|  |
| --- |
| 09/01/2019  הדפס מאמר  הדפס מאמר |
|  | |
| E-MED.CO.IL | |

|  |  |
| --- | --- |
| 14/03/2018 | **בעקבות ''כנס ים המלח'' בנושא רשלנות רפואית: יוקם צוות עבודה ע''י משרד הבריאות לבחינת ההמלצות שעלו בכנס (המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות)** |

|  |
| --- |
| הודעת המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות    **         פרופ' אבי ישראלי, יו"ר הכנס (בתמונה): "בשנת 2017 רשלנות רפואית תעלה למערכת הבריאות לפחות מיליארד ש"ח. על כל לידה בממוצע משלם בי"ח 2000 ש"ח על רשלנות רפואית, על כל מיטה משלם בי"ח 25,000 על רשלנות רפואית.**           **פרופ' רונן אברהם מאוניברסיטת ת"א: "נתונים רבים על תביעות הרשלנות נצברו במשרד הבריאות, אך מידע זה אינו נגיש לאקדמיה לטובת המחקר"**           **מנכ"ל משרד הבריאות הודיע כבר בסיום הכינוס כי "משרד הבריאות יקים צוות עבודה כדי לבחון את ההמלצות שעלו בכנס, במטרה לפעול ליישומן וכן לאסוף מידע באופן שיטתי לכל השחקנים במערכת"**    **"כנס ים המלח" של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות** התקיים בין התאריכים 13-14 במרץ, ודן באתגרים הכלכליים, החברתיים, הרפואיים, המשפטיים והאתיים שמציב תחום **הרשלנות הרפואית**, ונחיצותה של רפורמה בתחום זה.  בכנס השתתפו: מנכ"ל משרד הבריאות משה בר סימן טוב, בכירי מערכת הבריאות והאוצר בישראל, מתווי מדיניות ומקבלי החלטות, בהם מנהלי קופות החולים ובתי החולים, נציגי אקדמיה ומכוני מחקר.  על בסיס הדיונים בכנס של צוותי העבודה, גובש דו"ח מסקנות והמלצות שיוגש לסגן שר הבריאות, ח"כ הרב יעקב ליצמן. מנכ"ל משרד הבריאות, משה בר סימן טוב הודיע כבר בסיום הכינוס כי, "משרד הבריאות יקים צוות עבודה כדי לבחון את ההמלצות שעלו בכנס, במטרה לפעול ליישומן וכן לאסוף מידע באופן שיטתי לכל השחקנים במערכת".    בכנס נחשף כמה עולה הרשלנות הרפואית למערכות הבריאות והאוצר בישראל. לדברי אבי ישראלי, יו"ר הכנס "**בשנים 2005-2015 שולמו כ-2.23 מיליארד ₪ בגין תביעות רשלנות במוסדות רפואיים ממשלתיים.** בנוסף, בשנים 2005-2015 חלה עלייה של כמעט פי שניים בסך התשלומים עבור תביעות בגין רשלנות רפואית, מכ-138 מיליון ₪ בשנת 2005 לכ-262 מיליון ₪ בשנת 2015. בעשור האחרון חלה עלייה מתמדת במספר התביעות בגין רשלנות רפואית כנגד המוסדות הרפואיים הממשלתיים מ-597 תביעות בשנת 2005 ל-1,008 תביעות בשנת 2015. **עוד העריך אבי כי, "****בשנת 2017 רשלנות רפואית תעלה למערכת הבריאות לפחות מיליארד ש"ח. על כל לידה בממוצע משלם בי"ח 2000 ש"ח על רשלנות רפואית, על כל מיטה משלם בי"ח 25,000 על רשלנות רפואית.**  פרופ' שלמה מור יוסף, מנכ"ל רשות האוכלוסין וההגירה, שהיה שותף בצוות החשיבה אמר כי, "ישנם מקרים שרופאים נותנים חוות דעת על רשלנות רפואית שהם לא בתחום מומחיותם. כחלק מהיושרה שהרופא מחויב אליה יש להקפיד על התנצלות במסגרת יחסי מטפל-מטופל. בהתייחס לעלייה בכמות התביעות של הסכמה מדעת (הפרת חובת הגילוי בין רופא למטופל) אמר כי, "**חשוב להרחיב את ההכשרה המקצועית של הרופאים גם בכל הקשור להסכמה מדעת של החולה, אבל יש תחושה שנושא ההסכמה מדעת יצא מפרופורציה**".  פרופ' רונן אברהם, מאוניברסיטת תל אביב, שחוקר את נושא הרשלנות הרפואית בארץ ובעולם והיה חלק מוועדת ההיגוי של הכנס, הציג את המלצותיו והתייחס לצורך ברפורמה מבוססת ראיות ואמת אובייקטיבית. רונן מציע לבחון האם יש בעיה של תביעות שווא. לדבריו "במחקרים שנעשו בארה"ב בדקו מקרים שונים של רשלנות רפואית וראו שמערכת המשפט מגיעה לתוצאה נכונה לגבי 75% מהפעמים.  תביעות שווא מוגשות רק ב0.4% מהמקרים ומהוות רעש רקע. עוד נמצא, שתביעות מוצדקות אינן מוגשות ב-98% מהמקרים".  רונן העביר ביקורת על שמירת התחקירים שמתבצעים במקרים של רשלנות רפואית בסודיות והיעדר נגישותם, ואמר "**כשבית-החולים עושה תחקיר ושומר אותו לעצמו, ויודע מה קרה, אבל משפחתו של החולה אינו יודעת הינו חמור במיוחד. בנוסף, רופאים לא מחויבים להתעדכן בפרוטוקולים העדכניים ביותר כדי לשפר את עצמם. לצערי כיום ישנם נתונים רבים שנצברו במשרד הבריאות אך מידע זה אינו נגיש לאקדמיה לטובת המחקר.**    להל"ן עקרי המסקנות וההמלצות שיוגש לסגן שר הבריאות:    **בנושא סטנדרט הטיפול – האם עברנו מרופא סביר לרופא נדיר?**           בהתייחס לשימוש במונח רשלנות רפואית, קיים פער בין תפיסת הרופאים שלא מוכנים לקבל את המונח "רשלנות" (תחושה שהם "נגד" המטופל) לתפיסת המשפטנים שמבחינתם המונח "רשלנות" הוא ביטוי מקצועי לחריגה מסטנדרט טיפול מקובל. מכאן, עלההצורך לשנות את המונח "רשלנות רפואית" למונח "אחריות מקצועית".           מומחים שמעניקים חוו"ד-  הרופאים לא תמיד משתפים פעולה עם ההליך המשפטי וקשה להשיג חוו"ד מה שדוחף את התובעים להיעזר ב"מי שמוכן". ישנם מקרים בהם רופאים נותנים חוו"ד שאינן בתחום התמחותם (רופאי משפחה על אונקולוגים; גניקולוגים העוסקים בהפריה על US). במיילדות המומחים בדרך כלל כאלו שפרשו לגמלאות ולא היו מקובלים כמובילי דעה גם כשעבדו בשטח. בנוסף, לכל שופט יש רשימת מומחים שלו (פעמים רבות השופט אומר לצדדים לבחור מומחה "מוסכם" מתוך הרשימה), ואין פיקוח על רשימה זו. לאור זאת, יש לקבוע סטנדרט של מומחים הנותנים חוו"ד בבתי משפט. לחילופין, יש לקבוע רשימה של מומחים מוסכמת על ההסתדרות הרפואית ועל השופטים. בנוסף, תוקם "ועדה מייעצת" שמורכבת מרופאים בכירים לצד בתי המשפט (שיתוף פעולה של משרד הבריאות ומשרד המשפטים) והם יקבעו קריטריונים למינוי מומחים מטעם בית המשפט. יש לבחון קביעת מחיר אחיד לחוות דעת לבית משפט.           התקשורת בין הרופא למטופל - חייבים להקדיש יותר זמן לתיעוד, לרבות הכשרה לרופאים בתחום התקשורת עם המטופל והבנה שזה חלק מהעבודה. "רופא סביר הוא רופא שמתעד". הוצע לשקול הקלטה של המפגשים הרפואיים.           התנצלות, במקרים בהם המטופל נפגע (בין אם בגלל רשלנות ובין אם לאו) היא חלק חשוב מהקשר שנרקם בין המטפל למטופל ואסור לדלג עליה. התנצלות היא חלק מהיושרה והאמפתיה שלהם מחוייב הרופא. לפיכך, חיסיון על התנצלות יאפשר פתיחות רבה יותר בקשר מטפל מטופל ויועיל הם למטפלים והן למטופלים. מכאן, שיש להכשיר רופאים צעירים כיצד להתנצל. במקרי פגיעה הרופא נמצא במצב רגיש (טראומה, בלבול) ולכן לא בהכרח הוא צריך להיות הגורם שמתנצל, אלא המנהל הוא זה שדווקא צריך להתנצל. עם זאת, יש לבחון חקיקה שהתנצלויות לא ישמשו כראייה בתביעה.           חיסיון תחקיר פנימי - ישנו ערך רב לתחקיר לאחר אירוע. עם זאת, במערכת קיים בלבול גדול באשר להבחנה בין "ועדת בדיקה" ל"ועדת בקרה ואיכות". לכן, יש לפעול להבהרת ההבדלים בין שתי הוועדות. על מנת לדרוש חיסיון על תחקירים יש לתחקר הכל, גם את הפרוצדורות המוצלחות. ההמלצה היא כי, יש להחזיר את החיסיון לתחקירים הפנימיים.           מורגשת בעיה בשטח בנושא ההסכמה מדעת. בפועל רופאים עוברים על החוק ויש בעיית ישימות עם חלק מהחובות הנובעות מחובת ההסכמה מדעת. הסכמה מדעת היא הזדמנות לתת למטופל ידע ומחוייבות לתהליך. לכן:  א)      יש לבחון שינוי המונח ל"הבנה מדעת" ולא "הסכמה מדעת".  ב)      חשוב להרחיב את ההכשרה התקשורתית לרופאים גם בהיבט של קבלת הסכמה מדעת של החולה, שכן ניהול השיח עם החולה הוא בעל חשיבות רבה.  ג)       יש לפעול לטופסי הסכמה מדעת אחידים במוסדות הרפואיים השונים.  ד)      יש לתעד את השיחה עם המטופל שבה הוסבר ולהוסיף משהו ביחס למטופל הספציפי.  ה)     יש לבנות תהליך מסודר להסכמה מדעת שיהיה אחיד ובהובלת משרד הבריאות. ה GUIDELINES יהוו סטנדרט התנהגות מרופא סביר, אשר יתנו למטופל אינפורמציה ברמה טובה וגם יגנו על הרופאים בבית משפט.  ו)        יש לכבד סירוב מדעת לביצוע פרוצדורה. האדם יכול להסכים גם אם מחליט שלא לקבל מידע  ז)       יש לתת למטפלים כלים לבצע הסכמה מדעת, למשל: בהקשר של העברת מידע לבני משפחה ניתן לבקש הסכמה מראש לתת להם מידע  ח)     יש לייצר טפסים לתהליכים רפואיים חדשניים כמו תרופות ביולוגיות           אחריות הרופא והמטופל –  צריך לתת לרופא את היכולת להמשיך להיות בקשר עם החולה. העומס על הרופא לא יוצר לו את ההזדמנויות להגן על עצמו. הרופא צריך לתת כלים למטופל להתנהל נכון. יש לקבוע סטנדרטיזציה מה צריך להעניק לחולה. תיעוד הוא חלק מהטיפול הרפואי בגלל שזה טיפול רפואי נכון.           אחריות המטופל - יש לקבוע כללים משפטיים לפיהם כאשר ניתנים למטופל הכלים, הוא צריך ליטול אחריות על בריאותו. חשוב לתעד את הנאמר למטופל על מנת שהוא יוכל לקחת את האחריות.  **בנושא** **חלופות ותוספות למנגנון יישוב הסכסוכים הקיים במערכת הבריאות:**           על מנת לקדם הפחתת רפואה מתגוננת, מניעת טעויות ושיפור איכות הטיפול, חיזוק אמון הציבור במערכת הבריאות, יש לבחון את היתכנותה של הסדרת פיצוי לילדים שנולדו בעוולה במסגרת מנגנון 'אין אשם' (no-fault). על פי המנגנון, מתן הפיצוי איננו תלוי בהוכחת אחריות או רשלנות מצד המטפל (כפי שהחוק מחייב כיום), אלא אך ורק בהוכחה מספקת של קשר סיבתי שבין הטיפול הרפואי שעבר, לפגיעה בו. יש צורך בבדיקת ההיבטים הבאים:  א)      משמעויות כלכליות, לרבות מספר הזכאים לפיצוי וגובה הפיצוי שייקבע  ב)      קריטריונים לזכאות תוך התייחסות לשאלת הקשר הסיבתי – מהו אירוע מזכה?  ג)       מהות הגוף שייבחן את התביעות  ד)      האם ייחוד עילה?           קיימת הסכמה עקרונית על הצורך בחיסיון/אי קבילות לפעילויות שמטרתן שיפור איכות ובטיחות הטיפול. עם זאת, יש להקים צוות משותף המורכב מנציגי כל הגורמים הרלוונטיים, לגיבוש עקרונות חיסיון/אי קבילות. הצוות ידון בשאלות הנוגעות להיקף החיסיון/אי קבילות, התנאים לקיומו והכלים להבטחתו. הצוות ישאף לשמור על איזון בין חיסיון משפטי שמטרתו שיפור המערכת לזכות המטופל ומשפחתו לדעת מבלי שהדבר יפגע בהקמת ועדות בדיקה במקרה הצורך.           יש להתחיל בגישור מקדים במקרים של פגיעות עקב טיפול רפואי בשלב מוקדם ככל האפשר, דהיינו סמוך ככל הניתן למועד הפעולה הרפואית. לשם כך מומלץ לבחון הקמת מסלול "מהיר" שישמש כתובת אובייקטיבית ונייטרלית, אליה ניתן יהיה לפנות טרם פנייה לבית המשפט במקרים הנראים על פניהם ברורים וחד משמעיים.  **בנושא מנגנוני הביטוח הקיימים בגין רשלנות רפואית במערכת הבריאות:**           על מנת להטיב עם מטופלים שנפגעו מהטיפול הרפואי, ובעיקר עם אותם תובעים אשר שזקוקים לתשלום לצורך מימון צרכים רפואיים/טיפוליים, יש **לקצר את פרק הזמן** להימשכות ההליכים. לטובת כך יש:  א)      לקבוע SLA (**(Service Level Agreement** לסיום הטיפול בתביעה/גישור.  ב)      יש לקבוע מסגרת זמן קבועה לאישור/דחייה של הצעת פשרה על ידי כל הצדדים להליך.  ג)       צמצום הזמן דרך הסדרת חוות דעת של מומחה (למשל מומחה מטעם בית המשפט או מאגר מומחים מחו"ל).           בעשור האחרון הפכו הליכי הגישור נפוצים יותר ויותר במערכת המשפט האזרחי. הליך שבין היתר התבסס בתביעות נזיקיות בכלל, ובתביעות רשלנות רפואית בפרט. ככלל הליך גישור חובה בתביעות רשלנות רפואית עשוי לחסוך הרבה כסף למערכת הבריאות, כמו גם לקצר את ההליכים ולהפוך אותם לידידותיים (לתובע ולנתבע כאחד). יש לקבוע מסגרת זמן מחייבת לגישור (למשל בין 40 ל-60 יום). עם זאת, בהתייחס לפונקצית המטרה של המודל הביטוחי של קידום איכות ובטיחות המטופלים הגישור חייב להיות כלי נלווה למודל ביטוחי מיטבי.   * כיום מעמיסים על הרפואה ציבורית גם את העלויות של הביטוח רשלנות רפואית של הרופאים בפרקטיקה הפרטית. מכאן החלת חובת ביטוח על כל נותן שירותים רפואיים (חברת ביטוח או ביטוח עצמי) כחלק מרישוי, לרבות מרפאות פרטיות (יש להגדיר גודל מינימלי). אולם יש כצעד מקדים להגדיר היטב מה זה ביטוח רשלנות רפואית? מה הכיסוי? והאם זו צריכה להיות חובה בחקיקה או חובה אתית (בדומה לעורכי דין)?            המודל הביטוחי הרצוי הוא מודל של קרן עצמית כאשר המדינה היא הנותנת את המענה לנקודות הכשל כגון כיסוי קטסטרופה, שיתוף ידע, פיקוח וכדומה   * נדרשת הסדרה לאומית ובפרט נדרשת הסדרה של תחום התביעות ותחום ניהול הרשלנות במוסדות. * המודל הרביעי של ביטוח תחום עתיר סיכון שמשלב במקרים רבים מספר נותני שירות, יכול להוות פיילוט למודל הלאומי תוך ביצוע בקרה שתמנע התמקדות בתחום הזה והזנחה של תחומים אחרים. * ביצוע מחקר מדעי שיסייע באיסוף המידע לגיבוש מודל ביטוחי מיטבי. |

\*כל הזכויות שמורות לאתר הרפואה של ישראל – e-Med.co.il (כתובת דף זה: <http://www.e-med.co.il/emed/new/usersite/content.asp?CatID=2&ContentID=682630>).