה הרפואית (טופס בל/3413)

בקרה על החלטת ועדה תיעשה בדחיפות, כדי שלא לאחר את מועדי הערעור (הערעור יוגש אך ורק לאחר שהוועדה סיימה את החלטתה).

רופא המוסד יבחן את החלטת הוועדה ויחווה את דעתו על גבי טופס הבקרה. הרופא יסמן אם הוועדה לא נדרשה לנושא החייב התייחסות, ואם ימצא שהוועדה טעתה, יפרט את הטעות. אם יחליט רופא המוסד להמליץ על ערעור על החלטת הוועדה, יפרט וינמק בכתב את העילות לערעור. כמו כן, הרופא יתייחס לאפשרות מסירת הדוח לתובע אם הוועדה לא עשתה זאת ולמינוי מקבל הגמלה.

בעבר בוצעה בקרה על דוח ועדה שטרם סיימה החלטתה, אך על פי ההנחיות החדשות, אין לבצע בקרות על ועדה שטרם סיכמה את הדיון, והבקרה נעשית רק על נכות זמנית או נכות צמיתה (לאחר ועדת הרשות). ראו נספח עדכון לנושא בהמשך הפרק.

טופס הוועדה לא יועבר לבקרה רפואית אם:

- המבוטח לא הופיע לדיון שאליו הוזמן.
- הוועדה קבעה נכות 0% ללא נכות מזכה.
- בדיון לפי תקנה 36 ובוועדה רפואית נקבע שאין החמרה במצב (אלא אם ציינה הוועדה מפורשות שיש הטבה במצב לעומת קביעות קודמות).

##### 4.17.1 ביטול בקרת תקינות בהחלטת ביניים

בקרת תקינות הוועדה הרפואית תיעשה מעתה רק לאחר קביעת נכות זמנית או יציבה, ולא במצבי ביניים, כשהדיון טרם הסתיים, כגון המתנה לוועדת רשות לצורך תקנה 15, עצירת דיון לצורך התייעצות עם יועץ רפואי וכו'.

במצבי ביניים יועבר התיק לרופא המוסד לטיפולו בבקשות הוועדה, לקבלת חוות דעת יועץ רפואי או לשם ביצוע בדיקות רפואיות בלבד, בהתאם לסמכותו שבתקנה 3 בדבר קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה.

##### 4.17.2 חוות דעת יועץ לוועדה

מכוח תקנה 3 רופא המוסד רשאי, מיוזמתו או לפי דרישת הוועדה, למנות יועצים רפואיים או אחרים שיגישו לרופא המוסד או לוועדה את חוות דעתם וכו'.

כשהבקשה ליועץ רפואי באה מטעם הוועדה, ימונה היועץ על ידי רופא המוסד, אך חוות הדעת תוגש לוועדה ולא לרופא, והרופא יעין בה בסיום עבודת הוועדה במסגרת בקרת התקינות.

##### 4.17.3 ועדת רשות

תפקיד ועדת רשות היא ליעץ לוועדה הרפואית בעניין תקנה 15. לפיכך בתיק המועבר לדיון בוועדת רשות, על הוועדה להידרש לעניין תקנה 15 בלבד, ואין להוסיף הערות בדבר החלטת הוועדה או המלצה לערעור גם אם אלה נועדו לטובת המבוטח.



## 4.18 הגשת ערר

### 4.18.1 עילות לערר

אפשר לערער על החלטתה של ועדה רפואית אם היא טעתה בנושאים אלה:

- יישום סעיפי הליקוי בתקנות.
- קבלת החלטה הנוגדת החלטה חלוטה שפסקה ועדה קודמת. לדוגמה: הכירה בקשר סיבתי כשקשר כזה כבר נשלל בעבר.
- התאמת דרגת הנכות לסעיפי הליקוי שבתקנות.
- קביעת דרגת נכות בגין פגימות שלא הוכרו כקשורות לתאונה שבה דנה.
- אי-ניכוי מצב קודם שקיים בנפגע בעת שנקבעה לו דרגת נכות צמיתה (יציבה).
- קביעת דרגת נכות צמיתה בעוד מצבו של הנפגע עדיין זמני.
- קביעת דרגת נכות זמנית כשמצבו של הנפגע צמית.
- קביעת דרגת נכות זמנית לתקופה ארוכה מ-12 חודשים מתאריך התכנסותה של הוועדה.
- חישוב דרגת הנכות (טעות שאינה טעות סופר; כשמדובר בטעות סופר אפשר להחזיר לוועדה את התיק לתיקון הטעות).
- אי-התייחסות לדרגת נכות על פי תקנה 15/16 כשקבעה לנפגע נכות צמיתה.
- קביעת דרגת נכות בגין כמה פגימות באיבר אחד החורגת מהנכות הקבועה בגין אובדן האיבר כולו.
- קביעת נכות בגין הגבלות בתנועת מפרק או פגיעה בשרירים המפעילים את אותו המפרק שבגיננו נקבע שלתובע קשיון.
- קביעת נכות בגין פגיעה בעצב ובגין הפגיעה בסעיפי אותו העצב.
- קביעת נכות בגין פגיעה בעמוד השדרה הן על פי סעיף אורתופדי והן על פי סעיף נוירולוגי (לאחרונה קבע בג"ץ שבפגימת גב, כשהתובע העלה תלונות אורתופדיות ונוירולוגיות, והוועדה בבדיקתה אמתה אותו, לא תיפסק נכות על פי שקלול שני הסעיפים, האורתופדי והנוירולוגי, אלא רק על פי אחד מהם [סעיף 37(10)(ב)].

### 4.18.2 דוגמה לנימוקי ערר

אדם שנפגע בתאונה וסבל מחבלת ראש ומשבר ברגלו התלונן על ליקוי בתפקוד ובריכוז, עצבנות, לקות שמיעה וצלקות בגוף. הוועדה קבעה נכות צמיתה לנושאי א"ג, נוירולוגיה, אורתופדיה וכירורגיה.

הוועדה טעתה ויש לערער מהסיבות הבאות:

- א. נכות נוירולוגית נקבעה לפי סעיף לא נכון שמתאים לשיתוק חצי גוף, ואילו בעייתו של התובע קוגניטיבית, ולכך נועד סעיף 29(11). בהערכה נוירו-פסיכיאטרית יש להביא בחשבון בעיה נפשית וקוגניטיבית ולקבוע סעיף אחד שמיטיב להגדיר את תפקודו של התובע [29(11)/34]. על הפרעה קוגניטיבית + PTSD יש לתת סעיף אחד שמשקף הבעיה.



- ב. אורתופד קבע נכות צמיתה רק עד 31.5.03, כשהיה מקום לקבוע עמדה גם לגבי תקופה מאוחרת מזו: האם אין נכות? האם יש נכות זמנית? האם יש נכות צמיתה? קיימים סעיפים ספציפיים, ולמרות זאת נעשה שימוש בסעיף 35(1).
- ג. נכות אא"ג אינה סבירה לצמיתות משום שבבדיקה הקלינית היה פקק שעווה, ועל כך אי אפשר לבסס נכות.
- ד. קביעה לא תקינה לכאורה על צלקות. לא ברור אם יש צלקות גם באזור הפנים והצוואר המחייבות נכות נפרדת.

#### **4.18.3 ערר של המוסד לטובת המבוטח**

לעתים הערר של המוסד על החלטתה של ועדה רפואית מדרג ראשון יהיה לטובת המבוטח. עם זאת, עצם הגשת ערר על ידי המוסד מתפרשת על פי רוב כניסיון המכוון נגד המבוטח ומיועד להקטין את דרגת נכותו. לפיכך הקפידו להדגיש במכתב הערר המופנה למזכיר הוועדות ולמבוטח שהערר נעשה לטובת המבוטח.

#### **4.18.4 מועד הגשת ערר**

מועד הגשת הערר על החלטת ועדה הוא בתוך 30 יום מהמועד שבו נמסרה לצד החלטת הוועדה. המוסד יגיש ערר בתוך 30 יום ממועד ישיבת הוועדה, והנפגע יגיש אותו בתוך 60 יום ממועד ישיבת הוועדה (מאחר שאי אפשר לוודא את המועד המדויק שבו הגיעה ההחלטה לידיו).



## 4.19 ועדות רפואיות: כללי

### 4.19.1 נוהל עבודת הוועדה ומילוי פרוטוקול

- א. הצגת חברי הוועדה ומזכיר הישיבה בפני הפונה לוועדה. יש להכין שלטים מתאימים לפני הוועדה.
- ב. בירור אם הנבדק טופל בעבר על ידי אחד הרופאים. יש לרשום את השאלה ואת התשובה בפרוטוקול. אם אחד הרופאים מכיר את הנבדק וטיפול בו, יש לפסול את ההרכב.
- ג. רישום המידע והמסמכים העומדים לרשות הוועדה.
- ד. שמיעת טיעוני הנפגע, רישומן והחתמת הנפגע לאישור תלונותיו. אם המלווה מפרט את התלונות, יוכל הוא לחתום על אישורן.
- ה. רישום הפרוטוקול ייעשה בכתב יד ברור.
- ו. הפוסק יחתום על פרוטוקול הוועדה ויטביע בו גם את חותמתו. בחותמת יצוינו שמו, מקצועו ומספר הרישיונות שלו.

### 4.19.2 נוכחות זרים בישיבת הוועדה

כל נבדק זכאי לנוכחות אדם נוסף בחדר בעת ביצוע בדיקה גופנית.

### 4.19.3 תיקון טעות סופר בהחלטה

אם רופא המוסד סבור שחלה טעות סופר בפרוטוקול הוועדה, כגון טעות בסעיף, בצד הפגיעה, בתאריכים וכדומה, יכתוב את הערותיו בטופס הבקרה או במזכר להמשך טיפול של מזכיר הוועדות. אסור לרופא המוסד לתקן הקביעה בכתב ידו.

### 4.19.4 אירוע חריג בזמן ישיבת ועדה

השירות שנותנות הוועדות הרפואיות הוא בדרך כלל מקצועי ומכובד. עם זאת, לעתים מתרחש אירוע יוצא דופן, כגון התנהגות בלתי הולמת של המבוטח, המלווה או אחד מחברי הוועדה, וראוי לציין זאת. אירוע חריג ייחשב למשל איחור בהגעה של מזכיר או של רופא, שיחות טלפון במהלך הישיבה, ויכוח בין המזכיר או הרופא ובין המבוטח, שימוש בשפה בוטה, איומים של המבוטח וכיוצא באלה. כמו כן, יש לציין אירועים יוצאי דופן כמו הפסקת חשמל, פוסק שנאלץ לצאת מהוועדה לפני סיומה וכו'. מזכיר הישיבה או רופא הוועדה ידווחו בכתב על כל אירוע חריג שמתרחש בה בטופס המופק ממסך 240 במערכת "ועד" (פרוטוקול ועדה רפואית).

דיווחים אלה יקלו את בירור התלונות המגיעות ממבוטחים ויאפשרו לנו להפיק לקחים ולשפר את השירות במידה ניכרת. הטיפול באירועים אלה מסור בידי מזכיר הוועדות, ורופא המוסד יסייע לו ולצוות המינהלי בסניף. הנושא יכול לעלות גם בדיון הפורום בסניפים.



#### 4.19.5 מסירת הפרוטוקולים

להבטחת שקיפות התהליך בוועדה יישלח העתק דוח הוועדה לנפגע בצירוף ההודעה על החלטתה. דוח ועדה שלא סיכמה עדיין את דיוניה, או במקרה של עצירת דיון בשל כוונה להפחית את אחוזי הנכות, יישלח רק לבקשת הנפגע. אין לשלוח לנפגע פרוטוקול אם הפוסק או רופא המוסד ציינו זאת מפורשות במקרים מיוחדים.

#### 4.19.6 הליך הטיפול בעת גילוי מעשה הונאה או חשד למעשה כזה

כשעולה חשד למעשה הונאה קיימת חובת דיווח.

המקרים השכיחים הם:

- א. תובע שקיבל גמלה שלא כחוק באמצעות זיוף ממצאים או מסמכים.
- ב. תובע שהגיש מסמכים החשודים כמזויפים לשם קבלת גמול.
- ג. חוות דעת רפואית המצטיירת כלא אמינה, בין שהיא מבוססת על מסקנות לא נכונות ובין שהמלצתה אינה תואמת את המצב הרפואי.

במקרים אלה ובמקרים אחרים שבהם יש חשש למעשה הונאה יש לדווח על כך בטופס מזכר לרופא המוסד.

רופא המוסד יחליט אם:

- לבצע את הברור במסגרת הסניף (בקשת מסמכים ובדיקות נוספות או בקשת חוות דעת מיועצים רפואיים או משפטיים) לאחר דיווח לייעוץ הרפואי.
- ליזום חקירה טרם שליחת החומר לייעוץ הרפואי.
- לשלוח את החומר ישירות לייעוץ הרפואי.

אם יאומתו החשדות, הייעוץ הרפואי יעביר את הנושא לטיפול הגורמים המתאימים, בהם המחלקה המשפטית של המוסד, המשטרה, הנהלות קופת החולים, משרד הבריאות ולשכת עורכי הדין. התובע או מגיש המסמכים המזויפים (רופא, עורך דין או מתווך) והחשודים צפויים לעונשים הקבועים בחוק.

#### 4.19.7 דחייה בשל אי-התייבות

בתקנה 8ג (הגשת תביעה לגמלה ואופן תשלומה) נאמר שתובע שלא מסר את כל הפרטים הנדרשים כדי להחליט בתביעתו, תידחה תביעתו. הדחייה נעשית לאחר משלוח תזכורות על פי האמור בתקנה 8א.

עד היום דחינו תביעה על אי-מסירת נתונים רק כשלא הומצאו פרטי הבנק (סיבה ח"נ). במקרים אחרים שבהם לא נמסרו נתונים נדחתה התביעה מהסיבה שעמדה מאחורי אי-המצאת הנתונים. לדוגמה, אם לא הומצאו נתונים על הכנסות, נדחתה התביעה עקב הכנסות. ואולם, בהנחיית הלשכה המשפטית, בכל מקרה שבו לא הומצאו הנתונים הנדרשים לצורך החלטה בתביעה, יש לדחות התביעה על פי תקנה 8.



#### 4.19.8 מינוי מקבל גמלה

סעיף 12 בטופס בקרת תקינות הוועדה מאפשר לרופא המוסד להמליץ ליזום מינוי מקבל גמלה. איתור מוקדם של אינדיקציה כזו ייעל הטיפול בנפגע ובזכויותיו על ידי פקיד התביעות ופקיד השיקום.

אפשר לאשר מינוי מקבל גמלה שיקבל את גמלת המבוטח במקומו במצבים שבהם מצב בריאותו של המבוטח מונע ממנו להשתמש בגמלה, למשל:

- א. המבוטח אינו מסוגל להוציא את כספי הגמלה עקב בעיה פיזית.
- ב. המבוטח אינו מסוגל להשתמש בגמלה ביעילות ובאחריות, כפי שנקבע על ידי פסיכיאטר.
- ג. המבוטח אינו מסוגל לדאוג לענייניו עקב מצב בריאותו, כגון פגיעה במצב ההכרה, פגיעות ראש קשות, פגיעות נפשיות קשות, פגיעה ביכולת הקוגניטיבית ושיטיון.

סעיף 135א לחוק אוסר על העברת גמלה לאחר, אך סעיף 135ב בוטל כדי לפשט הליכי קבלת גמלה, ותוקן סעיף 136ב באופן שמאפשר למוסד למנות מקבל גמלה ללא הגבלת זמן וללא צורך בפנייה לבית הדין. הפנייה לבית הדין תיעשה במקרים שמתן הגמלה לידי הזכאי, לכאורה אינה לטובתו.

#### 4.19.9 חובת דיווח למרב"ד (מכון רפואי לבטיחות בדרכים)

להלן המסמך.

##### הנדון: חובת הודעה על נהגים המסוכנים לעצמם ולזולתם

##### 1. כללי:

בהמשך לחוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות מס' 61/98 מיום 16/9/1998, ברצוני להביא לידיעתכם ולרענן את הקווים המנחים לגבי חובת הדיווח על נהגים מסוכנים:

הרופא המטפל באדם ואבחן אצלו מחלה, והסבור כי אותו אדם עלול בנהיגתו לסכן את עצמו או את זולתו מחמת אותה מחלה, חייב לדווח על כך למכון הרפואי לבטיחות בדרכים (המרב"ד).

##### 2. מטרה:

מטרת חוזר זה לקבוע קווים מנחים, שיסייעו לרופא לקיים את חובת ההודעה למכון הרפואי לבטיחות בדרכים, על בני אדם העלולים בנהיגתם לסכן את עצמם או זולתם כתוצאה ממחלה ו/או ממצב בריאותי רלוונטי לבטיחות הנהיגה.

##### 3. עקרונות:

(1) בהתאם לסעיף 12 א' לפקודת התעבורה: "רופא המטפל באדם שמלאו לו 16 שנים, והוא מאבחן אצלו מחלה וסבור כי אותו אדם עלול בנהיגתו לסכן את עצמו או את זולתו מחמת אותה מחלה, ידווח על המחלה לרשות שקבע שר הבריאות".





משמעות המונח "רופא מטפל" בהקשר לחובת הדיווח האמורה נבחנה על ידי הממונים על נושא זה במשרד המשפטים. לפי חוות דעתם, חלה חובת הדיווח גם על כל רופא הבודק אדם, לרבות לצורך טיפול חד פעמי או אבחון בלבד, והחובה החוקית המפורשת למסירת הודעת מטפל גוברת על חובת שמירת הסודיות הרפואית.

2) המכון הרפואי לבטיחות בדרכים (מרב"ד) שבמשרד הבריאות, נקבע ע"י שר הבריאות כרשות הרפואית שמתפקידו להודיע לרשות הרישוי במשרד התחבורה על המלצתו לעניין מתן רשיון נהיגה, התלייתו או ביטולו.

3) לצורך מילוי תפקידו כאמור לעיל, עוסק המרב"ד בתחום הרפואה והפסיכולוגיה התעבורתית.

4) נהיגה היא פעולה הדורשת קליטה מתמדת של המידע על הנעשה בסביבת הנהיגה, מידע המשתנה באופן רציף, וכן יכולת להגיב במהירות בהתאם למידע שנקלט.

5) כל ליקוי בריאותי, שעלול לפגוע ביכולת הקליטה והתגובה המיידית, מעלה את הסכנה למעורבות הנהג בתאונת דרכים.

6) על הרופא המטפל באדם להיות ער לליקויים בבריאותו של אדם העלולים לפגוע ביכולתו לקלוט ו/או להגיב מיידית.

7) סוגי ליקויי הבריאות (המחלות), העלולים לפגוע ביכולת הקליטה ו/או התגובה, הינם:

1. שינויים פתאומיים במצב הערנות של הנהג שעלולים לגרום לאיבוד שליטה על ההגה.

2. ליקויים בחושים העלולים לגרום לחוסר אפשרות לקלוט מפגע בדרך.

3. פגיעה ביכולת השיפוט ובתהליך קבלת החלטות של הנהג.

8) אמנם, ההמלצה הינה להודיע למרב"ד על נהגים שלהם ליקויי בריאות כמפורט בסעיף 4 שלהלן, אולם עשויים להיות ליקויי בריאות נוספים, העלולים להשפיע על יכולת הנהיגה, שלא נכללים ברשימה. לפיכך, למותר לציין ששיקול דעתו של הרופא המכיר את מצבו הבריאותי של הנהג חיונית ביותר.

9) הודעת הרופא למרב"ד על הצורך בבדיקה רפואית של האדם, מסתכמת לרוב בהמלצת המרב"ד לרשות הרישוי על המשך נהיגה עם מעקב ו/או להמלצה על אביזרים שמטרתם להקל על הנהיגה.

רק במקרים נדירים, בהם ברור כי המשך הנהיגה מהווה סיכון לנוהג ולזולתו ימליץ המרב"ד לרשות הרישוי על התליית רשיון הנהיגה או על ביטולו.

#### 4. המחלות שמומלץ להודיע עליהן למכון הרפואי לבטיחות בדרכים:

על הרופא להודיע למרב"ד על גבי הטופס המצ"ב, כאשר בטיפולו אדם מעל גיל 16 הסובל מאחת המחלות המפורטות להלן, או ממחלה אחרת הגורמת לאחד הסימפטומים המפורטים:

#### א. מחלות גופניות:

1. ירידה בכושר הראייה, שאינו ניתן לתיקון באמצעות משקפיים
2. ירידה בכושר השמיעה, שאינו ניתן לתיקון באמצעות עזרי שמיעה



3. מצבי סחרחורת חוזרים
4. הפרעות בשיווי משקל
5. אמבוליות (תסחיפים) חוזרים
6. מצב לאחר אירוע מוחי וסקולרי (C.V.A)
7. אירועים חוזרים של איסכמיה חולפת (T.I.A)
8. מחלות נירולוגיות עם פגיעה בתפקוד מוטורי ו/או קוגניטיבי
9. אירועים חוזרים של הפרעות בקצב הלב
10. תסמונת תעוקת לב בלתי נשלטת
11. אי ספיקת לב כרונית
12. שאתות במח או מחלות ממאירות פעילות
13. ליקוי קבוע בתפקוד הגפיים
14. שימוש קבוע בתרופות העלולות לגרום חוסר ערנות
15. מחלת הכפיון (אפילפסיה)
16. סוכרת שאינה מאוזנת באמצעות דיאטה ותרופות או מלווה בסיבוכים מערכתיים
17. אירועים של דום-נשימה (Sleep Apnea)

### ב. מחלות נפש :

1. הפרעות נפשיות עקב נזק מוחי או כתוצאה ממחלה גופנית אחרת
2. הפרעות באישיות ובהתנהגות עקב מחלה, נזק או ליקוי תפקודי של המוח
3. הפרעות נפשיות קוגניטיביות והתנהגותיות כתוצאה משימוש חולני בחומרים פסיכואקטיביים (תרופות, סמים, אלכוהול, סולבנטים, דבקים) ו/או חומרים הלוצינוגניים
4. הפרעות נפשיות קוגניטיביות והתנהגותיות במשך תהליך הגמילה הפיסית, מהתמכרות לחומרים פסיכואקטיביים ו/או הלוצינוגניים כאמור בסעיף 3
5. סכיזופרניה והפרעות סכיזוטיפליות ודלוזיונליות
6. הפרעות במצב הרוח על רקע מחלות נפש
7. תגובה לדחק חמור והפרעות הסתגלות
8. הפרעת אישיות פרנואידית
9. הפרעת אישיות דיסוציאלית
10. הפרעות של הרגלים ושל דחפים, הימור פתולוגי, הצתה פתולוגית (פירומניה) וגניבה פתולוגית (קלפטומניה)
11. פיגור שכלי

### 5. חובת הרופא להזהיר את הנהג :

על הרופא המטפל באדם מעל גיל 16 שנים, הסובל מאחת המחלות שפורטו לעיל, או ממחלה אחרת הגורמת לאחד מהסימפטומים שפורטו, העלולים לגרום לסכנה בנהיגתו, להזהיר את המטופל ולהמליץ לו להפסיק לנהוג, וזאת עד לקביעת המרב"ד.



**6. חובת הודעה למכון הרפואי לבטיחות בדרכים :**

בהתאם לחוק כאמור, במקרה שרופא הבחין באדם מעל גיל 16 שנבדק אצלו, באחד מליקויי הבריאות שברשימה או מחלה אחרת, שלדעת הרופא עלולה לסכן את נהיגתו - עליו להודיע למרב"ד על המטופל, ע"ג טופס ההודעה המצ"ב וליידע את המטופל על ההודעה.

יש להדגיש כי הודעה במועד למרב"ד, על נהגים שבגין מצבם הרפואי מסכנים את עצמם ואת זולתם, עשויה להוריד את מספר תאונות הדרכים שסיבתן היא רפואית.

נספח: טופס דיווח ע"פ סעיף 12 ב' לפקודת התעבורה בפרק ט.

**4.19.10 כיסוי הוצאות נסיעה למוזמנים לוועדות רפואיות או לבדיקות רפואיות**

במקרים חריגים, כשהנפגע אינו יכול להשתמש בתחבורה ציבורית בשל מצבו הרפואי ומקום מגוריו, ישולמו לו הוצאות נסיעה בתחבורה מיוחדת.

אם אישר רופא המוסד שהנפגע זקוק למלווה, ישולמו הוצאות הנסיעה גם למלווה כפי

שאושר לנפגע, רק במקרה שבו נגרמו לו הוצאות נסיעה נוספות.

תשלום לעובדים זרים: המוסד ישלם הוצאות נסיעה בחו"ל הכוללות הגעה לשדה

התעופה, הוצאות טיסה ונסיעה במונית למלון בארץ. נסיעות בארץ ישולמו על פי הקריטריון לכלל המבוטחים.



## 5. ועדות ערר וערר לבית הדין

### 5.1 דגשים לעבודות הוועדה, סמכויותיה ותפקידיה

- בסמכותה של ועדת הערר לדון בערר של הצדדים (הנפגע או המוסד) על החלטה בוועדה רפואית מדרג ראשון. ועדת הערר אינה מחויבת לשום החלטה של ועדה מדרג ראשון, והתביעה יכולה להידון כאילו לא נדונה קודם.
- ועדת ערר תשב בהרכב של שלושה פוסקים, כשלפחות אחד מהם מומחה בתחום הרפואי שהוועדה נדרשת לפסוק בו.
- ועדת ערר חייבת להתייחס בכתב לכל טענה או חומר רפואי שהציגו הצדדים בפניה.
- בסמכותה של ועדת ערר לשנות החלטות של ועדה מדרג ראשון, לקבוע דרגת נכות שונה, לקבוע נכות זמנית במקום שנקבעה נכות צמיתה, או לקבוע דרגת נכות צמיתה אם נטען כך בכתב הערעור. בערר שהגיש הנפגע, אם החליטה הוועדה להפחית מאחוזי הנכות שפסקה הוועדה מדרג ראשון, היא חייבת להודיע לתובע שבכוונתה לעשות כן, והתובע רשאי להתגונן ולמשוך את הערר.
- ועדת ערר רשאית לדרוש ביצוע בדיקות נוספות מהתובע.
- ועדת ערר רשאית לדרוש המצאת חומר נוסף.
- החלטתה של ועדת ערר תתקבל ברוב דעות הפוסקים.



## 5.2 הזמנת בדיקות וחוות דעת לאחר ועדה רפואית

משהתכנסה ועדה רפואית, או שקיבל רופא המוסד את החלטתו, או שהוגש ערר לוועדה לעררים, לא יכול רופא המוסד להוסיף מיוזמתו בדיקות חדשות או לבקש חוות דעת. בשלב זה של הטיפול בתביעה יש למלא אך ורק אחר בקשות הוועדה (לבצע בדיקות או להמציא חוות דעת) ולא ליזום בדיקות חדשות מטעמנו.



### 5.3 ערעור על החלטת ועדה לעררים

הערעור על החלטת ועדה רפואית לעררים יהיה אך ורק כשהוועדה טעתה טעות משפטית בקביעתה את דרגת הנכות לנפגע. יש להגיש את הערעור בתוך **30 יום** מיום הודעת הוועדה על החלטתה למערערים.

עילות משפטיות לערעור יכולות להיות:

- א. קביעת דרגת נכות צמיתה כשנכותו של הנפגע עדיין זמנית.
- ב. קביעת דרגת נכות שלא על פי התקנות וכשאין התאמה בין הקביעה לתקנות.
- ג. קביעת נכות בגין פגימות שאינן קשורות לתאונה שהוכרה.
- ד. קביעת אחוזי נכות על פי תקנה 15/16 שלא כדין.
- ה. אי-התחשבות במצב קודם הקיים בנפגע.
- ו. טעות בחישוב דרגת הנכות (שאינה טעות סופר).
- ז. אי-התייחסות לכל המסמכים הרפואיים שבתיק.
- ח. היעדר הנמקה להחלטות שונות מאלו שהוצגו בחוות הדעת שהוצגו לוועדה.
- ט. אי-התייחסות לכל הסעיפים בכתב הערעור.
- י. טעות ביישום סעיפי הליקוי במבחנים.
- יא. טעות בקביעה או באי-קביעה של נכות בגין פגימה מסוימת.
- יב. טעות ביישום תקנה 15/16 בקביעת נכותו של התובע.
- יג. הרכב הוועדה, מבחינת מומחיות הרופאים שישבו בה, לא התאים לפגימות שמהן סובל התובע.

אם יתקבל הערעור, החלטת בית הדין תהיה להחזיר את התיק לדיון בפני ועדה רפואית לעררים באותו ההרכב או בהרכב שונה.



## 5.4 בית הדין לעבודה

### 5.4.1 ערעור לבית הדין לעבודה

בין יתר סמכויותיו, בית הדין לעבודה מוסמך לדון בערעורים על החלטות המוסד. הדיון בבית הדין נעשה בפני שופט/ים ונציגי ציבור בשתי ערכאות:

- א. בית הדין האזורי לעבודה
- ב. בית הדין הארצי לעבודה, שבפניו יידונו ערעורים על פסיקת בית הדין האזורי. הערעור ייעשה ברשות ויהיה בנושאים משפטיים בלבד. הערעור על החלטת בית הדין הארצי יהיה בפני בג"ץ, ברשות בלבד. בג"ץ יתערב במקרים נדירים בלבד, שבהם טעה בית הדין הארצי טעות משפטית חמורה.

בית הדין לעבודה דן בשני סוגים של תביעות בנושא נפגעי עבודה:

- א. ערעורים על החלטת פקיד התביעות להכיר בתובע כנפגע בעבודה.
- ב. ערעורים על החלטת ועדה רפואית בקובעה את נכותו של תובע.

התערבות בית הדין היא לעניין טעות משפטית בלבד ולא לעניין החלטות רפואיות. הסמכות לקבוע את מצבו או את דרגת נכותו של נפגע עבודה מבחינה רפואית נתונה בידי הוועדה הרפואית כגוף בעל מומחיות בתחום זה.

### 5.4.2 ערעור על החלטת פקיד תביעות

תובע יכול לערער נגד המוסד על החלטת פקיד תביעות לדחות את תביעתו להכיר בו כנפגע עבודה. על התובע להגיש את הערעור בתוך שישה חודשים מהיום שבו קיבל את החלטת פקיד התביעות. בית הדין האזורי יושב בהרכב של שופט אחד ושני נציגי ציבור ויחליט אם לאשר את התביעה ולהכיר בתובע כנפגע בעבודה או לדחות אותה.

בדרך כלל ימנה בית הדין מומחה רפואי מטעמו שבפניו יביאו הצדדים (התובע והמוסד) כל חומר רפואי שיש בידם. המומחה יחוה דעתו ויענה על שאלות ההבהרה שיציג בפניו בית הדין (אם יבחר להציג).

לאחר שהצדדים יקבלו לידם את חוות דעתו של המומחה, תינתן להם הזדמנות להציג לו שאלות הבהרה באמצעות בית הדין.

הן התובע והן המוסד יכולים לערער על פסק הדין של בית הדין האזורי בפני בית הדין הארצי לעבודה. בית הדין הארצי לעבודה יושב בהרכב של שלושה שופטים ושני נציגי ציבור.



## 6. ועדות מס הכנסה

### 6.1 החלטות הוועדות הרפואיות

על פי תקנות מס הכנסה, יש להקפיד על כמה דרישות הכרחיות בפרוטוקולים :

- א. קביעת נכות רפואית בלבד ולא נכות תפקודית. אשפוז מסיבה כלשהי שאינה מזכה ב-100% נכות רפואית.
- ב. בכל פרוטוקול יש לפרט את כל הליקויים, ולציין את סעיפי הליקוי הספציפיים לכל אחד ואת מועדי תחולתם. דרישה זו תקפה גם לגבי נכות זמנית, ולא רק בנכות צמיתה.
- ג. יש לנמק היטב כל החלטה.
- ד. יש להקפיד על כתב יד קריא.
- ה. יש להקפיד על התחולה.
- ו. בעת שקלול אחוזי הנכות, יש להקפיד שפגימות באיברים זוגיים יחושבו בחיבור אריתמטי.

שילוב המחשוב בתהליך הבקרה על הוועדות הרפואיות יאפשר פיקוח ובקרה גם על דרישות אלה. אם הנישום אינו ממציא תיעוד רפואי הדרוש לפוסק או ליועץ לוועדה רפואית, יסכם הפוסק על פי התיעוד הקיים וירשום "אין נכות בשל חסר תיעוד רפואי".





## 6.2 קבלת פטור עקב נכות רפואית

- על פי פקודת מס הכנסה, נכה שנקבעה לו דרגת נכות בשיעור 100% בגין סעיף ליקוי אחד או נכות בחישוב משוקלל בשיעור 90% או יותר (מעוגל תמיד כלפי מעלה) - יקבל פטור ממס הכנסה.
- החזרי מס בגין שנים עברו עקב פטור בשל נכות רפואית יכולים לקבל:
  - עובד שכיר בגין שש שנים + השנה השוטפת
  - עובד עצמאי בגין שלוש שנים + השנה השוטפת
- אי אפשר לקבל החזר מס בגין "שנים סגורות".
- כשמדובר בדרגת נכות זמנית, יהיה זכאי לפטור אך ורק מי שנקבעה לו דרגת נכות זמנית לתקופה של שישה חודשים לפחות (תיקון חקיקה: לנכות בגין אירועים מיום 1.7.2003 ואילך).
- מאחר שלמערכת מס הכנסה אין מנגנון לביצוע ועדות רפואיות, קביעת דרגת הנכות לעניין זה מבוצעת על ידי ועדות נפגעי עבודה במוסד על פי הסכם עם נציבות מס ההכנסה.
- כל בדיקה לצורך מס הכנסה על פי בקשת תובע (דרג ראשון או עררים) כרוכה בתשלום אגרה על ידי התובע.



### 6.3 קביעת דרגת נכות מכוח תקנות מס הכנסה

הנחיות אלו מיועדות לרופאים, לעובדי מזכירות הוועדות הרפואיות ולכל מזכירי הוועדות.

תוך כדי קביעת אחוזי הנכות לפי תקנות מס הכנסה לצורך הקלות במס, התעוררה שאלה אם הוועדה הרפואית הבודקת את הנכה צריכה לבדוק מחדש גם את אחוזי הנכות שנקבעו לו לפי חוקי השיקום, או שעליה להתייחס רק לקביעת אחוזי הנכות על פי הליקויים שבגינם לא נקבעה נכות לפי חוקי השיקום. היועץ המשפטי בחוות דעתו מיום 13.12.87 ועל דעת היועץ המשפטי למס הכנסה סיכמו כלהלן:

נקבע אחוז נכות רפואית לפי אחד החוקים המפורטים:

- 1) חוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט-1959 (נוסח משולב);
- 2) חוק נכי המלחמה בנאצים, התשי"ד-1954;
- 3) חוק נכי רדיפות הנאצים, התשי"ז-1957;
- 4) חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל-1970;
- 5) פרק ג' (כיום פרק ה' נפגעי עבודה) פרק ו' 2 (כיום פרק ט' ביטוח נכות) ופרק ט' 2 (כיום י"ג – תגמולים למתנדבים) לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב נכות נפגעי עבודה מתנדבים), התשכ"ח-1968.

תחייב קביעת הליקויים הרפואיים ואחוזי הנכות שנקבעו בצידם את הוועדות הרפואיות. הוועדה הרפואית תתייחס רק לליקויים שבגינם לא נקבעו אחוזי נכות לפי אחד החוקים שפורטו לעיל.

בפני הוועדה יהיו אפוא פרטים בדבר אחוזי הנכות שנקבעו לפי אחד החוקים, וכן אחוזי הנכות שנקבעו על ידה (בגין הליקויים הנוספים).

כשכל אלה בפניה תחשב הוועדה את סך כל אחוזי הנכות שיש לנבדק לפי כללי השקלול הקיימים (לרבות החישוב האריתמטי כפי שנקבע בבג"ץ לגבי גפיים).

אם נקבע לנכה אחוז נכות רפואית לפי אחד החוקים המפורטים לעיל, והוא מבקש להגדיל את אחוזי הנכות הרפואית לצורך הקלות במס הכנסה וטוען להחמרה כתוצאה מליקוי שבגיננו כבר נקבע אחוז הנכות, יש להפנותו אל אותה הוועדה שקבעה לו את דרגת הנכות המקורית.

ייתכן שהוועדה הרפואית שקבעה את אחוזי הנכות הרפואית לפי אחד החוקים האמורים קבעה לליקוי מסוים אחוז נכות רפואית, אך הכירה לעניין התגמול רק בחלק ממנו, דהיינו הפחיתה מהאחוז הכולל אחוז מסוים בשל מצב קודם. במקרים אלה תקבע הוועדה הרפואית, הפועלת מכוח תקנות מס הכנסה, את אחוזי הנכות לפי המצב של אותו הליקוי בעת הבדיקה, ובלבד שבכל מקרה יובא בחשבון אחוז שאינו קטן מהאחוז שהוכר על ידי הוועדה הרפואית לעניין התגמול לפי אחד החוקים האמורים.

לדוגמה: במשרד הביטחון נקבע לתובע 50% נכות בשל ליקוי קרדיאלי, אך רק 20% מהם הוכרו כנכות שקשורה בשירות הצבאי. במקרה זה לא תוכל ועדה רפואית לצורך מס הכנסה



לקבוע דרגת נכות קרדיאלית פחותה מ-20%, גם אם מצבו הרפואי טוב יותר בעת הבדיקה. הוועדה תוכל לקבוע אחוזי נכות קרדיאלית גבוהים יותר אם מצבו של התובע בעת הבדיקה מצדיק זאת.

#### 6.4 פגימות מרובות בגפיים

בהסכם פשרה בבג"ץ 2268/95, שניתן לו תוקף של פסק דין, מובאת פרשנות נציבות מס הכנסה לחישוב אחוזי נכות בפגיעה בגפיים תחתונות. בהסכם פשרה בבג"ץ 2350/01 נתקבלה פרשנות זו גם לגבי חישוב אחוזי הנכות לפגיעה בגפיים עליונות. לפי הסכם הפשרה, כשיש כמה ליקויים בגפה אחת, תקבע הוועדה אחוזי נכות לפי חישוב משוקלל בעבור אותה גפה בנפרד. אחוזי הנכות המשוקללים לגבי כל גפה יחולקו אריתמטית אלה לאלה. יש להדגיש שהחישוב האריתמטי של הרגליים ייעשה בנפרד מזה של הידיים.

#### דוגמה:

לנכה נקבעה דרגות נכות

ביד שמאל בשיעור 10%

ביד ימין בשיעור 20%

ברגל שמאל בשיעור 30%

ברגל ימין בשיעור 10% ו-20%

דרגת הנכות תחושב כך:

$$\text{סה"כ נכות בשתי הידיים (חישוב אריתמטי)} = 10\% + 20\% = 30\%$$

$$\text{סה"כ נכות ברגל ימין (חישוב משוקלל)} = 28\%$$

$$\text{סה"כ נכות בשתי הרגליים (חישוב אריתמטי)} = 28\% + 30\% = 58\%$$

$$\text{סה"כ אחוזי הנכות בגפיים עליונות ותחתונות} = 58\% \text{ ו-} 30\%$$

$$\text{סה"כ הנכות המשוקללת} = 70.6\%$$



## 6.5 מחלת פרקינסון

בסעיף 29(9) למבחנים נקבעו אחוזי הנכות למחלת פרקינסון. בסעיף 29(9)(א) נקבעו אחוזים לפגיעה בחצי גוף, והכוונה היא ליד שמאל ורגל שמאל או יד ימין ורגל ימין. בסעיף 29(9)(ב) ו-3(ג) נקבעו אחוזי נכות לליקוי בגפיים העליונות בנפרד ולליקוי בגפיים התחתונות בנפרד. כשהפגימה ביד וברגל, יש להשתמש בסעיף 29א בלבד ולא בשילוב הפגימות שבסעיפים 29(9)(ב) ו-3(ג).

שימו לב :

1. אם נפגע רק צד אחד של הגוף, ייקבעו אחוזי הנכות לפי סעיף 29א (ראו דוגמה 1).
2. כשהפגיעה היא בחצי גוף ויש גם פגיעה בגפה אחת בצד השני, ייקבעו אחוזי הנכות לצד אחד לפי סעיף 29(9)(א) ולגפה שבצד השני לפי סעיף 29(9)(ב) או 3(ג). החיבור בין שני הצדדים יהיה אריתמטי (ראו דוגמה 2).
3. כשהפגיעה היא בשני צדי הגוף, תיקבע הנכות לפי האחוזים לכל חצי גוף בנפרד, לפי סעיף 29(9)(א), והאחוזים שנקבעו יחוברו אלה לאלה בחישוב אריתמטי (ראו דוגמה 3).

### דוגמה 1 :

אדם חלה בפרקינסון שפגע קשה ברגל ימין וביד ימין.  
אחוזי הנכות במקרה זה ייקבעו לפי סעיף 29(9)(א) III ויהיו 50%.

### דוגמה 2 :

חולה בפרקינסון נפגע קשה ביד ימין וברגל ימין, ובינוני ברגל שמאל. מאחר שהפגיעה היא בשני צדי הגוף, ייקבעו אחוזי הנכות כך :  
חצי גוף בצד ימין לפי סעיף 29(9)(א) III 50%  
רגל שמאל לפי סעיף 29(9)(ג) II 20%  
סה"כ אחוזי נכות  $50\% + 20\% = 70\%$

### דוגמה 3 :

אם חולה בפרקינסון נפגע קשה בצד ימין ובינוני בצד שמאל, נכותו תיקבע כך :  
לחצי הגוף הימני לפי סעיף 29(9)(א) III 50%  
לחצי הגוף השמאלי לפי סעיף 29(9)(א) II 30%  
החיבור בשלב זה יהיה אריתמטי, מפני שיש חיבור של כל הגפיים, ולכן סך כל אחוזי הנכות שייקבעו יהיה 80%.  
יצוין שחישוב דרגת הנכות בדרך זו עולה בקנה אחד עם החלטות בג"ץ שהוזכרו לעיל.

**הערה לעניין החיבור האריתמטי :** בקביעת דרגת נכות מס הכנסה לחולה בפרקינסון קשה [סעיף 29(9)(א) III] צירוף הנכויות בחצי גוף בצד ימין ושמאל (המקנה דרגת נכות 90% לפחות) נעשה על פי



חישוב אריתמטי ולא משוקלל, ועל כן אינו מזכה בפטור ממס הכנסה (בנכות נמוכה מ-100% התנאי לקבלת פטור הוא נכות משוקללת בשיעור 90%).



## 6.6 הערות כלליות

- באופן עקרוני, חישוב דרגת הנכות הוא חישוב משוקלל כנהוג בנפגעי פעולות איבה (תקנות הנכים, משרד הביטחון).
- כשמדובר באיבר זוגי (גפיים עליונות או תחתונות), לאחר חישוב משוקלל של דרגת הנכות לכל גפה בנפרד בגין מספר הפגימות שבה (לדוגמה, פגיעה בברך ופגיעה בקרסול וכדומה), חיבור הנכות לשתי הגפיים יהיה אריתמטי (הסכמת המדינה בבג"ץ לאחר שהוגשו עתירות בעניין זה).
- קביעת הנכות תהיה על פי הסעיף המיוחד לעניין האיבר הפגוע ולא יעלה על אובדן של אותו איבר; למשל אין לקבוע נכות של 100% לתקופה לאחר ניתוח אורתופדי על פי סעיף 135(1) לתקנות.
- לאחר ניתוח מעקפים בלב אפשר לקבוע נכות בשיעור 100% על פי סעיף 9(1) לתקנות לתקופה של שלושה חודשים, אך אי אפשר לקבוע נכות זו לאחר טיפול אחר כגון צנתור לב.
- יש להקפיד על רישום התאריך של תחולת הנכות; אם קיימות כמה פגימות, תחולת הנכות תהיה המועד שבו נתגלתה הפגימה האחרונה המזכה את התובע ב-100% או ב-90% כאמור.
- בקביעת נכות זמנית יש לשים לב לסבירות מועדי הנכות ותקופת הנכות הזמנית.
- אין להפעיל תקנות 15 או 18א בעת קביעת דרגת נכות לצורך פטור ממס הכנסה.



## 6.7 עיגול אחוזי נכות והפעלת תקנה 14

### 6.7.1 עיגול אחוזי נכות

תיקון חקיקה בעניין תקנות מס הכנסה שהתקבל ב-3.12.00 לעניין עיגול דרגת הנכות קובע כי אם נקבעה דרגה בשיעור של יותר מ-89% (כלומר מ-89.01 עד 89.99), יעוגל השבר כלפי מעלה לאחוז שלם.

### 6.7.2 תקנה 14 (בעקבות תיקון התקנה לנפגעי עבודה)

בקביעת אחוז נכות למס הכנסה יש להמשיך ולפעול על פי תקנה 12 לתקנות מס הכנסה (קביעת אחוז נכות), תש"מ-1979, ולהעביר לוועדה בהרכב שלושה פוסקים, שבסמכותה לקבוע את אחוז הנכות לפי שיקול דעתה בהתחשב במבחנים.



## 6.8 השתלת איברים

### 6.8.1 השתלת איברים: התאמת סעיפי ליקוי

בדרך כלל נעשית השתלת איברים כמוצא אחרון בטיפול במחלות שונות. עד השתלת האיבר הדרוש נקבעת בדרך כלל דרגת נכות רפואית גבוהה, לפי מצבו התפקודי של החולה. בשנה הראשונה לאחר ההשתלה, בשל סכנת הדחייה של האיבר המושתל ובשל הצורך בטיפול אינטנסיבי נוגד דחייה, הוחלט לראות את המושתלים כבעלי נכות רפואית של 100% (סעיפים מותאמים לתקופה זמנית). לאחר שנה, וכל עוד החולה מקבל טיפול מונע דחייה, תיקבע דרגת נכות אחת מעל לליקוי התפקודי של האיבר. עם הפסקת הטיפול נוגד הדחייה, תיקבע דרגת נכות לפי מצבו התפקודי של האיבר המושתל.

### 6.8.2 השתלת כליה

- בשנה הראשונה 100% על פי סעיף 22(4)ג מותאם.
- לאחר מכן, כל עוד מקבל טיפול נוגד דחייה: דרגה אחת מעל לליקוי התפקודי, על פי סעיף 22(4).
- יש לשים לב שלתורם הכליה עצמו לא נגרם כל נזק תפקודי, ותיקבע לו דרגת נכות בשל כריתת הכליה 30% על פי סעיף 22(4)א – מנופה.

### 6.8.3 השתלת לב

- בשנה הראשונה 100% על פי סעיף 9 VI(1) מותאם.
- לאחר מכן, כל עוד מקבל טיפול נוגד דחייה, דרגה אחת מעל לליקוי התפקודי, על פי סעיף 9(1)ג.

### 6.8.4 השתלת ריאות

- בשנה הראשונה 100% על פי סעיף 5(1)ה מותאם.
- לאחר מכן, כל עוד מקבל טיפול מונע דחייה, דרגה אחת מעל לליקוי התפקודי, על פי סעיף 5(1) מותאם.

### 6.8.5 השתלת לבלב

- בשנה הראשונה 100% על פי סעיף 14(1)ז.
- לאחר מכן, כל עוד מקבל טיפול מונע דחייה, דרגה אחת מעל לליקוי התפקודי, על פי סעיף 14(1) (הדן במצב לאחר ניתוחי קיבה ומעיים) מותאם.





#### 6.8.6 השתלת כבד

- בשנה הראשונה 100% על פי סעיף 16(1)ד.
- לאחר מכן, דרגה אחת מעל לליקוי התפקודי על פי סעיף 16(1) מותאם.

#### 6.8.7 השתלת מח עצם (מתורם זר)

- בשנה הראשונה, 100% על פי סעיף 2 מותאם.
- לאחר מכן, כל עוד מקבל טיפול מונע דחייה, דרגה אחת מעל לליקוי התפקודי, על פי סעיף 2 מותאם.

#### 6.8.8 השתלת מח עצם עצמונית (שאינה דורשת טיפול מונע דחייה)

- 100% לתקופה של חצי שנה על פי סעיף 2 מותאם.
- לאחר מכן, על פי הדרגה התפקודית, סעיף ליקוי 2.



## 6.9 גידול סרטני

### 6.9.1 קביעת דרגת הנכות הרפואית במקרים של גידול סרטני:

1. **בלוקמיה** יש לקבוע נכות על פי סעיף ליקוי ספציפי - 2.
2. **בלימפומה** יש להעניק דרגת נכות על פי סעיף ליקוי 1(3).  
סעיף הלימפומה אין תת-סעיף למצבים של רמיסיה, עם אפשרות של חזרה לעבודה מלאה: סעיף ליקוי 1(3)א (50%) דן ברמיסיה עם חזרה לעבודה חלקית, וסעיף ליקוי 1(3)ב (100%) דן במצב חריף. בעבר מצבים של רמיסיה עם חזרה לעבודה מלאה וניהול אורח חיים תקין היו נדירים. הם הובאו בחשבון בעת שהמלצנו על סעיפי ליקוי חדשים, אך בינתיים אלה לא אומצו ואינם בשימוש שוטף. במקרים של לימפומה עם רמיסיה מלאה ועם כושר עבודה מלא ותקין, יש להתאים סעיף ליקוי המקנה דרגת נכות של 20%, כדי לאפשר לתובע שיקום מקצועי.
3. **בגידולים סולידיים אחרים** סעיף 21 מפנה לאיברים המסוימים שנפגעו. אפשר להעניק 100% נכות על פי סעיף מותאם לתקופה זמנית בשל המחלה כולל תקופת האבחון, הניתוח, הטיפול הקרינתי והכימותרפי. לאחר מכן ייקבעו אחוזי הנכות על פי האיבר שנפגע. אין הצדקה למתן 100% נכות לאחר ניתוח להסרת גידול כשאינן צורך בטיפול נוסף.

### 6.9.2 תאריך תחולה

במקרים של תובעים עם גרורות, אי אפשר לקבוע נכות מיום הבדיקה, אלא יש לחפש סימוכין במסמכים הרפואיים לתאריך שבו המחלה החלה לבוא לידי ביטוי.

לדוגמה, גבר שאושפז ביום 9.3.04 בשל צהבת וירידה במשקל. באנמנזה – חודשיים לפני קבלתו כאבי גב תחתון, עצירות וירידה במשקל, מצבו הידרדר במהירות, והוא נפטר ביום 8.5.04. התביעה הוגשה ביום 18.4.04. הרופאה קבעה 100% בשל **מחלת כבד גרורתית** ממקור מעי גס מיום 9.3.04 (תאריך האשפוז).

אין ספק שהתובע היה סימפטומטי לפחות חודשיים לפני מועד האשפוז, והיה מקום לתת נכות מוקדמת מתאריך האשפוז.

דוגמה נוספת: בן 55 אושפז ביום 21.1.05 בשל חסימת מעיים, ואובחן תהליך תופס מקום במעי הדק (GIST). החולה נותח ועבר כריתה מלאה של הגידול. לא הייתה עדות למחלה פעילה, והאונקולוג המליץ ביום 14.2.05 על מעקב בלבד.

תאריך תחילת המחלה בוודאי קודם ליום הניתוח. אין מקום לתת 100% נכות למשך שנה, שכן החולה אינו בטיפול כימותרפי או קרינתי. הטיפול כיום ב-GIST הוא טיפול ביולוגי הניתן דרך הפה, ללא תופעות לוואי (מעכב טירוזין-קינאז), והחולה יכול לחזור לאורח חיים מלא ותקין.

### 6.9.3 קביעת אחוזי נכות בסרטן שד

סרטן השד שכיח ביותר בנשים, אך גם גברים יכולים לפתח סרטן שד, אם כי בשיעור נמוך הרבה יותר. עם אבחון סרטן בשד עוברות החולות בדרך כלל בשלב ראשון כריתה של הגידול (כריתת שד



מלאה או חלקית, Mastectomy או Lumpectomy), ולאחר מכן מקבלות טיפול קרינתי או כימותרפי.

למשך שנה מהאבחון, בשל הצורך בטיפול אינטנסיבי קרינתי וכימותרפי, אנו רואים בחולות נכות מבחינה רפואית בשיעור 100% על פי סעיף ליקוי מותאם 1(2)ב. בתום השנה ייקבעו אחוזי הנכות על פי המצב הרפואי (או על פי מסמכים רפואיים מפורטים). סעיף ליקוי 21, הדן בגידולים ממאירים ושפירים, מפנה לפגימות באברים מסוימים.

התובעת תקבל דרגת נכות רפואית לצמיתות בשל כריתת שד (גם כריתה חלקית תיחשב מלאה לעניין זה) על פי סעיף 28. אחוזי הנכות ישתנו לפי גיל החולה בעת שנעשתה הכריתה, ויש לבחון כמובן אם מדובר בכריתה של שד אחד או של שניהם.

אם עברה התובעת שחזור השד, יינתנו אחוזי נכות חריגים בשיעור מחצית מזו הניתנת בשל כריתה מלאה.

נוסף על כך, התובעת תקבל אחוזי נכות על פי מצבה הרפואי (אם עברה כריתת שחלות או כריתת רחם), וכן אם כריתת בלוטות לימפה השפיעה על תפקוד היד (בצקת, הגבלה בתנועות הכתף וכדומה).

סעיף ליקוי 1(3) מיועד אך ורק לחולים בלימפומה, שכן אי אפשר להגדיר במחלה זו איבר מסוים שנפגע. בגידולים סולידיים אחרים, יינתנו אחוזי נכות לפי האיבר שנפגע.

טיפול בטמוקסיפן או בארימידקס אינו נחשב טיפול כימותרפי אינטנסיבי, שכן הוא ניתן בכדורים ולא בעירוי, ועם תופעות לוואי שהן שוליות על פי רוב. הטיפול בתרופה זו יכול להינתן במשך שנים.

אין הצדקה למתן דרגת נכות רפואית גבוהה עם דרגת אי-כושר גבוהה לאישה שעברה כריתת שד ונמצאת בהפוגה מלאה, אפילו היא נמצאת בטיפול אחזקתי ממושך. אם חלילה ישתנה מצבה הרפואי, יופיעו סימני גרורות ומצבה של האישה יוחמר, היא תוכל תמיד להיבדק מחדש, ודרגת נכותה תיקבע על פי האיברים שנפגעו ועל פי העומס הטיפולי.

ההצעה לתת לכל אישה שעברה ניתוח כריתת שד ומקבלת טמוקסיפן או ארימידקס דרגת נכות רפואית של 50% אינה מקובלת על המומחים בשטח, שכן כל עוד אין עדות למחלה, אין לראות באישה חולה שאיבדה כושרה לעבוד או לתפקד במשק הבית.



## 6.10 יתר לחץ דם

בקביעת נכות ליתר לחץ דם יש לדרוש רישום עוקב ממרפאה ציבורית של ערכי לחץ הדם במשך שבועיים או בדיקת הולטר לחץ דם עדכנית.



### 6.11 מצבים פתולוגיים מעבדתיים

במצבים פתולוגיים מעבדתיים ללא ביטוי קליני וללא הפרעה תפקודית, אין לקבוע אחוזי נכות. לדוגמה: היפרכולסטרולמיה, היפרליפידמיה והיפרטריגליצרידמיה. אחוזי הנכות ייקבעו רק אם יש ביטוי תפקודי להפרעה ולפי חומרת הליקוי. סעיף ליקוי 3 מתייחס לכך מפורשות ודן בהפרעה בפעילות ללא ממצאים מעבדתיים.



## 7. הנחיות רפואיות לקביעת דמי פגיעה בוועדות רפואיות

### 7.1 דמי פגיעה לנפגעי עבודה

#### 7.1.1 מיקרוטראומה לפגיעות בגב תחתון (פסק דין יוסף עובדיה)

פסק דין יוסף עובדיה, ופסק דין סליטה חסן, עוסקים בפגיעות בגב. בפסק דין יוסף עובדיה התגבשה הלכה חדשה לעניין מבחן הפגיעות בגב ובכלל, וכן לעניין היישום של הלכת מיקרוטראומה בגב. להלן דברי בית הדין לגבי הכרה בפגיעות גב כתאונת עבודה:

על מנת להכיר בכאבי גב גם כתאונת עבודה נדרש המבוטח להוכיח שהיה מאמץ בלתי רגיל או אירוע פיזי מיוחד בעבודה שניתן לקשור להופעתם, כדוגמת הרמת משא כבד ממה שהמבוטח רגיל להרים או הרמת משא תוך תנועה סיבובית לא נכונה. הרמה רגילה אינה אירוע פתאומי או מאמץ בלתי רגיל.

הלכה זו חלה על כל סוגי מחלות גב ("כאבי גב" כלשון בית הדין), לרבות פריצת דיסק. משמעות האמור בפסק הדין הוא שכאבי גב שהופיעו בעקבות מאמץ רגיל בעבודה או היתפסות הגב עקב התכופות רגילה שאינה מלווה בתנועה חריגה לא יוכרו כתאונת עבודה. לתשומת לבכם: בית הדין יישם הלכה זו בפסק דין אבו סליטה חסן.

באשר ליישום הלכת המיקרוטראומה בגב קבע בית הדין שהלכת מיקרוטראומה ישימה כשהגורם המרכזי להופעת המחלה הוא העבודה, אך במחלות שיש להן גורמים רבים, כמו אוטם בשריר הלב ומחלת נפש, אי אפשר ליישם את הלכת מיקרוטראומה. בית הדין סבור שגם במחלות גב אין ליישם את הלכת המיקרוטראומה, משום שגם הן נובעות מגורמים רבים, אך שופטי בית הדין הארצי אינם תמימי דעים בעניין, והמחלוקת נרמזת כבר בפסק הדין.

המסקנה הנלמדת מהכרעת הדין היא שבמקרה הנידון (יוסף עובדיה) לא התקיימה תשתית עובדתית למבחן התביעה לפי הלכת מיקרוטראומה, אך כשמתקיימת תשתית כזאת, יש לבחון את התביעה לפי מבחן זה. התשתית העובדתית למיקרוטראומה בגב היא הוכחה שבוצעו תנועות חוזרות ונשנות או הרמת משאות בתדירות גבוהה ולא מדי פעם.

להלן ציטוטים מתוך פסקי דין הנזכרים בפסק דין יוסף עובדיה, הממחישים מהי תשתית עובדתית למבחן מחלות גב לפי הלכת מיקרוטראומה.

אין מכירים במחלות גב שהתפתחו באופן הדרגתי כתאונת עבודה על פי תורת המיקרוטראומה, פרט למקרים של תנועות גב זהות ונשנות ועבודת סבלות הכרוכה במאמצים פיסיים המצריכות הרמות חוזרות ונשנות של משאות כבדים בתדירות גבוהה.

תנועות חוזרות ונשנות אין ספור פעמים כשכל אחת מהן גורמת לפגיעה מזערית במקום מסוים בעמוד השדרה והנזקים הזעירים הביאו במצטבר לפגימה. (פסק דין יהודה פלדמן)



המערער אמנם עשה מאמצים פיזיים גדולים כולל הרמת משקולות כבדים אך אין טענה שמאמצים אלו היו זהים במהותם ופעלו בזה אחר זה פעולה מזיקה על מקום מוגדר בגוף [...] פגיעה זעירה החוזרת על עצמה עוד ועוד, דוגמת אין ספור טיפות מים הנופלות על סלע עד שהן מנקבות אותו [...] אותם אירועים זעירים צריך שיפעלו על מקום מוגדר בגוף (פסק דין אליעזר מזרחי)

לגבי אותן פגיעות זעירות שהינן תוצאה של תנועות חוזרות ונשנות, אזי התנועות אינן חייבות להיות זהות אלא "זהות במהותן" כהגדרת הפסיקה, דהיינו דומות האחת לרעותה ובלבד שיפעלו על מקום מוגדר. תדירותן אינה חייבת להיות קבועה וסדירה, אלא על התנועות לחזור ולהישנות בתכיפות הנמשכת על פרק זמן מספיק לגרימת הנזק המצטבר הפוגע בכושר עבודת הנפגע. (פסק דין אשר יניב)

המסקנות העולות מפסק דין יוסף עובדיה הן:

- יש ליישם את הלכת מיקרוטראומה רק כשהגורם המרכזי למחלה הוא העבודה.
- עבודה פיזית קשה כשלעצמה אינה בבחינת אירועים תאונתיים זעירים. פועלי בניין, בעלי חנויות מכולת, ירקנים וכיוצא באלה, הנושאים משאות כבדים, אם הם עוסקים בעבודה זו שנים רבות אין מדובר באירועים תאונתיים זעירים.
- בפריצת דיסק אפשר להכיר כמיקרוטראומה אם קרתה בעקבות אירוע תאונתי עקב חבלה ישירה או מאמץ לא רגיל.
- אירועים תאונתיים זעירים הקשורים בפריצת דיסק: תנועת חוזרות ונשנות אין ספור פעמים (ההיבט העובדתי), שיוכח מבחינה רפואית שהן יכולות לגרום לפריצת דיסק (ההיבט הרפואי), וכן הרמות זהות חוזרות ונשנות של חפצים כבדים בתדירות גבוהה.
- גם החמרה של פריצת דיסק אפשרית כתוצאה מאירוע תאונתי.
- התכופות שבמהלכה נתפס הגב, בלי שתהיה מלווה בתנועה חריגה, אינה בבחינת אירוע תאונתי.
- החמרה במחלות גב תוכר אם יוכח מאמץ בלתי רגיל או אירוע פיזי מיוחד.
- באין תשתית עובדתית אין צורך למנות מומחה.

אם כן, ההלכה החדשה תצריך בירור עובדתי רחב, ובכלל זה ביצוע חקירות, והלשכה הרפואית תביא זאת לידי אגף החקירות. בינתיים יש לפעול על פי ההלכה המעודכנת ולהודיענו אילו בעיות מיוחדות מתעוררות ביישומה כדי למצוא פתרונות הולמים. אשר לתביעות גב הנבחנות לפי הלכת מיקרוטראומה, יש להמשיך ולהעביר את התיקים ללשכה הרפואית בסיום הבירור העובדתי והרפואי.



## 7.1.2 מיקרוטראומה מעבודה פיזית קשה (פסק דין אלי שבח)

להלן עיקריו של פסק דין אלי שבח (עב"ל 1012/00) ששב ומבהיר את הכללים למבחן תביעה על פי הלכת מיקרוטראומה. בפסק הדין יש כדי להקל על פקיד התביעות והרופאים במבחן התביעות שבהן נטען למיקרוטראומה כתוצאה מעבודה פיזית קשה.

### א. פרטי המקרה

התובע אלי שבח עסק במכונאות במוסך במשך שנים ארוכות. עבודתו במוסך הייתה פיזית וקשה וכללה הרמת משאות כבדים, כגון מנועים, גירים, חלקי חילוף וכלי עבודה כבדים. העבודה בוצעה במשך שנים רבות באופן ידני ודרשה מאמץ פיזי מתמיד ורב. כמו כן, במסגרת עבודתו נדרש שבח לבצע פעולות רבות כמו התכופפות, משיכה, הרמה, גרירה, דחיפה וכו'.

התובע טען לפגיעה בכתף כתוצאה מעבודה זו, אך בית הדין האזורי לעבודה דחה את תביעתו משום שהוא לא עשה תנועות חוזרות ונשנות, אלא תנועות מגוונות המפעילות את כל חלקי הגוף. לדברי בית הדין: "לא הוכח שלתובע נגרמו אירועים זעירים אשר פעלו על אותו חלק בגוף, וגרמו נזקים זעירים, שבהצטרפותם הביאו למחלת התובע". בית הדין הארצי קיבל את עמדת בית הדין האזורי והוסיף שיש להבחין בין פעילות החוזרת על עצמה וכוללת מספר רב של תנועות ובין התנועות המרכיבות אותה. לשון אחר, עבודתו של התובע במוסך אמנם הייתה כרוכה בפעולות חוזרות של החלפה ותיקון של מנועים, גירים וכו', אך כל פעולה כזאת הייתה מורכבת מתנועות מגוונות שכללו הליכה, עמידה, ישיבה, התכופפות, הרמת משאות, הברגה וכו'. לפיכך אי אפשר לקבוע שעבודתו חייבה ביצוע רציף של תנוחה חוזרת ונשנית זהה או דומה במהותה במהלך יום עבודתו. בית הדין שב והזכיר את דימוי התאונות הזעירות לטיפות מים הנופלות על נקודה אחת באבן במשך זמן רב עד שהן מחוררות אותה.

יש לציין שבית הדין חזר על הלכה נוספת שלפיה משלא הוכחה התשתית העובדתית אין מקום להיוועץ במומחה רפואי.

### ב. ציטוט מפסק דין אלי שבח

א. תנאי להכרה בפגיעה בעבודה מיקרוטראומטית הינו, קיומן של פגיעות זעירות שכל אחת מהן הסבה נזק זעיר בלתי הדיר, עד שהצטברות הנזקים הזעירים הללו זה על גבי זה הביאה בסיכומם הכולל לנזק הממשי הפוגע בכושר העבודה של המבוטח. הדוגמא המובאת בדרך כלל להמחשת אופן קרות הנזק כאמור הינה של טיפות מים המחוררות, במשך הזמן, חור באבן עליה הן ניתכות. (עב"ל 317/97 המוסד לביטוח לאומי - יניב, פד"ע לה 523, 533).

ב. יסודותיה של הפגיעה הזעירה המרכיבה את המיקרוטראומה, כשמדובר בפגיעה בכתף וביד ימין כבמקרה שלפנינו, בדומה ליסודותיה של התאונה בעבודה; הינם שניים, דהיינו - האירוע החיצוני של תנועה חוזרת ונשנית המתבצעת עקב העבודה, והנזק הזעיר והבלתי הדיר הנגרם בעטייה של כל תנועה שכזאת.

ג. לאור האמור יש לאבחן בין פעילות חוזרת על עצמה הכוללת מספר רב של תנועות לבין התנועות המרכיבות אותה.





ד. עבודתו של המערער במוסך הייתה על פי טיבה כרוכה בפעולות חוזרות של החלפה ותיקון "מנועים גירים בק-אקס, גלגלים קפיצים וחלקי חילוף אחרים", בקיצור, כל ענין מיכני שבעל משאית ניגש בגינו למוסך לתיקון.

אולם כל פעולה שכזאת הייתה מורכבת מתנועות מגוונות, שכללו: הליכה, עמידה, ישיבה, התכופפות, הרמת משאות, הברגה וכו', כאשר כלל תנועות אלה בוצעו על פי סדר משתנה בהתאם לצורכי העבודה.

ה. משאלה הן העובדות, אין לומר כי עבודת המערער חייבה ביצוע רציף של תנועה חוזרת ונשנית זהה או דומה במהותה אחת לרעותה במהלך יום עבודתו; לפיכך, בדין נדחתה התביעה, ולא היה מקום למינוי מומחה יועץ רפואי משלא הונחה תשתית עובדתית להוכחת מיקרוטראומה.

ו. אילו היה נפסק אחרת, משמעות אותה פסיקה הייתה - לא הרחבת תורת המיקרוטראומה מעבר לגדריה כיום, אלא ביטולה למעשה של אותה התורה; באשר כל אדם עובד, שעבודתו על-פי טיבה אינה כרוכה במעגלי פעולות חוזרות על עצמן, יטען שיש מקום למינוי מומחה רפואי שידון בשאלת הקשר הסיבתי בין העבודה ללקוי. שינוי בהלכה שכזה חייב שיעשה בדרך של שינוי בחקיקה, ולא אחת הומלץ על ידנו להמיר את שיטת הרשימה הסגורה של מחלות המקצוע שהורחבה דרך הפיקציה המשפטית של המיקרוטראומה, בשיטת "הגדרת הסיכון"; לפיה - על המבוטח להוכיח, כי המחלה שבה לקה פקדה אותו עקב סיכון אשר לו היה חשוף בשל המיוחדות שבעבודתו". (ד"ר קובובי - רמ"ח ושס"ה סוגיות בתאונות עבודה, מהדורה I עמ' 72).

7. סוף דבר - דין הערער להידחות ללא צו להוצאות.

### ג. מסקנות יישומיות מפסק הדין

- 1) אפשר ליישם את מבחן המיקרוטראומה כשמדובר בתנועות חוזרות ונשנות חדגוניות, זהות או דומות במהותן, הפועלות על נקודה מסוימת בגוף.
- 2) כשאין רצף אירועים תאונתיים זעירים מבחינה עובדתית, אין מקום להתייעץ עם מומחה.
- 3) הלכת מיקרוטראומה אינה ישימה בתביעות שבהן נטען לפגיעה כתוצאה מעבודה פיזית קשה וממושכת, כדוגמת פגיעות בגב.

### **7.1.3 אורתופדיה: תסמונת התעלה הקרפלית (CTS)**

יש לשים לב ולציין בגיליון הרפואי אם התובע התלונן במהלך עבודתו על כאבים ואם היו תקופות שהסבל גרם להפסקות בעבודה. כמו כן, יש לשים לב אם מדובר בפגיעה ביד הדומיננטית. לכל הנתונים הללו יש משמעות בהחלטה המסכמת בדבר קשר סיבתי.



זאת ועוד, שימו לב אם אכן מדובר ב-CTS או בחשד בלבד. אין להסתפק בבדיקה אחת, אלא יש לדרוש בדיקת EMG השוואתית. בבדיקת ההשוואה אפשר להסתפק בבדיקת הולכה סנסורית ומוטורית לעצבי מדיאנוס ואולנריס דו-צדדית, אך כשקיים חשד לפולינורופטיה יש לבצע בדיקה גם לעצבי הגפיים התחתונות למרכיבים מוטוריים וסנסוריים.

לעניין קלדניות או פקידים העוסקים בהקלדה במשרה מלאה או כחלק דומיננטי מאוד של עבודתם, ולא נמצאו גורמי סיכון ידועים של המחלה (השמנת יתר, סוכרת, שברים מקומיים, תפקוד לקוי של בלוטת התריס, הריונות מרובים ועוד), אנו מכירים בקשר הסיבתי. פורסם מאמר מהמכון הלאומי לבריאות בארצות הברית התומך בעמדה זו. ואולם, אם מדובר בקלדנית שאינה עובדת שעות רבות ותקופה ארוכה בעבודה זו, או שהיא מבצעת עבודה מגוונת (טלפונים, מזכירות, קבלת קהל וכו'), וכן אם קיימים גורמי הסיכון שצוינו לעיל, הנטייה היא שלא לקשור קשר סיבתי.

להלן הקישור למאמר הנדרש למגוון הגורמים להופעת CTS וטבלה מתוך המאמר:

[www.ima.org.il/Ima/FormStorage/Type3/04-10-12.pdf](http://www.ima.org.il/Ima/FormStorage/Type3/04-10-12.pdf)

ט ב ל ה 1: סיבות להתרחשות תסימונת מינהרת כף היד

● אידיופטי	
● גורמים פנימוניים מחוץ לעצב הגורמים ללחץ במינהרה	
גורמים הקשורים להפרעת איוון הנוזלים	מצבים דלקתיים
הפרעות דימומיות (חבלה (טראומה)	שאותות ותהליכים תופסי מקום
המופיליה	נגליין
מחלת וון וילברנד	PVNS
ליקמיה חדה	ליפומה
נטילת תרופות נוגדות-קרישה	פיברומה
קרע מיפרצת עורק אמצעי הצטלקות בתריטראומטית	סקלרודרמה
במינהרה הגורמת במינהרה	דמטומיוזיטיס
הורקה בלחץ גבוה למינהרה	מצבים זיהומיים
	טנוסינוביטיס לא סגולית
	מחלת Raynaud
● גורמים פנימוניים בעצב המעלים את הלחץ	
שאותות ותהליכים תופסי מקום	
	נארילמומה
	ליפופיברומה
	נירופיברומה
	נירומה
	המנגיומה
	טרקומה סינוביטית (Synovial sarcoma)
● גורמים חיצוניים	
	חסר חיבור של שבר בעצם הסירה
	שברים של כרכיד (רדיוס) רחיקני
	חיבור לא תקין של שברי כרכיד רחיקני
	פריקה של מיפרקי כף היד
	שינויים ניווניים במיפרקי כף היד (קרפליים)
● מצבים הקשורים למאמץ/הפעלת יתר	
● גורמים עצביים	
	סוכרת
	מיאלומה נפוצה
	שתיונות (Alcoholism)
	חסרים תזונתיים
	תרופות שונות – ליתיום,
	חוסמי-כביתא, נגזרות ארגוט



אנא שימו לב שחלק הטבלה "מצבים הקשורים למאמץ/הפעלת יתר" היא פרק קטן מתוך עשרות סיבות אחרות (שאינן קשורות לעבודה) של המחלה.  
אנו ממליצים לשמור עותק של הטבלה בשולחן העבודה ולוודא שהתובע אינו סובל או סבל מאחת המחלות המתוארות בה. אם המחלה או המצב שאינם קשורים לעבודה דומיננטיים אצל התובע, יהיה עלינו לדחות את התביעה.

#### 7.1.4 אורתופדיה: אפיקונדליטיס (Tennis Elbow)

אפיקונדליטיס (Tennis Elbow) היא פגיעה בחיבור של השרירים לעצם בצד החיצוני של החלק המקורב של האמה, מתחת למרפק (Golfers Elbow היא פגיעה דומה בצד הפנימי של החלק המקורב של האמה).

הפגיעה מתבטאת בקרעים קטנים של השריר המסובב החוצה, באזור החיבור של השרירים לעצמות. הביטוי לאפיקונדליטיס פירושו כאב נקודתי המתגלה בזמן סיבוב חיצוני של כף היד. שמה האנגלי של המחלה, "מרפק טניס", מקורו בתיאור הראשון של המחלה אצל שחקני לפי כמאה שנה. המחלה אופיינית לגילאי 30-50, אך כמובן קיימת גם מחוץ לטווח גיל זה.  
התנועה האופיינית הגורמת לאפיקונדליטיס היא תנועת הברגה תוך כדי הפעלת כוח, אם התנועה חוזרת על עצמה במשך שעות רבות ביום ובמשך שנים. תנועה אחרת שעשויה לגרום לכך היא סגירה ופתיחה של כף היד כנגד כוח. המחלה מופיעה גם אצל קלדניות המבצעות אלפי תנועות חוזרות ונשנות המפעילות את השריר (גם אם אינן מפעילות כוח). כמו כן, הפעלת מכשירים רוטטים כמו פטישי אויר (מכשירי "קונגו") או מקדחות רוטטות יכולה אף היא לגרום לאפיקונדליטיס אם עובדים בהם כמה שעות מדי יום במשך שנים או אפילו במשך חודשים.  
יש להדגיש שהמחלה אינה נובעת מכיפוף המרפק גם אם מדובר בתנועות חוזרות ונשנות אלפי פעמים, ואינה נגרמת כתוצאה מהרמת משא כבד.

אפיקונדליטיס בדרך כלל אינה מתפתחת גם כתוצאה מחבלה, אם כי אפשר שהיא תופיע לאחר חבלה התנאים הבאים (מקרים אלה נדירים ביותר אך אפשריים):

- החבלה נגרמה בנקודת החיבור של השרירים לאמה.
- המחלה הופיעה שבוע עד עשרה ימים לאחר החבלה.

אפיקונדליטיס על פי רוב אינה מותירה נכות, והטיפוליים הנפוצים בה הם פיזיותרפיה, אולטרסאונד, טיפול תרופתי, ובמקרים הקשים הזרקת קורטיזון ואף ניתוח.  
ראו גם פסק דין המוסד נ' רשל אליה (עב"ל 1095/04) בנושא קשר סיבתי לעניין דלקות גידים ועבודה.

#### 7.1.5 אורתופדיה: כאב בגב התחתון

##### א. כללי

כאב לא ספציפי בגב התחתון הוא התלונה השכיחה ביותר. כאב זה אינו קשור לפתולוגיה ידועה מסוימת, ובדרך כלל הוא ייעלם באופן ספונטני ללא נזק או הפרעות תפקודיות לאורך זמן.



לעומת זאת, קיימים כאבים שאפשר לשייך לפתולוגיות ידועות, כגון זיהום, גידול, שבר, שינויים ניווניים של החוליות ושל הדיסקים הבין-חולייתיים, פריצת דיסק ועוד. על פי רוב, כאבים מסוג זה נמשכים פרקי זמן ארוכים, ומקצתם ניתנים לטיפול קונוונציונלי או אחר.

### ב. בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות

בהמלצה של רופא המוסד או לפי בקשת חברי ועדות רפואיות לביצוע בדיקות הדמיה (כגון צילומי רנטגן, טומוגרפיה ממוחשבת [CT] או תהודה מגנטית [MRI]), או בבקשה לבדיקות הולכה עצבית (EMG, NCV וכו'), יש להביא בחשבון את הנקודות הבאות:

- המוסד לביטוח לאומי אינו מוסד אבחנתי או טיפולי. לתפקיד זה אחראי הגוף המטפל שבו מבוטח התובע. לפיכך אין לבצע בדיקות מעין אלה על חשבון המוסד לצורך אבחנה או טיפול במחלה.
- שיעור הנכות נקבע בדרך כלל על פי ההיבט התפקודי, כפי שמופיע בסעיפים המתאימים בתקנות, ובדרך כלל אין חשיבות מיוחדת לסוג המחלה שגורמת להגבלה התפקודית. לכן אין צורך לבצע בדיקות משוכללות ויקרות לצורך אבחון האטיולוגיה של המחלה, אם אינן תורמות להערכת ההגבלה התפקודית ולקביעת שיעורי הנכות. אם הוועדה מבקשת בדיקות הדמיה, ורופא המוסד המבצע בקרה סבור שלצורך הערכת הנכות אין צורך בבדיקה המבוקשת, הרופא רשאי לפנות בשאלות הבהרה לוועדה באשר לנחיצות הבדיקה.
- ממצאים ניווניים בעמוד השדרה תומכים בקיום מצב קודם שקינן בגופו של התובע, אך יש לבדוק בתיעוד רפואי אם היו מגבלות תפקודיות או רפואיות עקב כך.

### ג. היעדרות מהעבודה בשל כאב בגב התחתון

באישור ימי היעדרות מהעבודה בשל כאב בגב התחתון על רופא המוסד להביא בחשבון את הנקודות הבאות:

- כאבים בגב התחתון נפוצים, אך ההתקפים החריפים נמשכים בדרך כלל תקופות קצרות ונעלמים מעצמם או בטיפול קונוונציונלי.
  - המאמצים הגופניים בעבודה הם אמנם גורם אחד המשפיע על הופעת כאב בגב התחתון, אך אינם בהכרח הגורם החשוב ביותר.
  - באישור היעדרות מהעבודה או בקביעת שיעור נכות או בקביעת כושר השתכרות, יש להתבסס אך ורק על הממצאים האובייקטיביים (שנרשמו בממצאי הבדיקה של רופא המוסד בנכות כללית, בבדיקה של הפוסק/ים בוועדות הרפואיות או ברישומים בכרטיסים הרפואיים של התובע אצל הרופא המטפל).
  - על רופא המוסד לבדוק תמיד רישומים רפואיים מפורטים (הכוללים את הממצאים האובייקטיביים בבדיקה או בהדמיה), כפי שהם מופיעים בכרטיסים הרפואיים, באישורים, במכתבים, בסיכומי מחלה וכו'. אין להסתפק בתיאור תלונות התובע בלבד ברישומים הרפואיים.
- על פי הכללים המנחים האירופיים והאנגליים מומלץ להחזיר את העובד לעבודתו או לעבודה מתאימה אחרת מהר ככל האפשר. אין להמתין עד שהתובע יהיה חופשי לחלוטין מכאבים כדי



להחזירו לעבודה או לפעולותיו הרגילות. לכן מומלץ להימנע מאישור ימי אי-כושר לעבודה או קביעת אי-כושר השתכרות לתקופות ארוכות. יש להדגיש שהיעדרות מהעבודה לתקופות ארוכות גורמת לכרוניזציה של הבעיה. גם הליך התביעה נגד המוסד והציפיות לפיצוי מצד התובע נחשבים גורמים ידועים לכרוניזציה של הבעיה ומוגדרים בתדריכים שונים "דגלים צהובים", הגורמים לליקויים להפוך לכרוניים עד כדי חוסר יכולת לחזור לעבודה. תקופת אי-כושר קריטית היא ארבעה שבועות, ואישור לתקופה ארוכה מזו יגרום, קרוב לוודאי, להארכה של הבעיה ויקטין במידה ניכרת את סיכוייו של התובע לחזור לעבודה ולפעילות רגילה: לאחר שישה חודשי היעדרות, סיכוייו של התובע לחזור לעבודה כלשהי הם 50%; לאחר שנה של היעדרות קטנים סיכויים אלה ל-25%, ולאחר שנתיים של היעדרות הם קטנים עוד ל-10%, ללא קשר לסוג העבודה, לעבודות חלופיות או לסוגי הטיפול שהתובע יקבל.

לכן, כחלק מחינוך החברה בישראל, על רופאי המוסד, ובעיקר על הרופאים המטפלים, להימנע מלאשר אי-כושר השתכרות או היעדרות מעבודה שלא בהתאם לאמור לעיל.

### 7.1.6 אונקולוגיה: גידולי עור

לאחרונה חלה עלייה במספר התביעות עקב גידולים בעור מכל הסוגים (SCC, BCC ומלנומות), הן אצל תובעים עם חשיפה מוכחת לקרני השמש והן אצל תובעים ללא חשיפה ברורה לשמש, ואף עקב גידולים שהופיעו במקומות הגוף שאינם נחשפים לשמש בדרך כלל. לנוכח ספקות שהתעוררו, ביקשנו את חוות דעתה העקרונית של פרופ' פרידמן-בירנבוים, מומחית ידועה היטב בארץ ובעולם בתחום רפואת עור. להלן סיכום של הנקודות העקרוניות בחוות דעתה.

#### א. הגורמים לסרטן העור

- 1) חשיפה לשמש היא גורם הסיכון הסביבתי החשוב ביותר להופעת הגידולים העוריים הממאירים. עם זאת, קיימים גורמים אפשריים אחרים (נדירים יותר):
- 2) גורמים פיזיקליים (חום, קור, כוויית תרמיות וכימיות, קרינה מייננת)
- 3) חבלות חוזרות
- 4) תהליכים כרוניים (צלקות)
- 5) חומרים כימיים (פחממנים ארומטיים ציקליים [DAH])
- 6) גורמים תורשתיים
- 7) מחלות סיסטמיות (AIDS)

#### ב. סרטן תאי בסיס (BCC)

התפתחות סרטן זה נובעת בעיקר מחשיפה לסירוגין, דהיינו חשיפה בשעות הפנאי וכוויות שמש, בייחוד בגיל צעיר. חשיפה לסירוגין משפיעה על הופעת סרטן מסוג זה יותר מאשר הכמות הכוללת של החשיפה. לשון אחר, קיים קשר קלוש בין הכמות הכוללת של החשיפה לשמש ובין הסיכון ל-BCC ובין חשיפה מתמשכת, כגון חשיפה מקצועית בעבודה, לסיכון ל-BCC.



### ג. סרטן תאי קשקש (SCC)

התפתחות גידול מסוג זה עומדת ביחס ישר והדוק עם הכמות המצטברת של חשיפה לקרינת השמש. נמצא קשר ברור בין גידול זה ובין חשיפה כרונית מקצועית לשמש במשך עשר השנים שקדמו להופעתו, יותר מאשר לחשיפה מצטברת במשך כל החיים.

### ד. מלנומה ממארת (מ"מ)

- ככל הנראה, הסיכון להתפתחות מ"מ קשור לחשיפה מוגזמת לסירוגין יותר מאשר לחשיפה מצטברת לשמש. בעיקר חשובות החשיפות בגיל ילדות וסיפור על כוויות שמש בגיל ילדות ובגיל ההתבגרות.
- רוב העבודות המחקריות בנושא מראות שחשיפה כרונית מקצועית לשמש אינה מעלה את הסיכון להתפתחות מ"מ.
- נמצא קשר בין חשיפה מקצועית לשמש ובין מ"מ בפנים ובצוואר. לא נמצא קשר בין חשיפה מתמשכת מקצועית ובין מ"מ באזורי גוף מכוסים. מ"מ שמופיעה באזורים מכוסים קשורה לחשיפה לסירוגין ולכוויות שמש בגיל ילדות ובגיל ההתבגרות ולא לחשיפה בעבודה.

בשל חשיבותה של הכמות הכללית המצטברת של החשיפה לשמש בגרימת סרטני העור, חשוב מאוד לקבוע מבחינה עובדתית את מידת החשיפה לשמש בעבודה, בשעות הפנאי ולברר על כוויות משמש בגיל ילדות ובגיל ההתבגרות.

במקרה של SCC חשוב לקבוע חשיפה מצטברת בעשר השנים האחרונות. במקרים של BCC ומלנומה חשובה החשיפה בגיל צעיר. כמו כן, מומלץ לערוך בירור עובדתי (במקרים רלוונטיים) לגבי הגורמים לסרטן העור המתוארים לעיל.

### 7.1.7 אונקולוגיה: לימפומה עקב פגיעה בעבודה

להלן מובאת כלשונה חוות דעתו של פרופ' ריבק לעניין קשר סיבתי בין לימפומת הודג'קין אצל עובדת במעבדה אימונולוגית ובין עבודתה (פסק דין בעניין ניתן בבית הדין הארצי לעבודה ביום 16.11.00):

"חשוב לזכור כי תחלואה ותמותה מסרטן הן מהסיבות המובילות לתחלואה ותמותה בישראל וסרטן עומד להיות גורם התמותה הראשון בחשיבותו. ברור שמקרי סרטן יוסיפו להצטבר עם הזדקנות האוכלוסייה ובמעקב יופיעו מקרים נוספים ששוב אינם קשורים לעבודה אך יהיו מי שיירצו להציגם ככאלה.

הדיון במקרה של גב' \_\_\_\_\_ חייב להתמקד במחלתה ובחשיפותיה ולא להיות משויך לצבר מקרים אקראי. אין גם כיום כל עדות לקשר סיבתי בין מחלת ההודג'קין ממנה סובלת גב' \_\_\_\_\_ ובין חשיפותיה התעסוקתיות. במאמר מסכם משנת 1999 הנקרא Hodgkins disease and the work environment שהתפרסם בכתב העת הרפואי התעסוקתי הידוע Joem שסקר את כל מאגרי המידע המקובלים והגיע למסקנה חד משמעית שלמעט חשיפה לחומרי הדברה



מסוימים וחומרי שימור עץ, אין כיום כל כימיקל אחר הקשור למחלה. עבודתה של גברת \_\_\_\_\_ לא כללה למיטב ידיעתי חשיפות לחומרים שזינו למעלה ולכן אין לקשור מחלתה לעבודתה. הביולוגיה של מחלת ההודג'קין היא ייחודית ושונה משמעותית משאר סוגי הלימפומות למיניהן באטיולוגיה, ביולוגיה, מקום המחלה, הטיפול והפרוגנוזה ובשום אופן אין לכרכה עם לימפומה מסוג אחד כפי שמנסים המומחה מטעם המשיבה ובאי כוחה לעשות, ודעתי זו מתחזקת על ידי התייעצות עם מומחים להמטולוגיה והמטו-אונקולוגיה בעלי שם.

**לסיכום -** עמדתי נחרצת כי אין קשר סיבתי בין מחלתה של גב' \_\_\_\_\_ ובין תעסוקתה.

חוות הדעת הועברה לבאי כוח הצדדים, לתגובתם ולהשלמת טיעוניהם. באי כוח המשיבה הגישו תגובה, בה בקשו לאמץ את חוות דעתו של פרופ' רחמילביץ' ושללו את עמדתו של פרופ' ריבק. לתגובה צורף מכתב מהמומחה ומטעם המשיבה, המתנגד לעמדתו של פרופ' ריבק.

הכרעה;

הקשר הסיבתי בין הופעת מחלת ההודג'קין אצל המשיבה לבין עבודתה במעבדה: הקשר הסיבתי ונטל ההוכחה -

יסוד הכרחי ליישום תורת המיקרו-טראומה הוא קיומו של קשר סיבתי בין עבודת המבוטחת לבין הופעת המחלה אצלה. מחלת ההודג'קין מתפתחת לאורך זמן גם אצל אנשים שאינם עובדי מעבדה. מכאן, שרמת ההוכחה הדרושה במקרה דנן לצורך הוכחת הקשר הסיבתי הנטען חייבת להיות גדולה ממקריית - chance, וזאת, גם לאור העובדה שמחוקק המשנה לא כלל את מחלת ההודג'קין ברשימת מחלות המקצוע ולא קשר בינה לבין עבודה במעבדה.

עוד יודגש, כי הקשר הסיבתי הנדרש לצורך יישום תורת המיקרו-טראומה הוא חזק יותר מזה הדרוש לצורך הוכחת מחלת מקצוע, מכיוון שלגבי מחלת מקצוע קיימת חזקה של קשר סיבתי. זאת ועוד, מכיוון שלא מדובר במחלת מקצוע, כמשמעותה בחוק או ב"תאונת עבודה" במתכונתה המסורתית - דהיינו פגיעה פתאומית וחד פעמית - לא קמה חזקה של קשר סיבתי לגבי הוכחת "תאונת עבודה" של מיקרוטראומה. מכאן, כי במקרה דנן הנטל להוכיח את הקשר הסיבתי מוטל על המשיבה.

פסק הדין ממשיך ומנתח מדוע דין התביעה להדחות.

אפשר לעיין בפסק הדין באתר [www.court.gov.il](http://www.court.gov.il).

### 7.1.8 אף, אוזן וגרון: נזק שמיעה וטנטון כמחלת מקצוע

#### א. הגורמים לפגיעה בשמיעה

- עוצמת הרעש - רעש מזיק מוגדר כרעש בעוצמה של לפחות 85 דציבלים
- משך החשיפה לרעש
- תכונות הנפגע

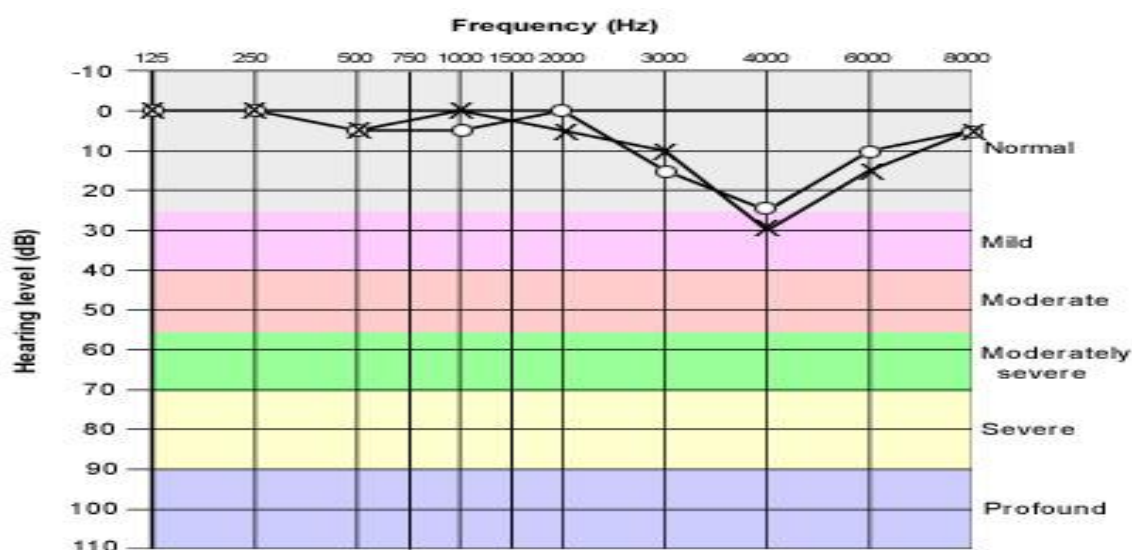
#### ב. מאפיינים של ירידה בשמיעה עקב חשיפה לרעש

- ירידה הדרגתית בשמיעה (חשוב להשוות את האודיוגרמות שנערכו לתובע במסגרת הפיקוח על העבודה אל מול האודיוגרמות החדשות).



- הירידה בשמיעה ניכרת בשתי האוזניים.
- ההפרעה עצבית (ולא הולכתית).
- בתחילה מופיע נזק לשמיעה בתדירויות הגבוהות (3-4 KH), ועם המשך החשיפה יכולה להיפגע השמיעה בתדירויות הדיבור.
- הנזק מופיע בדרך כלל בתוך כחמש שנים מהחשיפה לרעש.
- עם הפסקת החשיפה לרעש נפסקת ההשפעה על השמיעה (ירידה בשמיעה לאחר הפסקת החשיפה לרעש יש לייחס לסיבות אחרות).
- פרסביאקוזיס (Presbycusis) - ירידה בשמיעה עקב הגיל - דומה לירידה בשמיעה עקב חשיפה לרעש אך פחות דרמטית.

עקומת שמיעה לדוגמה : SNHL



ג. קריטריונים לנזקי שמיעה מרעש

- History of Noise Exposure Above 85 dB over Months or Years
- Insidious Onset of HL
- Physical Exam: Sensorineural Deficit
- No Physical Abnormalities
- Audiometry with Bilateral Defects:
  - Notch 3-4 KHz
  - 3-4-6 KHz for 10-15 Years... Then Stable
  - Especially first 5Yrs and more in first 3 Yrs
- Lower Frequencies: 20-40 yrs of exposure





#### ד. נוהל טיפול בתביעות על ירידה בשמיעה עקב חשיפה לרעש

הנחיות בנושא הופצו ועודכנו שוב ושוב בשנים האחרונות. להלן היבטים חשובים בהתייחסות לתביעה (ראו תרשים זרימה בפרק 9):

#### ההיבט העובדתי

תפקידו של פקיד התביעות לברר את ההיבט העובדתי. עליו לדאוג שבתיק יהיו המסמכים הבאים והמידע הנדרש לפני העברת התיק לטיפולו של רופא המוסד:

- 1) פירוט מקומות העבודה של התובע, בהווה ובעבר, כולל התפקיד בעבודה, מיקום תחנות העבודה, בדיקות מפלסי הרעש במקום העבודה.
- 2) תאריך התחלה וסיום של כל עבודה
- 3) תאריך סיום החשיפה לרעש בעבודה
- 4) סיכום פרופיל רפואי בצה"ל
- 5) כרטיסים ממומחה אא"ג.
- 6) אם מדובר בנפגע פעולות איבה או בנפגע עבודה שהיה קרוב למוקד רעש התקפי: יש לציין אם הפיצוץ היה במקום סגור או פתוח, באיזה מרחק מהפיצוץ היה התובע, ואם פנה באופן מידי לטיפול. אם לא, יש לברר כמה זמן לאחר האירוע הוא פנה לטיפול.

#### ההיבט הרפואי

- 1) יש לוודא אם התובע הוגדר במשך עבודתו כ"עובד ברעש מזיק" ואם עבר בדיקות פיקוח שמיעה במסגרת העבודה. אם כן, יש לבקש כרטיס רפואה תעסוקתית, כולל בדיקות פיקוח רעש.
- 2) אין להתבסס בשום אופן על בדיקת שמיעה אחת בלבד כדי לקבל או לדחות תביעה. יש לדרוש שתי בדיקות שמיעה לפחות.
- 3) עם הגשת התביעה יש להפנות את התובע לביצוע בדיקת שמיעה עדכנית מטעמנו. בדיקת השמיעה תבוצע על ידי מכון אודיולוגי מוכר ותכלול לפחות:
  - סף צלילים טהורים (PT): הולכת אוויר, הולכת עצם, בדיקה בתדירויות 250, 500, 1,000, 2,000, 3,000, 4,000, 6,000 ו-8,000 הרץ
  - סף שמיעה למילים
  - דיסקרימינציה
- 4) אם קיים בבדיקה ליקוי הולכתי, יבצע קלינאי התקשורת גם בדיקת טימפנומטריה או רפלקס אקוסטי.
- 5) אם לאחר ביצוע בדיקת OAE קיים עדיין ספק, יש להפנות את התיק ללשכה ליעוץ רפואי במשרד הראשי או לרופא מומחה באא"ג עם שאלה על הקשר הסיבתי.



- 6) הפניה לבדיקות BERA ו-BERA סף תיעשה אך ורק על ידי הלשכה במשרד הראשי או על ידי מומחה לא"ג בתיאום עם הלשכה.
- 7) בד בבד יש לבדוק את הכרטיסים הרפואיים של התובע. יש לשים לב בעיקר למחלות המשפיעות על השמיעה (אוטוסקלרוזיס, גידולים בעצב האקוסטי, אירועים טראומטיים באוזניים או בראש, דלקות אוזניים חוזרות, סוכרת, יתר לחץ דם, מלפורמציות בכלי דם בצוואר או בראש, נטילת תרופות כגון אנטיביוטיקה אוטוטוקסית או אספירין וכו').
- 8) להלן הכללים המנחים של ה-ACOEM (הארגון האמריקאי לרפואה תעסוקתית וסביבתית) בדבר קביעת הקשר הסיבתי בין חשיפה לרעש מזיק ובין ירידה בשמיעה:
- רעש מזיק פוגע בשבלול האוזן הפנימית.
  - הנזק דו-צדדי וסימטרי.
  - הנזק מרעש אינו עובר סף מרבי של 40 דציבלים בתדרים נמוכים ו-75 דציבלים בתדרים הגבוהים.
  - התהליך המזיק נפסק עם הפסקת החשיפה לרעש. המשך ירידה בשמיעה נובע מגורם אחר (למשל גיל).
  - נזק קודם לאוזן אינו גורם לה להיות רגישה יותר לנזק רעש חדש, ואף להפך: האוזן הפגועה רגישה פחות.
  - הנזק מתחיל בתדרים 3,000, 4,000 ו-6,000 הרץ. הליקוי שבין 3,000-6,000 הרץ יהיה תמיד הרבה יותר חמור מאשר ב-500, ב-1,000 וב-2,000 הרץ. הליקוי המרבי יהיה בדרך כלל ב-4,000 הרץ. התדרים הגבוהים והנמוכים יותר נפגעים באיחור לעומת הטווח של 3,000-6,000 הרץ.
  - בחשיפה קבועה לרעש יגיע הליקוי לערכו המרבי לאחר 10-15 שנים.
  - חשיפה קבועה לרעש במשך שנים מזיקה יותר מחשיפה מקוטעת המאפשרת לאוזן לנוח ולהתאושש.

#### נקודות נוספות שיש לזכור:

- 1) בהיעדר חשיפה לרעש בעוצמה של יותר מ-85 דציבל בעבודה, תידחה התביעה בהיעדר תנאי סף.
- 2) במקרים של טראומה מהדף, הסימפטומים של ירידה בשמיעה יופיעו מיד. חומרת הסימפטומים בשמיעה יכולה רק לרדת (שיפור הדרגתי במצב) ולא להחמיר במשך הזמן.
- 3) ירידה בשמיעה כתוצאה מחשיפה לרעש בעבודה היא תהליך הדרגתי, ואין לצפות להחמרות פתאומיות. הופעת החמרה פתאומית בסף השמיעה לפני התביעה מחשידה לנזק מגורמים אחרים ולא מחשיפה לרעש מזיק.
- 4) כל ירידה בשמיעה שמופיעה לאחר הפסקת החשיפה אינה יכולה להיות קשורה לעבודה, והיא נובעת מסיבה אחרת.



## התייחסות לטנטון

מלבד ירידה בשמיעה יכולה לעלות גם תלונה על טנטון (זמזום או צלצול באוזניים). יש לזכור שלטנטון יש סיבות רבות, וחשיפה לרעש מזיק היא רק אחת מהן. טנטון ייחשב נובע מחשיפה לרעש מזיק רק אם יש הוכחה לנזק באוזן הפנימית כתוצאה מחשיפה לרעש, כלומר עדות לירידה בשמיעה בתדרים הגבוהים (ראו פסק דין בפרק 10). אם אין עדות לנזק לאוזן הפנימית (OAE תקינים) אין צורך בהמשך בירור לטנטון, ואין צורך להפנות לבדיקה למאפייני טנטון, שכן גם אם התובע סובל מטנטון, אי אפשר לתלות אותו ברעש המזיק.

כמו כן, שימו לב שטנטון הנובע מרעש חייב להופיע תוך כדי החשיפה לרעש, ואם הופיע לאחר שהפסיקה, מתבטל הקשר הסיבתי. לכן יש להקפיד לבדוק ולציין רישומים על טנטון המופיעים בכרטיסים הרפואיים בשנים שבהן הייתה חשיפה לרעש בעבודה לפני הגשת התביעה. רישומים על טנטון בסמוך לזמן הגשת התביעה והיעדר רישומים בזמן שהתובע היה חשוף לרעש בעבודה מטילים ספק בקשר הסיבתי.

יש לבחון אם הטנטון מפריע בחיי היומיום ולברר את מאפייניו, שכן טנטון לא תמיד או פולסטיבי אינו קשור לעבודה. במקרה של ספק, יש להפנות את התובע לבדיקת אפיון טנטון.

### ה. הוראות החוק: שינויים בחקיקה

#### **ליקוי שמיעה בתדירויות הדיבור [סעיף 84א(א)]**

בסעיף 84א(א) נקבע: "אין רואים בליקוי שמיעה שעקב חשיפה לרעש, תוצאה של פגיעה בעבודה אלא אם כן התקיימו כל אלה".

משמעות האמור בסעיף זה היא שהוראות סעיף 84 לחוק חלות רק על ליקוי שמיעה עקב חשיפה לרעש, ומכאן שהוראות סעיף זה אינן חלות על ליקוי שמיעה כתוצאה מחבלה או סיבה אחרת, לרבות פיצוץ פתאומי. ליקוי שמיעה כתוצאה מחבלה וכו' ייבחן לפי הוראות סעיף 79 לחוק. כמו כן, ליקוי שמיעה שייבחן על פי הכללים שבסעיף 84 לחוק הוא ליקוי שמיעה שנגרם עקב חשיפה לרעש.

ליקוי שמיעה עקב חשיפה לרעש בעבודה נובע משני תנאים מצטברים:

- עבודה ממושכת ברעש מזיק, הן מבחינת משך שעות החשיפה ביום והן מבחינת משך תקופת העבודה (לפחות שנה).
- נגרם נזק לאוזן הפנימית, ולא לאוזן התיכונה, וכן אין מדובר בנזק אחר לאוזן הפנימית שאינו תוצאה של חשיפה לרעש.

ליקוי שמיעה עקב חשיפה לרעש מזיק מתבטא באודיוגרם בירידה תלולה בתדירויות הגבוהות (3,000-4,000 הרץ) ובירידה בשמיעה בתדירויות הדיבור (500, 1,000 ו-2,000 מחזורים בשנייה). עוד נובע מהסעיף המצוטט לעיל שהכללים שבסעיף 84 יחולו על מבחן ליקוי שמיעה עקב חשיפה לרעש כפגיעה בעבודה ללא הבחנה בין מיקרוטראומה ובין מחלת מקצוע. פירוש הדבר שלאחר התיקון לחוק אין לבחון עוד ירידה בשמיעה על פי הלכת מיקרוטראומה. זאת ועוד, כל התנאים שבסעיף 84 חייבים להתקיים **במצטבר**, כדי להכיר בליקוי השמיעה כפגיעה בעבודה. די בהיעדר אחד התנאים כדי להביא לדחיית התביעה.



### תנאי ראשון: סעיף 84א(א)(1)

"המבוטח נחשף בעבודתו לרעש התקפי ומתמשך העולה על המותר לפי סעיף 173 לפקודת הבטיחות בעבודה [נוסח חדש] התש"ל-1970, וההוראות שלפיו (להלן רעש מזיק)"

בתקנות הבטיחות בעבודה (גיהות תעסוקתית ובריאות העובדים ברעש), התשמ"ד-1984, הוגדר מהו רעש מתמשך ומהו רעש התקפי.

"רעש מתמשך" – רעש שמפלסו קבוע או משתנה, והוא נמשך ברציפות יותר משנייה אחת.

"רעש התקפי" – רעש שמתקיימים לגביו שני אלה:

\* הוא נמשך ברציפות פחות משנייה אחת.

\* בזמן מדידת הרעש קיים הפרש העולה על 20 דציבלים בין רעש הרקע ובין הרעש ההתקפי.

בבדיקות עוצמת רעש שעורך המוסד לבטיחות וגיהות, הרעש ההתקפי נמדד בתוך הרעש המתמשך, והתוצאה המתקבלת היא "רעש משוקלל" שמשמעותו מנת חשיפה יומית לכל סוגי הרעש שלהם נחשף העובד (מתמשך והתקפי כאחד).

"רעש מזיק" לענין סעיף 84א(א)(1) הוא אפוא רעש התקפי ורעש מתמשך העולה על

המותר. הרעש המותר נקבע בטבלה 1 בתוספת השנייה לתקנות הבטיחות בעבודה (גיהות תעסוקתית ובריאות העובדים ברעש), התשמ"ד-1984 (הטבלה מצורפת כנספח). בטבלה זו החשיפה המשוקללת המרבית לרעש מתמשך והתקפי מורכבת משני מדדים: מפלס הרעש בדציבלים ומשך החשיפה המרבי המותר ליום עבודה (נמדד בשעות ואף בדקות).

כדי לקיים את התנאי שבסעיף 84א(א)(1) יש להוכיח שהמבוטח נחשף לרעש העולה על

המותר. לדוגמה: עובד שנחשף לרעש התקפי ומתמשך בשיעור 85 דציבלים במשך שמונה שעות ביום, נחשב כמי שעובד ברעש מותר, ורק אם יעבוד יותר משמונה שעות ביום ברעש זה ייחשב כמי שעבד בחשיפה לרעש העולה על המותר.

### תנאי שני: סעיף 84א(א)(2)

"כושר השמיעה פחת בשיעור של 20 דציבל לפחות בכל אחת מהאוזניים"

כושר השמיעה יימדד בתדירויות הדיבור (500, 1,000 ו-2,000 מחזורים בשנייה) ובתדרים הגבוהים. על פי סעיף 172(1) ברשימת המבחנים לקביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה, בקביעת אחוז הנכות בשל הירידה בשמיעה יש להביא בחשבון את הירידה הממוצעת בכושר השמיעה בתדירויות הדיבור של 500, 1000, 2000, בכל אוזן בנפרד. חישוב הממוצע של תדירויות הדיבור נעשה על ידי הבדק בבדיקה האודיולוגית ומופיע ברישום תוצאות הבדיקה (הולכת עצם ולא הולכת אוויר).

שיעור הפחתה בשיעור של 20 דציבל חייב להתקיים בכל אחת מהאוזניים ויימדד

בממוצע בכל אוזן. לדוגמה, באודיורם נמצא באוזן אחת הפחתת כושר שמיעה כלהלן:

תדירות 500 - הפחתה של 15 דציבלים

תדירות 1,000 - הפחתה של 15 דציבלים

תדירות 2,000 - הפחתה של 20 דציבלים

$$16.8 = 3 : 50$$



הנחיות אלה יחולו רק בבדיקת קיום התנאי שבסעיף 84א(א)(2) לחוק. הפחתת כושר שמיעה בשיעור 16.8 דציבלים אינו מקיים את התנאי שבסעיף זה, ודי בכך לשלול את ההכרה בתביעה (גם אם באוזן השנייה הירידה הממוצעת בשמיעה בתדירויות הדיבור עולה על 20 דציבלים). בעתיד, אם ימשיך התובע לעבוד ברעש מזיק ותחול החמרה, וכושר השמיעה יפחת בשיעור של יותר מ-20 דציבלים, נראה בכך משום שינוי בנסיבות ועילה חדשה, והמבוטח יהיה רשאי לשוב ולהגיש תביעה חדשה.

### תנאי שלישי : סעיף 84א(א)(3)

"הוגשה למוסד תביעה להכרה בליקוי השמיעה כפגיעה בעבודה; בתוך 12 חודשים מהיום המוקדם מבין אלה :

(א) היום שבו תועד הליקוי לראשונה ברשומה רפואית כמשמעה בסעיף 17 בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן רשומה רפואית). [הבהרה: ליקוי שמיעה בסעיף זה פירושו ירידה בשמיעה בשיעור של 20 דציבלים לפחות בכל אוזן בתדירויות הדיבור בלבד, כדי להקל עם המבוטחים].  
(ב) היום שבו, לדעת הועדה הרפואית או הועדה הרפואית לעררים כמשמען בפרק זה, לפי העניין, החלה הירידה בשמיעה".

בסעיף 17 לחוק זכויות החולה, שעניינו חובת ניהול רשומה רפואית, נקבע שמטפל יתעד ברשומה רפואית את מהלך הטיפול הרפואי, ושרשומה תכלול, בין היתר, פרטים מזהים של המטופל והמטפל, וכן מידע רפואי בדבר הטיפול הרפואי שקיבל המטופל, עברו הרפואי כפי שמסר, אבחון מצבו הרפואי הנוכחי, הוראות טיפול וכו'.

"מטפל" מוגדר רופא, רופא שיניים, מתמחה (סטאז'ר), אח או אחות, מיילדת, פסיכולוג, וכן כל בעל מקצוע שהכיר בו המנהל הכללי בהודעה ברשומות כמטפל בשירותי הבריאות. לעניין זה הוכרה גם קלינאות תקשורת כמקצוע שהעוסק בו מוגדר מטפל.

כדי למנות תקופה של 12 חודשים יש לברר לפי כרטיס רפואי כללי, מקצועי או רישום רפואי אחר, לרבות רישום בצה"ל, את היום הראשון שבו התלונן המבוטח על ליקוי השמיעה או על טנטון, כדי לבחון אם הוא עונה על תנאי סעיף זה.

יובהר שבדיקת שמיעה שנערכת בניידת בטיחות וגהות או על ידי המכון לבריאות העובד אינה מבוצעת על ידי קלינאי תקשורת, ולכן אינה בבחינת רשומה רפואית לעניין זה (הבדיקה נעשית לצורך סקר להערכה ראשונית בלבד, ולאחריו מופנה העובד לבדיקה במחלקה לרפואה תעסוקתית).

אם נמצא שהתביעות הוגשו לאחר 12 חודשים מהיום שבו התלונן המבוטח על ליקוי שמיעה או על טנטון, אפשר להעמיד את הנפגע בפני ועדה רפואית לבדיקת מועד תחילת הירידה בשמיעה. ואולם, קיימת כוונה לבקש תיקון לחוק ולבטל אפשרות זו.

בשלב זה, תביעה שלא התקיים בה התנאי שבסעיף 84א(א)(3) תועבר להתייעצות למנהלת האגף כדי לעמוד על היקף הבעיה.



### טנטון עקב חשיפה לרעש [סעיף 84א(ב)]

"רעש תמידי באוזניים (טנטון) עקב חשיפה לרעש לא יוכר כפגיעה בעבודה אלא אם התקיים האמור בסעיף קטן (א), וכן כל אלה".

האמור בסעיף קטן (א) הוא התנאים שפורטו לעיל [סעיף 84א(א)-(1)-(3)] החלים על מבחן ירידה בשמיעה בתדירויות הדיבור. אשר לטנטון עקב חשיפה לרעש, מלבד התנאים שפורטו בסעיף 84 א(א)-(1)-(3) צריכים להתקיים גם כל התנאים שבסעיף 84א(ב)-(1)-(3).

מנוסח סעיף 84א(ב) עולה שתנאי ראשוני הוא שמדובר ברעש תמידי באוזניים, ושרעש זה הוא עקב חשיפה לרעש, ולא טנטון הנובע מסיבות אחרות. משמע שגם אם יתקיימו התנאים המפורטים בסעיף 84 א(א)-(1)-(3), אך מבחינה רפואית יימצא שהטנטון אינו עקב חשיפה לרעש, הוא לא יוכר כפגיעה בעבודה, ולו מטעם זה בלבד.

יודגש שהמבחן שבסעיף 84 א(ב) אינו חל על טנטון המופיע כתוצאה מחבלה, פיצוץ וכו'.

טנטון כזה ייבחן לפי סעיף 79 לחוק על כל המשתמע מכך.

### תנאי ראשון: סעיף 84א(ב)(1)

כושר השמיעה בתדירויות הגבוהות פחת בשיעור של 25 דציבלים לפחות בכל אחת מהאוזניים. לעניין זה "תדירויות גבוהות" פירושו תדירויות של 3,000 ו-4,000 מחזורים בשנייה.

הירידה התלולה בשמיעה בתדירויות הגבוהות היא סימן אופייני לנזק באוזן הפנימית עקב חשיפה לרעש, אך נקבע כתנאי להכרה בטנטון שבדיקת שמיעה אופיינית תגיע לפחות ל-25 דציבלים בכל אחת האוזניים. די בהיעדר קיום תנאי זה באחת האוזניים כדי לשלול ההכרה בטנטון כפגיעה בעבודה. החמרת המצב בעתיד תאפשר למבוטח להגיש תביעה חדשה.

### תנאי שני: סעיף 84א(ב)(2)

"הטנטון תועד לראשונה ברשומה רפואית לפני שהמבוטח חדל לעבוד אגב חשיפה לרעש מזיק".

לדעת המומחים, משהפסיק מבוטח לעבוד ברעש מזיק, נפסקת השפעת הרעש על השמיעה, והליקוי בשמיעה אינו מחמיר עוד בגינו. אם ממשיכה הירידה בשמיעה או שמופיע טנטון לאחר הפסקת החשיפה לרעש, אין הם קשורים לחשיפה לרעש. לפיכך נקבע כתנאי הכרחי להכרה בטנטון כפגיעה בעבודה קיומו של רישום ברשומה רפואית (כרטיס קופת חולים מטעם רופא המשפחה / אא"ג / כרטיס תעסוקתי) על תלונות המבוטח על טנטון תוך כדי תקופת עבודתו בחשיפה לרעש מזיק.

"חדל לעבוד אגב חשיפה לרעש מזיק" משמע שינוי תפקיד במפעל. מעבר מעבודה ברעש

מזיק לעבודה שלא ברעש מזיק כמוה כהפסקת חשיפה לרעש מזיק.

### תנאי שלישי: סעיף 84א(ב)(3)

"הפגיעה בתפקוד עקב הטנטון חייבה פניות חוזרות ונשנות לטיפול רפואי, שתועדו ברשומה רפואית".

לקיום תנאי זה יש להוכיח תחילה שהטנטון הביא לפגיעה בתפקוד, היינו המבוטח נקט פעולות לטיפול בטנטון התמידי מלבד רישום סתמי בכרטיס הרפואי שבו צוין שהתלונן על טנטון. לשון



אחר, יש להוכיח שנעשה ניסיון לטפל בתופעה, למשל באמצעות הפניה למומחה, ביצוע בדיקות, טיפול למיסוך טנטון וכו'. כיום אין די ברישום בכרטיס על טנטון, אלא צריך שיהיה לכך ביטוי בטיפול הרפואי ובניסיונות המבוטח לחפש הקלה לתופעה המטרידה. הפניות לקבלת סעד רפואי לטיפול בבעיה צריכות להיות חוזרות ונשנות, משום שבכך יעידו על אמיתות הבעיה ועל הצורך בטיפול בה.

היעדר התנאי שבסעיף זה די בו לשלול את התביעה להכרה בטנטון, אך אם יתקיימו התנאים לאחר הדחייה יהיה בכך משום חמרת מצב ושינוי הנסיבות, ויהיה אפשר לראות בתופעה עילה שהמבוטח יכול להגיש בגינה תביעה חדשה.

### הוראות תחילה ותחולה

בהוראות המעבר נקבע שתחילתו של סעיף 84א ב-1.4.05, ושהוא יחול על ליקוי שמיעה שתביעה להכרה בו כתוצאה מפגיעה בעבודה הוגשה ב-1.4.05 ואילך.

ואף על פי כן, האמור בסעיף 84א(א)(3) (הגשת התביעה בתוך 12 חודשים מיום שתועד הליקוי לראשונה ברשומה רפואית) יחול על ליקוי שמיעה שתביעה להכרה בו כתוצאה מפגיעה בעבודה הוגשה ביום 1.7.05 ואילך.

תביעה בגין ליקוי שמיעה שהוגשה לפני 1.4.05, אך נדחתה על פי תקנות 7 ו-8 (הגשת תביעה לגמלה ואופן תשלומה) והוגשה מחדש ב-1.4.05 ואילך, תיבחן על פי הכללים שבסעיף 84א לחוק כנוסחו בחוק המתוקן. תקנה 7 קובעת שתביעה שלא נחתמה על ידי התובע, רואים אותה כאילו לא הוגשה, והיא תוחזר לתובע בדואר רשום. חתם התובע והחזירה בתוך 30 יום, יראו במועד הגשת התביעה לראשונה את מועד הגשת התביעה. החזיר התובע את התביעה לאחר 30 יום מהיום שהוחזרה לו, ייחשב המועד שבו נתקבלה התביעה החתומה כמועד הגשת הבקשה.

תקנה 8 מאפשרת לדחות תביעה אם התובע נדרש להשלים פרטים ולא עשה כן למרות שתי תזכורות שנשלחו אליו, האחת לאחר 21 יום והשנייה לאחר 15 יום נוספים ("דחייה פורמלית").

נדחתה תביעה לליקוי שמיעה שהוגשה לפני 1.4.05, לרבות דחייה פורמלית, והתובע המציא פרטים וביקש לפתוח את התביעה לאחר 1.4.05, תיבחן תביעתו לפי הוראות סעיף 84א לחוק, כנוסחו בחוק המתוקן.

שימו לב: לא תידחה תביעה כשהמעביד הוא החייב במסירת הפרטים ולא עשה כן.

### הנחיות לביצוע

בתביעה לדמי פגיעה בגין ליקוי שמיעה יש להבחין בין תביעה לליקוי שמיעה עקב הפחתת כושר השמיעה בתדירויות הדיבור ובין תביעה בגין טנטון תמידי עקב חשיפה לרעש. הבחנה זו חיונית משום שהסמכות להחליט אם הטנטון תמידי ואם הוא נובע מחשיפה לרעש נתונה בידי המוסד, קרי פקיד התביעות בהתייעצות עם רופא המוסד, ולא בידי ועדה רפואית. על החלטת פקיד התביעות, המבוטח יהיה רשאי לערער לבית הדין לעבודה ולא לוועדה רפואית. כמו כן, החלטת פקיד התביעות על קיום טנטון תמידי עקב חשיפה לרעש תחייב את הוועדה, ואין בסמכותה לשלול את קביעתו. סמכות זו שניתנה למוסד מחייבת הקפדה במבחן התביעה הן בהיבט העובדתי והן בהיבט הרפואי.



יודגש שתלונות על טנטון שיעלו לראשונה בשלב התביעה לנכות, בתביעה שהוכרה בגין הפחתת כושר שמיעה בתדירויות הדיבור, תחייב את הוועדה הרפואית לבחון את קיומם של כל התנאים שבסעיף 84א(ב).

בכל תביעה ייבדק קיומם של כל התנאים, לרבות קיומן של תלונות על טנטון, גם אם על פניו נראה שהתביעה עשויה להידחות בהעדר תנאי זה או אחר.

תלונות על טנטון שיעלו בשלב התביעה לנכות (בתביעה שהוכרה בגין הפחתת כושר שמיעה בתדירויות הדיבור) ייבדק קיום התנאים שבסעיף 84א(ב) בטרם יועבר התיק לוועדה רפואית, וההחלטה תינתן על ידי הוועדה הרפואית.

תלונות על טנטון שיעלה התובע בעת הופעתו בפני הוועדה הרפואית ושלא שצוינו בטופס התביעה לנכות יחייבו להחזיר את התיק לפקיד התביעות לבירור קיומם של התנאים שבסעיף 84א(ב).

#### מבחן תביעה בגין ליקוי שמיעה

בתקנה 2 לתקנות הביטוח הלאומי (הגשת תביעה לגמלה ואופן תשלומה), התשנ"ח-1998, נקבעו כללים להוכחת הזכות לגמלה כלהלן:

(א) תובע גמלה (להלן - התובע) יציין בתביעתו את כל הפרטים הנדרשים בטופס ויצרף לתביעה את המסמכים הדרושים להוכחת זכותו לגמלה.

(ב) התובע או אפוטרופוסו יאשרו בחתימת ידם את נכונות הפרטים שבתביעה.

(ג) כוללת התביעה פרטים שאותם חייב למסור מעבידו של התובע או גוף אחר, תוגש התביעה למוסד רק לאחר שהפרטים האמורים יצוינו בתביעה.

המסמכים הדרושים להוכחת זכותו של התובע לגמלה כוללים בדיקת שמיעה המעידה על

ירידה בשמיעה גם אם זו לא נעשתה בשירות רפואי מוסמך.

מאחר שבליקוי שמיעה אין המבוטח מפסיק עבודתו ואינו תובע דמי פגיעה, הרי שאינו חייב לעמוד בתנאי תקנה 11א לתקנות בדבר ביטוח מפני פגיעה בעבודה, המחייבת מבוטח שהפסיק לעבוד כתוצאה מהפגיעה להמציא אישור רפואי משירות רפואי מוסמך או מאת מוסד רפואי על תוצאות הפגיעה ועל תקופת אי-כושרו.

על פי תקנה 2ג, התביעה תוגש למוסד רק לאחר שהפרטים שחייב למסור המעביד יצוינו

בה. תביעה שתוגש למוסד באמצעות בא כוח המבוטח ללא חתימת המעסיק ואישורו, תוחזר לבא כוחו, והוא יחויב להשלים את הפרטים.

תביעה שתוגש למוסד על ידי המבוטח ללא חתימת המעסיק, לפני הזנתה למערכת יש להתקשר למעסיק ולברר אם נתבקש לחתום על התביעה או סירב לחתום עליה. אם נמצא שהמעסיק כלל לא נדרש לאשר בחתימתו את התביעה, תוחזר התביעה לתובע בדואר רשום בציון תשובת המעסיק, והתובע יתבקש לפנות למעסיק להשלמת הדרוש. אם נמצא שהמעסיק סירב לחתום על התביעה, תצוין הערה מתאימה בתיק הפגיעה.

בירור ההיבט העובדתי: למבחן התביעה יצטרך המבוטח לפרט בכתב את ההיסטוריה התעסוקתית שלו בכל מקומות העבודה שבהם עבד בחשיפה לרעש במשך כל שנות עבודתו, תחנות עבודה, תפקידו במקום העבודה, מועד הפסקת עבודתו ברעש ושינוי לתפקיד אחר, מועד הפסקת עבודתו במפעל האחרון והסיבה לכך ועוד.





ההיסטוריה התעסוקתית לגבי מקומות עבודה תאומת מול שאילתת "רצף" ומול מידע תעסוקתי הקיים בתביעות קודמות שהגיש התובע, אם הגיש. עוצמת החשיפה לרעש תיבדק באמצעות המוסד לבטיחות וגהות כמקובל במקרים שלא נתקבלו נתונים מהמעסיק. בירור ההיבט הרפואי: בשל חשיבות המסמכים הרפואיים בשירות הרפואי המוסמך, בכל תביעה יוזמנו כרטיס רפואי כללי, אא"ג, כרטיס תעסוקתי וכרטיס צה"לי. התובע יופנה על פי המלצת רופא המוסד לביצוע בדיקת שמיעה עדכנית לצורך השוואתה לבדיקת השמיעה שהמציא ולצורך דיון בוועדה רפואית.

#### מבחן קיום טנטון

בירור ההיבט העובדתי: מבוטח שיטען לטנטון עקב חשיפה לרעש מזיק יוזמן לחוקר או לפקיד התביעות (בהתאם לנהלים שיגובשו וייקבעו בסניף). במסגרת הבירור יידרש התובע לתאר את עבודתו במהלך השנים בכל מקומות העבודה שבהם עבד, ובהזדמנות זו יתבקש להצביע על תלונותיו.

בירור ההיבט הרפואי: תנאי בסיסי להוכחת טנטון עקב חשיפה לרעש הוא תוצאות בדיקת שמיעה עם תמונה אופיינית לליקוי שמיעה עקב חשיפה לרעש, ובתנאים שנקבעו לגבי הפחתת שמיעה בתדירויות הדיבור ובתדירויות הגבוהות.

בדיקת מאפייני טנטון היא כלי נוסף לבדיקת קיום טנטון, אך אינה יכולה לשמש הוכחה בלעדית לשלילת טנטון. כשמתקיימים כל התנאים שבחוק, והם הוכחו בבירור העובדות ובמסמכים הרפואיים, אין צורך בבדיקת מאפייני טנטון, ואפשר לאשר את התביעה. כשלא מוכח קיומו של טנטון, יש לבצע גם בדיקת מאפייני טנטון לחיזוק ההחלטה לדחות את התביעה ולקראת דיון אפשרי בבית הדין. על ביצוע בדיקת מאפייני טנטון יחליט רופא המוסד. לנוכח הניסיון שהצטבר במוסד בתביעות לליקוי שמיעה, אפשר להחליט בתביעה לליקוי שמיעה בהתייעצות עם רופא המוסד, ואין צורך לפנות בכל מקרה לחוות דעת מומחה בלתי תלוי במוסד. במקרים חריגים יחליט רופא המוסד אם יש צורך בחוות דעת מומחה.

#### 1. תביעות לליקוי שמיעה: פרשנות בית הדין לעבודה לסעיף 84א(א)(2)

בפסק הדין של בית הדין האזורי לעבודה שהתקבל בשנת 2006, הביע בית הדין דעתו לגבי הפרשנות הנכונה שיש ליתן לסעיף 84א(א)(2), העוסק בתנאי הירידה בכושר השמיעה בשיעור של 20 דציבלים לפחות בכל אחת מהאוזניים.

בית הדין הדגיש שבסעיף זה לא צוין שנדרשת ירידה בשמיעה בתדירויות הדיבור, ולכן קובע כי "אין מקום לדרישה של הפחתת כושר שמיעה בשיעור של 20 דציבל לפחות בכל אחת מהאוזניים דווקא בתדירויות הדיבור, וכי די בכך כי כושר השמיעה פחת גם בתדירויות הגבוהות בשיעור המפורט בחוק, על מנת שיתמלאו תנאי סעיף 84 א. לחוק".

במילים אחרות, די בכך שבתדירויות הגבוהות יש ירידה בשיעור העולה על 20 דציבלים. בהזדמנות זו ראוי לציין שבשנה האחרונה נשמעו גם הערות מפי מומחים באא"ג שציינו שקיימת אפשרות של ליקוי שמיעה בתדירויות הגבוהות עקב חשיפה לרעש, המלווה בטנטון, בלי שתהיה ירידה בשמיעה בתדירויות הדיבור. הנושא נמצא בבדיקה על ידי הלשכה לייעוץ רפואי כדי לבחון כיצד לתקן את החוק בעניין זה.



## ז. הפניות לבדיקות שמיעה וטנטון

1. אין להתבסס בשום אופן על בדיקת שמיעה אחת בלבד כדי לקבל תביעה או לדחותה. יש לדרוש שתי בדיקות שמיעה לפחות.
2. עם הגשת התביעה יש להפנות את התובע לביצוע בדיקת שמיעה עדכנית מטעמנו.
3. בדיקת השמיעה תבוצע על ידי מכון אודיולוגי מוכר. הבדיקה תכלול לפחות:
  - סף צלילים טהורים (PT) הכולל הולכת אוויר, הולכת עצם ובדיקה בתדירויות 250, 500, 1,000, 2,000, 3,000, 4,000, 6,000 ו-8,000 הרץ
  - סף שמיעה למילים
  - דיסקרימינציה
  - הדים קוכלאריים (OAE)
- שם הבדיקה עם OAE הוא "הערכת עיבוד אודיטורי מרכזי". הקוד שלה הוא 92620. טבלת קודים מלאה מובאת בתחתית הרשימה.
4. אם קיים בבדיקה ליקוי הולכתי, יבצע קלינאי התקשורת גם בדיקת טימפנומטריה או רפלקס אקוסטי.
5. אם לאחר ביצוע בדיקת OAE קיים עדיין ספק, יש להפנות את התיק ללשכה ליעוץ רפואי במשרד הראשי או לרופא מומחה בא"ג עם שאלה על הקשר הסיבתי.
6. הפניה לבדיקות BERA ו-BERA סף תיעשה אך ורק על ידי הלשכה במשרד הראשי או לפי בקשת מומחה לא"ג בתיאום עם הלשכה.

### טבלת הקודים

שם הבדיקה	קוד
הערכת עיבוד אודיטורי מרכזי	92620 (מחליף קוד 92589)
בדיקת שמיעה מקיפה	92557
טימפנומטריה	92567
רישום פוטנציאל מגזע המוח בילדים	92588
רישום פוטנציאל מגזע המוח במבוגרים	92585
רישום רפלקס אקוסטי	92568
קוד מותאם לבדיקת מאפייני טנטון(בהיעדר קוד מתאים במשרד הבריאות)	92557



### הפניה לבדיקות אצל פרופ' אטיאס

בבית הדין הארצי לעבודה חזר כב' השופט פליטמן ואישר השימוש באבחוניו של פרופ' אטיאס, ואלה דבריו:

לאחר עיון בתגובות הצדדים, על פני הדברים ועל פי הראיות, שבפנינו אין מקום לפסילה כללית של אבחוניו של פרופ' אטיאס.

העובדה כי המוסד מפנה למכון שהוא עומד בראשו בבית החולים שניידר, נבדקים לאבחון אודיולוגי לאור התמחותו בתחום, אינה כשלעצמה סיבה לפסילת אבחוניו, כשם שאין סיבה לפסול אבחוני תצלומי MRI מיוחדים הנעשים בבית חולים המתמחה בכך, ושאליו מפנים המוסד את נבדקיו, הוועדות הרפואיות את הנכים וקופת החולים את מבוטחיהם.

גם פס"ד פביאן עמוס נ' המוסד (בל 4014/06) מיום 12.2.07 שב ומאשר שאין מניעה להפנות נבדקים לפרופ' אטיאס או למכון הולדשטיין. לפיכך יש להמשיך ולעמוד על דרישת הוועדה או רופא המוסד לבצע אבחון על ידי פרופ' אטיאס.

דף עזר לניתוח ליקוי שמיעה וטנטון נמצא במדור טפסים בפרק 9.

### 7.1.9 עיניים: היפרדות גוף זגוגי אחורי (PVD)

לאחרונה קיבלנו כמה תביעות להכרה בהיפרדות גוף הזגוגית בעין כתאונת עבודה. היפרדות הזגוגית האחורית (PVD - Posterior Vitreous Detachment) הוא תהליך שבו גוף הזגוגית האחורי ניתק מהרשתית שאליה הוא מחובר ברגיל. PVD הוא תהליך שכיח מאוד המופיע בשל שינויים בגוף הזגוגית עם הגיל (בעיקר התנזלות של הזגוגית). שכיחותו היא 53% באנשים מעל גיל 50 ו-65% באנשים מעל גיל 65. בקצרי רואי שכיחותו גבוהה יותר, והוא מופיע כעשר שנים מוקדם יותר. גם בחולי סוכרת הוא נוטה להופיע מוקדם יותר. לעתים עלול להופיע Acute PVD לאחר חבלה ישירה בעין. PVD אינו נגרם בשל חבלת ראש ללא חבלה עינית, ולא בשל מתח נפשי, כאבי ראש, עבודה עינית מאומצת, עבודה פיזית מאומצת וכדומה.

### 7.1.10 עיניים: היפרדות רשתית

להלן חוות דעת של רופא עיניים בכיר, פרופ' גיורא טרייסטר, מ"ר 7139, בעניין הקשר הסיבתי בין חבלות להיפרדות רשתית:



הנדון : א' ר'

קראתי בעיון את המסמכים הדנים בעניינו של הנידון.  
הני"ל סבל מתהליך היפרדות זוגית אחורית שגרם לקרע ברשתית ולהיפרדות רשתית. תהליך  
תוך עיני זה שכיח בחולים מבוגרים קצרי ראייה ללא כל קשר לחבלה.  
במשך 35 שנותי כרופא עיניים לא נתקלתי ולו במקרה אחד בה טלטלה גופנית חיצונית או מכה  
בראש (ולא מכה בעין עצמה) גרמה לקרע או היפרדות רשתית.  
יותר מזאת, לאור המספר הרב יחסית של תביעות בנושא זה, התייעצתי עם אנשי רשתית  
חשובים בארה"ב והסתבר שגם הם שוללים אפשרות כזאת ומאפשרים לחולים קצרי ראייה עם  
היפרדות זוגית ושינויים ניווניים בהיקף הרשתית להמשיך לעסוק בספורט כולל טניס וסקווש,  
בהם אין ספק שבכל תנועה הזוגית עוברת טלטלה. לדבריהם אין לטלטלה גופנית או מכה בראש  
(לא מכה ישירה לעין) כל קשר להתפתחות קרע והיפרדות רשתית.  
בכדי להפסיק את "מחול השדים" בנושא זה החליט איגוד רופאי העיניים להקים ועדה  
המורכבת מטובי מומחי הרשתית בישראל.  
להלן מסקנות הועדה (מצורפת בזה): הספרות הרלבנטית והניסיון הקליני שוללים קשר אפשרי  
בין חבלה לראש או לגוף או זעזוע לגוף, או מאמץ גופני, ללא חבלה ישירה לגלגל העין, לבין  
התפתחות היפרדות רשתית.  
סיכום: לאור כל האמור לעיל יש לדעתי לדחות את התביעה ש"קפיצה" של מכונית גרמה לקרע  
ולהיפרדות רשתית.



איגוד רופאי העיניים בישראל  
THE ISRAEL OPHTHALMOLOGICAL SOCIETY

אל: המוסד לביטוח לאומי

**הנידון: נייר עמדה מטעם איגוד רופאי העיניים בנושא חבלה לא ישירה לגלגל העין והיפרדות רשתית**

בעקבות פנייתכם לאיגוד רופאי העיניים הוקמה ועדה שחבריה הם פרופ' גיורא טרייסטר (יו"ר), פרופ' ענת לבנשטיין, פרופ' יוסי מויסייב ופרופ' יובל יסעור, שמטרתה הייתה לבדוק את נושא הקשר בין חבלה לא ישירה לעין לבין היווצרות קרע או היפרדות רשתית. להלן סקירת הספרות ועמדת הוועדה.

**ברור ומקובל שחבלה קהה ישירה לגלגל העין יכולה לגרום לקרעים והיפרדות רשתית.**

ידוע כי כדי שטראומה תיצור היפרדות רשתית יש צורך בדחיסה (compression) של גלגל העין, דבר שיגרום להתרחבות האזור האקווטוריאלי באופן לטרלי ויביא ללחץ על בסיס הזגוגית. הדבר מבוסס בין היתר על עבודתם של Widenthal & Schepens, אשר בדקו דחיסה במהירות גבוהה בכיוון אנטרו-פוסטרורי על עיני חזיר על ידי פגיעה בקרנית בכדורים שנורו מרובה אויר. הם הוכיחו ששינויים ברשתית ההיקפית, כולל היפרדות של האורה סרטה, דיאליזה של הרשתית, שינויי פיגמנט וקרעים בפרס פלנה נגרמים כתוצאה ממכה זו.

הנחת העיניים בתוך מתקן מאבן, סגור, או עם פתח אחורי (מצב המחקה את העין הנמצאת בתוך מבנה גרמי-הארובה) הביאו להגנה משמעותית מאד<sup>1</sup>.

יש לזכור שכדי להוכיח שהיפרדות הרשתית נגרמה מפגיעה ישירה בעין חייב להיות תיעוד של ממצאים בעין המעידים על חבלה: בצקת או דימום בעפעף או בלחמית, שריטה או צלקת בקרנית, היפמה (שטף דם בלשכה הקדמית של העין), אירידודואליזה (פגיעה בקשתית), ציקלודיאליזה (פגיעה בגוף העטרה), הרחבת זווית הניקוז של מי הלשכה הקדמית, ירוד חבלתי, נקיעה של העדשה, דימום בזגוגית, בצקת של הקוטב האחורי (Berlins Edema), קרעים ברשתית וקרעים או דמום דמית וכו'<sup>2</sup>. הפרדות הרשתית יכולה להופיע בסמוך לחבלה, וגם במועד מאוחר יותר. הנושא אליו התייחסה הוועדה נוגע לקשר בין חבלת ראש וגוף ומאמץ גופני, ללא חבלה ישירה לגלגל העין, לבין התפתחות היפרדות רשתית. כאן המצב שונה לגמרי.



הנתונים שמצאנו בספרות היו חד-משמעיים :

1. כבר בספרו של Schepens<sup>2</sup> הוא מציין באופן ברור שטראומה לא ישירה (דהיינו טראומה אשר נובעת מטראומה לחלק אחר בגוף, כמו למשל מכה בראש) לא גורמת להיפרדות רשתית. הוא מדווח כי בדק מעל 1,000 חולים עם היפרדות רשתית רגמטוגינית וסיפור של חבלה לא-ישירה לעין, ולא מצא כל עדות קלינית לנזק עיני הקשור לטראומה. לא היה הבדל לדבריו בין קבוצה זו בגיל, פיזור גילים, שכיחות ומידת קוצר הראיה, סוג ההיפרדות בהשוואה לסדרות של אלפי חולים עם היפרדות רשתית ספונטנית לא חבלתית. לדעתנו הדבר מוכיח כי במקרים בהם היה סיפור של חבלה לא ישירה לעין, היפרדות הרשתית נגרמה מגורמי הסיכון הרגילים ואיננה קשורה לחבלה.

2. בעבודה שבוצעה לאחרונה בארנבות גרמו למכה חזקה ביותר במצח. המכה גרמה ב- 17 ארנבות לפגיעות עיניות כגון: דימום במעטפת עצב הראייה, בצקת ברשתית, דימום ברשתית ואף אקסידציה פיברינואידית מתחת לרשתית. באף לא אחת מהארנבות לא נגרם קרע או היפרדות רגמטוגינית של הרשתית.<sup>3</sup>

Brandt & Wedekind בדקו 50 עיניים עם פגיעה מוכחת לא ישירה ולא הראו כל שינויים בזוגית העין.<sup>4</sup>

Kowal וחבריו בדקו 161 עיניים עם חבלת ראש ומצאו פגיעות עיניים שונות, בעיקר בתנועתיות העין אך לא תואר אף מקרה של קרע או היפרדות רשתית.<sup>5</sup> יש לציין, כי בעבודות שונות חבלת ראש כן נמצאה כגורמת בעיות תנועתיות עיניים, כגון שיתור טרוכליאר, אוקולומוטור, אבדוסנס, שיתוקים משולבים, חולשת קונברגנציה, הפרעה באקומודציה, אטרופיה של עצב הראייה ואף internuclear ophthalmoplegia, אולם לא היפרדות אחורית של הזוגית, קרע ברשתית או היפרדות רשתית.<sup>5-7</sup>

בדיון בוועדה התברר שאף אחד מחברי הוועדה לא נתקל במקרה בו חבלת ראש ללא חבלה ישירה לגלגל העין עצמו, או חבלה או זעזוע לחלקים אחרים בגוף, או מאמץ גופני, גרמו לקרע או להיפרדות רשתית.

לאור כל אלה מסקנת הוועדה היא כדלקמן: הספרות הרלבנטית והניסיון הקליני שוללים קשר אפשרי בין חבלה לראש או לגוף, או זעזוע לגוף, או מאמץ גופני, ללא חבלה ישירה לגלגל העין, לבין התפתחות הפרדות רשתית.

פרופ' יובל יסעור  
פרופ' יוסי מויסיב  
פרופ' ענת לבנשטיין  
פרופ' גיורא טריטשילד (יו"ר)



#### References

1. Weidental DT, Schepens CL. Peripheral fundus changes associated with ocular contusion. *Am J Ophthalmol* 1966;62:465-477.
2. Schepens CL. Retinal detachment and allied diseases. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1983:46-51.
3. Ye J, Yuan R, Liu S, Wang Z, Zhu P. Retinochoroidal changes after severe brain impact injury in rabbits. *Chin J Traumatol* 2001;4:113-115.
4. Brandt HP, Wedekind K. Indirektes trauma and hintere glaskorperabhebung. *Klin Mbl Augenheilk* 1974;165:814-816.
5. Kowel L. Ophthalmic manifestations of head injury. *Aust NZJ Ophthalmol* 1992;20:35-41.
6. Hsu HC, Chen HJ, Lu K, Cheng-Loang L. Reversible bilateral internuclear ophthalmoplegia following head injury. *Acta Ophthalmol Scand* 2001;79:57-59.
7. Lepore FE. Disorders of ocular motility following head trauma. *Arch Neurol* 1995;52:924-926.



### 7.1.11 שיניים: טיפול רפואי בשיניים שנפגעו בתאונת עבודה

טיפול רפואי בשיניים שנפגעו בתאונת עבודה שונה מטיפול של קופת החולים בפגיעות אחרות, שכן טיפולי שיניים אינם נכללים במסגרת סל השירותים הכללי הניתן למבוטחי הקופה.

בפגישה שהתקיימה בין נציגי שירותי בריאות כללית וד"ר קליינשטיין, רופא שיניים יועץ לקופת החולים, ובין נציגי המוסד מהנהלת האגף והייעוץ הרפואי, נקבע תהליך למתן תעודה רפואית לנפגעי עבודה שנחבלו בשיניהם. מטרת תהליך זה לאפשר בירור מדויק של תוצאות הפגיעה בשיניים ולהגדיר את הטיפול הרפואי שלו זכאי המבוטח בעקבות הפגיעה בעבודה.

על פי הנחיות הקופה, מבוטח שנפגע בשיניו מופנה לאחת ממרפאות של"ה. לרופאים המטפלים בשל"ה ניתנו הנחיות לצרף לתעודה הרפואית הראשונה גם טופס ממצאים קליניים ואבחנה, שבו הם נדרשים לפרט את השיניים שנפגעו ולתאר את מצב השיניים שנפגעו על פי הטבלה המצוינת בטופס (דוגמת הטופס המצ"ב).

כל החומר הרפואי, בצירוף טופס זה, צילומי רנטגן ודוח חדר המיון, מועברים לרופא השיניים היועץ, ד"ר קליינשטיין. ד"ר קליינשטיין יבדוק את המסמכים הרפואיים, יפרט באישור מיוחד את השיניים שנפגעו, ויצין לאילו שיניים יש לתת טיפול רפואי חד-פעמי ולאילו שיניים יינתן טיפול רפואי גם בעתיד ככל שיידרש. כמו כן, היועץ יפרט את מצב השיניים שלא נפגעו בתאונת העבודה.

הכללים המנחים לעניין מתן טיפול רפואי בשיניים במסגרת זכויות הנפגע על פי חוק הביטוח הלאומי הם:

- א. פגיעה בשן טבעית – המבוטח זכאי לטיפול רפואי ככל שיידרש, לרבות טיפול חוזר בעתיד, גם אם בשן הייתה סתימה קודמת או שלנפגע מחלת חניכיים שהייתה מביאה בשלב מסוים לאותה התוצאה שגרמה התאונה.
- ב. פגיעה בשן מלאכותית (כתר, גשר וכיוצא באלה) - המבוטח זכאי לטיפול רפואי חד-פעמי להשבת המצב לקדמותו.
- ג. אם בעקבות הפגיעה נדרש טיפול לשיקום הפה, תיעשה הבחנה בין הטיפול הנדרש עקב הפגיעה בעבודה ובין הטיפול הנדרש עקב מצבו הטבעי של הנפגע, שאינו קשור לפגיעה.

### 7.1.12 אירוע לבבי או מוחי

אירוע לבבי ואירוע מוחי הם שתי פגימות שהדיון בהן מבחינה עובדתית שונה מכל פגימה אחרת בנפגעי עבודה. מבחינה רפואית, מובן שלא תיתכן פגימה מסוג זה בלא בסיס רפואי אנטומי קודם (טרשת עורקים).

להכרה בפגימות אלו נדרש קיומו של "אירוע חריג" בעבודה קודם וסמוך לקרות האוטם או האירוע המוחי. קיום האירוע החריג ייקבע על ידי פקיד התביעות לנוכח העובדות העומדות בפניו. המבחן על פי הפסיקה לקביעת קשר סיבתי בין הפגימה הנטענת ובין האירוע בעבודה הוא "מבחן האלמלא", דהיינו, אילולא קרה האירוע, האם היו קורים האוטם או האירוע המוחי בזמן ובמקום שקרו.





בפסק דין של בית הדין הארצי לעבודה בנושא זה (פסק דין אלי רוז"ל, עב"ל 210/97) קבע בית הדין, בהסתמך על חוות דעת של המומחה, שיש להכיר בקשר שבין סיבה לתוצאה. יש לחדד ולהבהיר את ההבדל בין הקביעה הרפואית לזו המשפטית: המומחה קבע שהיו בתובע גורמי סיכון, וששיעור השפעת האירועים בעבודה מגיע ל-25% בתוך יתר הגורמים הקונסטרוקטיביונליים. במילים אחרות, גם ללא השפעת העבודה קרוב לוודאי שהתובע היה סובל מדימום במוח. עם זאת, העיתוי של הופעת הדימום במוח קשור לאירוע בעבודה, ולפיכך נמצא קשר בין העבודה לאירוע המוחי.

גישה דומה ננקטת גם באירועים של אוטם בשריר הלב: גורמי סיכון כלליים מגבירים את הנטייה לפתח אוטם לבבי, אך מועד הופעת האוטם קשור לאירוע חריג בעבודה, ובלשון בית הדין:

בחוות הדעת מיום 6.7.1996 מנה המומחה הרפואי את ארבעת הגורמים לדימום בתוך המוחון, כאשר הוא מציין כי "הגורם העיקרי לגרימת הדימום הינו לחץ הדם הגבוה הבלתי מאוזן". עם זאת, בחוות הדעת מיום 24.6.1999 (ר' פסקה 11 לעיל) השיב המומחה כי "אלמלא הסטרס שעבר אותו היום, לא היה מתרחש הדימום בעיתוי הנדון או בסמוך אליו".

נראה לנו כי קביעה זו, אשר לא הייתה לפני בית הדין האזורי, וניתנה כתשובה לשאלת הבהרה שנשאלה בהליך הערעור, מטה את הכף לכיוון של הכרה ב"קיומו של קשר בין סיבה לתוצאה", וזאת לאור הקביעה הרפואית, כי אלמלא הסטרס, לא היה מתרחש הדימום באותו יום. המסקנה המשפטית, להבדיל מהמסקנה הרפואית, היא, שהשפעת העבודה לא הייתה פחותה בהרבה מהשפעת גורמים אחרים".

פסק דין אחר לדוגמה: תלויי המנוח מאיר גלס ז"ל נ' המוסד (עב"ל 159/03)

קישור למאמר חשוב בעניין תחלואה לבבית בכלל והקשר לעבודה:

<http://heart.bmj.com/cgi/reprint/90/9/1077>

### 7.1.13 קרדיולוגיה

#### א. חוות דעת מומחה בדבר אוטם שריר הלב

בחוות דעת מומחה בנושא אוטם בשריר הלב שנתן פרופ' שלמה שבולת הוא מדגיש שאין זה בתחום מקצועו לקבוע אם התרחש או לא התרחש אירוע חריג שגרם לסערת נפש בלתי רגילה עד כדי גרימת אוטם חריף בשריר הלב. המומחה מזכיר שהסמכות להחליט בסוגיה זו נתונה בידי של פקיד התביעות. זו ההזדמנות לחזור ולהדגיש שלאחר שפקידי התביעות משלימים את איסוף המסמכים הרפואיים והבירור העובדתי, עליהם לסכם את האירוע ולקבוע אם היה אירוע חריג, וכן ולציין את הנתונים העובדתיים העולים מהמסמכים הרפואיים, ובכלל זה ציטוט המילים והמשפטים המעידים על "סערת נפש", "דחק נפשי חריג", "מאמץ חריג" וכו'. בשעת העברת התיק למומחה יש לציין את העובדות ולקבוע את מסקנת פקיד התביעות, אם הוא רואה באירוע אירוע חריג.



בהיבט הרפואי, במקרה שבו עוסקת חוות הדעת מדובר באוטם חריף קטן תחתון בחוד הלב. בוצע צנתור שהדגים חסימה קשה פרוקסימלית בעורק הכלילי הקדמי היורד ובעורק הכלילי הדיאגונלי. החסימה הורחבה על ידי בלון והכנסת תומך, וכעבור זמן בוצע גם ניתוח להשתלת מעקפים. המומחה נתבקש להבהיר אם אפשר להפריד בין האוטם ובין הממצא בכלי הדם שהביא להשתלת המעקפים, וכן אם הניתוח להשתלת מעקפים יש לראותו כסיבוך של האוטם. לעניין זה ציין המומחה שתי נקודות חשובות:

- הכנסת התומך והתקנת המעקפים נעשו כטיפול בטרשת הכלילית ולא כטיפול באוטם.
- המעקפים הותקנו כדי לשפר גם את הספקת הדם לאזורים נוספים של שריר הלב, ולכן אין לראות את הצורך בניתוח כסיבוך של האוטם.

לנוכח חוות דעת המומחה יאושר האוטם, אך יידחה הקשר הסיבתי בין הופעת האוטם ובין הצורך בהשתלת המעקפים על כל המשתמע מכך.

לאור הלכת קופטי כמאל, מאחר ששאלת הקשר הסיבתי היא רפואית, הוועדה תהיה מוסמכת לדון בה, אך יהיה לעקוב אחר ההחלטה ולבחון אם היא מתיישבת עם חוות הדעת, ואם לא - האם הנימוקים מבוססים.

יש ללמוד מחוות דעת זו גם למקרים אחרים, שבהם בתוך תקופת האשפוז בגין האוטם מבוצע גם ניתוח להשתלת מעקפים, ובשאלות למומחה יש לברר בדבר הקשר שבין השתלת המעקפים לאוטם.

### ב. כללי

עיון בפסיקת בית הדין הארצי לעבודה בתביעות בגין אוטם בשריר הלב מעיד על שינוי בהשקפת בית הדין בנושא הקשר שבין העבודה ובין אוטם בשריר הלב והתפתחות הלכה חדשה למבחן תביעות אלה.

בחוזר זה יובאו עיקרי ההלכה בהשוואה לעמדת בית הדין עד כה, וכן הנחיות לטיפול בתביעות אלה ברוח המבחנים שהתווה בית הדין. מבחנים אלה יחולו על כל התביעות בגין תאונות שאינן תוצאה של גורמים חיצוניים נראים לעין (כמו אירוע מוחי), וכן מחלות לב כמו אנגינה פקטוריס, איסכמיה, פגיעה בכלי דם כליליים שהביאה להשתלת מעקפים וכו'.

חוזר זה מבטל את חוזר נפגעי עבודה/436 מיום 27.6.79.

### ג. קשר סיבתי בין העבודה ובין אוטם בשריר הלב

#### **עמדתו של בית הדין**

במשך תקופה ארוכה של כ-17 שנים נבחן קיום קשר סיבתי בין העבודה לאוטם בשריר הלב על פי המבחנים שנקבעו בפסק דין כוכבה אשכנזי (לא 66-0) וכוכבי (לא 61-0) שהושתתו על הלכת פרופ' לרסון והוראות סעיף 39 סיפא לחוק. במבחן זה סווגו המבוטחים לקבוצות "סיכון אישי" ו"סיכון ניטרלי", והמומחה הרפואי התבקש לחוות דעתו בשאלת הקשר הסיבתי לפי סיווג המבוטח.



כיום חוזר בית הדין להלכה שהייתה קיימת לפני פסקי דין אלה ומיישם את מבחן "המאמץ המיוחד". על פי מבחן זה יראו באוטם בשריר הלב פגיעה בעבודה אם יוכח שבסמוך להופעתו היה בעבודתו של התובע מאמץ חריג ומיוחד (בלתי רגיל) או שאירע אירוע שגרם לדחק נפשי בלתי רגיל. להבהרת כוונתו של בית הדין בביטוי "מאמץ מיוחד" או "דחק נפשי" מובאים להלן מונחים שבהם משתמש בית הדין בפסיקתו.

- דחק נפשי - "אירוע נפשי חריג ומסעיר שאירע בעבודה", "טראומה נפשית קשה", "מאורע פוגע מאוד", "תקרית שעלולה הייתה לחולל סערת נפש", "דחק אמוציונלי בלתי רגיל" וכיוצא באלה.
- מאמץ מיוחד - "עבודה קשה ומאומצת ביותר", "עבודה קשה ומאומצת שמעולם לא עשה כן".

גם מהגדרת המונח "מאמץ" במילון אבן שושן עולה שטמונה בו כוונה למאמץ המופעל תוך כדי השתדלות להתגבר על קושי.

בבואנו לבחון אם אירע אירוע נפשי חריג בעבודה שגרם לאוטם, אין די בהוכחה שהתובע התרגז בעבודתו או כעס מסיבה כלשהי, אלא שההתרגזות או הכעס באו כתוצאה מאירוע חריג ומסעיר שחולל "סערת נפש" או "פגיעה קשה" בתובע. לעניין "מאמץ מיוחד וחריג" אין די בכך שהתובע עבד עבודה הכרוכה במאמץ מסוים, אלא שהעבודה, ביחס לגילו ולמצב בריאותו בעת ביצועה, הייתה קשה ומאומצת ביותר, ושזו עבודה שאינו מורגל בה בדרך כלל, והיה עליו להשקיע כוחות פיזיים כדי להתגבר על הקושי שהציבה.

עבודתו של התובע או התקרית שלה מיוחס האוטם ייבחנו לעומת עבודתו הרגילה (בניגוד למבחן הקודם, שבו הושווה האירוע לפעולותיו בחיי היומיום, שמחוץ למסגרת העבודה). אם עבודתו הרגילה של התובע כרוכה ברוגז או במאמץ, וביום האוטם הייתה זו עבודה במאמץ כבכל הימים, או עוד תקרית של התרגזות כבימים אחרים, לא יראו באירוע הנטען אירוע שאפשר לקשור להופעת האוטם, גם אם האוטם אירע בסמוך לו (ודין התביעה להידחות).

בית הדין ממשיך להחזיק בהלכה שלפיה מאמץ מיוחד או דחק נפשי המשתרעים על פרק זמן ממושך אינם יכולים להיחשב אירוע תאונתי, משום שאינם ממלאים אחר התנאי העיקרי שבהגדרת תאונה: גורם הפתאומיות החד-פעמית שאפשר לאתר ולהצביע עליו במישורי הזמן והמקום. לפיכך מאמץ מיוחד מתמשך או מתח ממושך המשתרעים על פני תקופה מסוימת, ואפילו כמה ימים, לא יוכרו כאירוע שאפשר לקשור מבחינה משפטית להופעת האוטם, גם אם מבחינה רפואית ייקבע קשר רפואי בינו ובין האוטם.

#### **מועד הופעת האוטם בשריר הלב במבחן הקשר הסיבתי**

העיתוי שבו הופיע האוטם הוא מרכיב חשוב במבחן הקשר הסיבתי, ומקובלת הדעה שקיום הקשר הסיבתי בין האירוע ובין האוטם מתחזק אם האוטם התפתח בו בזמן עם קרות האירוע החריג הנטען או בסמוך לו.

בפסיקה לא הוגדר פרק הזמן העונה על ההגדרה "סמוך", אך מקובלת עדיין הדעה שמדובר ביום עד יומיים מקרות האירוע, ובלבד שהסימנים המבשרים את הופעת האוטם החלו תכופ לאירוע ונמשכו לסירוגין עד להופעת האוטם.



אם הסימנים להופעת האוטם הופיעו לפני האירוע הנטען, ויועץ רפואי יקבע שהופעת האוטם הייתה כבר בלתי נמנעת, גם אם יוכח שהאירוע בעבודה היה בגדר מאמץ חריג או דחק נפשי מיוחד שזירז את הופעת האוטם וגרם לו במועד שבו הופיע, יישלל הקשר הסיבתי, מאחר שבנסיבות אלה הוכח שתרומת העבודה פחותה בהרבה מהשפעת גורמים אחרים.

ואולם, אין כאן סתירה להלכת "האוטם המאיים", שלפיה אם המבוטח חש ברע והופיעו סימנים המעידים על התפתחות האוטם, אך הוא המשיך בעבודתו ולקה באוטם, אפשר לראות בעבודה תורם להופעת האוטם, למרות הסימנים המוקדמים להופעתו. במקרים אלה הקשר הסיבתי יוכר אם יקבע יועץ רפואי שאילו המבוטח היה נמנע מאותו אירוע בעבודה, האוטם לא היה מופיע, ומאחר שהמשיך בעבודתו, החמירה העבודה את מצבו וגרמה להתפרצות האוטם. כדי לבחון את היישום של הלכה זו במקרים שיימצא שהסימנים להופעת האוטם החלו לפני האירוע הנטען, ובעבודה אכן אפשר להצביע על מאמץ חריג או דחק נפשי מיוחד, יש להעבירם להתייעצות בענף.

#### ד. גורמי סיכון להופעת האוטם

בעבר היינו עדים להבדל בגישות של הרפואה והמשפט בשאלת הרקע להתפתחות אוטם והוכחת גורמי סיכון להופעתו. עמדת המומחים הרפואיים, כאז כן היום, היא שאוטם בשריר הלב מופיע על רקע טרשת העורקים הכליליים, מחלה קונסטרויציונלית כרונית המתפתחת במשך שנים רבות, והסיבות להופעתה אינן קשורות בעבודה דווקא, אלא במצבו הרפואי של החולה (סוכרת, יתר לחץ דם, רמת שומנים גבוהה בדם) ובאורח חייו (עישון, היעדר פעילות גופנית וכו'). המחלה נשארת סמויה ובלתי ידועה לחולה עד שמופיע האוטם, ומשהופיע אות הוא שהתפתח על רקע תהליך חולני ממושך, אף אם לא היו ידועים גורמי סיכון, והחולה נחשב בריא.

לעומת עמדת הרופאים הבחין בית הדין בין מבוטחים שלקו באוטם כשגורמי הסיכון לטרשת העורקים הכליליים היו ידועים לפני כן ומוכחים במסמכים רפואיים (סיכון אישי) ובין מבוטחים שלקו באוטם אך לא היו להם גורמי סיכון מוכחים בתיעוד הרפואי (סיכון ניטרלי), והמבחן בשאלת קיום קשר סיבתי בין העבודה לאוטם היה שונה לגבי כל קבוצה.

ואולם, בפסיקתו האחרונה קיבל בית הדין את עמדת הרופאים שיש להניח שטרשת בעורקים הכליליים היא תנאי מוקדם להתהוות האוטם. עם זאת, אין בית הדין רואה בגורמי הסיכון מניעה עקרונית לזכות נפגע שלקה באוטם בגמלה כנפגע בעבודה, שכן בביטוח נפגעי עבודה מקבלים את המבוטח כמות שהוא, והמבחן הוא אם אירע בעבודה אירוע שגרם להופעת האוטם ואם השפעת העבודה על הופעתו פחותה בהרבה מהשפעת גורמים רפואיים ואחרים.

לנוכח עמדת בית הדין בנושא זה, אין כיום חשיבות לסיווג המבוטח כשייך לקבוצת הסיכון האישי או הסיכון הניטרלי, אך התיעוד הרפואי חיוני לבירור הצד העובדתי באשר למועד התפתחות האוטם.

עוד לעניין זה, להלן מכתבם של עו"ד לאה רוזנברג וד"ר סקולסקי מיום 30.3.08 אל

פרקליטי המוסד :



### הנדון: נכוי קודם לעניין פגיעה בעבודה – אוטם שריר הלב

מבחינה רפואית, כאשר הוכר אוטם שריר הלב כפגיעה בעבודה, והנפגע סובל ממצבים רפואיים הידועים כגורמי סיכון למחלות לב, כגון: סוכרת, יתר לחץ דם, לכאורה מבחינה רפואית אין לנכות מצב קודם, משום שהמחלה הבסיסית (טרשת העורקים הכליליים) אינה מוכרת כפגיעה בעבודה והיא באה על רקע קונסטיטוציונלי ומתפתחת באופן איטי והדרגתי. הסוכרת ויתר לחץ הדם קשורים להתפתחות המחלה הבסיסית.

יחד עם זאת, מן הבחינה המשפטית, כשעדויות אובייקטיביות כגון צינטור מראים טרשת בעורקים הכליליים, רואה בזה בית הדין "רקע קודם" שיש לנכותו מהנכות הכוללת וזאת כדרך תשובה לשאלה הבאה: "אילו נבדק המבוטח על ידי ועדה לפני קרות התאונה, כלום היה נקבע לו שיעור נכות על פי סעיף מסעיפי הליקוי?" אם כן, רק אז יש לנכות את שיעור הנכות שהיה נקבע בטרם האירוע משיעור הנכות הכולל. לפיכך, אדם שסבל מיתר לחץ דם ואו סוכרת באופן שניתן למדידה על פי רשימת הליקויים - יש לראות ליקויים אלו כ"מצב קודם" שיש לנכותו מהנכות עקב התאונה שהוכרה.

### ה. חוות דעת מומחה

בית הדין מתייחס בהלכתו למשקל חוות דעת המומחה בהחלטה בתביעה, ולתוכן השאלות שהן בתחום סמכותו של המומחה. בית הדין מציין שהשאלה אם יראו תאונה על רקע תחלואתי כתוצאה מעבודה היא שאלה מעורבת של משפט ורפואה, ולפתרונה יש להזדקק לחוות דעתו של מומחה רפואי.

הערכת עוצמתו של האירוע בעבודה לעומת השפעתם של גורמים אחרים על הופעת האוטם ("תוצאות רפואיות" בלשון בית הדין) היא שאלה מתחום הרפואה. לעומת זאת, הערכת השפעתו של האירוע על תוצאות משפטיות, במבחן השפעת העבודה לעומת השפעת גורמים אחרים (סעיף 39 סיפא), היא שאלה שבתחום המשפט.

חוות הדעת נועדה להדריך ולייעץ בתחום שאינו בידיעתו המקצועית של המשפטן ומשקלה כמשקל אחת הראיות במשפט.

עד כה היה לחוות דעת המומחה משקל מכריע בהחלטה בתביעה, וכשנקבע קיום קשר סיבתי, גם אם לפקיד התביעות היו ספקות, ההכרעה ברוב המקרים הייתה על פי חוות הדעת, משום שבית הדין קבע בזמנו בהלכותיו שקיום שאלת קשר סיבתי בין האוטם ובין האירוע הוא בתחום הרפואה. לכן המוסד התקשה להגן על עמדתו לדחות את התביעה כשהמומחה מטעם המוסד סבר אחרת וחייב קיום קשר סיבתי.

כיום, לפי ההלכה המסתמנת בבית הדין, אמנם עדיין דרושה חוות דעת מומחה (שהרי המבחן אם האירוע גרם לאוטם ומהי השפעת העבודה לעומת גורמים אחרים הוא שאלה מעורבת של משפט ורפואה), והשאלה אם האירוע גרם לאוטם היא שאלה רפואית שיש להפנות למומחה. עם זאת, מאחר שחוות הדעת משמשת רק כלי מסייע להחלטה, ההכרעה נתונה בידי פקיד התביעות, ועליו לקבוע אם השפעת העבודה הייתה פחותה בהרבה מהשפעת גורמים אחרים.



### השאלות העיקריות שיופנו למומחה בעתיד

1. האם האירוע המתואר, כפי שסוכם על ידי פקיד התביעות, קשור, גרם או תרם להופעת האוטם? אם כן, האם גרם או תרם?
2. האם במסמכים הרפואיים שבתביעה יש סימנים המעידים על התפתחות האוטם לפני האירוע הנטען ביום \_\_\_\_\_? אם כן, מהם הסימנים?
3. אם התשובה לשאלה 2 חיובית, האם סביר להניח שאלמלא האירוע לא היה האוטם בא במועד שבא (היה נדחה למועד בלתי ידוע או לא בא כלל), או שמא האוטם היה מופיע באותו המועד גם בעבודתו הרגילה?
4. האם השפעת האירוע בעבודה פחותה בהרבה מהשפעת גורמים אחרים?

פקיד התביעות רשאי להוסיף שאלות נוספות שעליהן הוא מבקש תשובת מומחה רפואי, הכול לפי העניין.

#### ו. הנחיות לטיפול בתביעות

החלטה בתביעה בגין אוטם בשריר הלב מבוססת בעיקרה על הצד העובדתי. בירור הצד העובדתי ייעשה הן בדרך של ביצוע חקירות לבירור נסיבות האירוע ואימות גרסת התובע, והן בדרך של איסוף התיעוד הרפואי הקשור לאוטם.

בכל תביעה בגין אוטם בשריר הלב יש לחקור את התובע (הנפגע או התלויים) לבירור הנסיבות בעבודה שהביאו לטענתו להתפתחות האוטם. בחקירה יש להקפיד לברר פרטים על עבודתו הרגילה של התובע בימים שלפני התפרצות האוטם ועל עבודתו ביום הופעת האוטם, לצורך הסקת מסקנה בדבר האירוע הנטען הן בשאלת מאמץ חריג והן בשאלת דחק נפשי מיוחד. כמו כן, יש לברר את הרגשתו הרפואית שקדמה להופעת האוטם, כדי לברר מתי הופיעו הסימנים המבשרים על התפתחות האוטם. כשנטען שהאוטם הופיע על רקע דחק נפשי, יש לברר את אופיו של הנפגע ואת התנהגותו בדרך כלל, בבית ובמקום העבודה. עובדות אלו יאומתו גם בחקירות העדים לאירוע.

בבירור הצד הרפואי יש להקפיד על קבלת העתק קריא מגיליון קבלת החולה בבית חולים, לשם בירור תלונותיו ומועד הופעת הסימנים המעידים על התפתחות האוטם, וכן יש לדרוש סיכומי מחלה מהיחידה לטיפול נמרץ ומהמחלקה הפנימית שבה אושפז בעקבות האוטם, וכל תיעוד רפואי הקשור לאוטם הנדון, למחלה הקרדיוסקולרית שלו ולגורמי סיכון. הכרטיס הרפואי יידרש הן לצורך בירור מצב בריאותו של התובע בימים שקדמו לאוטם, והן לצורך בירור מצבו הרפואי לשם בחינת השפעתה של העבודה לעומת השפעתם של גורמים אחרים.

עם השלמת איסוף החומר העובדתי והרפואי יסכם פקיד התביעות את הצד העובדתי ויעביר את התיק לעיונו של רופא המוסד לקבלת חוות דעתו ולהעברתו למומחה רפואי בשאלות שצוינו בסעיף ה לעיל.

אם לא הוכח קיום אירוע בעבודה, אין מקום להתייעץ עם מומחה, והתביעה תידחה מחמת היעדר עילה משפטית. בתביעות שבהן נטען על קיום אירוע, אך פקיד התביעות סבור שהאירוע אינו בגדר מאמץ חריג או דחק נפשי מיוחד, הוא יבקש בכל זאת חוות דעת מומחה.



בתביעות שבהן הוכח שמדובר במאמץ מיוחד מתמשך או במתח ממושך, תידחה התביעה ללא התייעצות עם מומחה.

פקיד התביעות יחליט בתביעה על סמך קביעת העובדות וחוות דעת מומחה. אם דעת הפקיד מנוגדת לעמדת המומחה, יתייעץ הפקיד עם הענף טרם קבלת החלטה.

#### 7.1.14 נוירולוגיה: פרקינסון

לעניין קשר סיבתי בין חשיפה לחומרים רעילים לפרקינסון, להלן קטע מפקס דין ת"א 3041/01 מ-2.4.06 בבית המשפט המחוזי בירושלים בפני כב' השופט יעקב צבן בעניין עמנואל ליאת וסמואל טומי.

מן האמור לעיל עולה, כי התובעת עבדה באוניברסיטה בין השנים 1983-1988. לצורך עבודת הדוקטורט נדרשה התובעת לשימוש במתנול, חומר שהוכח כי שימוש בו לאורך זמן יכול לגרום להרעלה. עבודת התובעת עם מתנול, גם אם לא הייתה יום יומית ובמשך כל שעות היום, הייתה רצופה ונמשכה במשך מספר שנים. טענת התובעת לפיה עבדה ללא תנאי בטיחות מינימליים לא נסתרה. הוכח כי קיים קשר סיבתי פוטנציאלי בין חשיפה למתנול למחלת פרקינסון. אלא שמבחינה עובדתית כשלה התובעת בהוכחת הקשר הסיבתי. לא הייתה מחלוקת בין המומחים, וכך גם בדוגמאות שהובאו מהספרות, כי מחלת פרקינסון שמקורה טוקסית, גורמת לפגיעות עצביות נוספות אשר באות לידי ביטוי בזמן החשיפה או סמוך לאחריה, ובכל מקרה, ישנם סימנים מקדימים המעידים על הרעלה. סימנים אלה הונחו ביסוד פסק דין טויסטר, אשר בערעור עליו אמר בית המשפט העליון כי מדובר **במקרה גבולי (טויסטר – ערעור, בעמ' 257)**. במקרה שלפנינו, לא הוכח כי התובעת סבלה מאי אלו סימנים מקדימים שיש בהם כדי ללמד על הרעלה טוקסית מושהית. לא הוכח כי התובעת סבלה מהפרעות קצב במשך כל תקופת עבודתה, ובכל מקרה לא הוכח כל קשר בין הפרעות קצב לבין הרעלת מתנול. ולבסוף, הקשר התורשתי של התובעת, אשר נתגלה רק בעת בדיקה שערך המומחה מטעם האוניברסיטה, מהווה נסיבה נוספת אשר לאורה יש לבחון את הקשר הסיבתי. כהערת אגב יוער כי, הרופאים אשר טיפלו בתובעת וביניהם ד"ר גלעדי וד"ר קראק מצרפת, לא היו מודעים להיבט התורשתי, כך שלא ברור אם עמדתם הייתה משתנה אילו ידעו נתון זה (לעניין זה ר' מכתבו של קראק מיום 23.9.02 ת/2 בו הוא מציין במפורש: "2 aunts on the mother's side had depression"). באשר לדבריו של ד"ר גלעדי במכתבו מיום 22.4.01 (ת/21 מסמך 35), לפיהם ייתכן כי הרקע למחלה היא טוקסית, העיד ד"ר גלעדי כי אין מדובר באבחנה אלא בהיסטוריה, וכי הדברים נרשמו מפיה של התובעת (פר' עמ' 11). לאור האמור, אני קובע כי התובעת לא הוכיחה קשר סיבתי עובדתי בין מחלת הפרקינסון להרעלה, ומשכך דין התביעה להידחות.

#### 7.1.15 כירורגיה: בקעים

להלן מובאת חוות דעתו של ד"ר שטרנברג הנדרשת לסיבות להופעת בקעים ומתי יש מקום להכיר בבקע כלוא:



1. בדופן הבטן יש מספר אזורי חולשה המועדים להתפתחות בקעים (למשל - המפשעות, הטבור, ה-Linea alba, שהיא הרקמה האפונאוריטית/גידית ומחברת בקו האמצע בין שני שרירי ה-Rectus abdominis ועוד).
2. הנטייה/הסיכויים לפתח בקע באזורים הנ"ל היא אישית, קרוב לוודאי שאיננו מכירים את כל המשתנים התורמים להיווצרות בקע, יש למשל עדויות לפגם ביצירת הקולגן אצל אנשים הסובלים מבקע, דבר המתבטא בחולשת רקמות החיבור האפונאוריטית והגידים.
3. הן ההיגיון והן המציאות קושרים בין עליית הלחץ התוך-בטני לבין התרופפות קיר הבטן והופעת בקעים. עליית הלחץ הגורמת לבקע יכולה להיות חד פעמית וחזקה (לדוגמה - "בקע טראומתי" בעקבות חבלה קשה בדופן הבטן) או רב פעמית, בעצמה חלשה יותר, שהשפעותיה מצטברות עם הזמן, דוגמת מי שעובד עבודה פיסית דרך קבע (ולא עשה מאמץ חד פעמי חזק), מי שסובל מהתקפי שיעול חוזרים/ כרוניים, ומי שסובל מעצירות קשה או קושי בהטלת השתן, ונוזקק להעלאת הלחץ התוך-בטני, כל פעם שהוא מטיל את מימיו או עושה את צרכיו. הכוונה במונח "מיקרוטראומה" היא לאותה עליית הלחץ התוך-בטני החוזרת, שהשפעותיה מצטברות עם הזמן.
4.  $Duastasis\ recti =$  מצב בו מתרופפת ומתרחקת רקמת ה-Linea alba, תוך התרחקות שני שרירי ה-Rectus abdominis - אינה כרוכה בכאבים.
5. דפקטים/קרעים ברקמת ה-Linea alba מאפשרים התבלטות רקמת שומן פרה-פריטונלי, או שק בקע פריטונלי, דרכם. כליאת השומן או הבקע עלולה לגרום לכאבים קשים. הכוח הגורם להתבלטות הרקמות דרך הדפקטים הוא שוב - עליית הלחץ התוך-בטני מכל סיבה שהיא. בהסתמך על הממצא הניתוחי (=מספר בקעים בקו האמצע, עם התבלטות שומן פרה-פריטונלי דרכם), ועל תיאור אופי עבודתו של התובע בדרך כלל וביום 28.7.91 בפרט, נראה לי ש:

- (1) מר מחאמיד סבל מבקעים ב-Linea alba עוד לפני 28.7.91: ייתכן שבקעים אלה מבטאים נטייה אישית, חולשה מולדת וכד', וכן ייתכן שעיסוקו בעבודה פיסית גרם להתפתחות במשך הזמן.
- (2) לא ניתן להוכיח, לשלול או לכמת בוודאות מוחלטת את מידת התרומה של עבודתו הפיסית של התובע להתפתחות הבקעים מהם סבל; אני נוטה כן לייחס לעבודתו הפיסית תרומה להתפתחות הבקעים וזאת על סמך ההיגיון והניסיון, כפי שהוסבר לעיל.
- (3) כליאת הבקע בתאריך 28.7.91 הינה בגדר הופעת סיבוך/החמרה במחלה קיימת, כליאה זו יכולה להופיע בכל עת ובנסיבות אחרות, שאינן קשורות לעבודתו של התובע (למשל בעת שיעול חזק, התאמצות בעת יציאה וכד'), אך מאחר שהיא הופיעה תוך כדי עבודתו (ואף כי לפי עדותו שלו עצמו - לא הייתה עבודתו באותו יום קשה או חריגה מעבודתו הרגילה) - נראה לי הגיוני לייחס לעבודתו בתאריך 28.7.91 - תרומה להחמרה במחלתו הקיימת.

הערה: מן התיק עולה שהתובע ממשיך לעבוד עבודה פיזית גם כיום; מן הראוי להזהירו שהוא מסתכן בהופעת בקעים חוזרים/נוספים, אם לפני הניתוח לא היה ידוע על נטייתו לבקע, הרי עתה הוא בהכרח מודע לכך...





בתביעת מיקרוטראומה בגין בקע טבורי אי אפשר לקבוע שכל הרמה גרמה לנזק זעיר ומצטבר ובלתי הפיך ושצירוף הנזקים גרם להופעת הבקע. אם מדובר במרים משקולות מקצועי שעבד כסבל, הרי סביר ששריריו מפותחים משרירי אדם ממוצע, ולכן לא סביר שנגרמו קרעים קטנים ומצטברים. רק אם נגרמה כליאה, יש מקום לדון בנושא כהחמרה.

#### 7.1.16 כירורגיה וסקולרית: דליות ועמידה ממושכת

מאמר המתנגד לקשר בין דליות לעמידה ממושכת ומאמר התומך בקשר זה מובאים בכתב העת רפואה, כרך 146, חוברת ט, ספטמבר 2007, עמודים 675-676 (אריה בס, מתנגד), ועמודים 685-677 (אבי שי ואחרים, תומכים).

#### 7.1.17 מחלות מקצוע

מחלת מקצוע היא מחלה מולטי-פקטוראליות עם תקופת חביון ארוכה.  
**הגדרה רפואית:** גורם אלים + חשיפה + זמן חשיפה + תסמונת מתאימה = מחלת מקצוע  
**הגדרה חוקית:** קיימות כמה שיטות להגדרה חוקית של מחלת מקצוע: שיטה חופשית, שיטה מעורבת או שיטה סגורה (לפי רשימת מחלות).

#### א. קווים מנחים למחלות מקצוע

מחלה לפי רשימת מחלות מוגדרות שנקבעה בתקנות, שהמבוטח חלה בה עקב עבודתו. הרשימה מורכבת משלושה טורים:

- טור 1 - שם המחלה
- טור 2 - תיאור העבודה העלולה לגרום למחלה
- טור 3 - תאריך קביעת המחלה כמחלת מקצוע (ראו שינוי בתשלומים לתביעות שהוגשו לאחר 1.7.03)

עובד ייקבע כחולה במחלת מקצוע אם היה חשוף למה שכתוב בטור 2 וחלה במחלה הרשומה בטור 1. רשימת מחלות המקצוע היא רשימה סגורה (הרשימה שונה מארץ לארץ: בפינלנד למשל אין רשימה, ובצרפת יש רשימה נוקשה וסגורה). הוספת מחלה לרשימה מבוצעת על ידי שר הרווחה והשירותים החברתיים בהתייעצות עם שר הבריאות. תוקף הקביעה של מחלה כמחלת מקצוע מתחיל ביום הקביעה ואינו חל רטרואקטיבית.

#### ב. מאפיינים של מחלות מקצוע

- הסימנים והסימפטומים של רוב מחלות המקצוע ניתנים להבדלה ממחלות שאינן מחלות מקצוע.
- יש מספר מצומצם של מחלות או מצבים שהם אופייניים לחשיפה תעסוקתית.
- לרוב מחלות המקצוע תקופת חביון ארוכה בין תחילת החשיפה לביטוי הראשון של המחלה.
- גורמי חשיפה תעסוקתית פועלים בשילוב גורמים תעסוקתיים ליצירת מחלה.
- גורמים המקשים על זיהוי מחלות מקצוע:



- 1) כ-60,000 חומרים כימיים נמצאים בשימוש.
- 2) חומרים רבים נמצאים בתערובות, וקשה להפריד את הגורם המסוים.
- 3) המידע הטוקסיקולוגי על חומרים מוגבל.
- 4) לא תמיד יש מידע על היקף החשיפה ומשכה.

### ג. דוגמאות

#### **ליטוש יהלומים ו-CTS**

פעולות חוזרות ונשנות בתחום העבודה יכולות לגרום לתאונות עבודה. זאת על בסיס הלכת מיקרוטראומה, המכירה בפעילויות אלה כהצטברות של אירועים הגורמים בכל פעם לנזק קטן, ובסופו של דבר לפגיעה בעובד ולצורך להכיר בכך כתאונת עבודה. במקרה הנדון התלונן עובד יהלומים על כך שעקב פעילות חוזרת ונשנית בעבודתו נרדמו ידיו, והוא ביקש להכיר בכך כבתאונת עבודה. בית הדין האזורי לעבודה דחה את תביעתו, והלה ערער לבית הדין הארצי. בית דין זה אימץ את הלכת מיקרוטראומה, ובהסתמך על חוות דעת של רופאים מומחים קבע שמחלתו של מלטש היהלומים היא תסמונת התעלה הקרפלית בכף היד, ושיש להכיר בה כתאונת עבודה על פי הלכת מיקרוטראומה (פגיעות חוזרות ונשנות שפעלו במצטבר לאורך שנים רבות).

#### **ליטוש יהלומים ודה קרוון**

תסמונת על שם דה קרוון (de Quervain) מופיעה על פי רוב באופן הדרגתי אצל אנשים העובדים בתנועות חוזרות ולאורך זמן של יישור האגודל ופישוק, בשילוב סיבובים והטיות לצדדים של שורש כף היד (כגון מלטשי יהלומים). לעומת זאת, בקלדנות אמנם קיימת תנועה חוזרת של כיפוף ויישור האצבעות (כולל האגודל), אך התנועה בשורש כף היד מועטה בלבד, ולכן ברור שאופי העבודה אינו יכול להיחשב כגורם לתסמונת דה קרוון או לשינויים ארתריטיים בבסיס האגודל.

#### **נאבי כתפיים וקרעים בשרוול מסובב אצל עובד בייצור מצבות**

אדם עבד משנת 1974 כעובד עצמאי בייצור מצבות. אופי עבודתו כולל שימוש במכשירים רוטטים, מכונת שיוף, פטישים ומקדחים רוטטים, פטיש ואיזמל, וכן הרמת פלטות כבדות. מלבד זאת, הוא פרק את כתף שמאל לפני 35 שנה וסובל מסוכרת מטופלת באינסולין. בדיקות העלו הסתיידויות בכתפיים ושינויים דלקתיים בגידי שרוול מסובב. התביעה הוכרה על פי הלכת מיקרוטראומה. קיימים גורמים רבים לקרעים בגידים בכתפיים, כגון קרע ספונטני על רקע שינוי ניווני במפרק סובאקרומיאלי (השכיח ביותר); דלקות פרקים; זיהומים בכתפיים; הפרעות בתפקודי קרישה; חבלה ישירה או מתיחה בזרוע. קרע שלם בשרוול מסובב בצעירים מופיע בדרך כלל לאחר חבלה קשה, ואילו אצל מבוגרים הקרע יכול להופיע ללא חבלה (Batman). בדיקה של מאה מקרים עם קרע מלא בשרוול המסובב העלתה קשר לחבלה, אך גם תרומה של הגיל ושינוי ניווני במפרק להופעת הקרע (McLaughlin).



ד. עבודה באבק מזיק

הפרקים הבאים עוסקים בתחלואה ריאתית על רקע חשיפה תעסוקתית. סקירות ומאמרים טובים בתחום זה אפשר למצוא בספר "רמ"ח ושס"ה" של ד"ר שאול קובובו; בספר של ד"ר ליאון יהודה נעים על חשיפה תעסוקתית לגורמים מזיקים, וכן במאמר מומלץ שהתפרסם בכתב העת הרפואה על ידי ד"ר שלמה משיח (כרך 145, חוברת ז, יולי 2006), המסכם כנס רפואת ריאות תעסוקתית שנערך בבייג'ין ב-2005.



## תקנות הבטיחות בעבודה לעובדי אבק מזיק

### תקנות הבטיחות בעבודה (גיהות תעסוקתית ובריאות הציבור והעובדים באבק מזיק), התשמ"ד-1984<sup>1</sup>

בתוקף סמכויות שר העבודה והרווחה לפי סעיפים 173 ו-210 לפקודת הבטיחות בעבודה [נוסח חדש], התש"ל-1970, וסמכויות שר הבריאות לפי סעיף 62 לפקודת בריאות העם, 1940, אנו מתקינים תקנות אלה:

#### הגדרות

(תיקונים: התשמ"ה, התשמ"ח, התשנ"א, התשנ"ו, התשנ"ח, התש"ס)

1. בתקנות אלה -

"אבק" - חלקיקים או סיבים מינרליים מוצקים של חומר הפורחים או מרחפים באויר והעשויים לחדור למערכת הנשימה בתהליך השאיפה, והנוצרים בתהליך טבעי, בעיבוד, בטיפול, בטלטול, בשימוש או בכל פעולה אחרת בחומר;

"אבק מזיק" - אבק העלול לגרום למחלות ריאה הידועות בשם פנוימוקוניוזיס או לנוק בריאותי אחר שמקורו בחומר;

"אסבסט" - מינרל טבעי סיבי, לרבות אמוסיט (Amosite), קריזוטיל (Chrysotile), קרוסידוליט (Crocidolite), אנתופיליט (Anthophyllite), טרמוליט (Tremolite), אקטינוליט (Actinolite), וכן כל תערובת המכילה אחד או יותר מהם לרבות אסבסט-צמנט;

"סיבי אסבסט" - סיבים של אסבסט שארכם עולה על 5 מיקרון וקטרם קטן מ-3 מיקרון, והיחס בין ארכם לקטרם גדול מ-3;

"טלק" - מינרל טבעי בצורה פתיתית או סיבית;

"צורך דו-חמצני גבישי" - מינרל טבעי לרבות קוורץ (Quartz), קריסטובליט (Cristobalite), טרידימיט (Tridymite), אבן טריפולי (Tripoli), אדמה דיאטומאית (Diatomaceous Earth), וכן כל תערובת המכילה אחד או יותר מהם ולרבות פחם, אפר פחם ובזלת;

"חומר", - אסבסט, סיבי אסבסט, טלק, וצורך דו-חמצני גבישי;

"חשיפה משוקללת מרבית מותרת" - הרמה המשוקללת המרבית של אבק מזיק באויר, באזור הנשימה של העובד, אשר עד אליה מותרת חשיפה במשך יום עבודה בן 8 שעות מתוך יממה;

"עובד חשוף לאבק מזיק" - אדם החשוף עקב עבודתו החלקית או המלאה 200 שעות בשנה לפחות, לאבק מזיק באויר ברמה העולה על מחצית החשיפה המשוקללת המרבית המותרת לאסבסט וסיבי אסבסט - על 0.1 סיב/סמ"ק;



## אסבסטוזיס

מחלה מקבוצת הפנוימוקוניוזות בעלת סימנים קליניים דומים למחלות ריאות אחרות, ואבחונה בעיקרו רנטגני. אבחנה של פנוימוקוניוזות תיעשה רק על ידי שלושה רופאים מומחים שהוסמכו לכך (רופא מוסמך), וכשהשלושה מסכימים זה עם זה.

**גורם הסיכון:** פיזי. מדובר במינרל טבעי סיבי שאורכו עולה על 5 מיקרון וקוטרו קטן מ-3 מיקרון, והיחס בין האורך לקוטר גדול מפי שלושה. כיום חל איסור להשתמש ברוב סוגי האסבסט, למעט האסבסט הלבן.

**חשיפה:** נחשפים לסיבי אסבסט במקומות עבודה בשל הימצאותו באזור או בעת פירוק ופינוי לא נכונים של אסבסט ישן. דוגמה אופיינית היא החשיפה של עובדי מספנות חיל הים האמריקאי שעסקו בבידוד אוניות באסבסט. נפגעו מהמחלה גם שרברבים, וכן מכונאים שנחשפו בעבר לאסבסט שהיה מצוי ברפידות הבלמים. תוארה תחלואה גם אצל מורים בבתי ספר יסודיים. החשיפה אפשרית גם דרך המעיים, אם המפעל הזרים השפכים למים.

**זמן החשיפה:** זמן החביון של המחלה הוא עשר עד ארבעים שנה. גם בני משפחה של העובדים עלולים לחלות במחלה אם נחשפו לסיבים שהעובד הביא לביתו.

**תסמונת מתאימה:** המחלה התגלתה בתחילת המאה העשרים. זו תחלואה ריאתית המאופיינת בפיברוזיס ריאתית עם תמונה קלינית של קוצר נשימה ופגיעה בתפקודי ריאה. פלאקות פלוירליות, עם או בלי הסתיידות, המופיעות לאחר חשיפה ממושכת לסיבי אסבסט ותקופת חביון ארוכה הן סימן לחשיפה לסיבי אסבסט אלה ולא סימן למחלה! העובדים מבצעים בדיקות של צילומי חזה ותפקודי ריאות כולל נפחי ריאה ודיפוזיה ל-CO כדי לקבוע אם יש הפרעה רסטריקטיבית. לחולים יש גם שיעור גבוה יחסית של מזוטליומה. מזוטליומה היא מחלה נדירה, ושיעורה באוכלוסייה הוא שני מיליון מקרים בשנה. מחקרים העלו שמחלות אלו נמצאות במגמת עלייה באוכלוסייה בעקביות בעשרים השנים האחרונות.

הוועדה הרפואית הארצית לאבק מזיק הכירה ב-12.4.94 בסוגי הסרטן הבאים כקשורים לחשיפה לסיבי אסבסט:

1. **מזוטליומה** לכל צורותיה (סעיף הליקוי שיכול לבוא בחשבון במצבים כאלה הוא 8(1) או 8(2) או 1(3)).
2. **סרטן הריאות** אצל מעשנים ולא מעשנים. למרות הנטייה בעולם להכיר בסרטן ריאות כקשור לחשיפה לסיבי אסבסט, הם יוכרו רק אם קיימים סימנים מוקדמים של אסבסטוזיס בצילום חזה או על פי ממצאים פתולוגיים.
3. **סרטן הלרינקס**, אך ורק כשיש סימנים של אסבסטוזיס, בחומרה של 1/1 ויותר בצילום חזה, או כשיש ממצאים של פלאקות פלוירליות נרחבות.



הוועדה לא הכירה בקשר שבין החשיפה לאסבסט ובין סרטן דרכי העיכול (ושט, קיבה ומעי גס), סרטן הבלב, לימפומה שאינה מחלת הודג'קין וסרטן כיס השתן והכליה. להלן מסמך הנוגע לתחלואת עובדים עקב חשיפה לאסבסט ואבק מזיק.

### **הנדון: תחלואת עובדים החשופים לסיבי אסבסט ואבק מזיק**

החלטת המוסד, בתביעות של עובדים באבק מזיק, מושתתת על עקרונות הנקבעים בוועדה הרפואית הארצית לאבק מזיק, הפועלת מכוח תקנות הבטיחות בעבודה (גיהות תעסוקתית ובריאות הציבור והעובדים באבק מזיק) בראשותו של פרופ' עמיחי רובין.

בישיבת הוועדה מיום 31 במאי 2007, נקבעו מספר עקרונות, לגבי עובדים החשופים לסיבי אסבסט ולאבק סיליקה, והם מובאים לידיעתכם, לצורך הטיפול בתביעות עובדים שנחשפו בעבודתם לאסבסט או לסיליקה.

#### **1. סרטן ריאה**

סרטן ריאה, בעובדים החשופים לסיבי אסבסט, יוכר כנגרם ע"י חשיפה זו, גם אם אין שינויים רנטגניים או פתולוגיים של אסבסטוזיס, וללא קשר לעובדה שהעובד מעשן או לא. להזכירכם, בחלק ב' ברשימת מחלות המקצוע פריט 22, סרטן ריאה הוא בגדר מחלת מקצוע למי שעבד בתנאי חשיפה לאבק סיבי אסבסט, **לפחות 10 שנים לפני** אבחון המחלה.

#### **2. סרטן לרינקס**

הוועדה החליטה להכיר בסרטן הלרינקס, כקשור לחשיפה לסיבי אסבסט אך ורק כאשר יש סימנים של אסבסטוזיס בחומרה של 1 / 1 ויותר בצילום החזה, או כשיש ממצאים של פלאקות פלוראליות נרחבות. סרטן הלרינקס מופיע ברשימת מחלות מקצוע, חלק ב' פריט 23, למי שעבד בחשיפה לאסבסט לפחות 10 שנים לפני המחלה, ובלבד שבצילומי חזה קיימת עדות לחשיפה לסיבי אסבסט. החלטת הוועדה לאבק מזיק, מבטאת את המשמעות לתנאי של "קיום עדות לחשיפה לסיבי אסבסט".

#### **3. מזוטליומה של האשכים**

הוועדה החליטה להכיר במזוטליומה של האשכים כקשורים לחשיפה לסיבי אסבסט **אך לא** ביתר סוגי סרטן האשכים.

#### **4. סרטן בדרכי העיכול**

הוועדה החליטה **לא** להכיר בסרטן דרכי העיכול (ושט, קיבה, המעי הגס) כקשורים לחשיפה לסוגי אסבסט, על סמך ספרות מקצועית מעודכנת.

#### **5. סרטן לבלב, כיס השתן והכליה**

הוועדה החליטה לא להכיר בסרטן כנ"ל כקשור לחשיפה לסיבי אסבסט, על סמך ספרות מקצועית מעודכנת.



#### 6. לימפומה לכל סוגיה

הועדה החליטה לא להכיר בלימפומה לכל סוגיה כקשורים לחשיפה לסיבי אסבסט, וזאת לאחר עיון מחדש ועדכני של הספרות המקצועית.  
**לתשומת לב:** בעבר הוכרו תביעות הקושרות לימפומה לאסבסט. בעתיד יש להקפיד לא להכיר בלימפומה כקשורה לחשיפה לסיבי אסבסט.

#### 7. סרטן ריאה בעובדים החשופים לאבק סיליקה חופשית

הועדה החליטה להכיר בסרטן ריאה בעובדים החשופים לאבק סיליקה חופשית, רק אם קיימים ממצאים רנטגניים או פתולוגיים המתאימים לסיליקוזיס. להזכירכם, סיליקוזיס לכשעצמה הינה בגדר מחלת מקצוע, על פי פריט 15 בחלק ב' לעובדים באבק סיליקטים.

8. הקשר בין מחלות ריאה (כולל סיליקוזיס) בעובדי הוראה בעבודתם עם גיר (ישן וחדש), הועדה קובעת בצורה חד משמעית שאין כל קשר בין מחלה ריאתית, כולל סיליקוזיס, לעבודה בחשיפה לאבק של גיר ישן וחדש, לרבות שימוש בגיר במקצוע ההוראה.

#### סיכום

בתביעות כנ"ל, אין צורך בהפניית התיק למומחה רפואי חיצוני, כפי שנהוג היה עד כה. תביעות כנ"ל, יועברו לקבלת חוות דעת בלשכה לייעוץ רפואי במשרד הראשי.

#### סיליקוזיס

סיליקוזיס היא מחלת מקצוע ידועה הנגרמת מסיליקה (צורן דו-חמצני) גבישית חופשית ומתבטאת בלייפת (פיברוזה) של רקמת הריאות. יש הסוברים שהיא מחלת המקצוע העתיקה בעולם.

על אף המאמצים למנוע סיליקוזיס, שהיא מחלה חשוכת מרפא, המחלה נפוצה ברחבי העולם ופוגעת בעשרות מיליוני עובדים המעורבים בתעסוקות מעלות אבק. ב-1997 הגדירה הסוכנות הבינלאומית לחקר הסרטן (IARC) את הסיליקה הגבישית החופשית כגורם מסרטן ודאי לאדם.

מחלת הסיליקוזיס יכולה לגרום לנכות פיזית מתקדמת, ולכן היא נחשבת אחת המחלות התעסוקתיות החשובות בעולם. לפיכך סיליקוזיס, אסבסטוזיס ומחלה מגבילה אחרת של כורי פחם הן יעד מועדף לבקרה ומניעה במדינות רבות. פעולות הבקרה והמניעה הניבו פירות וצמצמו את היקף התחלואה, אך ברוב המדינות המתפתחות חשופים עדיין מיליוני עובדים לאבק מזיק ולרמת סיכון בלתי קבילה המביאה להתפתחות המחלה.

מחקרים אפידמיולוגיים מראים כי 30%-50% מהעובדים בתעשיות מובילות ומהעובדים במגזר הכולל תהליכים בסיכון גבוה בארצות מתפתחות יחלו בסיליקוזיס ובמחלות ריאה תעסוקתיות אחרות. ראוי לציין כאן שיש ראיות מוצקות לעלייה בשיעור ההיארעות של שחפת עם העלייה בחומרת הסיליקוזיס. מספר מקרי המוות בשנה ממחלות ריאה מגבילות (פנוימוקוניוזות), שאליהן שייכת הסיליקוזיס, נאמד בשלושים אלף, אך המספר האמיתי כנראה גבוה יותר עקב תת-אבחון של המחלה ותת-דיווח עליה.



הניסיון במדינות כמו אוסטרליה, קנדה, בלגיה, פינלנד, צרפת, גרמניה, שווייץ, שוודיה, בריטניה וארצות הברית מלמד שארגון תכניות אפקטיביות למניעת הסיליקוזיס עשוי לצמצם במידה ניכרת את שיעור ההיארעות של המחלה. יעילות המניעה תלויה בהיקף השימוש באמצעי הגנה על העובדים.

סרטן ריאות המופיע לאחר חשיפה ממושכת לסיליקה גבישית אינו מחייב ממצא קודם של סיליקוזיס.

לגבי הגיר החליטה הוועדה הרפואית הארצית לאבק מזיק בשנת 2001 לברר אם הוא מכיל גם סיליקה חופשית, מלבד הקלציום קרבונט, ולדון שוב בנושא בעתיד.

### אסטמה (גנחת) תעסוקתית

מדובר באסטמה הנגרמת מחשיפה תעסוקתית, שהיא כ-10% מכלל מקרי האסטמה. קיים קשר ישיר בין מידת החשיפה לחומרים המגרים ובין היארעות המחלה, ועל כן יש חשיבות רבה לפעולות המניעה. שכיחות המחלה הייתה במגמת עלייה עד תחילת שנות התשעים, ומאז חלה ירידה מסוימת. המקצועות הפגיעים הם מתחומי האפייה, הבריאות, הספרות והצביעה התעשייתית. שיעור התחלואה הוא 20-150 חולים חדשים בשנה למיליון עובדים. שיעור התחלואה באסטמה מכלל מחלות הריאה הוא 20%-70%. קיים תת-דיווח של המחלה עקב חוסר מודעות של הרופא או החולה.

בהערכה של תביעה לאסטמה תעסוקתית יש לברר את רשימת המגרים האפשריים ממקום העבודה ולהפנות לבדיקת תפקודי ריאות כולל מבחני תגר במכון ריאות העוסק בכך. כמו כן, יש לבדוק אם קיים רקע של אטופיה ועישון. האטופיה קיימת בקרב 40% מהאוכלוסייה, ואי אפשר כיום לפסול עובד לתעסוקה עקב רקע זה. יש לבדוק גם אם קיימת נזלת אלרגית. שכיחותה בקרב עובדים שלקו באסטמה תעסוקתית היא 76%-92% (!). נזלת אלרגית ורגישות אלרגית של הלחמית מופיעות בשנתיים הראשונות להעסקה בקרב 5%-10% מכלל הנבדקים. גורם נוסף שיש להביא בחשבון הוא השפעת זיהום האוויר באזור המגורים על התחלואה, וכן יש להעריך אם מדובר באסטמה של מאמץ גופני לעוסקים בפעילות גופנית.

תביעות להחמרת מצב יש להעריך את ההתמדה בנטילת תרופות אנטי-אסטמטיות אצל חולי אסטמה ידועים, את כמות ההתקפים שמהם סבל התובע עקב עבודתו ובמהלכה, ואם חלה החמרה במחלה או בתפקודי הריאות בעקבות החשיפה הנטענת. אירוע יחיד של התקף אסטמה בעבודה אינו בגדר הוכחה שהיו במקום העבודה גורמי סיכון שגרמו להתקף. יש לבדוק את העונתיות שבה הופיע ההתקף, ואם היה קשר למצב זיהומי בדרכי הנשימה.

לאחר קבלת כל הנתונים, יעריך רופא המוסד אם מתקיימים התנאים לאסטמה תעסוקתית. אם הוא מתקשה לגבש מסקנה, הוא רשאי לפנות לרופא ריאות יועץ של המוסד או לרופא מוסד בעל הכשרה ברפואה תעסוקתית.

שיטות לאבחון אסטמה תעסוקתית: אחת משיטות האבחון היא PEFR ( Peak

Expiratory Flow Rate). יש לרשום ערכי PEFR לפחות ארבע פעמים ביום ולפחות שבועיים מחוץ למעגל העבודה. שיטה טובה לחשב ערכי נורמה היא להשתמש בנוסחה:

$$PEFR (L/min) = [Height (cm) - 80] \times 5$$





שיטה אחרת היא מבחני התגר והערכת התגובות להם. התבחינים בעור (prick test) יעילים רק לחומרים בעלי משקל מולקולרי גבוה, ובדרך כלל אינם זמינים לגבי חומרים תעשייתיים, מלבד חריגים, כגון קמח.

#### להלן כמה סוגים של אסטמה תעסוקתית:

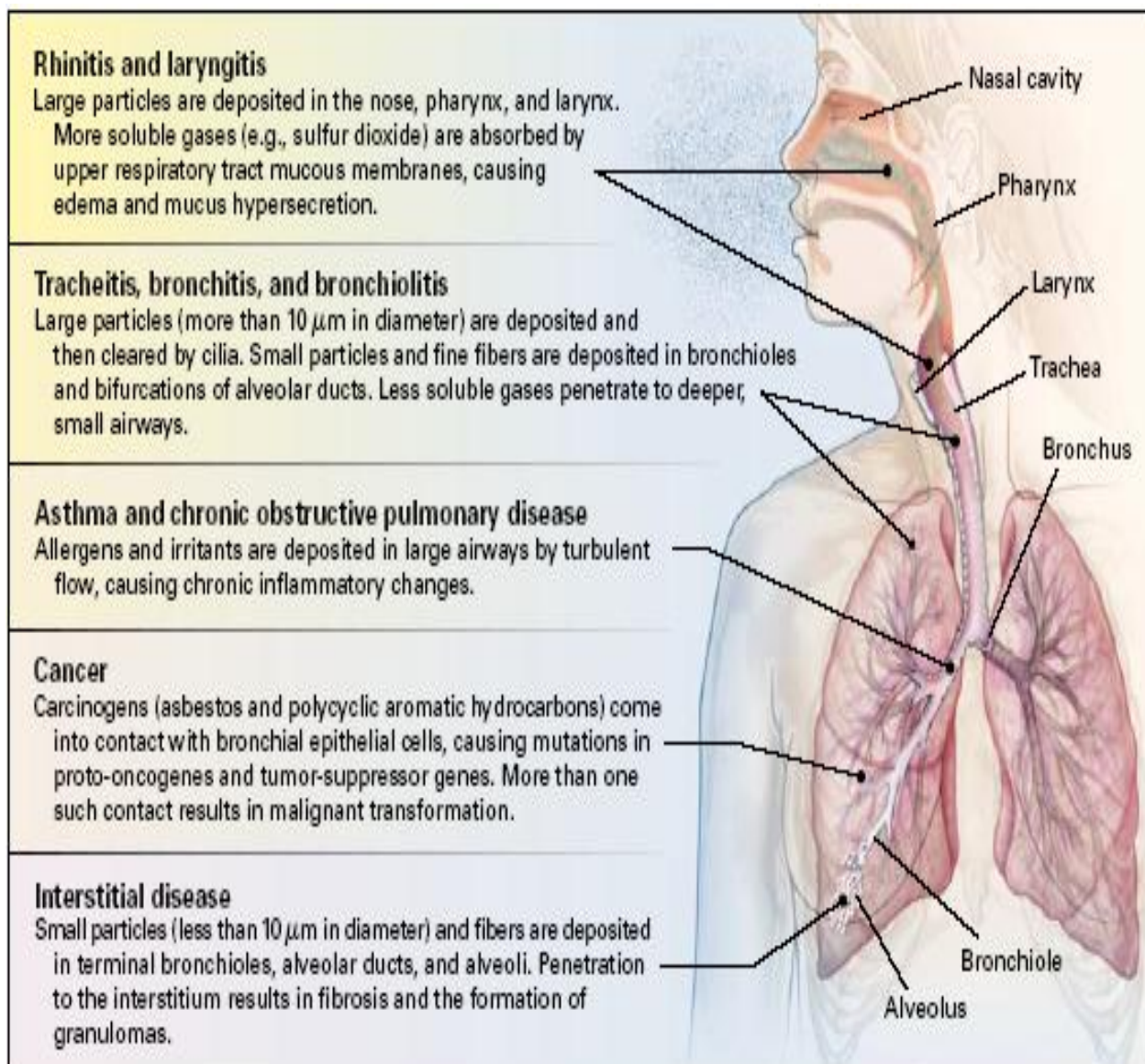
- הנגרמת על ידי ריגוש אימונולוגי ומופיעה אחרי תקופת חביון (שכיחותה כ-25 נפגעים למיליון עובדים בשנה).
- RADS (reactive airway dysfunction syndrom), הנגרמת על ידי חשיפה מסיבית לחומר מגרה לא ספציפי ומופיעה ללא תקופת חביון. שכיחותה כ-6% מכלל החולים.
- אסטמה ידועה המוחמרת על ידי גורמים מגרים במקום העבודה.

#### חומרים מגרים שכיחים

קמח, איזוציאנטיים, מלחי פר-סולפט ולטקס.

#### **Occupational Asthma - Possible irritants:**

- Asthma with latency
  - Acid anhydrides (used in epoxy adhesives and paints, coatings, circuit boards, polymers, polyesters, and plasticizers)
  - Aldehydes
  - Acrylates (used in paints and adhesives)
  - Animal proteins (in laboratory animals, farming, and veterinary medicine)
  - Cobalt (used in carbide-tipped tools, diamond polishing))
  - Dusts from flours and grains (found in bakeries)
  - Dusts from wood (used in furniture making and cabinetry)
  - Ethylenediamine, monoethanolamine, and other amines
  - Formaldehyde and glutaraldehyde (used in sterilizing medical instruments)
  - Isocyanates (hexamethylene diisocyanate, diphenylmethane, diisocyanate, and toluene diisocyanate) used in polyurethane paint (used in auto-body repair) and the manufacture and application of foam (used in roofing foams, mattresses)
  - Latex (used in health care facilities)
- Asthma without latency (irritants that cause the reactive airway dysfunction syndrome)
  - Contaminants in metalworking fluid
  - Chlorine gas (pulp from paper mills)
  - Bleach (sodium hypochlorite)
  - Strong acids
- 3.respiratory occupational diseases



הערה: מצגת לאסטמה תעסוקתית נמצאת באתר הלשכה, וכן ראו תרשים זרימה מצורף בפרק 9.

## ה. סוכרת סוג 2

בבית הדין הארצי לעבודה נדון ערעורו של המבוטח שאול עטיה (722/06), שמאי ביטוח במקצועו, שטען לקשר סיבתי בין סוכרת שלקה בה ובין הודעת חברת הביטוח (שבה עבר במשך כשמונה שנים) על הפסקת ההתקשרות עמו. עם קבלת ההודעה החל התובע להזיע וחש בטשטוש, ובימים שלאחר מכן סבל מתחושות קשות של חולשה וסחרור, פנה לטיפול רפואי, ובמסגרת הטיפול בו אובחנה מחלת הסוכרת. בחוות דעת המומחה מטעם בית הדין צוינו כמה נקודות חשובות, והן מובאות להלן:

1. התובע לקה בסוכרת מטיפוס 2 (סוכרת של המבוגר).



2. דחק ("גורם סטרסוגני" כלשון המומחה) יכול שיהא קשור סיבתית מבחינה רפואית להופעת סוכרת מטיפוס 1 (סוכרת נעורים), אך אינו נחשב קשור להופעת סוכרת של המבוגר.
3. תלונות הנפגע בגין הזעה, חולשה, סחרחורת וטשטוש נבעו קרוב לוודאי מחרדה ולא מסוכרת.
4. באופן ודאי, החולה סבל מסוכרת טיפוס 2 עוד לפני האירוע המדובר, משום שהמחלה היא תהליך סמוי המקנן במשך שנים עד שהוא נעשה גלוי. גורם הדחק אמנם גורם לעליית כמות הסוכר מעל לרמה שהייתה לפני כן, אך הוא אינו גורם למחלה.
5. המחלה לא התגלתה לפני כן משום שהחולה חש בטוב, לא בדק עצמו באופן סדיר, ולא נלקחו ממנו בדיקות סוכר בדם כשהיה בצום. לאחר האירוע, עקב הזעה וסחרחורת, נבדק הסוכר בדמו, ונתגלתה מחלתו.

בית הדין הארצי לעבודה אישר את החלטתו של בית הדין האזורי כי "משנשלל קשר סיבתי רפואי בין התפרצות מחלת הסוכרת ובין האירוע החריג בעבודה – התביעה נדחית".



## 7.2 הנחיות לוועדות רפואיות לעניין נפגעי עבודה

### 7.2.1 פסיכיאטריה: הערכת נכות נפשית

#### הערכה וקביעת נכות רפואית בשל ליקוי נפשי

1. יש לאסוף כל חומר רפואי אפשרי לפני זימון התובע לבדיקה.
2. יש לתעד:
  - אשפוזים
  - רישום טיפול תרופתי
  - רישום טיפול פסיכותרפי
  - כרטיס מרפאה, תיק מעקב של רופא מטפל במרפאה ציבורית או פרטית
  - סיכום מחלה מפורט (ולא קצר) הכולל אבחנה ומהלך טיפול
  - סעיפי ליקוי מצה"ל.
3. יש להצליב את המידע בין הסיכומים, האשפוזים וכל מידע נוסף.
4. לצורך הבדיקה הפסיכיאטרית הראשונה (Intake) יש לתכנן זמן כפול.
5. יש לבצע אבחנה לפי קריטריוני האבחנה של ICD 10 או DSM IV ולהקפיד על רישום מתאים.
6. בכל מקרה שאינו ברור מבחינה אבחנתית, ובכל מקרה שאין חומר רפואי מספק, יש לבצע מבחנים פסיכודיאגנוסטיים ו/או מבחני אישיות ו/או מבחנים נוירופסיכולוגיים לפי מאפייניו של המקרה המסוים.
7. לקראת תום קביעה זמנית:
  - חובה לקבל חומר עדכני.
  - אין לבדוק את התובע בתום קביעה זמנית ללא מסמכים המעידים על מהלך הטיפול.
  - בהיעדר חומר כזה חובה לציין את הסיבה לכך ולשקול לבצע בדיקות אבחנתיות כמתואר בסעיף 6.
8. אם התקבל מכתב בפקס, חובה לראות את המקור כדי להסתמך עליו בעת מתן חוות הדעת.
9. בשום אופן אין להמליץ על נכות שלוש שנים לאחור בלא תיעוד מפורט לגבי אבחנה. בכל מקרה יש לנמק בבירור את הסיבה לקביעת תאריך תחילת הנכות הנפשית.
10. תבוצע בקרה מדגמית על ידי בקר פסיכיאטר בתיאום עם המשרד הראשי.



## 7.2.2 אורתופדיה: הערכה תפקודית של מפרק הקרסול

במקרים של פגיעה בקרסול, הנפגע מציג בדרך כלל צילום רנטגן רגיל (שני כיוונים: PA+L), הנעשה בכל מכון רנטגן ונדרש לצורך אבחון וטיפול בפגיעה ([על פי תעריפון משרד הבריאות: שם הבדיקה הוא "צילום קרסול מלא, צד אחד", קוד הבדיקה 73610.

אם קיים חשש לקרע ברצועה הלטרלית של הקרסול, נדרש צילום בסטרס, קרי מתיחה של מפרק הקרסול כלפי פנים. מבחינה טכנית, הצילום מבוצע כשהקרסול נמצא בתוך מכשיר עם מוט, המאפשר לנבדק למתוח את המפרק כלפי פנים. גם בדיקה זו נחשבת צילום קרסול רגיל על פי הקוד והתעריף שצוינו לעיל.

יש לציין שבמבחני הנכות הנהוגים במשרד הביטחון (והמחייבים את המוסד לעניין נפגעי פעולות איבה), נדרש צילום זה על פי סעיף ליקוי 48(3)ב. צילום הסעיף מצ"ב. במקרים חריגים, לפני התערבות ניתוחית, אפשר לשקול לבצע צילום במתח, כשהפעלת המתח נעשית באופן פסיבי על ידי משקולת, ולא על ידי הנבדק עצמו. בדיקה זו אינה נעשית כבדרך שגרה, והיא מבוצעת רק בבית החולים איכילוב. אין לה קוד של משרד הבריאות. אין צורך או הצדקה לבצע בדיקה זו לעניין קביעת דרגת הנכות בשביל המוסד. בכל מקרה שבו מבקשת הוועדה לבצע בדיקה במתח ואינה מסתפקת בבדיקת רנטגן רגילה, יש לבקש מהפוסק לנמק את הצורך בבדיקה זו ולפרט את ההשלכות שיש לתוצאותיה על קביעת דרגת הנכות.

## 7.2.3 אורתופדיה: שבר בעצם הרדיוס והגבלה בתנועות שורש כף יד

לתובע בתיק בר"ע 1610/02 נגרם שבר בעצם הרדיוס, שהתחבר בחיבור גרוע, ובבדיקה נמצאה גם הגבלה בתנועות שורש כף היד. בבית הדין נדונה השאלה אם יש לתת אחוזי נכות נפרדים בשל חיבור גרוע של העצם והגבלות בתנועות המפרק הסמוך לשבר או להסתפק בסעיף אחד הדין בהגבלות התנועה במפרק המדובר. על פי התקנות, אין מניעה להעניק אחוזי נכות הן בגין החיבור הגרוע של עצם הרדיוס, והן בגין ההגבלה בתנועות שורש כף היד. סעיף 40(1)(11) עוסק אך ורק בחיבור גרוע של הרדיוס (ליקוי שאפשר לאבחן בבדיקה קלינית ובבדיקות הדמיה). עצם החיבור הגרוע אינו מעיד על הגבלה בתנועות שורש כף היד, ואם קיימת הגבלה כזו יש להעניק גם אחוזי נכות על פי סעיף ליקוי 41(10). שימו לב: אם הוועדה לא נהגה כך, יש לערער על החלטתה.

## 7.2.4 אורתופדיה: שבר בגוף חוליה ותסמונת דיסק

שבר חוליה שנרפא אך הותיר הגבלה בתנועות, האם מלבד דרגת נכות לפי סעיף 37(8) יש להוסיף דרגת נכות בגין ההגבלה בתנועות?

סעיף 37(8)(א) מקנה נכות בשיעור 5% בגין שבר של גוף חוליה שנרפא, בלי תזוזה ניכרת ובלי הגבלת התנועה של עמוד השדרה. עצם השבר הוא המקנה את דרגת הנכות, ולכן אם קיימת הגבלה בתנועות יש להוסיף גם דרגת נכות בגין הגבלה בתנועות לפי סעיף 37(8)(א) [או לפי 37(8)(ב)-(ג) בהתאם לעניין].

אשר לתסמונת דיסק, על פי סעיף 37(10)ב ועל פי פסיקת בג"ץ 9516/07, סלומון שם טוב), אחוזי הנכות ייקבעו לפי הלקות האורתופדית או לפי הלקות הניורולוגית.



### 7.2.5 עיניים: פגיעה בעין והוצאת גוף זר (סעיף 54)

סעיף 54 דן בהענקת 5% נכות על עצם הפגיעה בעין והוצאת גוף זר. לשון הסעיף: "מצב שלאחר הוצאת גוף זר מפנים העין, אחרי פגיעה חודרת בעין". למען הסר ספק, אין הכוונה לגופים זרים שטחיים הפוגעים בקרנית או בלחמית (כגון אצל רתכים, מסגרים וכדומה) אלא רק בגופים זרים שחדרו לתוך העין.

### 7.2.6 עיניים: קביעת נכות בחולי סוכרת

סעיף הליקוי 4(6)(ב), הדן בסיבוכי סוכרת, קובע שאם קיימת רטינופתיה סוכרתית (של הרקע - BDR, או משגשגת - PDR) ייקבעו 65% נכות. ואולם, הסעיף אינו מפרט את דרגת הרטינופתיה, וזו יכולה לנוע מרטינופתיה מינימלית, שאינה משפיעה כלל על חדות הראייה, ועד רטינופתיה קשה, הפוגעת בתפקוד העין במידה ניכרת. לפיכך הוקמה ועדת מומחים הפועלת לשינוי נוסח סעיף הליקוי, כך שישקף טוב יותר את דרגת החומרה של סיבוכי סוכרת, ובכלל זה סיבוכים בעיניים.

עד לתיקון הסעיף, וכדי להביא לאחידות, תיקבע דרגת נכות לפי סעיף 4(6)(ב) בגין רטינופתיה סוכרתית רק כשקיימים:

א. BDR - רטינופתיה של הרקע עם בצקת מקולרית משמעותית (=CSDME)

ב. PDR - רטינופתיה משגשגת

במקרה של BDR עם CSDME שטופלה כיאות ונסוגה, וחדות הראייה היא 6/12 או טובה יותר, וכן במקרה של PDR שטופלה כיאות והתייצבה, וחדות הראייה היא 6/12 או טובה יותר, אין מקום לקבוע דרגת נכות לפי סעיף 4(6)(ב), אלא יש לקבוע את הנכות העינית לפני הסעיפים המתאימים מתוך סעיפי הליקוי בעיניים (52-68).

(סיכמה: ד"ר טובה מה-נעים, מומחית לרפואת עיניים, רופאת המוסד)

### 7.2.7 נזירומה

לנוכח השאלות החוזרות ונשנות בדבר קביעת דרגת נכות מתאימה לנזירומה, להלן הבהרה: נזירומה מוגדרת גידול שפיר בעצב. במקרים של קטיעה ניתוחית, העצב נקטע בגובה הקטיעה (מעט מעל לגובה הקטיעה בעצם). העצב עובר תהליך הצטלקות בקצהו, והצטלקות זו היא הנזירומה.

כשקצה העצב הקטוע ממוקם כראוי ומכוסה ברקמה רכה כגון שריר, הנזירומה שבקצה העצב אינה בגדר בעיה כלל, אך אם הוא נכלא לתוך הצלקת הניתוחית או שאינו מכוסה כראוי ברקמה רכה, עלולה הנזירומה להסב כאב מקומי. כאב זה מתגבר בדרך כלל בגלל לחץ חיכוני על מקום הנזירומה.



הטיפול בנוירומה המתפתחת לאחר קטיעה הוא ניתוחי: יש לגלות את קצה העצב (הנוירומה), לקצר את העצב ולמקמו מחדש מתחת לרקמה רכה, כדי שלא יפריע. טיפול תרופתי עקב נוירומה אינו יעיל בדרך כלל ואינו מפחית את הכאב.

דרגת נכות עקב קטיעה כשנוצרה נוירומה מכאיבה בקצה הגדם (רק במיקום זה יכולה להתפתח נוירומה מכאיבה), אפשר לקבוע על פי סעיף ליקוי 29(6) בהתאמה. מובן שאחוזי הנכות לא יכולים לעלות על אחוזי הנכות הנקבעים בגין קטיעת האיבר. לעניין "איבר" במקרה של קטיעה, יש לכלול רק את החלק שנקטע, כגון גליל באצבע, שוק, ירך, זרוע, אמה וכדומה. אי אפשר לקבוע נכות בגין נוירומה לאחר קטיעת חלק מגליל באצבע כאובדן האצבע כולה.



## 8. מיחשוב וסיסמאות

מערכת שי"ר והנחיות אחרות בתחום המחשוב ראו בתדריך נפרד.





## 9. נספחים

### 9.1 עשרה טיפים לרופא המוסד

1. שים לב אם שם התובע נכתב בשונה בוועדות רפואיות ובדמי פגיעה.
2. היעזר בנתוני הנבדק באתר הלשכה הרפואית לבדיקת הפיצולים.
3. אם תכין את התיק באופן מדוקדק בתחילת הטיפול, כל הדרך תהיה פשוטה יותר.
4. היעזר ככל האפשר באנשי מקצוע מתוך המוסד.
5. כשאתה נדרש לרשום אבחנות להכרה, יש לרשום אבחנות רפואיות ככל האפשר, ולא תלונות או סימנים. רצוי שהאבחנות יופיעו בעברית.
6. לפני שתבדוק פרוטוקול ועדה, חזור לרישומים הקודמים שלך במינויים ובתיק דמי פגיעה.
7. תיקי פגיעה בעבודה עקב תאונת דרכים מגיעים לדיון מאוחר בדרך כלל, עד שמונו מומחים בבית המשפט.
8. בתקנה 36 נדרש אישור מרופא מוסמך, ומכתב של רופא פרטי אינו כזה. תקנה זו ניתנת להפעלה גם בקביעת נכות זמנית.
9. בדרך כלל אין מקום להפעיל את תקנה 37 אצל אדם שאחוזי נכותו פחותים מ-19% והוא קיבל כבר את המענק. אפשר להפעילה גם בבקשה לקצבאות מיוחדות.
10. בכל בעיה תוכל לפנות תמיד ללשכה הרפואית במשרד הראשי.



## 9.2 עובד ישראלי בחו"ל או עובד זר ותאונה בעבודה

### 9.2.1 עובד ישראלי בחו"ל

- עובד ישראלי בחו"ל מבוטח כשהוא ומעבידו הם תושבי ישראל, וכשחוזר העבודה נקשר בישראל.
- אם שהה העובד בחו"ל תקופה של יותר מחמש שנים, לא יהיה מבוטח בביטוח נפגעי עבודה, אלא על פי היתר מיוחד משר הרווחה והשירותים החברתיים או ממני שהוסמך על ידו.
- השכר הקובע יהיה 75% משכרו של העובד בחו"ל.
- הגדרת "בזמן ועקב העבודה" תפורש בצורה רחבה הרבה יותר מאשר בתאונות בארץ.
- ועדות יתקיימו בארץ כפי שמבוצע לעובדים זרים שעבדו בארץ.

### 9.2.2 עובדים זרים

- עובד זר (בעל אזרחות זרה) בישראל מבוטח בביטוח נפגעי עבודה ככל עובד ישראלי בארץ.
- בטיפול בתביעות של עובדים זרים יש להקפיד על טיפול מהיר, יעיל ויסודי אף יותר מבתביעות של עובד ישראלי, מפני שהעובד הזר שנפגע מעוניין לחזור מהר ככל האפשר למקום מגוריו הקבוע.
- לעתים יש לזמן את הנפגע ארצה לשם בדיקה על ידי ועדה רפואית. במקרים כאלה יש להקפיד על קיומה של המלצה לביצוע הבדיקות הרפואיות הנדרשות מראש, כדי לצמצם ככל האפשר את משך השהייה בארץ.
- כרטיסי טיסה, מגורים ואש"ל יאורגנו לעובד הזר על ידי המוסד.
- יש לדאוג שהוועדה תסיים את קביעתה במהירות.
- יש לקבוע נכות צמיתה מוקדם ככל האפשר.



### 9.3 קבלת רופא לתפקידי חבר או פוסק בוועדות

- עדכון פרטי רופא
- הודעה לפוסק על הסמכתו
- שאלון למועמד



## 9.4 עדכון לבקרת ועדות מחודש נובמבר 2007

הנדון : התנהלות המוסד בדיון בוועדה רפואית -  
שינויים בתהליכי בקרת תקינות על החלטת ביניים  
פס"ד גידרון מרדכי עב"ל 218/07  
מכתב סמנכ"ל גמלאות מיום 9 במאי 2006

\* בקרת תקינות ועדה רפואית, המתבצעת ע"י רופא המוסד, תיעשה מעתה רק לאחר קביעת נכות זמנית או יציבה, ולא בשלב החלטות ביניים.  
\* חוות דעת יועץ לוועדה תועבר לוועדה ללא בקרה מוקדמת של רופא המוסד.

### 1. כ ל י

1.1 בתביעתו של הנ"ל, בבית הדין האזורי לעבודה, נטען כנגד ועדה רפואית מדרג ראשון, אשר הושפעה מהערתו של רופא המוסד, בבקרת תקינות על החלטת ביניים, שהמליץ בבוא העת לערער על החלטת הוועדה הרפואית.  
כתוצאה מהערת הרופא שהובאה לידיעת הוועדה, שינתה זו את דרגת הנכות הרפואית.

1.2 למרות שהמוסד הסכים לבטל את החלטת הוועדה בדרג ראשון ולהחזיר לוועדה בהרכב חדש, הוגש ערעור לבית הדין ארצי לעבודה, בדרישה להשאיר את דרגת הנכות הראשונית על כנה ולדון רק בתקנה 15.

1.3 בית הדין הארצי לעבודה ראה בחומרה את מה שנראה היה כהתערבות בעבודת הוועדה הרפואית, וכלשונו "התנהלות זו של המוסד... רחוקה מלהיות ראויה, וראוי שנביע מורת רוחנו כלפיה..."

1.4 לאור דברי בית הדין הארצי לעבודה הגענו למסקנה שיש לשנות את תהליכי העבודה בכל הקשור לבקרות הנעשות ע"י רופא המוסד בהחלטות ביניים, כדי למנוע מהוועדה להתייחס להערות רופא המוסד.



### 9.5 רשימת מחלות המקצוע: תוספת שנייה (תקנות 44 ו-45)

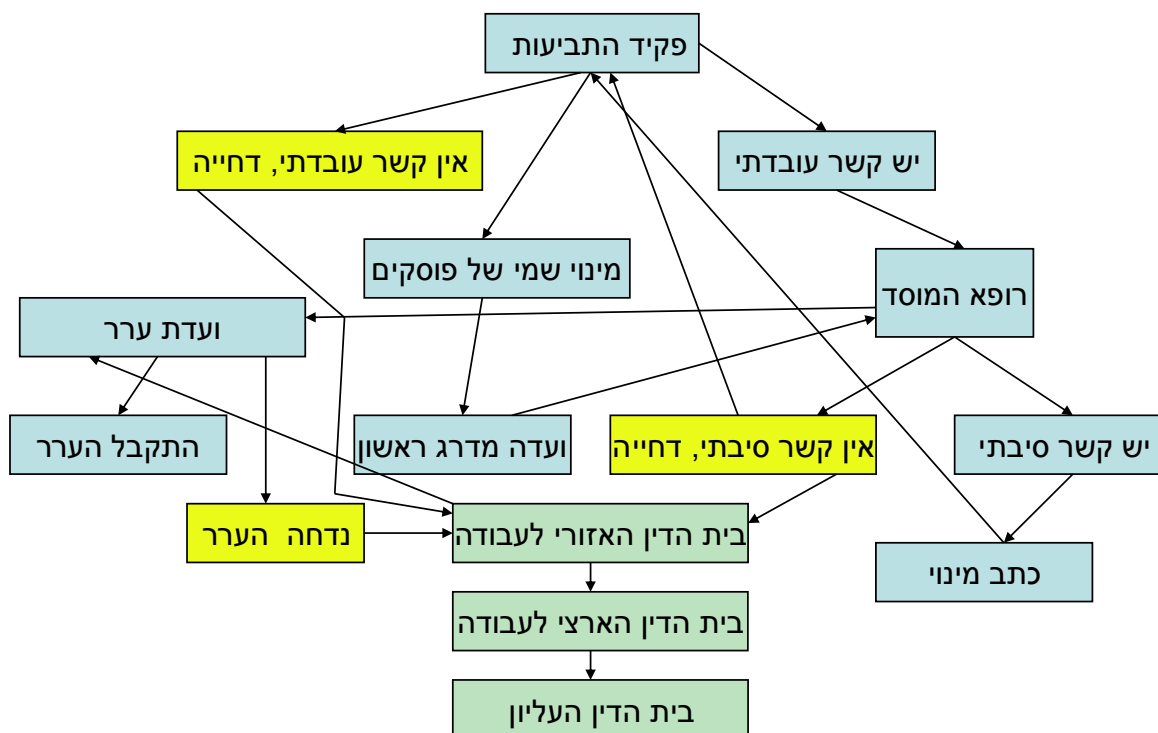
טור 3 תאריך התחלה	טור 2 העבודות ותהליכי הייצור	טור 1 שם המחלה	
1.4.58	עבודה הכרוכה במגע עם בעלי חיים, פגריהם והפרשותיהם, וכן עבודה במעבדות ומכונים שבהם באים במגע עם מחוללי המחלה	מחלה הנגרמת על ידי מיקרו-אורגניזם ומועברת לאדם מכל מקור שאינו אדם	1
1.7.54	עובדים בבתי חולים, במרפאות או במוסדות אחרים שבהם שהו או טופלו חולי שחפת, וכן במעבדות או במכונים שבהם באים במגע עם החיידק ע"ש קוק	שחפת	2
2.4.54	עובדים המטפלים בחולי שיתוק ילדים בשלב החריף או בהפרשותיהם של חולים כאמור, וכן עובדי מעבדות או מכונים הבאים במגע עם מחולל המחלה	שיתוק ילדים	3
2.4.54	עובדים שעקב עבודתם שהו בחוץ לארץ, באזורים הנגועים באחת המחלות שבטור 1 לפרט זה, וזאת בזמן הדגירה המקובל	קדחת צהובה, פילריאזיס, כולרה, דבר, טריפנומיאזיס ומלריה	4
2.4.54	עובדים בחקלאות, גנות, טיפול בבעלי חיים, או עובדי מכונים או מעבדות הבאים במגע עם מחולל המחלה	צפדת (טטנוס)	5
1.1.85	עובדים בבתי חולים או מרפאות הבאים במגע פיזי עם חולים, וכן עובדים הבאים במגע עם הפרשותיהם של חולים	דלקת כבד נגיפית מסוג B, NON B או NON A	6
1.4.63	עבודה ממושכת בתנאי רעש ממוצע ומשוקלל של לא פחות מ-85 דציבל	נזק לאוזן הפנימית הנגרם על ידי חשיפה לרעש, שהביא לירידה בכושר השמיעה בתדירויות הדיבור	7
1.6.54	עובדי רנטגן ועובדים הבאים במגע עם חמרים רדיואקטיביים	מחלות קרינה	8
2.4.54	עובדים הבאים במגע עם שמני חיתוך, שמנים מינרליים, זפת או פיח	כיב ממאיר של קרנית העין	9
2.4.54	עבודה הכרוכה בחשיפה ישירה לקרינת חום במפעלים העוסקים בריתוך, התכת מתכות, ייצור מלט, זכוכית ואמייל ובמאפיות, וכן עבודה הכרוכה בחשיפה לקרינה מייננת או בלתי מייננת	ירוד (קטרקט) מחשיפה לחום גבוה או לקרינה מייננת או בלתי מייננת	10
2.4.54	צוללנים ועובדים בתנאי אוויר דחוס	מחלות צוללנים	11
1.10.54	תהליכי עבודה הגורמים לחיכוך הברך או המרפק במשך תקופה ממושכת	בורסיטיס של הברך	12
1.4.58	עבודה הכרוכה בלחץ ממושך על העצב	שיתוקים של עצבים פריפריים הנגרמים על ידי לחץ ממושך	13
2.4.54	עבודה ממושכת עם מכשירים רוטטים	מחלות עצמות פרקים, שרירים, כלי דם או עצבים של הגפיים - הנגרמות על ידי עבודה במכשירים רוטטים	14
2.4.54	עובדים החשופים לאבק סיליקטים	סיליקוזיס (צורנית) עם שחפת או בלעדיה	15
2.4.54	עובדים החשופים לאבק סיבי אסבסט	אזבסטוזיס (אמיינתית) לרבות מזותליומה	16
1.1.85	עובדים החשופים לטלק	טלקוזיס	17
1.10.74	עובדים החשופים לאבק כותנה, פשתן או יוטה, ובלבד שעבדו בתנאים אלה 2 שנים לפחות	ביסינוזיס	18
1.4.65	עובדים הבאים במגע עם תבואות וקמחים, ובלבד שעבדו בתנאים אלה 2 שנים לפחות	מחלה אלרגית של דרכי הנשימה כתוצאה מרגישות לתבואות ולקמח	19
1.10.74	עיבוד וולפרם, ונדיום, טונגסטן, טיטניום וטנטלום לפחות במשך שנה	מחלת המתכות הקשות - פיברוזיס של הריאות	20
1.10.74	עובדים החשופים לקש מעופש או לירקות מעופשים	"ריאות חקלאים"	21



1.1.1991	עבודה בתנאי חשיפה לאבק סיבי אסבסט לפחות 10 שנים לפני אבחון המחלה	סרטן הריאה	22
1.1.1991	עבודה בתנאי חשיפה לאבק סיבי אסבסט לפחות 10 שנים לפני אבחון המחלה ובלבד שבצילומי חזה קיימת עדות לחשיפה לסיבי אסבסט	סרטן הלרינקס	23
1.1.1991	עבודה בייצור אבקות כביסה המכילות אנזימים פרוטאוליטיים	מחלה אלרגית של דרכי הנשימה כתוצאה מרגישות לאנזימים פרוטאוליטיים	24
1.1.1991	עבודת ייצור דבקים, צבעים ולכה החשופים למתיל אתיל קטון	הרעלת קטונים	25
1.1.1991	עבודה בתנאי חשיפה לשמני חיתוך, שמנים מינרליים, זפת או פיח ומוצרי שריפה	הרעלת פחמימונים פוליציקליים ארומטיים	26



## דרכה של תביעה המגיעה למל"ל





## דמי פגיעה

### 13 שבועות

#### סיכום

#### פעולות לביצוע

#### מסמכים לציון

אישור או דחייה  
של התביעה

בדיקות עזר: שמיעה, EMG  
וכו'

טופס 211

אבחנות להכרה

מכתב לכותב התעודה

דוח מיון

מקדמות

פנייה ליועץ רפואי

דוחות אישפוז

תעודות אי-כושר

הכנת תיק לוועדה  
רפואית כולל מורכבות

בדיקת פיצולים

כרטיס כללי

ייעוץ עם המשרד הראשי

כרטיסים מקצועיים

בדיקה פסיכודיאגנוסטית או  
נוירופסיכולוגית

רישומי צה"ל

דיון עם פקיד התביעות

אתר הלשכה הרפואית: נהלים, טפסים  
וחוזרים

חקירות וצילומי וידאו





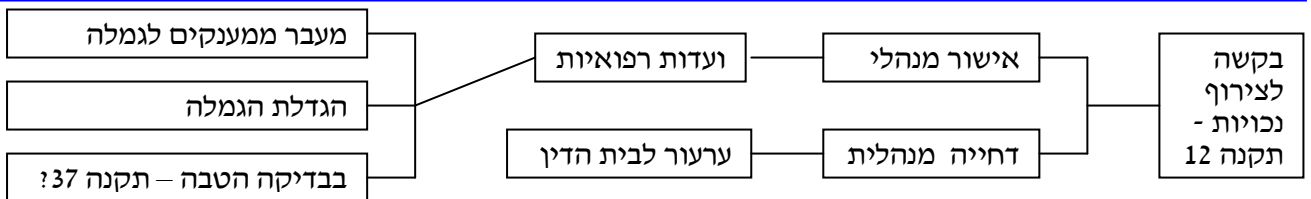
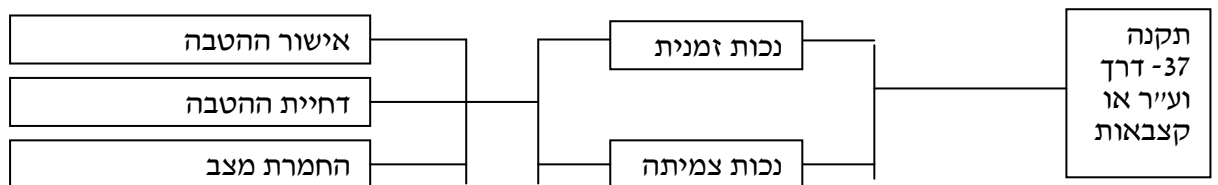
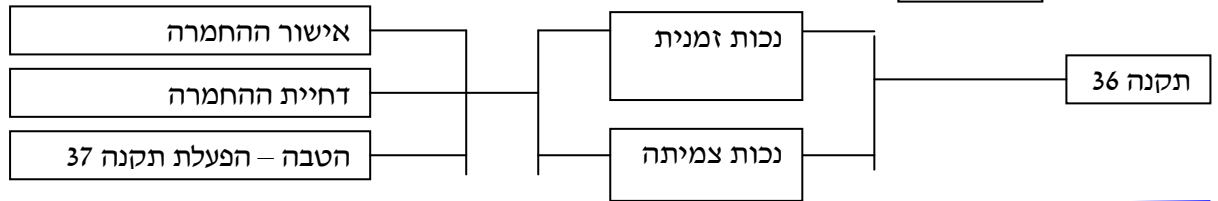
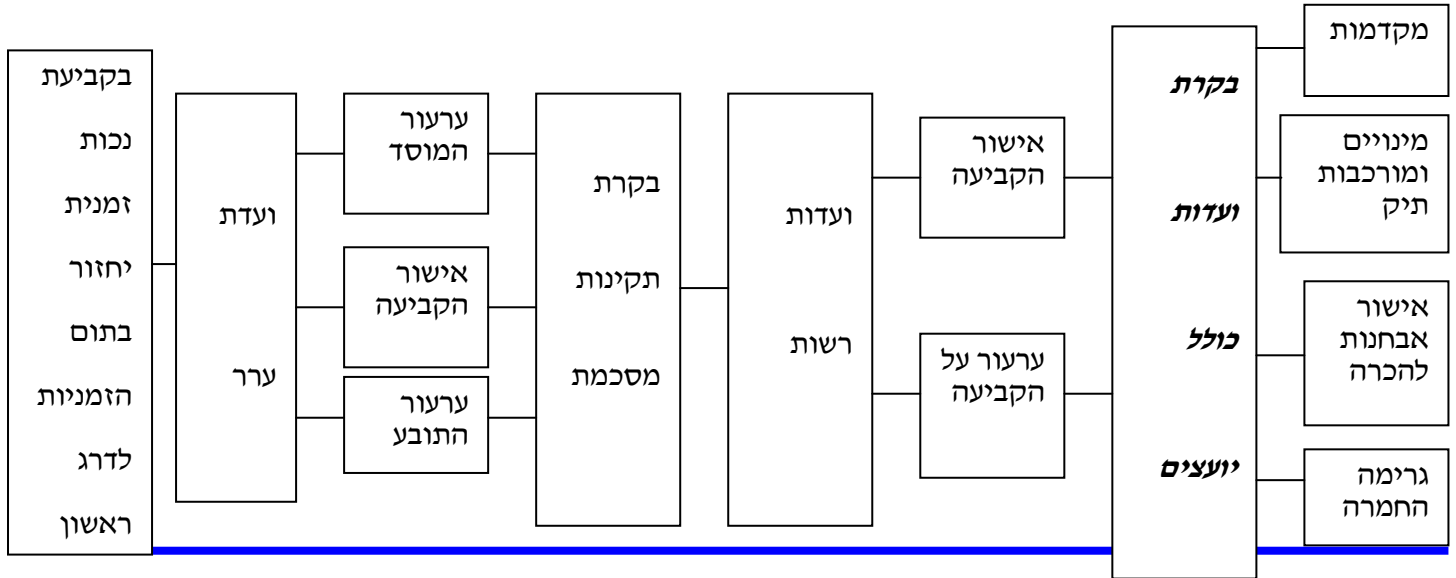
תפקידי הרופא המוסמך בנפגעי עבודה





## וצקות כפואיות

### ועדות בדרג ראשון





הכנת תיק על ידי מזכיר הישיבה

נפגעי פעולות איבה	מס הכנסה	נפגעי עבודה	סוג גמלה
+	+	+	פרוטוקול מתאים
=	=	חוות דעת	סוג ועדה
=	=	מסכמת	תאריך קובע לדיון ועדה I
תגמול טיפול רפואי	מסמכים עד 6 שנים	האירוע תום דמי פגיעה	ועדה חוזרת <b>ועדה 36/37</b> תאריך תאריך רופא מוסמך תאריך מכתב רופא מוסד תאריך ניתוח <b>דרישות</b>
תאריך אירוע תט"ר תום זמניות	תום זמניות	<b>נפגעי עבודה + איבה</b>  קשר סיבתי ? עבר ?	של ועדה קודמת של ועדה נוכחית של רופא מוסד של פקיד תביעות



**נקודות השוואתיות חשובות בוועדות לפי חוקים שונים**

מס הכנסה	נפגעי פעולות איבה	נפגעי עבודה	סעיפי מבחן
<u>תמיד!</u> תקנות עבודה	<u>תמיד!</u> תקנות איבה	נכות צמיתה תקנות עבודה	
רק מעל 89% מ-89% ↑ בנכות <u>צמיתה</u>	<u>תמיד</u> עד 0.49 ↓ מ 0.50 ↑	רק <u>בצמיתה!</u> מענק עד 19% – לא מעגלים מעל 20% - ↑	עיגול נכות
קודם חישוב זוגי, אחר כך שקלול רגיל		לא רלוונטי	איבר זוגי
עד 6 שנים אחורה תום זמניות  לפי מסמכים	תום תט"ר תום זמניות  מיום האירוע לילדים 14-18 נכים קשים	תום דמי פגיעה תום זמניות עקרוני תקנה 36/37	תחולה
לא רלוונטי	נדרש	נדרש	קשר סיבתי
רלוונטי	רלוונטי	רלוונטי	דומיננטיות
רפואית אם כמה תחומים - שקלול	<u>נכות רפואית</u> אם כמה תחומים - שקלול	אפשר אי-כושר בלי להיצמד לסעיפים. אם כמה תחומים – חיבור	נכות זמנית
לא רלוונטי	רלוונטי בכל קביעה	רלוונטי בנכות צמיתה	עבר
תקנה 12	תקנה 11	תקנה 14	התאמת מבחנים
אין לתת מעל לקטיעה, לעיוורון, לעקירת עין ולקשיון - בכל הוועדות			נכות מקסימלית



**ועדה בשני חוקים**  
**(כפל נפגעי עבודה/פעולות איבה או נפגעי עבודה/מס הכנסה)**

שימו לב להבדל בתקנות ; ייתכנו הבדלים בקביעות!

**התייחסות לעבר**

- עבר – בנפגעי עבודה העבר נגרר לוועדות הבאות.
- כחריג : אפשר לקיים דיון מיוחד כשגם ההחמרה מתחלקת בין תרומת אירוע לתחלואה.
- נפגעי פעולות איבה : אפשר לקבוע שיעור.
- רצוי לקבוע עבר מיד בהתחלה.
- בדיונים יבררו אם ההחמרה קשורה לאירוע או לא.

1/2	1/2
3/4	1/4

**דוגמה לחישוב משוקלל + איבר זוגי**

חישוב

0.65			35%	עיניים
x	56%	28%	20%	קרסול ימין
0.44			10%	כף רגל ימין
		28%	10%	קרסול שמאל
			20%	כף רגל שמאל
x 0.8		20%	10%	אגודל ימין
			10%	אגודל שמאל
<u>x 0.8</u>			20%	צלקות
0.1830 – 1 = 0.8169 x 100 = 81.69% =>82%				



**אסטמה תעסוקתית**

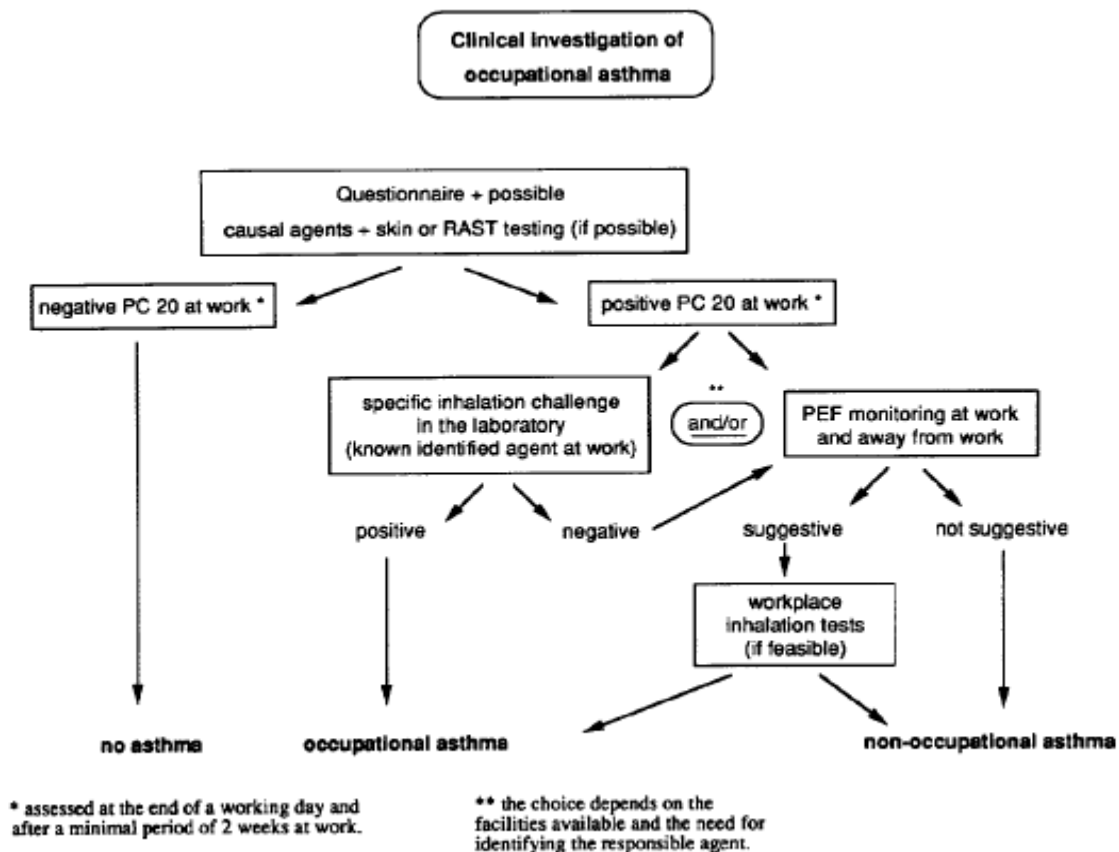
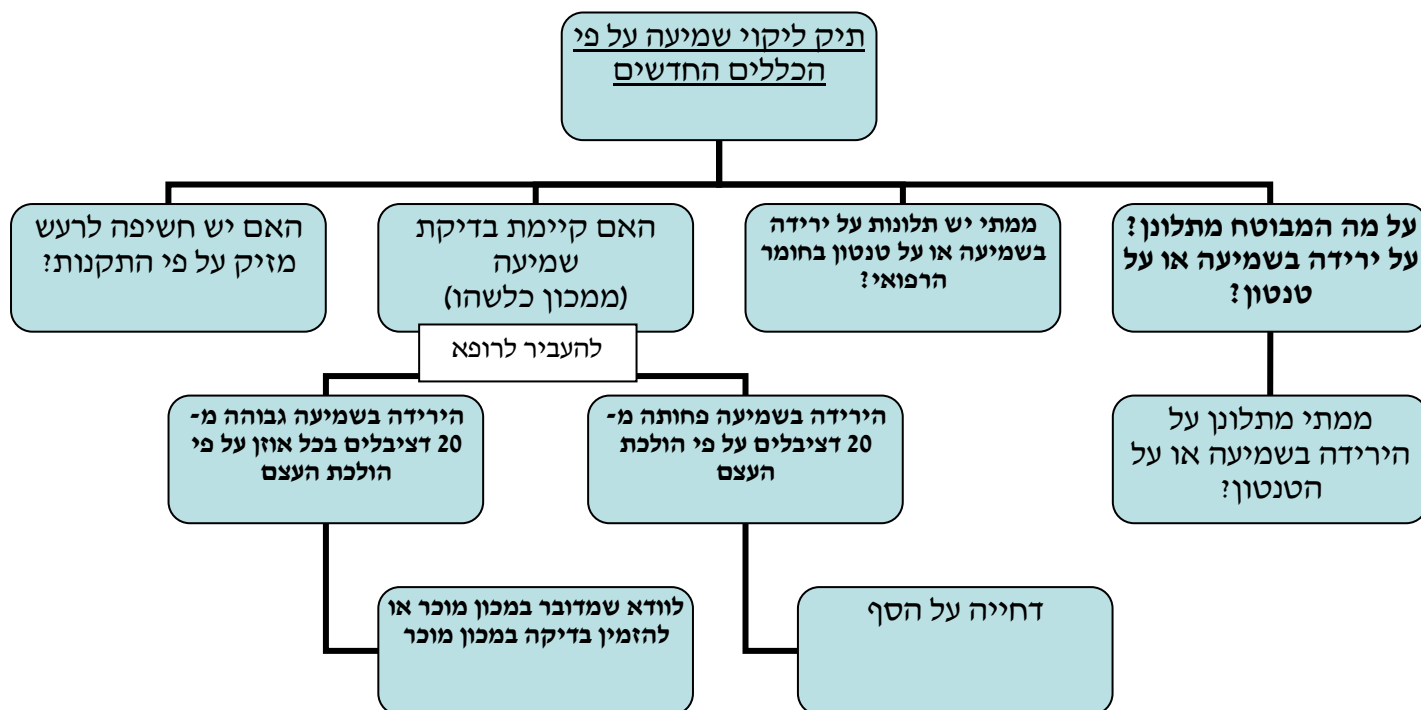


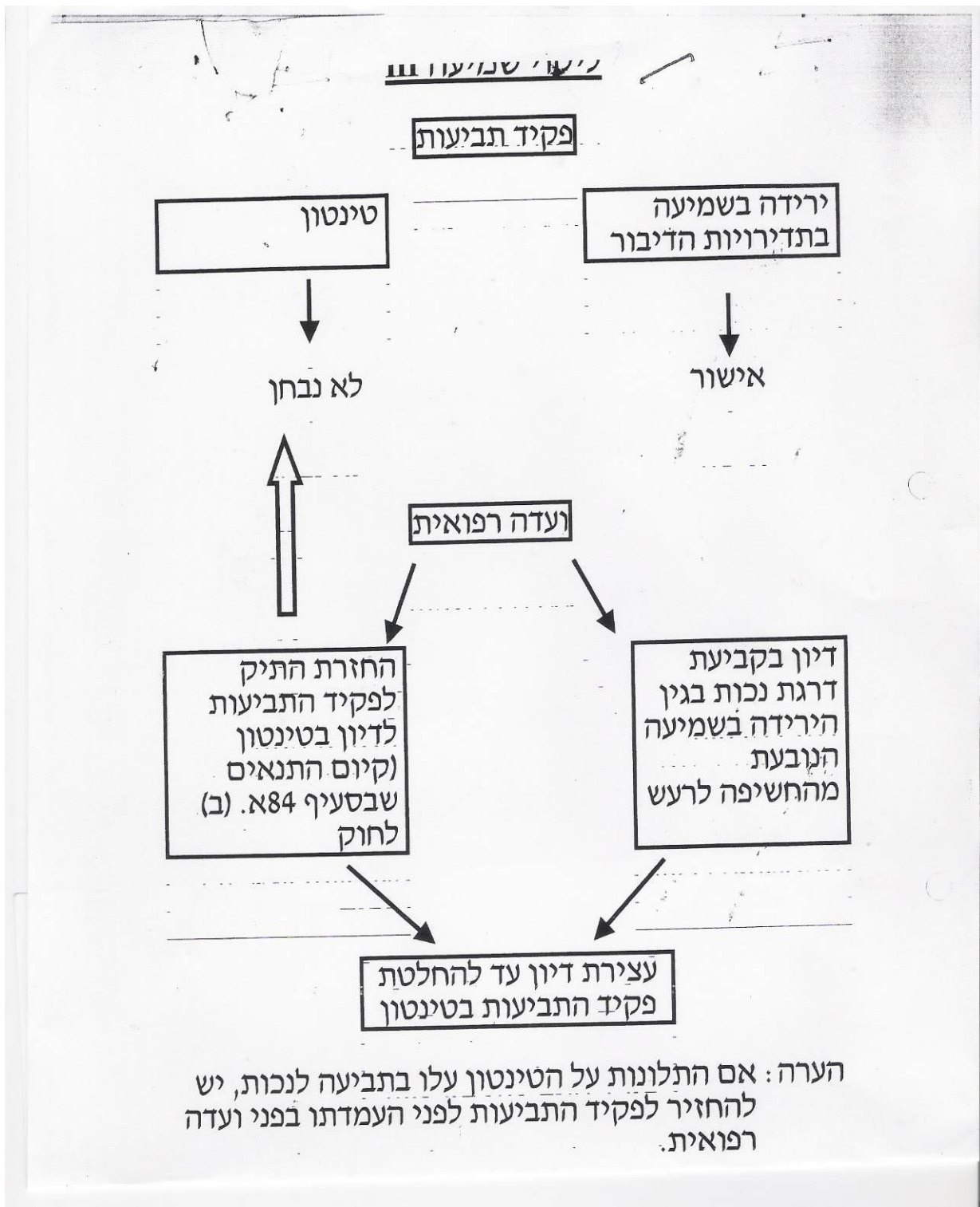
FIGURE 6. Proposed decision tree for clinical investigation of occupational asthma.



תרשים זרימה לליקוי שמיעה לפי הקריטריונים החדשים



**תלונה על טנטון בשלב הוועדות:**







## 9.7 טפסים

(את רוב הטפסים ניתן להוריד מאתר הלשכה)

### 9.7.1 גיליון רפואי



המוסד לביטוח לאומי  
ביטוח נפגעי עבודה  
סניף כפר סבא

### גיליון רפואי

אל : רופא המוסד, ד"ר .....

תאריך : .....

מאת : .....

#### פרטי התובע:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
יליד/ת	תאריך פגיעה	מקצוע

פיצולים:

אבקש חוות דעתך לשאלותיי:

.....  
.....  
.....  
.....

א. תביעה לתשלום דמי פגיעה (בל/211):

.....  
מועד .....

פנייה לרופא: .....

ב. תעודת חדר מיון או סיכום מחלה:

תאריך .....

תלונות .....

ממצאים .....

אבחנות: .....

חדר מיון או אשפוז II: .....



ג. תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה:

תאריך: ..... שם הרופא: .....

אבחנות: .....

.....

ד. תעודות רפואיות נוספות לנפגע בעבודה:

תאריך	שם הרופא	אבחנות	תקופת אי-הכושר	לאשר: כן / לא

פרטי התובע

ה. כרטיס כללי

שם הרופא: .....

רישום רלוונטי: .....

.....

תוצאות מעבדה: .....

.....

צילומים: .....

ו. כרטיס מקצועי

1. שם הרופא: .....

רישום רלוונטי: .....

.....

2. שם הרופא: .....

רישום רלוונטי: .....

.....

3. בית חולים: .....

ז. תיקים קודמים (כללית או נידות)

.....

.....

ח. חקירה או אחר: .....



ט. תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל/200):

התלונה	קשור/לא קשור	גרימה/החמרה/נטען

י. האם יש מקום לתשלום מקדמה? באיזה שיעור? לכמה זמן?

.....

יא. סיכום והמלצות:

.....

.....

שם הרופא: ..... חתימה: .....



9.7.2 כתב מינוי לוועדה רפואית

ועדה  
 דרג ראשון  
 עררים

כתב מינוי

  
המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נפגעי עבודה

תאריך פגיעה / מ. מקצוע

פרטי הנוגע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זכות סיב	

בהתאם לקביעת הרופא המוסמך אני מזמן את  
הרופאים הבאים:

- כרופאים פוסקים
- חברי הועדה לעררים

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

יועץ

\_\_\_\_\_

מזכיר הוועדות הרפואיות

תאריך

לדיון בתביעת הנ"ל לגמלת נכות אני ממנה:

מומחים במקצועות הבאים:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

כיועץ - מומחה בתחום:

\_\_\_\_\_

רופא מוסמך

תאריך



### 9.7.3 טופס הכנה לוועדה רפואית

אל: מזכיר הוועדות הרפואיות

#### הנדון: הכנת התיק לוועדה רפואית

שם: \_\_\_\_\_

תעודת זהות: \_\_\_\_\_

תאריך פגיעה: \_\_\_\_\_

סוג פגיעה

אבחנות

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

אבקשך להזמין את החומר הרפואי המסומן:

#### מסמכים רפואיים:

ם דו"ח חדר מיון \_\_\_\_\_

ם סכומי מחלה (פרט) \_\_\_\_\_

ם צלומי רנטגן מיום התאונה

ם צלומי רנטגן \_\_\_\_\_

ם כרטיסים רפואיים (פרט) \_\_\_\_\_

ם תוצאות בדיקות: \_\_\_\_\_

#### הפניה לבדיקות:

ם צילום רנטגן \_\_\_\_\_

ם בדיקת שמיעה \_\_\_\_\_

ם E.M.G. \_\_\_\_\_

ם בדיקות אחרות \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### ם חוות דעת:

תחום מומחיות \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### ם הרכב מיוחד לוועדה:

תיק אחד  2 תיקים  3 תיקים

עם קבלת המבוקש:

ם נא להעביר לוועדה הרפואית.

ם נא להחזיר לעיוני בצרוף התיק.

ב ב ר כ ה,                      ב נ / 3407 (8.91)

ת א ר י ך

רופא המוסד



9.7.4 בקרת תקינות ועדה

המוסד לביטוח לאומי

תביעות נפגעי עבודה

סניף

בדיקת תקינות וסבירות החלטת הוועדה הרפואית

ועדה מדרג ראשון  ועדה לעררים

תאריך הוועדה

שם הנפגע: \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_ תאריך הפגיעה

הסבר כאשר התשובה שלילית	לא	כן	הנושא	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	התאמה בין הממצאים למסקנות	1
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	התאמה בין המסקנות לדרגת הנכות	2
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	התאמה בין סעיפי המבחנים לדרגת הנכות	3
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	התייחסות לקשר סיבתי	4
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ניכוי מצב קודם	5
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	התייחסות והנמקה לתקנה 16/15	6
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אם מדובר בוועדה לעררים - האם קיימת התייחסות לכל נימוקי הערעור	7
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם החלטת הוועדה תקינה? אם לא, פרט את נימוקיך להגשת ערר על החלטת הוועדה	8
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם יש ליזום דיון מחודש לפי תקנה 37? אם כן, מתי?	9
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם יש ליזום ערעור בפני בית הדין האזורי לעבודה	10



		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 האם אפשר למסור לידי התובע את דוח הוועדה?
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 האם יש ליזום מינוי מקבל גמלה?

הערות:

ד"ר

רופא המוסד

תאריך: \_\_\_\_\_  
חתימה: \_\_\_\_\_

בל/3413 (12.88)



## 9.7.5 הכלת התיק הרפואי

### הכלת התיק הרפואי

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון

### בקשות מהוועדות

#### ועדה מסכמת

סדר	בקשות	התקבל בתאריך	הוועדה סיימה תהליך
1			כן
2			כן
3			כן
4			כן
5			כן

#### יועצים

סדר	שם הוועדה	בקשות	התקבל בתאריך	הוועדה סיימה תהליך
1				כן
2				כן
3				כן
4				כן
5				כן

#### הערות


- נא לזמן ועדה מסכמת  
 נא לזמן ועדה מייעצת

תאריך

חתימה

שם הרופא





9.7.6 תביעה להכרה בליקוי שמיעה



המוסד לביטוח לאומי

סניף :

כתובת :

טלפון :

פקס :

תביעה להכרה בליקוי שמיעה מחשיפה לרעש

תאריך: \_\_\_\_\_ שם התובע: \_\_\_\_\_

מספר תיק: \_\_\_\_\_

חלק א: ימולא על ידי פקיד התביעות

חשוף לרעש מזיק: כן / לא תאריך התחלת החשיפה לרעש מזיק: \_\_\_\_\_

תאריך הפסקת העבודה ברעש מזיק: \_\_\_\_\_

שם המכון: \_\_\_\_\_ תאריך הבדיקה: \_\_\_\_\_

חלק ב: ימולא על ידי הרופא

<u>שמיעה</u>		העקומה מתאימה לחשיפה לרעש	סף בתדר 500	סף בתדר 1,000	סף בתדר 2000	ממוצע: לפחות 20 דציבל?	מתאים לדרישות פגיעה בשמיעה?
אוזן ימין	כן / לא					כן / לא	כן / לא
אוזן שמאל	כן / לא					כן / לא	כן / לא

<u>טנטון</u>		סף בתדר 3,000	סף בתדר 4,000	ממוצע: לפחות 25 דציבל?	מתאים לדרישות טנטון?
אוזן ימין	כן / לא			כן / לא	כן / לא
אוזן שמאל	כן / לא			כן / לא	כן / לא

אם מתאים לדרישות טנטון: האם יש רישומי פניות למומחה א"ג בגין הטנטון? אין / יש תאריכי הפניות: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**מחלות רקע רלוונטיות:**

---

---

- המלצות: 1. לאשר התביעה  
2. לדחות התביעה 3. להעביר למומחה אא"ג  
4. דרוש חומר נוסף. פרט:

---

חתימה: \_\_\_\_\_



## 9.7.7 תביעה לדמי תאונה

### המוסד לביטוח לאומי נפגעי עבודה סניף כפר סבא

לכבוד \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_  
מס' תיק \_\_\_\_\_

א.ג.נ.

#### הנדון : תביעתך לדמי תאונה

כדי להבטיח טיפול מהיר בתביעתך, אבקשך למלא את השאלון המצוייב על כל פרטיו ולהשיבו אלינו בתוך 21 יום מתאריך קבלת מכתבנו זה. אי-מילוי כל פרטיו יעכב את הטיפול בתביעתך.

1. ציין מועדי שחרור מאשפוז : \_\_\_\_\_
2. שוחררת מאשפוז עם :
  - א. קביים
  - ב. מקל הליכה
  - ג. כיסא גלגלים
3. קיבלת הדרכה לשימוש בקביים מ \_\_\_\_\_
4. ציין היכן עברת טיפולי פיזיותרפיה לשיפור הניידות : \_\_\_\_\_
5. ציין איך התבצעה היציאה מהבית לביקורות הרפואיות :
  - א. בכוחות עצמי ללא עזרה
  - ב. עם מלווה
  - ג. בכיסא גלגלים
  - ד. בעזרת קביים או מקל הליכה
6. עד מתי הלכת עם איסור דריכה על הרגל? \_\_\_\_\_
7. עד מתי הלכת עם דריכה חלקית? \_\_\_\_\_
8. מתי התחלת בדריכה מלאה? \_\_\_\_\_

בכבוד רב,  
פקיד תביעות  
נפגעי עבודה



9.7.8 טופס הכנה לתקנה 36

נכות כוללת	תקנה	סעיפים	תאריך	
				וע"ר 1
				וע"ר 2

גובה נכות מומלצת	המלצה	שם	תאריך	
				רופא מוסמך
				רופא מקצועי

עדיין עובד?  
תאריך הפסקת עבודה :  
בדיקות עזר :  
סיכום והמלצות :

\_\_\_\_\_ חתימה :

\_\_\_\_\_ שם הרופא :



9.7.9 תקנה 37



המוסד לביטוח לאומי – המחלקה הרפואית

סניף:  
כתובת:  
טלפון:

תאריך: \_\_\_\_\_

מס' תיק: \_\_\_\_\_

שם הנפגע: \_\_\_\_\_

תאריך הפגיעה: \_\_\_\_\_

אל: מזכיר הוועדות הרפואיות בסניף/פקיד תביעות

**הנדון: בקשה לדיון מחודש – תקנה 37 לתקנות הביטוח הלאומי בדבר קביעת דרגת נכות  
לנפגעי עבודה / פעולות איבה**

בתוקף סמכותי לפי התקנה שבנדון, ובהיותי רופא מוסמך כאמור בתקנה 1 לתקנות הביטוח  
הלאומי בדבר קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה, הריני מבקש להעמיד את מר/גב' \_\_\_\_\_  
בפני ועדה רפואית לשם קביעה מחדש של דרגת הנכות.  
עיינתי בדוח הוועדה הרפואית / לעררים מיום \_\_\_\_\_ שקבעה לאחרונה את דרגת הנכות  
בשיעור של \_\_\_\_\_% ולדעתי נכותו כיום שונה מזו שנקבעה מסיבות אלה:

---

---

---

---

בכבוד רב,

ד"ר \_\_\_\_\_  
רופא מוסמך

העתק: לנפגע/ת



9.7.10 רשימת יועצים חלקית

*בנה לצמק רשימת יועצים חלקית  
( הרשימה המלאה נמצאת ב"רפא" )*

<i>תת-מקצוע</i>	<i>מקצוע</i>	<i>טלפון 2</i>	<i>טלפון 1</i>	<i>ט</i>



9.7.11 טופס עזר לקצבה מיוחדת

הפרשות	אכילה	רחצה	הלבשה	ניידות	רמת תפקוד
1. סיוע באחד מאלה : ניידות, הלבשה, ניגוב 2. בריחות שתן או צואה ועזרה בהחלפה או ניקוי 3. הרטבת לילה קבועה	זקוק לעזרה בחימום והגשה, אם לא מזכירים לו אינו אוכל, זקוק לדרבון, זקוק להשגחה בזמן חימום מזון והגשתו	1. זקוק לסיוע בגילוח, חפיפה, רחיצת כפות רגליים 2. עזרה בהכנת תנאי רחצה, כניסה לאמבטיה, נוכחות, הדרכה, דרבון	1. זקוק להשגחה ללא עזרה פעילה 2. זקוק לדרבון 3. זקוק לעזרה בנעילת נעליים, גריבת גרביים, כפתור, שריכה, מכשירים אורתופדיים	1. זקוק לעזרת הזולת בהליכה או בקימה 2. זקוק להשגחה בזמן הניידות 3. משתמש בכיסא גלגלים בעצמו	מוגבל (סיוע קל)
1. עזרה בשניים משלושת המרכיבים הבאים : ניידות, הלבשה, ניגוב 2. אי שליטה על סוגר אחד ותלוי לחלוטין בעזרת הזולת	זקוק לעזרה באכילה או בשתייה (באחד מהם)	זקוק לעזרה פעילה ברחצת הגוף, סיבון ושטיפה	עזרה בהלבשת פלג גוף עליון או תחתון	רתוק לכיסא גלגלים וזקוק לעזרה בהעברה מכיסא למיטה, לכיסא רגיל, למכונית	מוגבל מאוד (עזרה רבה)
אינו שולט על שני הסוגרים ותלוי לחלוטין בעזרת הזולת	עזרה באכילה ושתייה (בשניהם)	עזרה מלאה ברחצה כולל פנים וגוף	עזרה בהלבשת פלג גוף עליון או תחתון	רתוק למיטה ולא מסוגל לרדת ממנה ולעשות צעדים אחדים	תלוי בזולת
אינו שולט על שני הסוגרים ותלוי לחלוטין בעזרת הזולת	עזרה באכילה ושתייה (בשניהם)	עזרה מלאה ברחצה כולל פנים וגוף	עזרה מלאה בהלבשת פלג גוף עליון או תחתון	רתוק לחלוטין למיטה	סיעודי

9.7.12 פנייה לרופא משפחה לעניין קצבה מיוחדת



המוסד לביטוח לאומי  
מחלקת שיקום  
סניף כפר סבא  
09-7479830

לכבוד  
רופא משפחה

דר"ר נכבד,

מר/גב' \_\_\_\_\_ מוכר/ת במוסדנו כנפגעת/ת עבודה. נקבעו % \_\_\_\_\_ אחוזי נכות רפואית. לצורך בדיקת בקשת/וה לזכאות לקצבה מיוחדת – על פי סעיף 112 לחוק ביטוח לאומי, אנו מבקשים כי תמלא את המגבלות והצורך בסיוע בפעולות היומיום כמפורט בסעיפים בהמשך הטופס.

נודה לך על מתן מידע לגבי :

- מצבו הרפואי העדכני
- אשפוזים בשלוש השנים האחרונות
- מקום מעקב רפואי מקצועי

נודה לך על מילוי הטבלה הבאה, ואפשר לצרף גם פלט מחשב.

רשימת אבחנות	טיפולים כיום	סיבוכים כיום

1. ניידות :

- א.  מוגבל בהליכה : נייד בעזרת מכשיר, הליכון, פרוטזה וכו'
- ב.  לא יכול להתנועע לבד בתוך הבית
- ג.  מרותק לכיסא גלגלים לחלוטין
- ד.  זקוק לכיסא גלגלים רק מחוץ לבית
- ה.  זקוק לכיסא גלגלים רק בתוך הבית
- ו.  זקוק להסעות שלא בתחבורה ציבורית במידה רבה
- ז.  זקוק בקביעות להסעות שלא בתחבורה ציבורית

2. הלבשה :

- ח.  זקוק לסיוע קל (נעליים, גרביים, שריכה, הרכבת מכשירים אורתופדיים);
- ט.  זקוק לסיוע בהכנת הבגדים
- י.  זקוק לעזרה רבה בהלבשה
- יא.  אינו מסוגל להתלבש לבד





3. רחצה :

- א.  זקוק לעזרה קלה ברחצה (בגילוח או בחפיפת ראש)
- ב.  זקוק לדרבון בחדר הרחצה
- ג.  זקוק לעזרה בהכנת חדר הרחצה
- ד.  זקוק לעזרה רבה ברחצה
- ה.  אינו מסוגל להתרחץ לבד

4. אכילה :

- א.  זקוק לסיוע בהכנת האוכל, חיתוכו והגשתו
- ב.  אינו מסוגל לחמם לעצמו אוכל
- ג.  אם לא מזכירים לו, הוא אינו אוכל; האם הביצועים מותנים?
- ד.  אינו מסוגל לאכול לבד

5. שליטה בסוגרים :

- א.  שולט חלקית על הסוגרים : דרכי שתן / יציאות
- ב.  אינו שולט על הסוגרים כלל
- ג.  צנתורים עצמיים
- ד.  דליפות בין הצנתורים

6. השגחה :

- א.  נזקק להשגחה בחלק משעות היום
- ב.  נזקק לליווי רק מחוץ לביתו
- ג.  זקוק להשגחה ברוב שעות היום

7. סיעודי :

- מרותק למיטה
- זקוק לסיעוד מלא ברחצה/הלבשה/האכלה וכ"י
- זקוק במשך כל שעות היום להשגחה מלאה ולעזרה בתפקודים יומיומיים
- מעסיק בפועל כוח עזר סיעודי אישי

מידע זה חשוב לצורך טיפול בתביעה.

בתודה מראש

---

מנהלת תחום בכיר שיקום

רופא המוסד



9.7.13 טופס הודעה על פי סעיף 12 לפקודת התעבורה (נוסח חדש)

סניף :  
כתובת :  
טלפון :  
פקס :



תאריך \_\_\_\_\_

שנה חודש יום

אל : המכון הרפואי לבריאות בדרכים (הרשות הרפואית)  
רח' הארבעה 14  
תל-אביב 61202

בהתאם להוראות סעיף 12 לפקודת התעבורה הריני להודיעכם כי :

שם תעודת זהות כתובת

נבדק/ה על ידי במסגרת הוועדות הרפואיות שליד המוסד לביטוח לאומי בעת מילוי תפקידי  
כ:

- חבר ועדה רפואית לעררים
- פוסק רפואי
- יועץ לוועדה
- רופא מוסמך
- נותן חוות דעת

אבחנתי אצלו/ה \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

לידיעתכם.

שם מספר רישיון מומחיות חותמת חתימה



## 10. פסקי דין, מקורות ואינדקס

### 10.1 פסקי דין

# "בניין" הזכויות והביקורת השיפוטית



באתר הלשכה המשפטית מופיעים פסקי דין עקרוניים, המלווים בדברי הסבר של היועצת המשפטית. אפשר להיכנס לאתר דרך פורטל המוסד באינטראנט באופן הבא:

- בוחרים "מסמכים לפי מנהלים"
- בוחרים ביחידה באתר המנהלה - אגף הלשכה המשפטית
- לוחצים על + באגף הלשכה המשפטית
- לוחצים על "הלכות"
- בוחרים את הנושא שמעוניינים לקרוא עליו



### 10.1.1 פסק דין יוסף עובדיה (עב"ל 338/96) - מיקרוטראומה

בעב"ל 338/96 חזר בית הדין על הקביעה שהשימוש במונח מיקרוטראומה אינו יכול להפוך כבמטה קסם מאמצים לסדרת פגיעות זעירות חוזרות ונשנות אין ספור פעמים. עוד הוסיף בית הדין:

...לא הוכחה התשתית העובדתית הדרושה ליישום תורת המיקרוטראומה. לא הוכחו תנועות זהות וחוזרות לא מבחינת התנועה עצמה ולא מבחינת המשקל. כמו כן התנועות לא היו תדירות אלא מפעם לפעם במשך היום. דרישות התדירות, הזהות והדרישה לתנועות חוזרות ונשנות עשויות להראות כדרישות המחמירות עם המבוטח. אולם הסיבה לקיומן היא קושי ובעייתיות להפריד בין הגורמים היומיומיים להתפתחות מחלת הגב לבין הגורמים בעבודה. קושי זה הוסבר בחוות דעת של יועץ מומחה רפואי, שצוטט בפסק דין רבוס, כדלקמן:

"...אין ספק שכל מחלה ניוונית מושפעת מאירועים זעירים, יום-יומיים אך מדוע רק האירועים בעבודה נלקחים בחשבון - כאשר אירועים מחוץ לעבודה, משמשים גורמי החמרה בהרבה מקרים, ועליה או ירידה במדרגות, ריקודים או ספורט, או עבודות בית - לעולם אינם מוזכרים. נקודה נוספת לדיון היא העובדה שאנשים, אשר מעולם לא עסקו בסבלות - חשים בבעיות דיסקאליות - לא פחות מעובדי עבודה פיזית קשה" (פד"ע לו 213, 237-238)

### 10.1.2 פסק דין אלי שבח (עב"ל 1012/00) – הוכחת תשתית עובדתית למיקרוטראומה

בעב"ל 1012/00 דן בית הדין בהוכחת תשתית עובדתית למיקרוטראומה והגיע למסקנה שבמקרה הנדון לא הוכחה תשתית כזאת. רצ"ב פסק הדין:

בית הדין הארצי לעבודה בירושלים

עב"ל 1012/00

בפני: סגנית הנשיא אלישבע ברק,

השופט י' פליטמן,

השופט רמי כהן,

נציג עובדים מנחם לוין, נציג מעבידים דניאל וקס

המערער: אלי שבח

נגד

המשיב: המוסד לביטוח לאומי

בשם המערער: עו"ד אמנון סבח

בשם המשיב: עו"ד איתן ליברמן



## פסק-דין

### השופט יגאל פליטמן

1. לפנינו ערעור פסק דינו של בית הדין האזורי בתל אביב (סגנית השופטת הראשית ע' פוגל; ב"ל 717/97), לפיו נדחתה תביעת המערער לפסק דין הצהרתי, כי הפגיעה שארעה לו בכתף ביד ימין הינה בגדר פגיעה בעבודה על פי תורת המיקרוטראומה.

2. בפסק הדין נקבעו העובדות הבאות:

"טענות התובע כעולה מתצהירו הן:

א. התובע התחיל לעבוד מגיל צעיר, כבן 13, במסגרות בנין ובגיל 15 עבד בעבודות מכונאות במוסך 'מובילים' בחולון עד לגיוסו לצה"ל ב-1959.

ב. מתחילת שירותו בצה"ל שמש כמכונאי דיזלים לגוררי טנקים, לאחר מכן התמנה כמנהל מחלקת הדיזלים בבסיס התובלה בו שירת.

ג. לאחר שחרורו מצה"ל עבד תקופה מסויימת במוסך אבי בחולון וב-7/64 פתח מוסך בחצר ביתו ומ-7/65 פתח את המוסך בא.ת. חולון.

ד. העבודה במוסך היתה עבודה פיזית קשה, הכרוכה במכונאות כבדה של משאיות הכוללת הרמת משאות כבדים, כגון: מנועים, גירים, בק-אקס, גלגלים קפיצים, חלקי חילוף וכלי עבודה כבדים, שבוצעה במשך שנים רבות באופן ידני ודרשה מאמץ פיזי מתמיד ורב.

ה. לצורך הוצאת/הכנסת מנוע או גיר או בק-אקס או קפיצים היה התובע נעזר במנוף שרשראות על 'חמור' ובאמצעות השרשרת היה מרים את חלקי הרכב עד להוצאתם או הכנסתם תוך דחיפה למקומם ויישורם. משקל המנוע היה בקירוב 1.2 - 1 טון, משקל גיר כ-300 ק"ג.

התובע עסק בעבודות אלה מידי יום ביומו.

כמו כן, היה מפרק גלגלים של משאיות במשקל של 200 - 100 ק"ג וכאן היה נזקק למשיכתם ודחיפתם באמצעות ידיו תוך היעזרות בגבו. כמו כן, היה מפרק אקס וגורר אותו במצב שכיבה מתחת לרכב במשקל כ-40 ק"ג.

במסגרות בנין מתכת עבד כשנתיים ותפקידו היה להעמיס, ולהרכיב ולפרק קונסטרוקציות מתכת באופן ידני במשקל של עשרות ק"ג.

ו. בסמוך לשנת 1982, התחיל התובע בטיפול בקופ"ח נגד כאבים שתקפו אותו בכתף ימין עוד קודם לכן. את הכאבים היה משכך בכדורים ובזריקות הרגעה וממשיך לעבוד.

ז. כאשר מצב הכתף שלו הלך והחמיר והזריקות לא עזרו יותר, נאלץ להפסיק את עבודתו



במוסך ב-93' והמוסך הושכר לאחר.

3. התובע הביא לעדות את חברו לעבודה אלי משה.

בעמ' 3 לפרוטוקול הישיבה מיום 28.9.98, בש' 14 אומר העד :

"ציוד העבודה היה כבד.

צריך להתכופף הרבה וצריך למשוך הרבה. צריך להרים, לגרור, לדחוף, לגלגל. כל הפעולות. עלות למעלה ולקפוץ למטה. זה מגוון של פעולות. הרבה מאוד פעולות זה להתכופף למנוע ולהתרומם. ההתכופפות נעשית עם משקל ביד. עם ידיים פשוטות קדימה.

זה הרבה מאוד מהעבודה. גם סגירת ברגים היא עבודה קשה שנעשית על ידי משיכה. מושכים, מרימים עם משקל, ושוכבים ומרימים, דוחפים, כל הגוף עובד בעצם".

3. מסקנתו של בית הדין האזורי היתה :

"מעדות התובע בתצהירו וכן מעדות העד שהובא מטעמו עולה, כי התובע לא עשה תנועות חוזרות ונשנות, אלא תנועות שונות ומגוונות המפעילות את כל חלקי הגוף.

לא הוכח איפוא כי לתובע נגרמו אירועים זעירים, אשר פעלו על אותו חלק בגוף, וגרמו נזקים זעירים שבהצטברם הביאו למחלת התובע.

לפיכך - אני דוחה את התביעה."

4. המערער ערער על פסק הדין. עיקר טיעונו היה, כי גם אם עבודתו היתה מגוונת הרי שהיא חזרה על עצמה מעת לעת ובכך הונחה תשתית עובדתית מספקת למינוי מומחה יועץ רפואי, שצריך שישב לשאלה הרפואית בדבר פועלן של אותן פעולות שבצע במהלך עבודתו על אותם החלקים בגוף שנפגעו אצלו.

5. תמצית תשובת המשיב שנטען היתה, כי לא הונחה תשתית עובדתית מספקת למינוי מומחה רפואי כנפסק על ידי בית הדין האזורי, משלא הוכח רצף של תנועות חוזרות ונשנות שביצע המערער בעבודתו. לו נפסק אחרת משמעות הדברים היתה, שבכל מקרה של עבודה יומיומית החוזרת על עצמה - היה מקום למינוי מומחה יועץ רפואי.

6. אשר לדעתנו -

פסק דינו של בית הדין האזורי ראוי להתאשר מטעמיו על פי תקנה 108(ב) לתקנות בית הדין לעבודה (סדרי דין התשנ"ב-1991). נכונים ממצאיו העובדתיים לגבי מגוון התנועות שביצע המערער בעבודתו "כמוסכניק" ונכונה מסקנתו המשפטית המשתמעת מכך, בדבר העדר תשתית עובדתית מוכחת לרצף של תנועות חוזרות ונשנות זהות או דומות במהותן, לביסוסה של התביעה על פי תורת



המיקרוטראומה.

יחד עם זאת, לא נצא ידי חובת הנמקת הדין מבלי להעיר מספר הערות.

א. תנאי להכרה בפגיעה בעבודה מקרוטראומטית הינו, קיומן של פגיעות זעירות שכל אחת מהן הסבה נזק זעיר בלתי הדיר, עד שהצטברות הנזקים הזעירים הללו זה על גבי זה הביאה בסיכומם הכולל לנזק הממשי הפוגע בכושר העבודה של המבוטח. הדוגמא המובאת בדרך כלל להמחשת אופן קרות הנזק כאמור הינה של טיפות מים המחוררות, במשך הזמן, חור באבן עליה הן ניתכות. (עב"ל 317/97 המוסד לביטוח לאומי - יניב, פד"ע לה 523, 533).

ב. יסודותיה של הפגיעה הזעירה המרכיבה את המקרוטראומה, כשמדובר בפגיעה בכתף וביד ימין כבמקרה שלפנינו, בדומה ליסודותיה של התאונה בעבודה; הינם שניים, דהיינו - הארוע החיצוני של תנועה חוזרת ונשנית המתבצעת עקב העבודה, והנזק הזעיר והבלתי הדיר הנגרם בעטייה של כל תנועה שכזאת.

ג. לאור האמור יש לאבחן בין פעילות חוזרת על עצמה הכוללת מספר רב של תנועות לבין התנועות המרכיבות אותה.

ד. עבודתו של המערער במוסד הייתה על פי טיבה כרוכה בפעולות חוזרות של החלפה ותיקון "מנועים גירים בק-אקס, גלגלים קפיצים וחלקי חילוף אחרים", בקיצור, כל ענין מיכני שבעל משאית ניגש בגינו למוסד לתיקון.

אולם כל פעולה שכזאת היתה מורכבת מתנועות מגוונות, שכללו: הליכה, עמידה, ישיבה, התכופפות, הרמת משאות, הברגה וכו', כאשר כלל תנועות אלה בוצעו על פי סדר משתנה בהתאם לצורכי העבודה.

ה. משאלה הן העובדות, אין לומר כי עבודת המערער חייבה ביצוע רציף של תנועה חוזרת ונשנית זהה או דומה במהותה אחת לרעותה במהלך יום עבודתו; לפיכך, בדין נדחתה התביעה, ולא היה מקום למינוי מומחה יועץ רפואי משלא הונחה תשתית עובדתית להוכחת מיקרוטראומה.

ו. אילו היה נפסק אחרת, משמעות אותה פסיקה הייתה - לא הרחבת תורת המיקרוטראומה מעבר לגדריה כיום, אלא ביטולה למעשה של אותה התורה; באשר כל אדם עובד, שעבודתו על-פי טיבה אינה כרוכה במעגלי פעולות חוזרות על עצמן, יטען שיש מקום למנוי מומחה רפואי שידון בשאלת הקשר הסיבתי בין העבודה ללקוי. שינוי בהלכה שכזה חייב שיעשה בדרך של שינוי בחקיקה, ולא אחת הומלץ על ידנו להמיר את שיטת הרשימה הסגורה של מחלות המקצוע שהורחבה דרך הפיקציה המשפטית של המיקרוטראומה, בשיטת "הגדרת הסיכון"; לפיה - על המבוטח להוכיח, כי המחלה שבה לקה פקדה אותו עקב סיכון אשר לו היה חשוף בשל המיוחדות שבעבודתו. (ד"ר קובובי - רמ"ח ושס"ה סוגיות בתאונות עבודה, מהדורה I עמ' 72).

7. סוף דבר - דין הערער להידחות ללא צו להוצאות.

ניתנה היום, י"ט אב תשס"ב (28.7.2002), בהעדר הצדדים.



פסקי דין נוספים לעניין קיום תנאי מיקרוטראומה ראו :

- עב"ל 275/03 אהובה שמאי נ' המוסד
- עב"ל 175/03 רחל סוויסה נ' המוסד
- עב"ל 215/03 המוסד נ' משה קריידלר

### 10.1.3 בג"צ כנפי – פתיחת תיק לפי תקנה 36 אחרי היוון

פסק דין כנפי עוסק בפתיחת תיק על פי תקנה 36 (החמרת מצב) לאחר שבוצע בתיק היוון מלא של הגמלה. להלן תקציר פסק הדין :

כנפי היה נכה וחולה סוכרת וכיהן כשופט בבית הדין לעבודה. הוא הוכר כנפגע בעבודה, ונכותו נקבעה ל-20% נכות לצמיתות. לפי בקשתו קיבל כנפי היוון מלא של קצבתו, ובכך למעשה ויתר על זכותו לקבוע קצבה גבוהה יותר אם תחול החמרה במצבו. ואולם, מצב בריאותו של כנפי הידרדר, ולאחר זמן מה נקטעו שתי רגליו מעל לברך עקב סיבוכי הסוכרת. כנפי פנה למוסד לביטוח לאומי וביקש קצבה נוספת בגין ההחמרה במצב בריאותו על פי תקנה 36. המוסד סירב, וכנפי הגיש תביעה לבית הדין האזורי לעבודה. בית הדין דחה את תביעתו, והוא ערער לבית הדין הארצי, אך גם כאן נדחתה תביעתו. לבסוף עתר כנפי לבג"ץ בעילה שלא הובהר לו החוק לעניין מהות ההיוון.

כנפי טען שהייתה טעות יסודית מאוד של שני הצדדים, וזאת לפי סעיף 14ב לחוק החוזים, מאחר שלא הייתה ידיעה של הצד השני. כנפי ביקש לבטל את הסכמתו, שהיא דמוית חוזה, ולהמשיך לקבל מענק חודשי. כבי' השופטת בן-פורת קבעה שבית המשפט, בנסיבות מסוימות ונדירות של טעות יסודית, יכול לבטל את החוזה. עוד קבעה השופטת בן-פורת שהמוסד לא ידע ולא היה צריך לדעת על טעותו של כנפי בדבר האפשרות לחזור או לא לחזור בשביל קצבתו, על כן דין החוזה להתבטל. אין פיצויים אך יש השבה הדדית בגין ביטול בשל טעות. כמו כן, בג"ץ קבע שבמקרה זה החמרת המצב הייתה חמורה במידה לא רגילה, ולפיכך מן הצדק שהמוסד יאשר פתיחת התיק על פי תקנה 36 במקרה חריג וייחודי זה.

יצוין שאילו נדרשה המלצת רופא המוסד בעת ההיוון, הוא היה ממליץ שלא לאשר היוון מלא, מאחר שמצבו של התובע עלול להחמיר בעתיד.

לפסק הדין המלא ראו : [www.nevo.co.il/Psika\\_word/elyon/PADI-NX-1-469-L.doc](http://www.nevo.co.il/Psika_word/elyon/PADI-NX-1-469-L.doc)





#### 10.1.4 אירוע לבבי – אירוע חריג וקשר סיבתי

##### א. פסק דין פרץ מקסים (עבל 248/98) - אירוע לבבי והוכחת אירוע חריג בעבודה

עבל 248/98	בית הדין הארצי לעבודה
ה מ ע ר	פרץ מקסים
ה מ ש י ב	המוסד לביטוח לאומי

לפני: השופט ע' רבינוביץ, השופט י' פליטמן, השופטת נ' ארד,  
נציג עובדים מ' גני, נציג מעבידים ד' טמיר

בשם המערער - עו"ד אילן חלבגה  
בשם המשיב - עו"ד רועי קרת

#### פ ס ק - ד י ן

#### השופט ע' רבינוביץ

1. המערער עבד כמנהל משק בית ב"מצודת זאב" - סניף ראשי של תנועת "הליכוד".
2. בתאריך 30.10.1993 אושפז המערער בבית החולים "וולפסון" (להלן - בית החולים) ואובחן כסובל מאוטם שריר הלב (להלן - האוטם).
3. התביעה, שהגיש המערער למוסד לביטוח הלאומי (להלן - המוסד) להכיר באוטם כתאונה בעבודה, נדחתה, בין השאר, בנימוק, שהמערער לא הוכיח קיומו של אירוע "תאונתי" בעבודה, וכי מאמץ ומתח מתמשכים אינם בבחינת אירוע תאונתי.
4. בתביעה, שהגיש המערער לבית הדין האזורי בתל אביב, טען המערער, כי חמישה ימים לפני אשפוזו במהלך עבודתו פרץ ויכוח קשה בינו ובין הממונה עליו, מר מני בן חיים, על רקע פיטוריו של עוזרו של המערער במשך שש שנים, מר אבי מופרדי.
- לדברי המערער, חש באותו מעמד חולשה, סחרחורת ולחץ בחזה שהקרין ליד ימין, אותם יחס לעייפות כתוצאה מהעבודה הקשה באותה תקופה, שנבעה מקיום ה"פריימריס" בליכוד. המערער לא פנה לרופא בעקבות תחושות אלה, אלא המשיך בעבודתו.
- בתאריך 30.10.1993 בלילה חש המערער במצוקה נשימתית והופנה לבית החולים, שם אובחן אצלו, כאמור, האוטם.
5. בית הדין האזורי בתל אביב (תב"ע נו-889/0; השופטת סמט כדן יחיד) דחה את תביעת המערער מן הנימוקים הבאים:



- א. לא הונחה תשתית עובדתית ראייתית לקיומו של "אירוע חריג" בעבודה במועד הנטען. האירוע הנטען לא בא זכרו במסמכי בית החולים, בטופס הפגיעה בעבודה או בהודעתו של המערער בפני חוקר המוסד.
- ב. מחומר הראיות, כולל דבריו של המערער עצמו, הסתבר, כי המערער היה נתון בעבודה מאומצת ומתוחה תקופה ממושכת כתוצאה מתהליך הבחירות ב"ליכוד".
- ג. חלף פרק זמן של חמישה ימים בין האירוע הנטען להופעת האוטם, נתון השולל את הקשר הסיבתי.
6. בערעור, שהגיש המערער על פסק דינו של בית הדין האזורי, טען בתמצית את הטענות הבאות:
- א. חומר הראיות, הכולל את עדויות המערער, הממונה עליו, מר מני בן חיים ואשת המערער מצביע על תשתית ראייתית לקיומו של "אירוע חריג".
- ב. אין לייחס חשיבות יתירה להעדרו של האירוע הנטען מהחומר הרפואי ומהודעת המערער לחוקר המוסד. המערער אינו אחראי לרישומים הרפואיים בבית החולים, וחקירת המערער על ידי חוקר המוסד נעשתה במגמה להכשיל את המערער ולהטעות אותו.
- ג. חלוף פרק זמן של חמישה ימים מקרות האירוע ועד להופעת האוטם, אינו מנתק קשר סיבתי אפשרי ביניהם.
7. המוסד תמך בפסק דינו של בית הדין האזורי מטעמיו.
8. א. אנו סוברים, שדין ערעור המערער להידחות, בעיקר מטעמיו של בית הדין האזורי.
- מן המפורסמות הוא, שבית הדין מייחס משקל רב להתבטאויותיו של תובע בסמוך לאחר האירוע הנטען, מועד שניתן להניח, כי האיש מסיח לפי תומו. בית הדין יעדיפו, בדרך כלל, על פני התבטאויות מאוחרות יותר של תובע בעת הגשת התביעה לבית הדין.
- ב. במקרה הנוכחי לא מצא המערער לנכון להזכיר אירוע כה טראומטי, כטענתו, לא באנמזה שנגבתה ממנו בבית החולים, לא בטופס תביעתו שלו למוסד ואף לא בהודעתו לחוקר המוסד. מנתונים אלה לא ניתן להתעלם.
- ג. יתר על כן, המערער יחס את האוטם ללחץ מצטבר בעבודה (נ1 - תביעת המערער למוסד) בעיקר בתקופה של "ביבי" - מיולי 1993 ועד 30.10.1993 (נ2 - הודעת המערער לחוקר המוסד), כשהוא משיב בשלילה לשאלה: "האם במהלך השבוע שקדם ל-30.10.1993 הייתה לך איזו שהיא התרגזות חריפה חזקה בעבודה" (נ2).
- נתונים אלה מדברים בעד עצמם.



ד. נוסף לכל אלה, שהמערער אמר הן בבית החולים והן לחוקר המוסד, כי הלחץ בחזה הופיע אצלו לראשונה שבוע ימים לפני הופעת האוטם, ולא חמישה ימים לפניו, כפי שנטען מאוחר יותר, ובזמן נהיגה ולא בזמן ויכות, כפי שטען מאוחר יותר.

9. סוף דבר - חומר הראיות מצביע על קיומם של מתח ומאמץ מתמשכים, בהם היה נתון המערער זמן ממושך, ואין בסיס ראייתי לאירוע החרג הנטען.

10. הערעור נדחה ללא צו להוצאות.

ניתן היום, י' בתמוז התש"ס (13.7.2000).

נ' ארד, שופטת	י' פליטמן, שופט	ע' רבינוביץ, שופט
ד' טמיר, נציג מעבידים	ג' מרדכי, נציג עובדים	

ב. פסק דין עב"ל 210/97 - גורמי סיכון ועיתוי הופעת האירוע (לבבי או מוחי)

פסק דין עב"ל 210/97 קובע שגורמי הסיכון הכלליים מגבירים את הנטייה לפתח דימום מוחי, אך מועד הופעת הדימום קשור לאירוע חריג בעבודה. במקרה זה הקביעה הרפואית היא שאלמלא הסטרס, לא היה מתרחש הדימום באותו היום. המסקנה המשפטית, להבדיל מהמסקנה הרפואית, היא שהשפעת העבודה לא הייתה פחותה בהרבה מהשפעת גורמים אחרים, ודין התביעה להכיר בקשר שבין הסיבה לתוצאה.



### 10.1.5 פסק דין רמי אמירי - נזקי שמיעה וטנטון

להלן פסק דין עב"ל 1190/01 של בית הדין הארצי לעבודה, פסק דינו של בית הדין האזורי וחוות דעת המומחה הרפואי בעניין רמי אמירי.  
מפסקי הדין עולה שטנטון יכול להיגרם מסיבות רבות, ושאפשר לתלות את הטנטון בחבלה אקוסטית רק אם יש גם עקומת שמיעה אופיינית, דהיינו עדות לירידה בשמיעה בתדירויות הגבוהות. בהיעדר עדות לנזק באוזן הפנימית, אפשר לתלות את הטנטון בתחלואים אחרים, גם אם התובע עבד בתנאים של רעש מזיק.

בית הדין הארצי לעבודה

עבל 001190/01

לפני: הנשיא **סטיב אדלר**,  
השופט **יגאל פליטמן**,  
השופטת **נילי ארד**,  
נציגת עובדים גבי אורלי ביטי,  
נציג מעבידים מר מר מיכאל הילב

המערער: **רמי אמירי**

נגד

המשיב: **המוסד לביטוח לאומי**

בשם המערער: עו"ד **ירון בן-עזרא**  
בשם המשיב: עו"ד **רויטל בורשטיין**

פסק דין

השופט יגאל פליטמן

1. לפנינו ערעור על פסק דינו של בית הדין האזורי בחיפה (בל 112/98; השופטת עפרה ורבנר ונציגי הציבור גבי בן נון ומר צמח), בו נדחתה תביעת המערער להכיר בליקוי השמיעה ובטנטון מהם הוא סובל לטענתו, כפגיעה בעבודה.

2. בהחלטתו מיום 24.7.00 קבע בית הדין האזורי את עובדות המקרה כלהלן:

א. התובע יליד 1962, עבד כיערן ואיש אחזקה בחברה להגנת הטבע, וברמת הנדיב כ-9 שנים.

ב. עבודתו של התובע כיערן כללה עבודה עם מסורי שרשרת בגדלים ובעוצמות שונות, מרסקת גזם, חרמש מכני, טרקטור ודיסק חיתוך.

התובע העיד בפנינו כי עבד כ-6 שעות ביום על המכשירים הנ"ל שהרעש הבוקע מהם עולה על 85 דציבל, ומגיע אף ללמעלה מ-100 דציבל.

ג. בתחילת עבודתו של התובע לא סופקו לו אוזניות מגן ורק החל משנת 1995 לערך סופקו לתובע



אוזניות.

ד. התובע העיד בפנינו כי החל לסבול מבעיות בשמיעתו, כשלוש שנים לאחר תחילת עבודתו בשנת 1994 לערך.

ב"כ הנתבע הודיע לביה"ד כי הנתבע מסכים שהתובע היה חשוף לרעש מזיק במהלך עבודתו כיערן מאז שנת 1991 לערך".

3. בית הדין מינה את ד"ר מאיר כמומחה יועץ רפואי מטעמו.

בחוות דעתו קבע המומחה בהסתמך על בדיקות השמיעה השונות ובעיקר על זו המפורטת מ-30.3.98 המהימנה עליו, כי "אין מימצא פתולוגי בשמיעת התובע" ו"אין הפחתת שמיעה בתחום תדירויות הדיבור" כך "שאין מדובר במחלת מקצוע ואף לא במחלה שנגרמה בדרך של מיקרוטראומה".

באשר לטנטון ציין ד"ר מאיר, כי לתובע אין עקומת שמיעה אופינית לחבלה אקוסטית ואין פגיעה באבר השמע על כן אין מדובר בטנטון הקשור לחשיפה לרעש מזיק. ד"ר מאיר ציין, כי ניתן לראות בדלקות האוזניים החוזרות ונשנות כגורם אפשרי לטנטון.

4. בפסק דינו דחה בית הדין האזורי את התביעה בהסתמך על חוות דעת המומחה בקובעו לאמור:

"א. אין די בתשתית עובדתית המצביעה על חשיפה לרעש, יש צורך אף בקשר סיבתי בין ליקוי השמיעה של התובע לבין חשיפתו לרעש במקום עבודתו, וזאת על-מנת להכיר בלקוי השמיעה או בטנטון כפגיעה בעבודה."

ב. "כאשר חוות דעת נוקטת בלשון של יתכן או בלשון של עלול ולא בלשון חד משמעית, אין בכך כדי לקבוע קיומו של קשר סיבתי רפואי בין הפגיעה לבין העבודה."

ג. "לו היה המומחה מטעם בית הדין קובע, כי קיימת פגיעה בשמיעה ולו לפחות בתדירויות הגבוהות, היכולה להשליך לעניין קיום טנטון היה מקום להכיר בתביעה, אלא שבמקרה שלפנינו הבהיר המומחה שגם הטנטון אינו קשור לחשיפה לרעש ואין מקום לקבוע אחוזי נכות לתובע בגינו."

ד. "קביעותיו הרפואיים של המומחה שהתמנה עומדות במבחן הסבירות וההגיון ולא מצאנו כל נימוק או טעם המצדיק שלא לאמץ את חוות הדעת של המומחה".

לאור האמור נדחתה התביעה.

5. המערער ערער על פסק הדין ובדיון בקדם הערעור בקשו הצדדים על מנת לקצר את זמן ההתדיינות, להכתיב לפרוטוקול את טענותיהם שירשמו ויחשבו לסיכומים בכתב מטעמם וכי פסק הדין ינתן על ידי המותב על סמך זאת וכל חומר התיק.



6. עיקרי טיעונו של המערער היו :

א. יש לאבחן בין סיבתיות משפטית לבין סיבתיות רפואית בנסיבות המקרה על פי חזקת הסיבתיות שבסעיף 83 לחוק, יש לקבוע קשר סיבתי בין החשיפה המשמעותית לרעש לבין הטנטון ממנו אין מחלוקת, כי המערער סובל.

ב. חוות דעת המומחה בטלה או לכל הפחות בלתי מבוססת, משגם בהעדר עקומת שמיעה אופיינית לחבלה אקוסטית אפשר שתגרם פגיעה בעבודה.

7. ב"כ המוסד הסתמכה בטיעונה בעיקרו של דבר, על נימוקי פסק הדין של בית הדין האזורי ולאורם ובקשה לאורם את דחיית הערעור.

8. לדעתנו ראוי פסק דינו המפורט והמנומק כדבעי של בית הדין קמא להתאשר מטעמיו, ודין הערעור להידחות, יחד עם זאת לא נצא ידי חובת הנמקת הדין מבלי לעמוד על העניינים הבאים :

א. סעיף 83 לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה-1995 (להלן - החוק) לענין חזקת הסיבתיות ושאלת היחס, רלבנטי אך ורק לפגיעה בעבודה שהיא תאונת בעבודה ולא לפגיעה בעבודה שהיא בגדר מחלת מקצוע.

ב. על פי תקנה 46 לתקנות הביטוח הלאומי (ביטוח מפני פגיעה בעבודה) התשי"ד-1954, קיימת חזקת מחלת מקצוע כל עוד לא הוכח ההיפך, למי שחלה במחלה שנקבעה כמחלת מקצוע; ובלבד שהוא עבד בעבודה או במקצוע כמפורט בטור העבודות ותהליכי היצור שברשימת מחלות המקצוע.

ג. על פי חלק ב לרשימת מחלות המקצוע "נוק לאוזן הפנימית הנגרם על ידי חשיפה לרעש "שהביא לירידה בכושר השמיעה בתדירויות הדיבור" - יוכר כמחלת מקצוע אצל מי "שעבד עבודה ממושכת בתנאי רעש ממוצע ומשוקלל של לא פחות מ-85 דציבל."

ד. המערער אמנם עבד בתנאי רעש ממוצע ומשוקלל כאמור, אלא שעל פי חוות דעת המומחה לא נגרמה לו ירידה בשמיעה בתדירות הדיבור עקב חשיפתו לאותו הרעש. לאור זאת יש לקבוע כי הוא לא חלה במחלת מקצוע וממילא חזקת הסיבתיות לא חלה לגביו.

ה. בהעדר ירידה בשמיעה בתדירויות הדיבור אצל המערער, הרי שהוא לא לקה גם בפגיעה בעבודה על פי חלופת המיקרוטראומה.

ו. טנטון הינו ליקוי ששולעצמו אינו בגדר פגיעה בעבודה כל עוד לא הוכח הקשר בינו לעבודה. משסבר המומחה בחוות דעתו, כי אין הטנטון קשור לחשיפה לרעש בעבודתו - אין להתערב בחוות דעתו המקצועית לענין זה.

ז. אילו היה המערער סובל מליקוי שמיעה שהיה מוכר כפגיעה בעבודה, היה מקום לבחון קיום קשר סיבתי בין אותה פגיעה בעבודה לבין הטנטון. ברם, משראוי לקבוע, כאמור כי אין המערער



סובל מליקוי שמיעה שהינו בגדר פגיעה בעבודה - ממילא אין לקשור את הטנטון לפגיעה שלא היתה.

9. סוף דבר - הערעור נדחה בזאת ללא צו להוצאות.

ניתנה היום, ח' ניסן תשס"ג (10/04/2003), בהעדר הצדדים.

#### **10.1.6 פסקי דין בעניין קשר סיבתי בין דלקות גידים לעבודה**

עב"ל 1095/04, המוסד נ' רשל אליה

#### **10.1.7 פסק דין לעניין בקע מפשעתי ומאמץ לא רגיל**

עב"ל 456/03, בוריס שוורץ נ' המוסד

לפי פסק הדין, חריגה משגרת העבודה יכולה לקיים את התנאי למאמץ לא רגיל הקבוע בסעיף 84 לחוק.

#### **10.1.8 פסק דין לעניין סוכרת כפגיעה בעבודה**

• עב"ל 288/03, חיה הר צבי נ' המוסד

• דב"ע נג 228-0, גד אלזם נ' המוסד

הופעת סוכרת על רקע מתח נפשי ממושך אינה בגדר פגיעה בעבודה, ואי אפשר ליישמה על פי הלכת מיקרוטראומה בעבודה.

#### **10.1.9 פסק דין לעניין אירוע מוחי ופגיעה בעבודה**

לפי עב"ל 128/98, "מתח מתמשך בן שבועיים, שלא הוכח שהיו בו עליות הדרגתיות במפלס המתח, ושככה, על פי הפסיקה, אינו מהווה אירוע חריג".  
מומלץ לעיין גם בפסק דין בג"צ 3523/04 העוסק במתח מתמשך.

#### **10.1.10 פסק דין בג"ץ 4690/97 - התפתחות דיכאון על רקע קשיים כלכליים והקשר לעבודה**

פסק דין מנומק ומפורט הדין בסיבות לדחיית התביעה.



## 10.2 מקורות מידע

### 10.2.1 ספרי רפואה ורפואה תעסוקתית וחברות הדרכה

1. Harrison's Internal Medicine
2. Campbell's Operative Orthopedics
3. Encyclopedia of Occupational Health and Safety
4. ל' י' נעים, "פיקוח על בריאות העובד (ספר שני): חשיפה תעסוקתית לגורמים מזיקים", בהוצאת המרכז הרפואי רמב"ם, בשיתוף המוסד לבריאות וגהות, 2003.
5. סקרים תקופתיים של המוסד לביטוח לאומי לעניין נפגעי עבודה מאת שולי בר.

### 10.2.2 ספרי חוק ומאמרים בנושא חוק בארץ ובחו"ל

1. א' נרי, "פגיעות נזיקיות בעבודה מתמשכת", בהוצאת לשכת עורכי הדין.
2. ש' קובובי, "רמ"ח ושס"ה סוגיות בתאונות עבודה", בהוצאת לשכת עורכי הדין, 2004.
3. א' ברק, "בית המשפט הגבוה לצדק ובית הדין לעבודה: הארה מנקודת מבטה של תורת המשפט", בתוך "ספר בר ניב: לקט מאמרים בדיני עבודה", א' ברק ואח' (עורכים), תשמ"ז, עמ' 103.
4. י' גלעד וע' סבר, "אוטם שריר הלב כתאונת עבודה", הפרקליט מ(תשנ"א-תשנ"ג), עמ' 241.
5. Larson the Law of Workmen's Compensation, New York, vol. 1, 1998.

### 10.2.3 דיסקים להדרכה

1. נפגעי עבודה (ד"ר פרלמוטר)
2. נפגעי פעולות איבה
3. אורתופדיה (ד"ר פרלמוטר)
4. פגיעות מרעש (ד"ר סקולסקי)
5. חוות דעת רפואית (ד"ר פרלמוטר)
6. קשר סיבתי (ד"ר סקולסקי)
7. אסטמה תעסוקתית (ד"ר קוייתי)
8. PTSD

### 10.2.4 אתרים רפואיים רלוונטיים

1. www.merch.com
2. www.ima.org.il
3. www.drug.co.il (מחירי תרופות ושמות גנריים)





- 4. [www.freebooks4doctors.com](http://www.freebooks4doctors.com)
- 5. [www.goldenhour.co.il](http://www.goldenhour.co.il)
- 6. אתר הלשכה הרפואית באינטרא-נט
- 7. כתב עת הרפואה : [www.ima.org.il/harefuah](http://www.ima.org.il/harefuah)

#### 10.2.5 אתרים משפטיים רלוונטיים

- 1. אתר הלשכה המשפטית באינטרא-נט
- 2. [www.court.gov.il](http://www.court.gov.il)

#### 10.2.6 מילונים רפואיים

- [www.infomed.co.il/medglossary.asp](http://www.infomed.co.il/medglossary.asp) (מינוחים בעברית)
- [www.whonamedit.com](http://www.whonamedit.com) (אפונימים)
- Mosby's-Taber's-Boreland