



המוסד לביטוח לאומי
הלשכה הרפואית

תדריך לרופא נפגעי עבודה

אוגוסט 2013

פתח דבר

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.

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
12	1.2.4 פגיעה בעבודה
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	2. רופאים בביטוח נפגעי עבודה
14	2.1 סוגי הרופאים ודרך העסקתם
14	2.1.1 רופא המוסד (רופא מוסמך)
14	2.1.2 יועץ רפואי הנותן חוות דעת לעניין הקשר הסיבתי
14	2.1.3 פוסק רפואי
14	2.1.4 חבר ועדה רפואית לעררים
15	2.2 תפקידי הרופאים וסמכויותיהם
15	2.2.1 רופא המוסד (רופא מוסמך)
15	2.2.2 יועץ רפואי הנותן חוות דעת לעניין הקשר הסיבתי בדמי פגיעה
15	2.2.3 פוסק רפואי
16	2.2.4 חבר ועדה רפואית לעררים
16	2.2.5 יועץ רפואי הנותן חוות דעת לוועדה רפואית
17	2.3 ניגודי עניינים בתפקידי רופאים
17	2.3.1 ניגוד עניינים בין גמלאות-העל: גמלאות נכות וגמלאות נפגעי עבודה
18	2.3.2 ניגודי עניינים בתוך גמלאות נפגעי עבודה
19	2.3.3 ניגודי עניינים בתוך תחום נפגעי עבודה או פעולות איבה
19	2.3.4 ניגוד עניינים של רופא המוסד
20	2.4 קליטת רופאים חדשים ותהליכי הכשרה
20	2.4.1 רופאי המוסד (רופאים מוסמכים)
23	2.4.2 פוסקים רפואיים בנפגעי עבודה וחברי ועדות רפואיות לעררים
24	3. הנחיות לרופא המוסד בנפגעי עבודה
24	3.1 הגדרות של פגיעות בעבודה עם הרחבות והסברים
24	3.1.1 פגיעה בעבודה
24	3.1.2 תאונת עבודה (סעיף 79 לחוק)
24	3.1.3 מחלת מקצוע (סעיף 85 לחוק)
25	3.1.4 פגיעות אחרות הקשורות לעבודה (מיקרוטראומה)
25	3.1.5 בקע מפשעתי (סעיף 84 לחוק)
26	3.1.6 תאונות עבודה כתוצאה מדקירת עובדים במהלך עבודתם: חיסון סביל להפטיטיס B
27	3.2 הגדרת דמי פגיעה
28	3.3 ייעוץ רופא המוסד בענף נפגעי עבודה
28	3.3.1 ייעוץ בתיק דמי פגיעה
34	3.3.2 ייעוץ לעניין אסירי ציון

34	3.3.3 ייעוץ לעניין נפגעי איבה
34	3.3.5 ייעוץ למחלקה משפטית
34	3.3.6 ייעוץ למחלקת השיקום
35	3.3.7 היוונים
36	3.3.8 אופן הפניית התיקים למשרד הראשי וללשכה הרפואית
37	3.3.9 ייעוץ למחלקות אחרות
37	3.3.10 תקנה 22
37	3.3.11 השתתפות בפורום הסניפי
37	הנחיות רפואיות לקביעת דמי פגיעה
37	3.4 דמי פגיעה לנפגעי עבודה
37	3.4.1 מיקרוטראומה
37	4. מיקרוטראומה מהי
40	4.1 מיקרוטראומה – המשקל הנדרש להכרה בפגימה
40	4.1.2 פגיעה בע"ש - אירוע תאונתי מול מיקרוטראומה
42	4.1.3 אורתופדיה: תסמונת התעלה הקרפלית (CTS)
44	4.1.4 אורתופדיה: אפיקונדיליטיס (Tennis Elbow)
44	4.1.5 כאב בגב התחתון
45	4.1.6 אונקולוגיה: גידולי עור
46	4.1.7 מחלות ממאירות
46	4.1.8 אף, אוזן וגרון: נזק שמיעה וטנטון כמחלת מקצוע
53	4.1.9 עיניים: הפרדות גוף זגוגי אחורי (PVD)
53	4.1.10 עיניים: הפרדות רשתית
57	4.1.11 שיניים: טיפול רפואי בשיניים שנפגעו בתאונת עבודה
57	4.1.12 אירוע לבבי או מוחי
58	4.1.13 קרדיולוגיה
58	א. הנחיות לטיפול בתביעות
59	ב. קשר סיבתי בין העבודה ובין אוטם בשריר הלב
61	ג. גורמי סיכון להופעת האוטם
61	4.1.15 כירורגיה: בקעים
63	4.1.16 כירורגיה וסקולרית: דליות ועמידה ממושכת
63	4.1.17 מחלות מקצוע
63	א. קווים מנחים למחלות מקצוע
63	ב. מאפיינים של מחלות מקצוע
70	5. ועדות רפואיות
70	5.1 הקדמה
71	5.2 הכנת תיק לוועדה רפואית (טופס 200)
72	5.3 מסלול ירוק: טיפול מהיר בתביעות של נפגעי עבודה קשים ועובדים זרים
73	5.4 קביעת מורכבות תיק
73	5.4.1 מספר תיקים לוועדה (מורכבות)
75	5.5 הזמנת בדיקות עזר בשלב הוועדות הרפואיות
76	5.6 סמכויותיה וחובותיה של הוועדה הרפואית
76	5.6.1 נקודות חשובות בדיון הוועדה
77	5.6.2 קביעת דרגת נכות זמנית
77	5.6.3 קביעת דרגת נכות יציבה
78	5.6.4 הזמנת בדיקות וחוות דעת לאחר ועדה רפואית
78	5.6.5 ייזום מקדמות לנפגעי עבודה
79	5.7 מעמד החלטת ביניים של ועדה רפואית בקביעת דרגת הנכות
80	5.8 קביעת דרגת נכות על ידי ועדה רפואית (תקנה 11)
80	5.8.1 חישוב דרגת נכות
80	5.8.2 התאמה למבחנים
81	5.8.3 קביעת דרגת נכות למס הכנסה

82	5.9 צירוף דרגות נכות (תקנה 12)
83	5.10 קביעת דרגת נכות מותאמת (תקנה 14ב)
83	5.10.1 הקדמה
84	5.11 הגדלת דרגת הנכות (תקנה 15)
85	5.11.1 דיון בתקנה 15 בהחמרת מצב המזכה בגמלה
86	5.12 נכות מיוחדת (תקנה 16)
87	5.13 קביעה מיוחדת של דרגת נכות (תקנה 17)
88	5.14 קביעת דרגת נכות של נכה נזקק (תקנה 18א)
89	5.15 דיון בהחמרת מצב (תקנה 36)
89	5.15.1 המצבים שבהם תוגש בקשה לדיון מחודש לפי תקנה 36
89	5.15.2 סוגיות הדורשות תשומת לב מיוחדת בתקנה 36
90	5.15.3 מועד תחילת הנכות
91	5.16 תקנה 37 – דיון מחודש לפי בקשת רופא מוסמך
92	5.16.1 דיון מחודש על פי תקנה 37
92	5.16.2 דוגמאות מקרים שבהם לא יפתח תיק לדיון לפי תקנה 37
93	5.17 בקרה על החלטת הוועדה הרפואית (טופס בל/3413)
94	5.17.1 ביטול בקרת תקינות בהחלטת ביניים
94	5.17.2 חוות דעת יועץ לוועדה
95	5.18 הגשת ערר על החלטת הוועדה מדרג ראשון
95	5.18.1 ערר של המוסד לטובת המבוטח
95	5.18.2 מועד הגשת ערר
96	5.19 נוהל עבודת הוועדה ומילוי פרוטוקול
96	5.19.1 נוכחות זרים בישיבת הוועדה
96	5.19.2 תיקון טעות סופר בהחלטה
96	5.19.3 אירוע חריג בזמן ישיבת ועדה
96	5.19.4 מסירת הפרוטוקולים
97	5.19.5 הליך הטיפול בעת גילוי מעשה הונאה או חשד למעשה כזה
97	5.19.6 דחייה בשל אי-התייצבות
98	5.19.7 מינוי מקבל גמלה
98	5.19.8 חובת דיווח למרב"ד (מכון רפואי לבטיחות בדרכים) – חובת הודעה על נהגים המסוכנים לעצמם ולזולתם
98	5.19.9 כיסוי הוצאות נסיעה למוזמנים לוועדות רפואיות או לבדיקות רפואיות
101	6. ועדות ערר ובית הדין
102	6.1 דגשים לעבודת הוועדה, סמכויותיה ותפקידיה
103	6.2 הזמנת בדיקות וחוות דעת לאחר ועדה רפואית
104	6.3 ערעור על החלטת ועדה לעררים
105	6.4 בית הדין לעבודה
105	6.4.1 ערעור לבית הדין לעבודה
105	6.4.2 ערעור על החלטת פקיד תביעות
106	7. ועדות מס הכנסה
107	7.1 החלטות הוועדות הרפואיות
108	7.2 קביעת דרגת נכות מכוח תקנות מס
110	7.3 פגימות מרובות בגפיים
111	7.4 מחלת פרקינסון
112	7.4.1 עיגול אחוזי נכות והתאמת נכות
113	7.5 הנחיות לבקרה של רופא מוסמך על ועדות מס הכנסה
113	7.6 השתלת איברים
116	7.7 הנחיות להכנת תיק לוועדות נפגעי עבודה
116	7.7.1 פסיכיאטריה: הערכת נכות נפשית
116	7.7.2 אורתופדיה חבלות
116	8. נספחים
117	8.1 תשעה טיפים לרופא המוסד
118	8.2 עובד ישראלי בחו"ל או עובד זר ותאונה בעבודה

118.....	8.2.1 עובד ישראלי בחו"ל
118.....	8.2.2 עובדים זרים
121.....	8.2.3 טופס עזר לקצבה מיוחדת

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.

התדריך מבוסס על חוק ותקנות של הביטוח הלאומי בפרק ה' לחוק הביטוח בנפגעי עבודה

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.

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 יציבה.
- 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

- ביטוח אימהות
- ביטוח ילדים
- תגמולים למתנדבים
- ביטוח נפגעי עבודה
- ביטוח נפגעי תאונות
- ביטוח נפגעי פעולות איבה
- ביטוח אבטלה

- ביטוח זכויות עובדים בפשיטת רגל ופירוק תאגידיים

- ביטוח סיעוד

- 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
0.37%	1.3%	מעסיק
0.37%	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.

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.

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.

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 מחולק ל-90

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 - 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 9% עד פחות מ-20% מענק בסכום השווה ל-43 קצבאות חודשיות.

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.

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, המסמיך 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. כתיבת אבחנות רפואיות
- ג. דרישת מסמכים רפואיים קיימים.
- ד. קביעת הרכב המומחים בוועדה הרפואית בתחומים הדרושים (מינוי ועדה). אין מדובר בקביעה שמית אלא בקביעת התחום המקצועי בלבד.
- ה. הפניית מבוטחים לבדיקות רפואיות במידת הצורך.
- ו. יעוץ לקביעת 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 באמצעות פקיד התביעות.
- ז. עריכת בקרת תקינות על החלטת הוועדה הרפואית; רופא המוסד רשאי להמליץ מטעם המוסד לערער על החלטתה הן לטובת המוסד והן לטובת המבוטח.
- ח. הגשת בקשה לדיון מחודש בדרגת הנכות (תקנה 36/37) לפי הצורך.
- ט. חברות בוועדת רשות לעניין תקנה 15, 17 ו-18א.
- י. סיוע בגיוס רופאים לסניף לפי הצורך.
- יא. יעוץ בתחום השיקום
- יב. השתתפות בוועדה סניפית

2.2.2 יועץ רפואי הנותן חוות דעת לעניין הקשר הסיבתי בדמי פגיעה

הפניה ליועץ רפואי לעניין קש"ס נעשית ביוזמת רופא המוסד. על מנת 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 מורכבת משלושה רופאים מומחים, שלפחות אחד מהם מתחום ההתמחות נושא הוועדה. מלבד הפוסק/ים יושב/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 לעררים	נותן חוות דעת לוועדה רפואית לעררים	נותן חוות דעת לוועדה רפואית לעררים
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 לעררים*	אסור	אסור	מותר	מותר	מותר	מותר
נותן חוות דעת לוועדה רפואית לעררים	אסור	אסור	מותר	מותר	מותר	מותר

* מתייחס לוועדות רפואיות לעררים 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

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

- ה. רופא המוסד שנתקל בתיק דמי פגיעה/נכות מעבודה של מטופל שלו בקהילה יפסול עצמו מטיפול בתיק ויעבירו לרופא אחר בסניף או מחוצה לו.
- ו. 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)

נוהל קליטת רופא מוסד ורופא וועדות

רופא ישולב במערכת הרפואית רק באישור הלשכה הרפואית. בתהליך קליטת רופא נבחין בין שני סוגי אוכלוסיות עיקריות:

- רופאי המוסד – רופאי הסניף בנכות כללית ונפגעי עבודה (העסקה ע"פ חוזה יעוץ).
- רופאי וועדות – רופאים המשולבים במינויים ותפקידים שונים:
- נותני חו"ד בנכות כללית, ילד נכה, שירותים מיוחדים.
- נותני חו"ד בדמי פגיעה (לעניין קשר סיבתי).
- רופאים מוסמכים – נכות כללית, ילד נכה ושירותים מיוחדים.
- פוסקים רפואיים – נפגעי עבודה (דרג ראשון).
- חברי וועדות רפואיות לעררים – נכות כללית, נפגעי עבודה/איבה, שירותים מיוחדים, ילד נכה, אי כושר, וסיעוד.

קליטת רופא מוסד (שעות יעוץ/תקן)

הלשכה הרפואית של המוסד קולטת רופאים חדשים לפי צרכיה באמצעות פרסום מכרזים לתפקיד רופא מוסד.

פנייה לשילוב רופא מוסד תכלול:

- המלצה של רופא המוסד ו/או רופא הסניף.
 - מסמך המנמק את הצורך ברופא חדש בסניף (במקרים שבהם הפנייה מגיעה מהסניף).
 - קורות חיים
 - צילום רישיון ישראלי לעסוק ברפואה
 - צילום תעודת מומחה
 - המלצה רפואית (ממנהל מחלקה או רופא בכיר)
 - צילום תעודת זהות
 - דרכי התקשרות: מספר טלפון בבית ובעבודה, מספר טלפון נייד ודואר אלקטרוני.
- הקליטה תתבצע לפי ההנחיות במכרז רופאים שמתפרסם מעת לעת

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.

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.

הכשרת רופא המוסד

הכשרה במשרד הראשי

- לאחר החלטה על קליטת הרופא, הרופא יוזמן לפגישת היכרות בלשכה הרפואית. אחראי התחום בלשכה הרפואית (או רופא מטעמו) ידריך אותו בנושאים הבאים:
- הצגה כללית של המערכת הרפואית: מטרות, מבנה ארגוני, סמכויות, תחומי פעילות וכו'.
 - הגדרת תפקיד רופא מוסד: מהות התפקיד, סמכויות, חובות וזכויות כולל חובת דיווח למרב"ד (המכון הרפואי לבטיחות בדרכים של משרד התחבורה)
 - הצגת תוכנית ההכשרה וקישור בין הרופא החדש לרופא מנחה (ראה בהמשך).
 - הדרכה על המערכות הממוחשבות.

הרופא החדש יקבל ערכה מקצועית הכוללת תדריך (נכות כללית או נפגעי עבודה בהתאם לתפקיד המיועד), ספר חוק, רשימת המבחנים ולקט סעיפי חוק ותקנות ורשימת טלפונים של הרופאים ואנשי קשר לשאלות בתחומים שונים. (אנו פועלים כעת לאפשר מתן ערכת הדרכה על גבי CD).

כמו כן יוצגו בפניו תנאי ההתקשרות, זכויות וחובות רופא המוסד בסניפים, צורת דיווח על נוכחות, השתתפות בימי עיון, חופשות, מילוי מקום וכדומה.

הרופא ימלא את הניירת הנחוצה לצורך שילובו במערכות המינהליות והממוחשבות של המוסד.

הכשרה בסניף

הלשכה הרפואית תמנה לכל רופא חדש, רופא מדריך (בד"כ רופא סניף), שידריך וילווה אותנו בשנה הראשונה. ההדרכה תמשך לפחות חודשיים (בתנאי שתדירותה פעמיים בשבוע לפחות) ולאחריה הרופא המלווה יעמוד כל העת לרשות המודרך לצורך התייעצות שוטפת. ההדרכה תכלול השתתפות כמשקיף בלפחות שמונה וועדות בתחומים העיקריים (פנימית, פסיכיאטריה אורתופדיה).

עם סיום ההדרכה ייבדקו 20 תיקים ראשוניים בהם הרופא החדש יטפל ע"י הלשכה הרפואית+ טופס משוב שמולא ע"י הרופא המדריך. עם סיום הבדיקה והעברת המשוב לרופא, הלשכה הרפואית תדאג להסמכתו כרופא מוסמך בחתימת המנכ"ל. בתום חצי שנה להעסקתו יוזמנו שוב 20 תיקים שטופלו על ידי הרופא החדש לבדיקה ותיערך פגישת משוב וסיכום בלשכה הרפואית. חצי שנה זו נחשבת כתקופת 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
- א. כללים לזכאות
- ב. הערכת תעודת נפגע בתאונה (לעקרת בית, לעובד ולמי שאינו עובד)
- ועדות רפואיות:
- ג. מסלול ירוק
- ד. החמרת מצב, הטבת מצב
- ה. קביעת מורכבות תיק
- ו. סמכויות הוועדה וחובותיה
- ז. קביעת אחוזי נכות (מותאם וחריג)
- ח. עיגול נכויות

- ט. מינוי מקבל גמלה
- י. ועדת רשות - הפעלת תקנות 15, 17 ו-18
- יא. החמרת מצב - תקנות 36 ו-37
- יב. בקרה על החלטות הוועדה הרפואית
- יג. עילות לערר
- יד. חובת דיווח למרב"ד (מכון רפואי לבטיחות בדרכים)
 - **ועדות מס הכנסה**
 - **נפגעי פעולות איבה**
 - **הנחיות רפואיות:**
- א. הדרכה בעניין הפגיעות השכיחות והטיפול בהן (פגיעות נוירולוגיות, חבלות, נושאים אורתופדיים ועוד).
- ב. 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
- על פי תיקון 115 לחוק רופא המעוניין להשתלב בוועדות לאחר אפריל 2012 יוכל לעשות זאת רק לאחר שעבר בהצלחה את תוכנית ההכשרה הייעודית באחד מהמוסדות האקדמיים שהוכרו על ידי משרד הבריאות וסיים בהצלחה את לימודיו בקורס שאושר ע"י משרד הבריאות.
- אחת לחצי שנה ולפי צרכים בסניפים יפורסם קול קורא בעיתונות. הלשכה הרפואית תשלח 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. החל מינואר 2011 תוקף המינוי של שר הרווחה והשירותים חברתיים תקף לשלוש שנים.

הצגת המערכת וההשתלבות בה

רופאי הסניף או רופא בעל תחום מומחיות דומה שייקבע ע"י הלשכה הרפואית ידאג לתיאום פגישת הכרות והצגת מהות העבודה. במידת האפשר תאורגן פגישה למספר מועמדים.

הצגת המערכת תכלול:

- מסגרת של החוק הרלוונטי למינוי (נכות כללית/שר"ם/נפגעי עבודה).

- סמכויות הוועדה הרפואית על פי חוק.
 - היבטים משפטיים לעבודת הרופאים בוועדות.
 - חובת הנמקה וחשיבותה.
 - מבנה התיק הרפואי.
 - התייחסות לבדיקות, בירורים רפואיים, בדיקות פולשניות.
 - חשיבות וכללי ההתנהגות של הרופא מול המבוטח בוועדה.
 - נכות זמנית/צמיתה/ המלצה לבדיקה מחדש - עקרונות.
 - עצירות דיון.
- רופא הסניף יוודא שהמועמד יצפה טרם מינויו לפחות בשתיים שלוש וועדות בתחום מומחיותו וזאת לאחר שקיבל את הסכמת המבוטח.

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 יציבה.
- אם אירע מאורע פתאומי ומיוחד שהביא להחמרה במצב בריאותו של העובד במחלה שקיננה כבר בגופו לפני האירוע, אפשר לומר שאירעה לו תאונת עבודה. תאריך התחולה ייקבע בייעוץ בין פקיד התביעות לרופא מוסמך

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. תאריך התחולה ייקבע בייעוץ בין פקיד התביעות לרופא מוסמך

3.1.4 פגיעות אחרות הקשורות לעבודה (מיקרוטראומה)

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:

- א. התובע ביצע תנועות חוזרות ונשנות זהות או דומות פעמים אינספור ביום העבודה.
- ב. אפשר לאתר את התנועות במקום ובזמן.
- ג. כל תנועה הותירה פגיעה זעירה שאינה הפיכה.
- ד. צירוף הפגיעות האלה גורם לפגימה הנטענת.

ראה הרחבה בנושא מיקרוטראומה בסעיף 3.4 להלן

3.1.5 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 אי 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.

3.1.6 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:

1. סעיף 84 לחוק – בקע מפשעתי.
2. הנפילה בעבודה שהתרחשה עקב תחלואה טבעית (למשל איבוד הכרה) יוכרו רק תוצאות הנפילה אם נגרם נזק לגוף.
3. 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.
4. 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 תקופה מרבית של 13 שבועות שבה היה מושבת מעבודתו עקב בעיה או מצב רפואי שנובעים מפגיעה בעבודה שהוכרה על ידי המוסד. גובה דמי הפגיעה הוא 75% משכרו החייב בדמי ביטוח של העובד בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה בעבודה מחולק ב-90 יום.

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. במקרה בו רופא המוסד סבור כי תעודת אי כושר שניתנה לתובע אינה מוצדקת, חובה עליו להתכתב עם הרופא נותן התעודה ולבקש הסבר.

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).

הערה: הפניה לרופא המטפל תעשה במכתב מודפס, בסגנון מכובד וראוי 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 12 חודשים קודם למועד הגשת התביעה.

3.3 ייעוץ רופא המוסד בענף נפגעי עבודה

3.3.1 ייעוץ בתיק דמי פגיעה

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

- להסביר לפקיד התביעות את האבחנות המצוינות בתעודות אי-הכושר ובחומר הרפואי לנפגע בעבודה שהמציא התובע למוסד.
- לחוות דעתו באשר לקשר הסיבתי בין האבחנות שבתעודת אי-הכושר ובחומר הרפואי 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.
- 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 בכתב הבהרות מהרופא נותן התעודה.
- 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.
- אם קיים פער של זמן בין תעודות אי-כושר 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 או מסיבה אחרת, ולכן הפער מנתק קשר סיבתי בין האירוע ובין התעודות שאינן רצופות.
- אחרים.

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 :

1. האם האבחנה ותקופת אי-הכושר הן תוצאות האירוע מיום xxxxxx האם מדובר בהחמרה?
2. האם מצבו הרפואי — הוא תוצאה ישירה מעבודתו?
3. התיק לאחר חקירת הנפגע לפי בקשתך, האם ההחלטה משתנה?
4. מדובר בתאונה אישית. האם היה מרותק לביתו עקב התאונה? (ראה סיכום מחלה בתיק)
5. באילו שיניים נפגע?
6. נא לרשום אבחנות להכרה לוועדה. האם התיק מוכן לוועדה?
7. האם תלונותיו בתביעה לנכות קשורות לתאונה זו? האם כהחמרה?
8. האם ניתן לשלם לנייל מקדמה עבור תקופה מעבר ל91 יום? 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 או העדר אבחנה.

כשקיים פער זמן בלתי סביר בין התאונה שהוכרה ובין תחילת אי-הכושר עקב תאונה זו.

תעודות שניתנו כעבור 91 יום מיום הפגיעה

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

בנספחים).

ב. הפחתת נכות

1. מצב קודם

מצב קודם, כפי שהוגדר משפטית, הינו מצב רפואי שמשליך על הפגימה והנכות הקשורה לאירוע

שבנדון שהיה קיים בנפגע קודם לאירוע שבנדון. מדובר במצב פוזיטיבי שמגובה ברשומה רפואית

ומצביע הן על הפגימה עצמה והן על פגיעה תפקודית (הגבלות שניתן לכמת אותן בדרגת נכות ע"פ

התקנות) שיצרה פגימה זו.

קביעת "מצב קודם" פירושה שפגימה שנגרמה על ידי תאונה בעבודה אינה קשורה במלואה

לתאונה שבנדון אלא הייתה קיימת בנפגע קודם לתאונה. מצב קודם רלוונטי אך ורק בעת קביעת

נכות יציבה; כשנקבעת דרגת נכות זמנית אין חובה להזדקק לבדיקתו.

בדיקת מצב קודם דורשת את הפעולות הבאות:

הזמנת תיקו הרפואי הקודם של הנפגע מקופת החולים (כללי ומקצועי) ובדיקתו.

בדיקת החלטות רפואיות קודמות אחרות, כגון פיצולים קודמים בנפגעי עבודה, נכות כללית

ופרופיל רפואי בצה"ל.

בחינת תוצאות של בדיקות (בדיקות הדמיה, צנתורים וכד') שבוצעו לתובע גם לאחר התאונה

שבנדון והשלכות התוצאות על הנכות העכשווית.

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

ההליך הינו קביעת מצבו העכשווי של הנפגע וקביעת נכותו, קביעת מצבו של הנפגע עובר לתאונה (יש לקבוע נכות על פי הנתונים הרפואיים ודרגת נכות ע"פ התקנות) וביצוע "חשבון עובר ושב", דהיינו, הפחתת הנכות הקודמת מהנכות העכשווית.

כאשר נקבעת ע"י ועדה רפואית דרגת נכות של 0% אין חובה לבצע "חשבון עובר ושב". קביעה של 0% נכות פירושה, בהתקיים "מצב קודם", שהנכות שנגרמה בתאונה שבנדון הינה "נכות זמנית וחולפת".

2. אחריות חלקית

קביעת "אחריות חלקית" פירושה שפגימה שנגרמה על ידי תאונה בעבודה אינה קשורה במלואה בקשר סיבתי רפואי לתאונה זו. לפגיעה שנתגלתה/נמצאה לאחר התאונה גם סיבות נוספות ואחרות מאשר התאונה שבנדון. אחריות חלקית רלוונטית אך ורק בעת קביעת נכות יציבה. כשנקבעת נכות זמנית אין חובה להזדקק לבדיקה זו.

לדוגמא: נפגע בן 60 שהוכרה תביעתו לפגיעה ניוונית בעמוד השדרה ע"פ הלכת המיקרוטראומה. לפגימה זו סיבות אחדות, כגון גנטיקה, גיל, משקל עודף וכד', להן אין קשר לעבודה, וכן תנועות חוזרות ונשנות זהות או דומות באיבר שנפגע שניתן לקושרן לעבודה.

במקרה כגון זה על הוועדה לבדוק את הנפגע ולקבוע את נכותו העכשווית ע"פ התקנות. לאחר קביעת דרגת הנכות על הוועדה למנות את הסיבות לנכות ולפרט את אלו הקשורות לעבודה, את אלו שאינן קשורות לעבודה ולכמת את משקל העבודה (באחוזים) על נכותו העכשווית של הנפגע. הוועדה תכפיל את דרגת הנכות במשקל הנכות הקשורה לעבודתו (באחוזים) וכך תקבע נכותו של הנפגע הקשורה לעבודתו (ראו פס"ד יונס סועאד, עב"ל 19817-08-11 ופס"ד יצחק זהר עב"ל 46154-03-12).

בהתאם להחלטת ביה"ד הארצי (כב' השי' פליטמן) שהמליץ על התאמת דו"חות הוועדה לעניין זה נעשה שינוי כמומלץ.

משנקבע קיום מצב קודם או משהופחתה נכות עקב אחריות חלקית וההחלטה הפכה חלוטה לא ניתן יהיה לשנותה בעתיד בהחלטת ועדה מאוחרת יותר.

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 ועקב 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 שמאל", 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 וכי. 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 אם כן, הערעור על החלטת הוועדה בדרג ראשון לא יפתור את הבעיה בתיק זה, ודיון 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 לדיון 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). סיכום: 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

1) התאמה בין מומחיותו של היועץ ובין הפגימות שבנדון

2) אין לבחור יועץ מומחה נגוע בניגוד עניינים לדוגמא:

1) חווה דעתו באותו המקרה.

2) קיים בינו לבין הנבדק או בן משפחתו קשר רופא-חולה.

3) קיים בינו לבין הנבדק או בן משפחתו קשר משפחתי.

4) הנבדק או בן משפחתו עובדים באותו המוסד שבו עובד הרופא.

5) היועץ עובד בשירות מי מהצדדים (למשל חברת ביטוח שהיא צד לתביעה).

6) ליועץ היו חילוקי דעות עם מי מהצדדים או עם באי כוחם.

3) בבחירת 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:

4) פרטי המומחה ומומחיותו

5) פרטי הנבדק ותאריך הבדיקה

6) המסמכים שעמדו בפני המומחה בעת עריכת חוות הדעת

7) הממצאים המדויקים שמצא המומחה בעת הבדיקה

8) סיכום בדיקות אחרות (צילומי בדיקות מעבדה וכדומה) שעמדו בפני המומחה

9) סיכום החומר הרפואי שעמד בפני המומחה לעניין המצב הקודם של הנבדק, הרלוונטי לחוות הדעת.

10) סיכום ומסקנות, לרבות קשר סיבתי ומצב קודם

11) 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. רופא המוסד ייקבע אלו בדיקות נדרשות.

ו. ייעוץ לתשלום מקדמות

הרופא ייעץ לגבי תשלום מקדמות עוד בטרם נקבעה נכות מעבודה.

ז. טיפול רפואי לנפגע בעבודה-סעיף לידיעה בלבד

1. הטיפול הרפואי בנפגעי עבודה ניתן על ידי קופות החולים על פי הסכם שנחתם בין לבין המוסד.
2. בהסכם עם קופות החולים אין לנפגע בעבודה סל בריאות רחב יותר מזה של משרד הבריאות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
3. משך הטיפול בנפגע עבודה הוא ככל שיידרש בגין הפגמות שהוכרו, אף אם הטיפול או התרופות אינן בסל הבריאות.
4. התשלום לקופת החולים הוא לפי מספר נפגעי העבודה שבהם הן מטפלות, ולא לפי ההוצאות בפועל לכל נפגע (הסכם גלובלי).
5. על פי ההסכם, הטיפול כולל ריפוי, שיקום, החלמה ואביזרים רפואיים, בלא שהנפגע יידרש לשלם או להשתתף בתשלום.
6. 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).
7. בירור נושאים מסוג זה בסמכות הלשכה הרפואית בלבד

ח. 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 גיל הפרישה. 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, בדיקה בתוך שבועיים מיום 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.

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.

3.3.5 ייעוץ למחלקה משפטית

- א. בנושא תיקים משפטיים בעת דיון בבית הדין.
- ב. במתן מענה לשאלות הבהרה או העלאת שאלות כאלה.
- ג. 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 יציבה העולה על 10%, ושאינו מסוגל עקב הפגיעה בעבודה לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת והוא זקוק ומתאים לשיקום מקצועי רופא המוסד שותף לקביעת תכניות השיקום, כדי להתאים את התכנית למגבלותיו הרפואיות של התובע.

ב. קצבה מיוחדת

קצבה מיוחדת ניתנת אך ורק לנכים שנקבעה להם נכות יציבה, או כשצפוי שתיקבע להם נכות יציבה, בשיעור של 75% ומעלה, או נכות בשיעור 65% ומעלה שגורמת לנפגע קשיים בניידות. ושעקב נכותו יש לו צרכים מיוחדים בטיפול אישי והוצאות מיוחדות.

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 :

א. רופאים ועובדי שיקום יכולים בשלב זה לבקש בדיקת שר"מ לפני החלטה. קצבאות נקבעות ב דיון רופא עם עובדת השיקום, תיק ועדה רפואית ודוח מרופא המשפחה. על הטופס חותמים רופא הסניף ועובדת שיקום.

ב. אין לתת קצבה מיוחדת למצב שלא הוכר בוועדה רפואית, כמו נכות עקב CVA כשההכרה הייתה רק בשבר במפרק הירך.

ג. אין להתייחס לאי-שליטה בסוגרים כלשונה אלא על פי העצמאות התפקודית בטיפול בבעיה.
ג. מענקים

מענק מיוחד הוא סכום כספי העומד לרשות נפגע בעבודה שנקבעה לו דרגת נכות של 75% או יותר (או 65% אם לנפגע קשיי הליכה עקב התאונה). המענק מיועד להתאמת סביבתו של הנכה מטעמי בריאות ועקב הנכות) לפגימות שמהן הוא סובל ובהן לקה בתאונה שהוכרה.
אם מבוקש מימון או רכישה של אביזר רפואי, יש להפנות לקופת החולים שבה מבוטח המבקש לשם קבלת האביזר במסגרת הטיפול הרפואי או השיקומי שלו הוא זכאי.
כשמדובר בבקשה להחלפת דיור, והדיור הנוכחי אינו מתאים לנכותו של הנפגע, יש לבחון אם הדיור המבוקש אכן מתאים (מבחינת מדרגות, מעלית, דרכי גישה וכדומה).
כשאנו נדרשים להכין את ביתו או את סביבתו של הנפגע לקראת חזרתו לבית, יכול שנידרש להעריך את דרגת הנכות הצמיתה ולאשר לתובע סכומים לשם כך. סכומים אלה יקוזזו כשתיקבע נכותו הצמיתה על ידי ועדה רפואית.

3.3.7 היוונים

נפגעי עבודה רשאים להגיש בקשה להיוון קצבתם באופן חלקי או לחמש שנים כמפורט בחוק בפרק ה: ביטוח נפגעי עבודה סעיף 113א – מענק במקום קצבה :

נכה עבודה שדרגת נכותו אינה פחותה מ-20% ולדעת המוסד יש לו הכנסה קבועה המספיקה לפרנסתו או סיכוי מבוסס להכנסה כאמור רשאי המוסד בהסכמת נכה העבודה לשלם לו מענק במקום קצבה.

נפגע עבודה המבקש להוון את קצבתו או חלק ממנה, ממיר את הקצבה החודשית במענק חד-פעמי המחושב בדרך כלל עד גיל הזכאות לקצבת זקנה (67 לגבר ו-62 לאישה) על פי נוסחת חישוב אקטוארי.

האפשרות להוון קצבה אינה בהכרח כדאית מבחינה כלכלית, ועל כן עובד השיקום יקפיד על מתן הסבר מפורט שיבהיר למבקש את מלוא המשמעות של הוון קצבה:

1. אפשרות לפתיחת התיק מחדש.
2. היתכנות ביצוע בדיקות, כגון בדיקה כלכלית, בדיקה פסיכולוגית וכל בדיקה אחרת הנדרשת לצורך קבלת החלטה לעניין ההוון.
3. משהתבצע ההוון, אי אפשר לשנות את ההחלטה ולחזור לקבל קצבה.

אם בוצע הוון 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 להוון מצב התובע הוטב, עליו להפעיל תקנה 37 קודם לביצוע ההוון. היוונים מלאים נעשים לא רק לצורך יצירת מקור פרנסה לנפגע, ויכול להיעשות גם לצורך שיפור רווחתו (תנאי דיור, רכב וכדומה). על כל פנים, לא יבוצע הוון אם לא ייוותר לתובע מקור הכנסה סביר לאחר ביצוע ההוון.

בהוון חלקי הנפגע מקבל סכום כסף מראש כתשלום על אחוזי נכותו, והגמלה החודשית שקיבל קודם להוון באופן קבוע תפחת. בהוון מלא הנפגע מקבל בתשלום אחד מידי את כל התשלומים שהיה מקבל בגין אותה התאונה בעבודה. משמעותו של הוון מלא היא סגירה למעשה של כל אפשרות לפתוח את התיק לדיון מחדש 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 הוון של הנפגע, פקיד השיקום יפנה לרופא את השאלות הבאות:

- האם תיתכן החמרה או הטבה במצבו הרפואי של הנפגע בכל הקשור בתאונת העבודה הנדונה לנוכח קביעת הוועדות הרפואיות בעבר?
- אם התשובה לשאלה 1 שלילית, או כשמדובר בבקשה להוון חלקי, יש לבחון אם התובע מסוגל להמשיך בעיסוקו הנוכחי (בעת ביצוע ההוון).
- אם מדובר בהוון 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.
- אם מדובר בהוון לצורך רכישת דיור, יש לבחון אם הדיור העומד לדיון ורכישה מתאימים לנכותו של הנפגע (למשל, שאין מדרגות בדיור המיועד לרתוק לכיסא גלגלים).

3.3.8 אופן הפניית התיקים למשרד הראשי ולשכה 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

יש נוהג בביטוח לאומי על פיו יטופלו כל העובדים של מעסיק גדול אחד בסניף ספציפי (בתביעות לדמי פגיעה), לדוגמה: עובדי מד"א, חברת חשמל וכדומה. הכלל הוא כי תובע יטופל בסניף מקום מגוריו על פי רישומי משרד הפנים. לעומת זאת, הטיפול התביעה לנכות תעשה בסניף המגורים

3.3.11 השתתפות בפורום הסניפי

הפורום דן על המלצות רופא המוסד לערער על החלטת הוועדה הרפואית.

הנחיות רפואיות לקביעת דמי פגיעה

3.4 דמי פגיעה לנפגעי עבודה

3.4.1 מיקרוטראומה

חזקת הסיבתיות: נקבע כי "מי שלקה במחלה הקבועה ברשימת מחלות המקצוע ועוסק בעבודה הקבועה בטור 2 למחלה זו יש לראות קשר סיבתי בין העבודה למחלה אלא אם הוכח אחרת.

דהיינו, בניגוד למקרה של אירוע תאונתי בעבודה או תביעה ע"פ הלכת המיקרוטראומה בתביעה למחלה מקצוע נטל הראיה מתהפך ועובר למל"ל להוכיח העדר קשר סיבתי בין המחלה לעבודה.

4. מיקרוטראומה מהי

מדובר בהדמיה של נפילת טיפות מים על סלע שהתוצאה, ברבות הימים, הינה יצירת נקב באבן למרות היותה חומר קשה לאין ערוך מהמים.

מדובר בהלכה משפטית ולא רפואית - קונסטרוקציית הכרה בקשר סיבתי, הן משפטית והן רפואית, בין פגימה רפואית לבין העבודה, זאת בהעדר אירוע תאונתי מחד ומאידך כאשר הפגימה לא נקבעה כמחלת מקצוע ע"פ דין.

הלכה משפטית זו נוצרה באנגליה, נדחתה ע"י השלטונות משנקבע כי מדובר בהרחבה מוגזמת ולא ישימה של חוקי העבודה. הלכה זו אומצה בארה"ב בצורה חלקית ודווקנית. הלכת המיקרוטראומה אומצה ע"י בתי הדין לעבודה בישראל ועברה שינויים רבים במהלך הפסיקה לאורך השנים בעיקר להרחבת ההלכה.

פס"ד יוסף עובדיה מהווה פס"ד עקרוני בו נקבעו ע"י ביה"ד הארצי (הנשיא כב' השופט ס. אדלר) התנאים הנדרשים לאישור תביעה ע"פ הלכת המיקרוטראומה. ביה"ד קובע שלאישור תביעה נדרשים קיום תנאים עובדתיים מחד, ומאידך ובמצטבר תנאים רפואיים.

התנאים העובדתיים הינם קיום "תנועות חוזרות ונשנות, זהות או דומות, פעמים אין ספור ביום העבודה" באיבר בו נטענת הפגיעה ע"פ הלכת המיקרוטראומה. התנאים הרפואיים הינם מענה חיובי על שאלת קיום פגיעות זעירות ובלתי הפיכות שנגרמו בכל תנועה מהתנועות שנקבעו עובדתית כמקיימות את ההלכה שבצירופן הפגימה הנטענת. לצערנו גם בפסיקה העדכנית, כולל בביה"ד הארצי לעבודה, אין עמידה ברורה על דרישות עובדתיות אלו, וחבל.

התשתית העובדתית תבחן ותקבע ע"י פקיד/ת התביעות שזו סמכותו וחובתו (והשופט בבית הדין בעת הדיון המשפטי), בעוד שהנושא הרפואי יבחן ויקבע ע"י הרופא.

בפסיקה, לאורך הזמן, נקבעו הרחבות לעניין העובדות הנדרשות למיקרוטראומה. נקבע כי קיום סדרות של תנועות זהות או דומות בעבודה די בהן למלא אחר הנדרש עובדתית. 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)

כן נקבע שעבודה פיזית קשה או תנוחה, לא נוחה ככל שתהיה, אין בהן כדי למלא אחר הנדרש עובדתית להלכת המיקרוטראומה, כך גם לעניין מתח נפשי מתמשך.

השאלה העקרונית הינה עובדתית בעיקרה, דהיינו, באלו תנאים יקבע כי בעבודת התובע קיים מילוי הנדרש עובדתית להלכת המיקרוטראומה?

לשאלה זו אין מענה חד. הפסיקה מגוונת ללא מתווה או קו שניתן לזהותו במדויק. מחד, נקבע כי נהגים מקצועיים ברכב כבד, אוטובוס ומונית יש בעבודתם מילוי הנדרש עובדתית להלכה זו, מאידך בפס"ד עדכני מ-10/5/2012 קובע ביה"ד הארצי לעבודה שעבודת כוח עזר בבית אבות הינה עבודה מגוונת שאין בה מילוי הנדרש להלכת המיקרוטראומה (צביה אשוול עב"ל 21703-04-11).

לציין כי השונות קיימת גם בפסיקת ביה"ד הארצי לעבודה שפסיקתו הינה תקדימית וחובה לפעול על פיה. מתוך כוונה אין ציטוט של פסיקה בביה"ד האזורי בה יכול כל המעוניין למצוא פסקי דין כאלו ואחרים שיתמכו בטיעוניו - האם ניתן לקבוע כיוון? ספק רב. בכוונת מכוון אין באמור לעיל ציטוט של החלטות לגבי מקרה ספציפי כזה או אחר מהסיבה שציטוט שכזה לא רק שלא יוסיף בהירות לנושא סבוך זה אלא אף יגביר את ההתלבטויות ואת הבלבול.

מהתנהלות בתי הדין לעבודה עולה כי לעיתים תכופות מגיע ביה"ד לשלב מינוי המומחה, לעיתים בהסכמת הצדדים, קודם למיצוי הנושא העובדתי במלואו - קביעת מילוי הנדרש עובדתית להלכת המיקרוטראומה - דבר שמוותר למומחה מקום להתדיינות עובדתית שמהווה חריגה מסמכותו באופן ברור מחד, ולקביעות שאינן עומדות בנדרש ע"פ הלכת המיקרוטראומה כהלכה משפטית מאידך (ציטוט סטטיסטיקה רפואיות אינו יכול להחליף קביעות משפטיות).

במובחן, יש לציין, כי ביה"ד קובע שבמחלות שיש להן גורמים רבים, כמו אוטם בשריר הלב, אירועים מוחיים ומחלת נפש, אי אפשר ליישם את הלכת המיקרואומה (בפס"ד אלישע שמש נ' המל"ל - עב"ל 52830-02-12 מיום 27/5/2013 נקבע כי המשקל הנדרש באירוע לבבי כדי שיקבע כתאונה בעבודה הינו קשר ברמה של מעל ל-50%).

במקרים של מיקרואומה על רופא המוסד (המומחה בביה"ד) להתבסס על קביעת ברורה באשר לנוכחות תשתית עובדתית למיקרואומה, בהעדר תשתית זו על הרופא לדרוש מפקיד התביעות/בית הדין החלטה חד משמעית וברורה לעניין קיום הבסיס העובדתי למיקרואומה.

4.1 מיקרוטראומה – המשקל הנדרש להכרה בפגימה

השאלה שעולה לעיתים מאד תדירות הינה מה משקל העבודה על גרימת הפגימה הנתבעת ע"פ הלכת המיקרוטראומה?

לכאורה, היות שנטל הראיה להוכיח קשר בין עבודה לפגימה מוטלת על התובע ("המוציא מחברו עליו הראיה"), הרי שהתובע צריך להוכיח כי העבודה גרמה לפגימה בשיעור של למעלה מ-50%, הרי שבפסיקה נקבע שיעור הוכחת קשר נדרש ב"משקל העבודה על הפגימה אינו פחות בהרבה ממשקל הגורמים האחרים", דהיינו, הנטל הנדרש להוכחה מהתובע נמוך מ-50% - כמה? לעניין זה מסכם ביה"ד הארצי לעבודה בפס"ד המל"ל נ' משה אבן ז"ל עב"ל 50518-08-10 מיום 3/4/2013 את נושא הקשר הסיבתי כדלקמן:

תחילה יש לקבוע במידת סבירות העולה על 50% כי קיים בכלל קשר בין עבודת המשיב לבין מחלתו (בסיס הקשר הסיבתי).

רק לאחר שנקבע שהקשר העולה על 50% תקבע מידת התרומה של גורמים אחרים, שאינם קשורים לעבודה, על קשר סיבתי זה. נקבע כי די בכך שתרומת העבודה תהא בשיעור העולה על 20%.

בפס"ד המל"ל נ' משה עזרן עב"ל 744-08 מיום 27/1/2011 קובע הנשיא ס. אדלר שקביעת השפעה של העבודה על פגימה נטענת צריך שיהיה בגובה של 20% לפחות (השפעה משמעותית) הינה בגדר קביעה דיכוטומית - פחות מ-20%, ואף במעט, יביא לדחיית התביעה כולה. בכך מעוגן שוב עניין נטל הראיה שמוטל בצורה ברורה על התובע, דהיינו, אין די באמרות כמו "אין סיבה אחרת...", "לא ניתן לשלול..." ואחרות לקבוע קשר סיבתי בתביעות בנפגעי עבודה.

4.1.2 פגיעה בע"ש - אירוע תאונתי מול מיקרוטראומה

פגימה בה אנו נתקלים בצורה תדירה בנפגעי עבודה הינה פגיעה בע"ש מותני. לעיתים פגיעה זו מיוחסת לאירוע תאונתי בעבודה, ובהעדר אירוע תאונתי נתבעת הפגיעה ע"פ הלכת המיקרוטראומה. יש לציין שפגיעה בע"ש אינה מוגדרת כמחלת מקצוע הקבועה בתקנות.

בעיקרון יש להבדיל בין פריצת דיסק (בקע דיסק או Disc Hernia) לבין בלט דיסק. הבקע נגרם בדרך כלל בעקבות אירוע תאונתי חד כאשר הבלט בדרכי"כ הינו חלק משינויים ניווניים שנצפים תדירות בעיקר עם התקדמות הגיל וידוע שמקורם גם גנטי.

לעניין "אירוע תאונתי" יש לבחון קיום אירוע/תנועה בע"ש מותני בזמן ועקב העבודה, תנוחה לא יכול שתהיה אירוע מפני שלא מדובר במצב חד מוגדר במקום ובזמן.

האם נדרש אירוע חריג להכרה בפגיעה בגב עקב אירוע בעבודה? המושג והדרישה לאירוע חריג בעבודה הינו אך ורק לפגמות אוטם בשריר הלב (M.I.), אירוע מוחי (C.V.A.) ומחלת נפש, אין דרישה מחמירה שכזו בפגמות אחרות, אף לא בפגימה בגב.

בהתקיים אירוע תאונתי בעבודה, בעת קביעת דרגת הנכות בגין האירוע יש לבדוק הן את מצבו הקודם של התובע והן את הגורמים לפגימה לעניין אחריות האירוע על הפגימה.

כאשר התביעה הינה על בסיס הלכת המיקרוטראומה יש לטפל בתביעה תחילה ע"י בחינה וקביעה של הנדרש עובדתית להלכה זו - תנועות חוזרות ונשנות, זהות או דומות, פעמים אין ספור ביום העבודה באזור בו נטענת הפגיעה (לא תנוחה) - רק בהתקיים הנדרש עובדתית יבחן הקשר הסיבתי

הרפואי בין העבודה לפגיעה הנטענת (בהעדר קיום הנדרש עובדתית אין מקום להעביר לחו"ד רפואית כלל - התביעה תדחה עובדתית).

ראו פס"ד עב"ל 10-204 יעקב דיין נ' המל"ל בו קובע ביה"ד הארצי (כב' השופט יגאל פליטמן) כי בהעדר תשתית עובדתית למיקרוטראומה אין צורך במינוי מומחה רפואי כלל - התביעה להידחות על הבסיס העובדתי, ודי בכך.

פס"ד המל"ל נ' יעקב סיטרוק ואח' מיום 15/7/2013 מסכם את הדרישות להלכת המיקרוטראומה כדלקמן:

כללי המוצא:

כאשר מדובר בפגיעה בעבודה על דרך המיקרוטראומה, לאחר שהונחה מסכת עובדתית מתאימה, יש לברר שלושה נושאים: האחד - קיומו של קשר סיבתי בין תנאי העבודה לבין הליקוי; השני - האם הפגיעה נעשית במנגנון המיקרוטראומה; השלישי - מידת ההשפעה של תנאי העבודה על הופעת הליקוי ביחס לגורמיו האחרים.

למען הסר ספק הננו מבהירים כי לגבי הקשר הסיבתי, כאשר מדובר במיקרוטראומה, אזי חובת הוכחתו בסבירות העולה על 50% מוטלת על המבוטח. רק לאחר שנקבע הקשר הסיבתי כאמור מתעוררת שאלת היחס בין השפעת תנאי העבודה על הליקוי אל מול גורמיו האחרים. לגבי שאלה זו די בהשפעה משמעותית של תנאי העבודה על קרות אותו ליקוי כדי שהוא יוכר כפגיעה בעבודה על פי תורת המיקרוטראומה, השפעה משמעותית הינה, על פי הפסיקה, השפעה בשיעור 20% לפחות של תנאי העבודה על אותו ליקוי ביחס לגורמיו האחרים.

השאלות שישאל המומחה ע"י ביה"ד לעניין מיקרוטראומה (לאחר מילוי הנדרש עובדתית):

1. מהו ליקויו של התובע?
2. האם ניתן לקבוע, בסבירות של מעל 50%, קיומו של קשר סיבתי בין עבודת התובע לליקוי ממנו הוא סובל?

גם החמרת מצב הליקוי עקב העבודה משמעה קיום קשר סיבתי בין השניים. ככל שהתשובה לשאלה הקודמת הינה בחיוב, וקיים לדעת המומחה קשר סיבתי בין העבודה לליקוי, הוא מתבקש להשיב לשאלה הבאה בדבר אופן קרות הליקוי, דהיינו: האם בעיקרו של דבר ניתן לומר, כי ליקויו של התובע עקב עבודתו נגרם על דרך של פגיעות זעירות שכל אחת מהן הסבה לו נזק זעיר בלתי הדיר עד שהצטברות הנזקים הזעירים הללו זה על גבי זה גרמה גם כן לליקויו (כדוגמת טיפות מים המחוררות את האבן עליה הן נוטפות)?

ככל שהמומחה ישיב לשאלה הקודמת בחיוב, הוא מתבקש להשיב לשאלה הבאה בדבר השפעת העבודה על הליקוי ביחס לגורמיו האחרים, דהיינו – האם לעבודת התובע השפעה משמעותית על ליקויו של התובע? (השפעה משמעותית על פי הפסיקה הינה בשיעור של 20% ומעלה)

פס"ד זה מסכם את הדרישות, הן העובדתיות והן הרפואיות, לקיום הלכת המיקרוטראומה והדרך לטפל בתביעות על פי הלכה זו.

כל האמור באשר לדרישות ביה"ד יש ליישמן, קודם להחלטה בתביעה בדרך המיקרוטראומה, תחילה ע"י פקיד התביעות ואח"כ בהפניית התביעה לחו"ד רפואית. כאשר אין מילוי הנדרש עובדתית להלכת המיקרוטראומה אין כלל צורך בחו"ד רפואית.

4.1.3 אורתופדיה : תסמונת התעלה הקרפלית (CTS)

מוכרת על בסיס פריט 13 או 14 בחלק ב' של רשימת מחלות המקצוע

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 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), ניתן להכיר 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

• אידיופתי				
• גורמים פנימיים מחוץ לעצב שגורמים ללחץ במינהרה				
הפרעות דימומיות	חריגות אנטומיות	שאתות ותהליכים	מצבים דלקתיים	גורמים הקשורים להפרעת וחבלה איזון הנוזלים
(טראומה)		תופסי מקום		
המופיליה מחלת וון וילבר לוקמיה חדה נטילת תרופות נוגדות קרישה קרע מיפרצת עורק אמצעי הצטלקות בתר- טראומטית במינהרה הגורמת הזרקה בלחץ גבוה למינהרה	עיוות כלי-דם אנומליות בשרירים באזור מינהרת כף היד	גנגליון PVNS ליפומה פיברומה	דלקת שיגרנית שיגרון עמילואידוזיס פסידו-שיגרון (pseudo-gout) זאבת סקלורדמה דרמטומיוזיטיס מצבים זיהומיים טנוסינוביטיס לא סגולית	הריון חדילת אורח(Menopause) השמנה כשל הכליות המודיאליזה ארוכת טווח מחלה של בלוטת התריס מיקסאדמה גידלון נטילת גלולות נגד הריון כשל לב כרוני מחלת RAYNAULD
• גורמים פנימיים בעצב המעלים את הלחץ				
נאורילימומה ליפופיברומה נירופיברומה נירומה המנגיומה סרקומה סינובית				
• גורמים חיצוניים				
חסר חיבור של שבר בעצם הסירה שברים של רדיוס דחיקני חיבור לא תקין של שברי כרכיד (רדיוס) רחיקני פריקה של מפרקי כף היד שינויים ניוונים במיפרקי כף היד (קרפליים)				
• מצבים הקשורים למאמץ/הפעלת לחץ				
• גורמים עצביים				
סוכרת מיאלומה נפוצה אלכוהוליזם חסרים תזונתיים תרופות שונות-ליתיום חוסמי ביתא, נגזרות ארגוט				

שימו לב שחלק הטבלה "מצבים הקשורים למאמץ/הפעלת יתר" היא פרק קטן מתוך עשרות סיבות אחרות (שאינן קשורות לעבודה) של המחלה. אם המחלה או המצב שאינם קשורים לעבודה דומיננטיים אצל התובע, יהיה עלינו לדחות את התביעה.

4.1.4 אורתופדיה: אפיקונדיליטיס (Tennis Elbow)

אפיקונדיליטיס (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 לאפיקונדיליטיס פירושו כאב נקודתי המתגלה בזמן סיבוב חיצוני של כף היד. שמה האנגלי של המחלה, "מרפק טניס", מקורו בתיאור הראשון של המחלה אצל שחקני טניס לפני כמאה שנה. המחלה אופיינית לגילאי 30-50, אך כמובן קיימת גם מחוץ לטווח גיל זה.

התנועה האופיינית הגורמת לאפיקונדיליטיס 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. כמו כן, הפעלת מכשירים רוטטים כמו פטישי אויר (מכשירי "קנגו") או מקדחות רוטטות יכולה אף היא לגרום לאפיקונדיליטיס 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.

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

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

אפיקונדיליטיס על פי רוב אינה מותירה נכות, והטיפולים 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.

4.1.5 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 שונים.

ב. בדיקות דימות ובדיקות אחרות

בהזמנת בדיקות רפואיות יש להביא בחשבון את הנקודות הבאות:

1. 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.
2. 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. אך בכל מקרה יש לבצע את הבדיקה אם הוועדה עומדת על דעתה.
3. 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

1. באישור ימי היעדרות מהעבודה בשל כאב בגב התחתון על רופא המוסד להביא בחשבון את הנקודות הבאות:
2. כאבים בגב התחתון נפוצים, אך ההתקפים החריפים נמשכים בדרך כלל תקופות קצרות ונעלמים מעצמם או בטיפול מקובל
3. המאמצים הגופניים בעבודה הם אמנם גורם אחד המשפיע על הופעת כאב בגב התחתון, אך אינם בהכרח הגורם החשוב ביותר.
4. באישור היעדרות מהעבודה, יש להתבסס אך ורק על הממצאים האובייקטיביים שנרשמו בתעודות אי הכושר (או בכרטיסים הרפואיים של התובע אצל הרופא המטפל).
5. 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'. במידה ועל פי הנתונים נראה כי אי הכושר מוגזם יש לפעול על פי הלכת בן שבת.

4.1.6 אונקולוגיה: גידולי עור

לעיתים מוגשות תביעות להכרה בגידולים 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. יש שינויים גדולים בתחום הפסיקה בעניין זה ועד להודעה חדשה הרופאים מתבקשים להעביר את התיקים למשרד הראשי

הגורמים לסרטן העור

חשיפה לשמש היא גורם הסיכון הסביבתי החשוב ביותר להופעת הגידולים העוריים הממאירים. עם זאת, קיימים גורמים אפשריים אחרים (נדירים יותר):

1. גורמים פיזיקליים (חום, קור, כוויית תרמיות וכימיות, קרינה מייננת)
 2. חבלות חוזרות
 3. תהליכים כרוניים (צלקות)
 4. חומרים כימיים (פחמנים ארומטיים ציקליים [DAH])
 5. גורמים תורשתיים
 6. מחלות סיסטמיות (AIDS)
- 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 כוויית 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.

4.1.7 מחלות ממאירות

בקביעת הקשר הסיבתי בין חשיפה לחומרים יש לקבל מפקיד התביעות מהות החומר, גיליונות בטיחות, כרטיס תעסוקתי, פרטים מדויקים על חשיפה, צורתה והיקפה ולהעביר למומחה תעסוקתי.

לא ניתן להביא במסגרת התדריך את מכלול ההנחיות לחומרים השונים.

4.1.8 אף, אוזן וגרון: נזק שמיעה וטנטון כמחלת מקצוע

הבסיס להכרה בליקוי שמיעה כמחלת מקצוע, הוא סעיף 84 א' לחוק, שפורסם ב-1/4/05. בשל חשיבותו, מובא הסעיף להלן כלשונו:

א. ליקוי שמיעה 2

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

- 1) המבוטח נחשף בעבודתו לרעש התקפי ומתמשך, העולה על המותר לפי סעיף 173 (בפקודת הבטיחות בעבודה [נוסח חדש], התש"ל-1970 (להלן - רעש מזיק);
- 2) כושר השמיעה פחת, בשיעור של 20 דציבל לפחות בכל אחת מהאוזניים; (
- 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 (בסעיף זה - רשומה רפואית);

(ב) היום שבו, לדעת הוועדה הרפואית או הוועדה הרפואית לעררים כמשמעותן בפרק זה, לפי הענין, החלה הירידה בשמיעה.
(ג) רעש תמידי באוזניים (להלן - טינטון) עקב חשיפה לרעש, לא יוכר כפגיעה בעבודה אלא אם

כן התקיים האמור בסעיף קטן (א), וכן כל אלה:

1) כושר השמיעה בתדירויות הגבוהות פחת בשיעור של 25 דציבל (לפחות בכל אחת)

מהאוזניים; לענין זה, "תדירויות גבוהות" - תדירויות של 3000 ו 4000- מחזורים בשניה;

2) הטינטון תועד לראשונה ברשומה רפואית, לפני שהמבוטח חדל לעבוד בחשיפה לרעש (מזיק);

3) הפגיעה בתפקוד עקב הטינטון חייב הפניות חוזרות ונשנות לטיפול רפואי, שתועדו (ברשומה רפואית).

תביעות שהוגשו בטרם פרסום החוק, מטופלות על פי הנוהל הישן.

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).

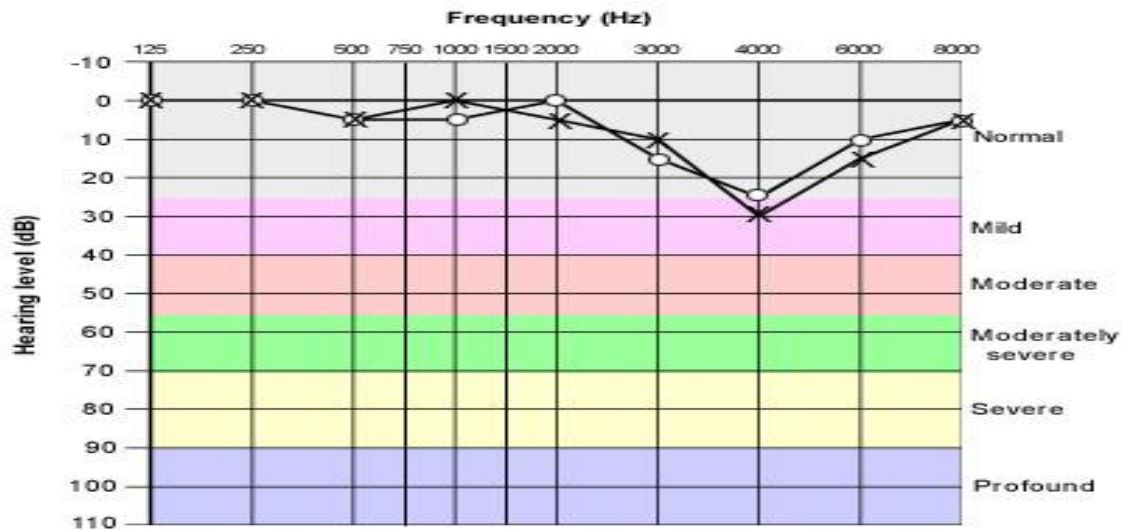
בתחילה מופיע נזק לשמיעה בתדירויות הגבוהות (3-4 KH), ועם המשך החשיפה יכולה להיפגע השמיעה בתדירויות הדיבור.

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

ה. הוראות החוק: שינויים בחקיקה

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. סמכות זו שניתנה למוסד מחייבת הקפדה במבחן התביעה הן בהיבט העובדתי והן בהיבט הרפואי. יודגש שתלונות על טנטון שיעלו לראשונה בשלב התביעה לנכות, יועברו לפקיד התביעות להחלטה 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 שיעלה התובע בעת הופעתו בפני הוועדה הרפואית ושלא שצוינו בטופס התביעה לנכות יחייבו להחזיר את התיק לפקיד התביעות לביורר קיומם של התנאים שבסעיף 84א(ב).

מבחן תביעה בגין ליקוי שמיעה מנקודת מבטו של פקיד התביעות.

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 אפוטרופוס 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.

ביורר 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.

ביורר 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.

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. נחתן להשתמש בשאלון מובנה

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.

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. כרטיס/ים 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

- 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.

- אין להתבסס בשום אופן על בדיקת שמיעה אחת בלבד כדי לקבל או לדחות תביעה. יש לדרוש שתי בדיקות שמיעה לפחות.
- עם הגשת התביעה יש להפנות את התובע לביצוע בדיקת שמיעה עדכנית מטעמנו. בדיקת השמיעה תבוצע על ידי מכון אודיולוגי מוכר ותכלול לפחות:
 1. 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
 2. סף שמיעה למילים
 3. דיסקרימינציה
- אם קיים בבדיקה ליקוי הולכתי, יבצע קלינאי התקשורת גם בדיקת טימפנומטריה או רפלקס אקוסטי.
- אם לאחר ביצוע בדיקת OAE קיים עדיין ספק, יש להפנות את התיק ללשכה לייעוץ רפואי במשרד הראשי או לרופא מומחה בא"ג עם שאלה על הקשר הסיבתי.
- הפניה לבדיקות BERA ו-BERA סף תיעשה אך ורק על ידי הלשכה הרפואית במשרד הראשי או על ידי מומחה לא"ג בתיאום עם הלשכה.
- 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').
- 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:

- בהיעדר חשיפה לרעש בעוצמה של יותר מ-85 דציבל בעבודה, תידחה התביעה בהיעדר תנאי סף.
- במקרים של טראומה מהדף, הסימפטומים של ירידה בשמיעה יופיעו מיד. חומרת הסימפטומים בשמיעה יכולה רק לרדת (שיפור הדרגתי במצב) ולא להחמיר במשך הזמן.
- 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.
- 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 תמידי או פולסטיבי אינו קשור לעבודה. במקרה של ספק, יש להפנות את התובע לבדיקת אפיון טנטון.

ז. הפניות לבדיקות שמיעה וטנטון

- א. אין להתבסס בשום אופן על בדיקת שמיעה אחת בלבד כדי לקבל תביעה או לדחותה. יש לדרוש שתי בדיקות שמיעה לפחות.
- ב. בדיקת סקר בניידת או בדיקת אחות שאינה נעשית בחדר אטום לא נחשבת לבדיקת שמיעה תקנית
- ג. עם הגשת התביעה יש להפנות את התובע לביצוע בדיקת שמיעה עדכנית מטעמנו.
- ד. בדיקת השמיעה תבוצע על ידי מכון אודיולוגי מוכר ומאושר הבדיקה תכלול לפחות:
 1. 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
 2. סף שמיעה למילים

3. דיסקרימינציה

4. טימפנומטריה

ה. לפי הצורך הדים קוכלאריים וברה סף אם לאחר ביצוע בדיקת OAE קיים עדיין ספק, יש להפנות את התיק ללשכה הרפואית

ו. הפניה לבדיקות BERA ו-BERA סף תיעשה אך ורק על ידי הלשכה הרפואית במשרד הראשי או לפי בקשת מומחה לאא"ג בתיאום עם הלשכה.

4.1.9 עיניים: היפרדות גוף זגוגי אחורי (PVD)

היפרדות הזגוגית האחורית (PVD - Posterior Vitreous Detachment) הוא תהליך שבו גוף הזגוגית האחורי ניתק מהרשתית שאליה הוא מחובר 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.

4.1.10 עיניים: היפרדות רשתית

היפרדות רשתית יכולה להיגרם כתוצאה מחבלה ישירה בעין. להל"ן נייר עמדה של איגוד רופאי העיניים



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 מאד¹.

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'². 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 Schepens² 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.³

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

Kowal וחבריו בדקו 161 עיניים עם חבלת ראש ומצאו פגיעות עיניים שונות, בעיקר בתנועות העין אך לא תואר אף מקרה של קרע או היפרדות רשתית.⁵ 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.⁵⁻⁷

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.

פחפ' יובל יסעור
פחפ' יוסי מויסיב
פחפ' ענת לבנשטיין
פחפ' גיורא טרייטל (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. Kowal L. Ophthalmic manifestations of head injury. *Aust NZJ Ophthalmol* 1992;20:35-41.
6. Hsu HC, Chen HJ, Lu K, Cheng-Loong 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.

4.1.11 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.

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

1. 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.

2. פגיעה בשן מלאכותית (כתר, גשר וכיוצא באלה) - המבוטח זכאי לטיפול רפואי חד-פעמי להשבת המצב לקדמותו.

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 **בשירותי בריאות כללית יש לצרף את כל החומר הרפואי, צילומי רנטגן ודוח חדר המיון, המועברים לרופא השיניים היועץ, ד"ר קליינשטיין. ד"ר קליינשטיין יבדוק את המסמכים הרפואיים, יפרט באישור מיוחד את השיניים שנפגעו, ויצוין 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.**

כאשר מכירים בנזק יש לציין את מס' השן שנפגעה וטיב הפגיעה. בכל מקרה של אי בהירות או שנדרשת חוות דעת יש להפנות ללשכה הרפואית. לגבי מבוטחים בקופות אחרות, יכול רופא המוסד לקבוע את הנזק או להתייעץ ברופא שיניים על פי הצורך.

4.1.12 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 יקבע 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 לתדד 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 יוכר אוטם כאירוע בעבודה אם מועד הופעתו קשור לאירוע חריג בעבודה.

טרשת עורקים אינה מוכרת כפגיעה בעבודה.

4.1.13 קרדיולוגיה

א. הנחיות לטפול 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 התייעוד הרפואי הקשור לאוטם.

בירור עובדתי - בכל תביעה בגין אוטם בשריר הלב יש לברר עם התובע (הנפגע או התלויים) את הנסיבות בעבודה שהביאו לטענתו להתפתחות האוטם. 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 סיכומים רפואיים ממד"א, חדר מיון היחידה לטיפול נמרץ ומהמחלקה הפנימית שבה אושפז בעקבות האוטם, וכל תיעוד רפואי הקשור לאוטם הנדון, למחלה הקרדיו וסקולרית 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 ובמידת הצורך להעביר למומחה רפואי בשאלות מובנות.

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.

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.

ב. 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 0-66) וכוכבי (לא 0-61) 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.

ג. 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 קונסטיטוציונלית 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.

בשנת 2010 התקבלה הלכת יונס המתירה לוועדה לקבוע נכות תוך הפחתת התרומה של גורמי הסיכון להיווצרות האוטם (כמו מחלת כלילית, יתר לחץ דם, עישון, השמנת יתר ועוד)

4.1.15 כירורגיה: בקעים

בבקעים בדופן הבטן אנחנו מבחינים בין בקע מפשעתי לבקעים אחרים. בקע מפשעתי נידון על פי סעיף 84 לחוק בטיפול בתביעות אלו ייתכן ויידרש הרופא לעזור לפקיד להחליט אם עומד בתנאי החוק (טיפול רפואי תוך 72 שעות, הודעה למעביד, מאמץ חריג וכולי) לגבי שאר הבקעים אלו נבחנים לפי סעיף 79 לחוק.

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

בדופן הבטן יש מספר אזורי חולשה המועדים להתפתחות בקעים (למשל - המפשעות, הטבור, ה-Linea alba, שהיא הרקמה האפונאוריזית/גידית ומחברת בקו האמצע בין שני שרירי ה-Rectus abdominis ועוד).

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 האפונאוריזית והגידים. 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 (לדוגמא - "בקע טראומתי" בעקבות חבלה קשה בדופן הבטן) או רב פעמית, בעצמה חלשה יותר, שהשפעותיה מצטברות עם הזמן, דוגמת מי שעובד עבודה פיזית דרך קבע (ולא עשה מאמץ חד פעמי חזק), מי שסובל מהתקפי שיעול חוזרים/כרוניים, ומי שסובל מעצירות קשה או קושי בהטלת השתן, ונוקק 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.

Duastasis recti = מצב בו מתרופפת ומתרחקת רקמת ה-Linea alba, תוך התרחקות שני שרירי ה-Rectus abdominis - אינה כרוכה בכאבים.

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 סבל מבקעים ב-Linea alba ייתכן שבקעים אלה מבטאים נטייה אישית, חולשה מולדת וכד', וכן ייתכן שעיסוקו בעבודה פיזית גרם להתפתחות במשך הזמן.

לא ניתן להוכיח, לשלול או לכמת בוודאות מוחלטת את מידת התרומה של עבודתו הפיזית של התובע להתפתחות הבקעים מהם סבל; אני נוטה כן לייחס לעבודתו הפיזית תרומה להתפתחות הבקעים וזאת על סמך ההיגיון והניסיון, כפי שהוסבר לעיל.

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.

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.

4.1.16 כירורגיה וסקולרית: דליות ועמידה ממושכת

ככלל לא נחשב כמחלת מקצוע במקרים מסויימים יכול להיחשב כהכרה בהחמרת מהמחלה עקב תנאי עבודה. מאמר המתנגד לקשר בין דליות לעמידה ממושכת ומאמר התומך בקשר זה מובאים בכתב העת *לפואה*, כרך 146, חוברת ט, ספטמבר 2007, עמודים 675-676 (אריה בס, מתנגד), ועמודים 677-685 (אבי שי ואחרים, תומכים).

4.1.17 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

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.

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

1. טור 1 - שם המחלה
2. טור 2 - תיאור העבודה העלולה לגרום למחלה
3. 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.

ב. מאפיינים של מחלות מקצוע

- הסימנים והסימפטומים של רוב מחלות המקצוע לא 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 תנאי התעסוקה ליצירת מחלה.
- גורמים המקשים על זיהוי מחלות מקצוע:
 - a. ריבוי חומרים נמצאים בשימוש.
 - b. חומרים רבים נמצאים בתערובות, וקשה להפריד את הגורם המסוים.
 - c. המידע הטוקסיקולוגי על חומרים מוגבל.
 - d. לא תמיד יש מידע על היקף החשיפה ומשכה.

אסבסטוזיס

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

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 בפברוזיס 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 מקרה אחד לשני מיליון בשנה. מחקרים העלו שמחלות אלו נמצאות במגמת עלייה באוכלוסייה בעקביות בעשרים השנים האחרונות.

סוגי הסרטן הבאים כקשורים לחשיפה לסיבי אסבסט :

- מזוטליומה לכל צורותיה (סעיף הליקוי שיכול לבוא בחשבון במצבים כאלה הוא (1)8 או (2)8 או 1(3)).
- 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.
- סרטן הלרינקס, אך ורק כשיש סימנים של אסבסטוזיס, בחומרה של 1/1 ויותר בצילום חזה, או כשיש ממצאים של פלאקות פלורליות 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 הלרינקס

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

4. **סרטן בדרכי העיכול**
הועדה החליטה לא להכיר בסרטן דרכי העיכול (ושט, קיבה, המעי הגס) כקשורים לחשיפה לסיבי אסבסט, על סמך ספרות מקצועית מעודכנת.

5. **סרטן לבלב, כיס השתן והכליה**
הועדה החליטה לא להכיר בסרטן כני"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. להזכירם, 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 כני"ל, אין צורך בהפניית התיק למומחה רפואי חיצוני, כפי שנהוג היה עד כה. תביעות כני"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 (לדוגמא שיש). 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.

כי 30%-50% מהעובדים בתעשיות 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. סרטן ריאות המופיע לאחר חשיפה ממושכת לסיליקה גבישית אינו מחייב ממצא קודם של סיליקוזיס.

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 הנשיואם היו ניסיונו להרחקה לאחר קבלת כל הנתונים, יעריך רופא המוסד אם מתקיימים התנאים לאסטמה תעסוקתית. אם הוא מתקשה לגבש מסקנה, הוא רשאי לפנות לייעוץ לרופא ריאות תאו למומחה ברפואה תעסוקתית

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 syndrome), 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, איזוציאנטים, מלחי פר-סולפט ולטקס.

Occupational Asthma - Possible irritants:

1. Asthma with latency
 7. Acid anhydrides (used in epoxy adhesives and paints, coatings, circuit boards, polymers, polyesters, and plasticizers)
 8. Aldehydes
 9. Acrylates (used in paints and adhesives)
 10. Animal proteins (in laboratory animals, farming, and veterinary medicine)
 11. Cobalt (used in carbide-tipped tools, diamond polishing))
 12. Dusts from flours and grains (found in bakeries)
 13. Dusts from wood (used in furniture making and cabinetry)
 14. Ethylenediamine, monoethanolamine, and other amines
 15. Formaldehyde and glutaraldehyde (used in sterilizing medical instruments)
 16. 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)
 17. Latex (used in health care facilities)
1. Asthma without latency (irritants that cause the reactive airway dysfunction syndrome)
 18. Contaminants in metalworking fluid
 19. Chlorine gas (pulp from paper mills)
 20. Bleach (sodium hypochlorite)
 21. Strong acids
22. 3.respiratory occupational diseases

הערה : מצגת לאסטמה תעסוקתית נמצאת באתר ה מוסד לביטוח לאומי בפינה של הלשכה הרפואית.

סוכרת סוג 2

סוכרת מסוג 2 לא נחשבת כפגיעה בעבודה.

בית 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 מסוג 2 (סוכרת של המבוגר).
2. דחק ("גורם סטרסוגני" כלשון המומחה) יכול שיהא קשור סיבתי מבחינה רפואית להופעת סוכרת מטיפוס 1 (סוכרת נעורים), אך אינו נחשב קשור להופעת סוכרת של המבוגר.
3. כדי להכיר בסוכרת מסוג 1 נדרש קשר זמנים של חודשים ספורים מרגע האירוע עד להופעת המחלה
4. תלונות הנפגע בגין הזעה, חולשה, סחרחורת וטשטוש נבעו קרוב לוודאי מחרדה ולא מסוכרת.
5. 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.
6. 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".

5. ועדות רפואיות

5.1 הקדמה

פרק זה מפרט כללים ונהלים לעבודת הוועדה הרפואית (להלן הוועדה), וכן כלים 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 :
 - פגימות שנגרמו להערכתו עקב התאונה שהוכרה.
 - פגימות שהוחמרו להערכתו עקב התאונה שהוכרה.
 - 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 ואם נותרה נכות או לא

5.2 הכנת תיק לוועדה רפואית (טופס 200)

במסגרת הכנת תיק לוועדה רפואית יבצע רופא המוסד :

- בחינת הפגימות הנטענות בהתאמה לאבחנות המוכרות, המוכרות בסמכות הרופא להוסיף או לגרוע אבחנות. ויבחן החלטות של ועדות קודמות, ובכלל זה בקשות של ועדות קודמות לבצע בדיקות רפואיות או להשלים חומר רפואי.
- מיון התלונות לפי המפתח הבא :
- ד. תלונות הקשורות לאירוע במישרין
- ה. תלונות שלגביהן קיים ספק אם הן קשורות לאירוע או לא
- הרופא יביע את דעתו באשר לתלונות שאינן קשורות לאירוע לחלוטין 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.
- 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.
- החלטה על הצורך בבדיקות רפואיות שלהן תזדקק הוועדה לשם החלטתה (ראו הרחבה בסעיף הזמנת בדיקות עזר).
- הוראה על הזמנת הבדיקות הנדרשות לוועדה.
- מינוי הפוסקים (תחומי המומחיות) שיידרשו בוועדה וקביעת מורכבות התיק (4, 3 או 2 או תיק יחיד לוועדה, ראו הסבר להלן). יש לידע את מזכיר הוועדות אם בחומר הרפואי יש תיעוד של רופא שנמנה על רשימת הרופאים הפוסקים בתיק.
- 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 לעיון לאחר הוועדה, הוא יציין זאת.

5.3 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. בפגיעה קשה רב מערכתית ניתן להתחיל בוועדה של מספר מצומצם של פוסקים ולעתים גם ללא נוכחות.

5.4 קביעת מורכבות תיק

בוועדה מדרג ראשון ייקבעו פוסק אחד או שניים, והשאר יהיו יועצים. בפגיעות מורכבות אפשר לשלב בהרכב, אורתופד ונירולוג, ובפגיעות ראש יש לשקול השתתפות של נירולוג ופסיכיאטר. 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 ונירולוג ולסכם על ידי אורולוג (לעתים נוהל כזה יהיה הרצוי דווקא, משום שהאורולוג ייעזר בחוות הדעת האורתופדית ונירולוגית כדי לפסוק את פסיקתו).

5.4.1 מספר תיקים לוועדה (מורכבות)

על פי חוזר 210/95 של מינהל הגמלאות (ני"ע/1207), בהסכם עם ההסתדרות הרפואית: נקבעו כללים מנחים לקביעת מורכבות תיקים לוועדה: מספר התיקים לדיון בוועדה מדרג ראשון הוא **ארבעה** בהנחה שזמן הדיון הממוצע בתיק הוא 15 דקות.

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

- a. במקרים מורכבים בנכות מעבודה, שבהם נדרשת הוועדה לקבוע קשר סיבתי, או אם חלה החמרה כתוצאה מפגיעה בעבודה (לדוגמה תקנה 36).
- b. 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.
- c. במקרים של ליקויים בתחומים הבאים: קרדיולוגיה, ריאות, עיניים, ליקויים נפשיים והפרעות אישיות על רקע פגיעה או מחלה.
- d. במקרים שבהם הוועדה חייבת להיערך במרפאה הפרטית של הרופא לשם שימוש באביזרים.
- e. תיקים המופנים על ידי מס הכנסה, למעט תיקים שהנפגע אינו נוכח בדיון בהם.
- f. תיקים ללא נוכחות התובע, ישובצו בוועדה של 4 תיקים, אלא אם (במידה שיש צורך במשקל אחר, יש לנמק).

• במקרים הבאים יהיה דיון **שני** תיקים לוועדה, והתשלום יהיה בעד ארבעה תיקים:

- במקרים של חבלת ראש קשה.
- במקרים של דיון על פי תקנה 12.

- במקרים שבהם הצטבר חומר תיעודי רב בשל קביעות קודמות שהוועדה חייבת להידרש אליהן.
- במקרים הבאים יהיה הדיון ב**תיק אחד** לוועדה, והתשלום יהיה בעד ארבעה תיקים:
 - במקרים שבהם מתקיימת הוועדה במקום הימצאו של הנבדק.
 - במקרים מורכבים לפי אישור רופא מוסמך
 - במקרים מורכבים הדורשים של יותר מוועדה אחת לפי אישור המנהל הרפואי או סגנו

הערה:

- עובד זר הזקוק למתורגמן, יש לראות בתיק זה תיק כפול.

5.5 הזמנת בדיקות עזר בשלב הוועדות הרפואיות

הוועדות אינן גורם מטפל או מאבחן אלא מנגנון להערכת נכות, וסביר שאם יש אינדיקציה רפואית, היא כבר אובחנה על ידי רופא מטפל. לפיכך יש להימנע מבדיקות מיותרות. אם יש צורך בבדיקות שמיעה יש לפעול על פי הכללים להזמנה בשלב דמי הפגיעה.

בשלב ניתוב התיק והכנתו (לפני קיום הוועדה), יבקש הרופא את תוצאות הבדיקות.

משהתכנסה הוועדה יבוצעו בדיקות רק על סמך בקשת הוועדה.

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

5.6 סמכויותיה וחובותיה של הוועדה הרפואית¹

- סמכויות הוועדה נגזרות מסעיפים 118-125 לחוק וכן מתקנות לקביעת דרגת נכות..(ראה נספחים מצורפים)
- 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 שעמדו בפניה קודם לישיבה או בעת הישיבה ולקבוע את עמדתה באשר לכל פגימה בנפרד אם יש קשר סיבתי בינה לבין התאונה שהוכרה.
- הוועדה חייבת לבדוק את התובע ואת כל המסמכים הקשורים בפגמות הנטענות ולסכם את הממצאים בדוח כתוב. בהסכמת התובע והמוסד אפשר לקיים ועדה על פי מסמכים רפואיים בלבד.
- הוועדה רשאית לדרוש מהמבוטח להמציא תוצאות בדיקה או לבצע בדיקות בפועל, או לבקש ממומחים חוות דעת נוספות שנדרשות לדעתה לשם קבלת החלטה בתביעה העומדת לדיון ולקבוע ישיבה נוספת לשם סיכום החלטתה בתיק.
- כשהוועדה קובעת לתובע נכות יציבה בגין פגימה כלשהי, היא חייבת להידרש למצבו הקודם של התובע (אם קיימת עדות לעבר הרלוונטי לפגימה) ולערוך חישוב "עובר ושבי".
- הוועדה אינה יכולה לחייב את התובע לבצע בדיקות רפואיות חודרניות שנדרשות לקבלת החלטה לעניין נכותו.
- הוועדה חייבת להתייחס לתקנה 15/16 (ראה להלן) בעת קביעת דרגת נכות יציבה.
- הוועדה יכולה לבקש התייעצות עם וועדת רשות, על פי הקבוע בתקנות (תקנה 16א')
- ועדה יכולה לקבוע סעיפי ליקוי מותאמים אם התרשמה מנכות שלא נמצא לה סעיף מתאים.

5.6.1 נקודות חשובות בדיון הוועדה

מהתפקידים החשובים ביותר בוועדה הוא דיון וקביעת קשר סיבתי (קש"ס) בין פגימה נטענת לתאונה שהוכרה. אם בשלב תביעת הנכות (בזמן הוועדה) נטענת טענה לפגימה חדשה שלא נבחנה ע"י פקיד התביעות מוסמכת הוועדה לדון בקש"ס בינה לתאונה. לעניין פגימה שהקשר הסיבתי בינה לבין האירוע נשלל ע"י פקיד התביעות, אין בסמכות הוועדה לדון בפגימה. המבוטח רשאי להשיג על החלטת הפקיד בנוגע לפגימה זו באמצעות הגשת תביעה לבית הדין המוסמך ככל שטרם חלף המועד לכך.

(1) יש הבדל בין הקביעה שיש קשר אך אין נכות, ובין הקביעה שאין קשר.

¹ (ראה נספח- תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) תשט"ז-1956)

- 2) היעדר קשר מונע אפשרות להגיש החמרה.
- 3) רישום האבחנות (חשוב לזכויות בקופת חולים ולנפגעי פעולות איבה).
- 4) ציון ליקויים וסעיפים בטבלה שבפרוטוקול.
- 5) בוועדת ערר יש לעסוק רק בוועדה נשוא הערר.
- 6) 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 הערעור, בין שהמערער הוא התובע ובין שהוא המוסד. אבל, הוועדה אינה יכולה לשנות החלטות חלוטות קודמות. בערר התובע אם מתקבל הרושם שתיקבע הקטנת הנכות, יש לעצור דיון ולהודיע על כך לתובע. בשלב זה יוכל התובע למשוך את הערעור.

5.6.2 קביעת דרגת נכות זמנית

- א. קביעת דרגת הנכות תיקבע מיום הבקשה או ברצף זמנים עם דמי הפגיעה או דרגת נכות קודמת שנקבעו לתובע, וייקבע מועד לסיום דרגת הנכות הזמנית.
- ב. **תום הזמניות לא יאוחר משנה מיום קיום הוועדה.**
- ג. בעת קביעת דרגת נכות זמנית אין הכרח להידרש למצבו הקודם של התובע.
- ד. 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.
- ה. הוועדה תפרט בדוח את הבדיקות ואת המסמכים שיש להכין לקראת הוועדה הבאה שתדון בנכותו של התובע.

5.6.3 קביעת דרגת נכות יציבה

- א. נכות יציבה תיקבע מיום הבקשה או ברצף זמנים עם דמי פגיעה או נכות זמנית שנקבעו לתובע.
 - ב. חובה על הוועדה לקבוע את נכותו של התובע על פי סעיפי התקנות.
 - ג. בסמכותה של הוועדה לקבוע לתובע נכות מתאימה אם לדעתה מצבו אינו מתאים לקבוע במדויק בתקנות. (נכות מותאמת – נכות שבין שני סעיפי מבחן וחובה לנמקה לפי תקנה 14)
 - ד. החל מ-15.2.2013 מותר לקבוע סעיף מותאם גם בוועדות איבה. בוועדות מס הכנסה צריך עדיין נוכחות של שלושה רופאים.
 - ה. מצב קודם - חובה על הוועדה להידרש למצבו הקודם של התובע ולקבוע את מידת השפעתו של המצב הקודם על דרגת הנכות.
- גורמים אחרים המשפיעים על הנכות – בהתבסס על סעיף 120 לחוק, חובה על הוועדה להתייחס לגורמים המשפיעים על הנכות שאינם קשורים לתאונה הנידונה או למחלת המקצוע שהוכרה ולקבוע איזה שיעור מהנכות קשור לגורמים אלו. (פס"ד יונס סועאד ראה נספח)

בקביעת הנכות היציבה חובה על הוועדה להתייחס לתקנות 15/16. ולהפנות לוועדת רשות במקרה הצורך.

- ו. אם הוועדה סבורה שאין נכות, היא יכולה לרשום בפרוטוקול אחד משני ניסוחים: "אין נכות" או "0%". אם נרשם "0%", יש לרשום סעיף ליקוי לצדו.
- ז. אם מדובר בניכוי מצב קודם או גורמים משפיעים חובה לנקוב בשיעור ולציין זו בפרוטוקול הוועדה
- ח. חובה על פוסק רפואי לבדוק את דוח הוועדה ולחתום עליו בכתב ידו לאחר שמולא על ידי מזכיר הישיבה.

5.6.4 הזמנת בדיקות וחוות דעת לאחר ועדה רפואית

כאמור, משהתכנסה ועדה, או שהוגש ערעור ע"י התובע 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 מטעם המוסד.

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.

5.6.5 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:

- 1) פגיעות קשות שתקופת אי-הכושר הסתיימה, והן טרם הובאו בפני ועדה (שיעור המקדמה ייקבע בהתייעצות עם רופא המוסד).
- 2) 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.
- 3) 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.

5.7 מעמד החלטת ביניים של ועדה רפואית בקביעת דרגת הנכות

וועדה רשאית לשנות את החלטתה בישיבותיה בטרם קביעת דרגת הנכות

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

"העובדה כי באחת מישיבותיה 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".
(ראו פסיקת בית הדין הארצי לעבודה בפסק דין עב"ל 407/05 – שמואל דנה נגד המוסד).

5.8 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.

5.8.1 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:

- 1) קביעת דרגת נכות בגין אובדן שיניים - סעיף 74(1)ד לתקנות.
- 2) קביעת דרגת נכות בגין עקירת עין - סעיף 53 לתקנות.
- 3) קביעת דרגת נכות על פי תקנה 15/16.

בקביעת נכות יציבה, כשהנכות נקבעה בחישוב "עובר ושב" בקיום מצב קודם, יתייחס החישוב המשוקלל לדרגת הנכות (נטו) שנקבעה כקשורה בלבד לתאונה שהוכרה.

- על פי תקנה 11(ג) (1), הנכות למפרק לא תעלה על קשיון לא נוח.
- על פי תקנה 11(ג) סעיפים (2)-(3), אין לקבוע נכות בגין כמה פגימות באיבר מסוים העולה על אובדן האיבר כולו (גפה או עין).
- על פי תקנה 11(ד), אין לקבוע נכות למפרק בגין הגבלת תנועות או קשיון ונוסף עליה נכות בגין הנזק שנגרם לשרירים המפעילים מפרק זה.
- על פי תקנה 11(ה), אין לקבוע נכות בגין פגיעה בעצב ונוסף על כך אחוזי נכות בגין הפגיעה בסעיפי אותו העצב.
- תקנה 11 (ו) מתייחסת להתאמת אחוזי הנכות לאיטרי יד ימין (דומיננטיות ביד שמאל).

5.8.2 התאמה למבחנים

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

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 149(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 מותאמת 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, אך 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.

5.8.3 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.

ראה הרחבה בנושא ועדות מס הכנסה בסעיף 6 להלן

5.9 צירוף דרגות נכות (תקנה 12)

התקנה עוסקת בקביעת דרגת נכות אחת משוקללת בגין כמה תאונות בעבודה. פקיד תביעות יבחן 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. ככלל משקל תיק כזה לוועדה יהיה משקל שני תיקים אלא אם נדרש אחרת.

5.10 קביעת דרגת נכות מותאמת (תקנה 14ב)

5.10.1 הקדמה

קביעת דרגת נכות מותאמת פירושה קביעת דרגת נכות יציבה 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. הלכה זו אינה תקפה בוועדות מס הכנסה

5.11 הגדלת דרגת הנכות (תקנה 15)

על פי התקנות, יש לכנס ועדת רשות כדי לדון בהמלצות של ועדה רפואית - לאחר קביעת דרגת נכות יציבה - 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. (אין להוסיף הערות בדבר החלטת הוועדה או המלצה לערעור גם אם אלה נועדו לטובת המבוטח).

(1) **וועדת הרשות מורכבת משלושה חברים: רופא מוסמך - פקיד שיקום - פקיד תביעות.**
(2) - לעניין תקנה 15 נבחן האם התובע מסוגל לחזור לעבודתו והאם חלה ירידה בהכנסותיו. שיעור ההגדלה העיקרי הוא רבע, שליש וכדי מחצית. ועדת רשות תדון ותמליץ בפרוטוקול באשר לבקשות לקביעת דרגת נכות על פי תקנה 15.
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 יציבה גבוהה מ-20%, חובתה להתייעץ עם ועדת הרשות בעניין הפעלת תקנה 15 אלא אם התובע מצהיר כי חזר לעבודתו ללא ירידה בהכנסותיו. 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 רשאית לקבל או שלא לקבל את חוות דעתה של ועדת הרשות. היא יכולה גם לבקש את ועדת הרשות לדון שוב בתיק. הוועדה הרפואית חייבת לנמק את החלטתה בנדון.
הוועדה אינה צריכה להתייעץ עם הרשות במקרים הבאים:

- 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.

- דרגת הנכות פחותה מ-20% ומזכה במענק.

(1) הנפגע חזר לעבודה קודמת, גם אם יש ירידה בהכנסות, הוועדה מוסמכת ומסוגלת להחליט ללא התייעצות ברשות.

(2) הנפגע לא חזר לעבודה, אך לדעת הוועדה הוא מסוגל לחזור לעבודתו.

(3) הנפגע לא חזר לעבודה אך לדעת הוועדה אינו מסוגל לחזור לעבודתו. במקרה זה ניתן להעביר את התיק לפקיד התביעות לבדיקת הכנסות.

- (4) 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.
- (5) בדיונים מחדש בדרגת נכות (תקנה 36/37) חובה על הוועדה להתייחס מחדש לתקנה 15,
- (6) "וכך גם אם מדובר בוועדה שהוחזר עניינו של מבוטח אליה בעקבות פסק דין והיא שינתה את מועד תחילת הנכות הצמיתה" (ראו בר"ע 11-11-49184, 20964-12-12 יוסי שאול)

5.11.1 דיון בתקנה 15 בהחמרת מצב המזכה בגמלה

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 ובלבד שהנכות הכוללת לא תפחת מזו שנקבעה בעבר.

דוגמה:

נכות רפואית קודמת	20%
הגדלה על פי תקנה 15 במחצית	<u>10%</u>
סה"כ	30%
נכות רפואית עקב החמרה	30%
אין מקום להגדלה	<u>0%</u>
סה"כ	30%

5.12 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%.

5.13 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.

5.14 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!

5.15 דיון בהחמרת מצב (תקנה 36)

5.15.1 המצבים שבהם תוגש בקשה לדיון מחודש לפי תקנה 36

1. התביעה הוכרה כפגיעה בעבודה, הפגימות הוכרו כקשורות לתאונה, נקבעה דרגת נכות לכל אחת מהפגימות, ולדעת רופא מורשה, יש כיום החמרה במצב הרפואי (באחת מהפגימות או בכולן) וחלפו שישה חודשים לפחות ממועד הוועדה האחרונה.
2. נוספה פגימה חדשה שלא נדונה בוועדה הרפואית. במקרה זה על הוועדה לערוך דיון קשר סיבתי בין הפגימה החדשה ובין האירוע התאונתי.
3. במקרה של החמרת מצב תוך כדי נכות זמנית (למשל אשפוז או ניתוח), הבקשה תוגש בתוך 90 יום מיום השיחרור מהאשפוז. בסמכות רופא המוסד למנות ועדה ללא מסמך מרופא מורשה. במקרה כזה התחולה תהיה מיום האישפוז.

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".

5.15.2 סוגיות הדורשות 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 ושב" לעניין העבר, ייגרר שיעור הניכוי מהנכות גם בקביעות עתידיות. במקרים מיוחדים, אם גם המחלה הקודמת מחמירה, ניתן להגדיל את הניכוי ממצב קודם אך יש לנמק הקביעה בהרחבה.

5.15.3 מועד תחילת הנכות

תאריך תחילת הנכות המתחייב על פי תקנה 37א הוא מועד הגשת הבקשה לקביעה מחודשת. להוציא מקרה של החמרה בגין אישפוז (ראה סעיף לעיל)

5.16 תקנה 37 – דיון מחדש לפי בקשת רופא מוסמך.

תקנה 37 לחוק (קביעת דרגת נכות לנ"ע), אומרת: "עברו ששה חודשים מאז נקבעה לאחרונה דרגת נכותו של נפגע, אף אם נקבעה לתקופה קצובה, רשאי רופא מוסמך לבקש קביעה מחדש של דרגת הנכות והוראות תקנות אלה יחולו, בשינויים אשר העניין מחייבם".

לצורך הפעלת התקנה יש לשלוח לתובע מכתב של רופא המוסד עם העילה להפעלה.

ניתן להפעיל תקנה 37 בכל מקרה של הטבה ו/או החמרה לכאורה במצבו הרפואי של הנפגע.

אינדיקציות לדוגמא להפעלת תקנה 37 הן:

1. בעת בקרת תקינות הועדה סבור הרופא כי יתכן שיפור במצבו של הנפגע.
2. התקבל מידע חדש במוסד על שינוי במצבו של הנפגע כמו לדוגמא: מידע חדש מתוך תביעה נוספת, הלשנה, חקירה כלשהי לדוגמה: על פי ממצאי וידיאו סמויים שבוצעו לבקשה מיוחדת.
3. לפני החלטה על היוון, על פי פניית עובד שיקום, כמו גם בעת דיון בבקשה לקצבה מיוחדת או למענקים, אם על פי המסמכים הרפואיים החדשים הוא התרשם שחלה הטבה לכאורה במצבו הרפואי של התובע הקשור לפגיעה בעבודה.
4. גם דוח ועדה לפי תקנה 36 שציינה הטבה בממצאים אך הייתה מנועה מלשנות את דרגת הנכות יכול להוות בסיס להפעלת תקנה 37. בכל מקרה שכזה יש לאסוף חומר רלוונטי, למקרה.

אם מחליט רופא המוסד על פתיחת תיק לפי תקנה 37, עליו לרשום החלטתו עם העילה להפעלת התקנה, על גבי טופס מובנה שמופנה אל פקיד התביעות. פקיד יעביר לנפגע הודעה מתאימה בצרוף מכתבו של הרופא המוסד. התיק יועבר למזכירות הוועדות להמשך טיפול.

7

ההפניה תהיה מסיבה רפואית בלבד ולא כערעור מאוחר, ולאחר הפעלת תקנה 37 יועמד הנפגע בפני ועדה רפואית מדרג ראשון כמקובל. אם הוועדה קבעה שלא חל שינוי במצבו הרפואי של הנפגע, אין לשנות החלטה בשיעור תקנה 15. אם הוקטנה דרגת נכות המזכה בקצבה, אך עדיין נותרה דרגת נכות המזכה בקצבה, שיעור ההגדלה בתקנה 15 יישאר על כנו. לדיון מחדש בנושא כושר עבודה בלבד בעת הדיון לפי תקנה 37, ללא שינוי בנכות הרפואית יש לפעול על פי תקנה 17. אם הוקטנה דרגת נכות המזכה בקצבה לדרגת נכות המזכה במענק, על הוועדה להידרש לתקנה 15 ללא התחשבות בשיעור הפעלתה או אי הפעלתה בעבר.

5.16.1 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%

5.16.2 דוגמאות מקרים שבהם לא יפתח 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 בהווה השתפר או 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 ב15/5/2008 בית הדין הארצי לעבודה לעניין שיקול דעתו של רופא המוסד בהפעלת תקנה 37. פס"ד טרייגרמן עב"ל 480/06

5.17 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. ניתן למנות פוסקים לוועדת ערר כבר במעמד זה. אין לערוך בקרה על דוח ועדה שטרם סיימה החלטתה או אם המבוטח לא הופיע לדיון שאליו הוזמן.

5.17.1 ביטול בקרת תקינות בהחלטת ביניים

בקרת תקינות הוועדה הרפואית תיעשה 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, תוך שימוש בכלי המערכת הממוחשבת (תוכנת "שיר")

5.17.2 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.

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

5.18 הגשת ערר על החלטת הוועדה מדרג ראשון

- יישום סעיפי הליקוי בתקנות.
- הנמקה לקויה או העדר הנמקה.
- 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 יציבה
- קביעת דרגת נכות יציבה בעוד מצבו של הנפגע עדיין זמני.
- קביעת דרגת נכות זמנית כשמצבו של הנפגע יציב
- 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 יציבה.
- 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 שבגינו נקבע שלתובע קשיון.
- קביעת נכות בגין פגיעה בעצב ובגין הפגיעה בסעיפי אותו העצב.
- אי התייחסות לתלונות התובע
- טעויות בתחולת הנכות.

5.18.1 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 יש להדגיש במכתב הערר המופנה למזכיר הוועדות ולמבוטח שהערר נעשה **לטובת המבוטח**.

5.18.2 מועד הגשת ערר

מועד הגשת הערר על החלטת ועדה הוא בתוך 30 יום מהמועד שבו נמסרה לצד החלטת הוועדה. קיים נוהג על פיו תיתכן הארכה עד 90 יום להגשת הערר וזאת לנפגע בלבד.

5.19 נוהל עבודת הוועדה ומילוי פרוטוקול

- א. הצגת חברי הוועדה ומזכיר הישיבה בפני הפונה לוועדה. 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.
- ב. רישום המידע והמסמכים העומדים לרשות הוועדה.
- ג. שמיעת טיעוני הנפגע, רישומן והחתמת הנפגע לאישור תלונתו. אם המלווה מפרט את התלונות, יוכל הוא לחתום על אישור.
- ד. הפוסק יחתום על פרוטוקול הוועדה ויטביע בו גם את חותמתו. בחותמת יצוינו שמו, מקצועו ומספר הרישיונות שלו.

5.19.1 נוכחות זרים בישיבת הוועדה

כל נבדק זכאי לנוכחות אדם נוסף בחדר בעת הוועדה.

5.19.2 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. כל תיקון טעות סופר ילווה בחתימת הפוסק בצידו.

5.19.3 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.

5.19.4 מסירת הפרוטוקולים

להבטחת שקיפות התהליך בוועדה יישלח העתק דוח הוועדה לנפגע בצירוף ההודעה על החלטתה. אלא אם הפוסק או רופא המוסד ציינו זאת מפורשות במקרים מיוחדים.

5.19.5 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 הבירור במסגרת הסניף (בקשת מסמכים ובדיקות נוספות או בקשת חוות דעת מיועצים רפואיים או משפטיים) לאחר דיווח ללשכה הרפואית.
- ליזום חקירה טרם שליחת החומר ללשכה הרפואית.
- לשלוח את החומר ישירות ללשכה הרפואית.

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.

5.19.6 דחייה בשל אי-התייבבות

בתקנה 8(ג) (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.

5.19.7 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 136 ב מאפשר למוסד למנות מקבל גמלה ללא הגבלת זמן וללא צורך בפנייה לבית הדין. הפנייה לבית הדין תיעשה במקרים שמתן הגמלה לידי הזכאי, לכאורה אינה לטובתו.

5.19.8 חובת דיווח למרב"ד (מכון רפואי לבטיחות בדרכים) - חובת הודעה על נהגים המסוכנים לעצמם ולזולתם

1. כללי:

בהמשך לחוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות מס' 61/98 מיום 16/9/1998, 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, דיווח 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 רישיון 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 הנוהג 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 הנוהג 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 רישיון 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 נוירולוגיות 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.

5.19.9 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.

6. ועדות ערר וערר לבית הדין

6.1 דגשים לעבודת 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 יציבה, או לקבוע דרגת נכות יציבה 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 וכן ייעוץ מרופאים נוספים.
- ועדת ערר רשאית לדרוש המצאת חומר נוסף.
- החלטתה של ועדת ערר תתקבל ברוב דעות הפוסקים. (ניתן להביע את דעת המיעוט בפרוטוקול).

6.2 הזמנת בדיקות חוות דעת לאחר ועדה רפואית

משהתכנסה ועדה רפואית, 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 מטעם המוסד

6.3 ערעור על החלטת ועדה לעררים

הערעור על החלטת ועדה רפואית לעררים שהסתיימה יהיה אך ורק כשהוועדה טעתה טעות משפטית בקביעתה את דרגת הנכות לנפגע. יש להגיש את הערעור בתוך 60 יום מיום הודעת הוועדה על החלטתה למערערים.

דוגמאות לעילות משפטיות לערעור:

- א. קביעת דרגת נכות יציבה 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. הרכב הוועדה, מבחינת מומחיות הרופאים שישבו בה, לא התאים לפגימות שמהן סובל התובע או לחוות דעת שהמציא.
- יג. שינוי קשר סיבתי לגביו קיימת החלטה חלוטה אחרת.

במקרה בו מוחזר התיק לוועדה יש לפעול בדקדקנות אחרי הוראות פסק הדין ולנמק בצורה שתובן לכול.

6.4 בית הדין לעבודה

6.4.1 ערעור לבית הדין לעבודה

בין יתר סמכויותיו, בית הדין לעבודה מוסמך לדון בערעורים על החלטות המוסד.

הדיון בבית הדין נעשה בפני שופטים 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 (בר"ע – בקשת רשות ערעור) 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 בשלושה סוגים של תביעות בנושא נפגעי עבודה:

- א. ערעורים על החלטת פקיד התביעות להכיר בתובע כנפגע עבודה.
- ב. ערעורים על החלטת ועדה רפואית בקובעה את נכותו של תובע.
- ג. יישום תקנה 18 א, נכה נזקק

התערבות בית הדין היא בנוגע להחלטות ועדות לערעורים בלבד ולא בשאלות רפואיות. הסמכות לקבוע את מצבו או את דרגת נכותו של נפגע עבודה מבחינה רפואית נתונה בידי הוועדה הרפואית כגוף בעל מומחיות בתחום זה.

6.4.2 ערעור על החלטת פקיד תביעות

תובע יכול להגיש תביעה לערער כנגד המוסד על החלטת פקיד תביעות לדחות את תביעתו להכיר בו כנפגע עבודה. על התובע להגיש את התביעה בתוך שנה מהיום שבו קיבל את החלטת פקיד התביעות.

בית הדין האזורי ישב בהרכב של שופט אחד ושני נציגי ציבור ויחליט אם לאשר את התביעה ולהכיר בתובע כנפגע עבודה 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 הבהרה 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 ישב בהרכב של שלושה שופטים ושני נציגי ציבור.

בתביעות אלו ייתכן שהרופא יתבקש ע"י הלשכה המשפטית או פקיד התביעות לסייע בניסוח שאלות הבהרה למומחה ולהמליץ לעניין המשך התהליך המשפטי.

7. ועדות מס הכנסה

סעיף 95(9) לפקודת מס הכנסה מעניק פטור מלא ממס לנכים קשים. פטור ממס הכנסה ניתן לנישומים שנקבעה להם נכות בשיעור של 100% עבור פגימה אחת או נכות משוקללת בשיעור 90% לפחות כתוצאה ממספר פגמות. הפטור יינתן למי שנכותו נקבעה במסגרת: משרד הביטחון, ביטוח לאומי (נ"ע, נ"כ נפגעי איבה) ומשרד האוצר-לנכי רדיפות הנאצים) עיגול דרגת נכות יציבה – דרגת נכות יציבה העולה על 89% תעוגל כלפי מעלה.

- 6.1 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 (בנכות יציבה מעוגל תמיד כלפי מעלה) - יקבל פטור ממס הכנסה.
- התחולה המרבית היא 6 שנים לפני השנה השוטפת בה הוגשה התביעה
- כשמדובר בדרגת נכות זמנית, יהיה זכאי לפטור אך ורק מי שנקבעה לו דרגת נכות זמנית לתקופה של שישה חודשים לפחות 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 הכנסה.
- כל בדיקה לצורך מס הכנסה על פי בקשת תובע (דרג ראשון או עררים) כרוכה בתשלום אגרה על ידי התובע
- אם הנישום אינו ממציא תיעוד רפואי דרוש לפוסק או ליועץ בוועדה רפואית, יסכם הפוסק על פי התיעוד הקיים וירשום: "אין נכות בשל חוסר תיעוד רפואי"

7.1 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 יציבה.
 - 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.
 - ז. וועדה לא יכולה לקבוע תחולה בתקופה מוקדמת יותר מההחלטה הקודמת במקרה של דיון מחדש או תביעה חדשה ההתחלה תהיה לכל המוקדם **יום לאחר הוועדה הקודמת.**

7.2 קביעת דרגת נכות מכוח תקנות מס

אחוזי הנכות ייקבעו לפי המצב הרפואי ולא בהתאם למגבלה בכושר התפקוד והעבודה. במקרה של נכות זמנית (בניגוד לנפגעי עבודה) יש לציין סעיף במבחנים עבור כל ליקוי ולציין את תחילתו.

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).

במקרה והוועדה סברה כי מצבו של הפונה טוב בהרבה מזה שנקבעו בחוקים האמורים, יכולה הוועדה לכבד את הנכות שנקבעה בחוקים אלו עד יום ועדה ולקבוע אחרת מיום הוועדה, אך עליה להקפיד ולנמק באופן שיובן בבית הדין.

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 שבגינו 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.

7.3 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 יחויברו 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:

$$30\% = 10\% + 20\% \text{ (חישוב אריתמטי)}$$

$$28\% \text{ (חישוב משוקלל)}$$

$$58\% = 30\% + 28\% \text{ (חישוב אריתמטי)}$$

$$30\% \text{ ו-} 58\% \text{ תחתונות ותחתונות}$$

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

7.4 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-1(ג) נקבעו אחוזי נכות לליקוי בגפיים העליונות בנפרד ולליקוי בגפיים התחתונות בנפרד. כשהפגימה ביד וברגל, יש להשתמש בסעיף 29א בלבד ולא בשילוב הפגמות שבסעיפים 29(9)(ב) ו-1(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 (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 פרקינסון 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 פרקינסון 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 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 35(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 18 בעת קביעת דרגת נכות לצורך פטור ממס הכנסה.

7.4.1 עיגול אחוזי נכות והתאמת נכות

7.4.1.1 עיגול אחוזי נכות

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

7.4.1.1 נכות מותאמת -תקנה 12

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. (התיקון בתקנה 14 בוועדות ני"ע לא חל וועדות מס הכנסה)

יחד עם זאת אם נקבע סעיף מותאם באחד מהגמלאות המוזכרות לעיל בסעיף 6.3 יש לאמצו.

7.5 הנחיות לבקרה של רופא מוסמך על וועדות מס הכנסה

להליין הנחיות לרופאים מוסמכים בנכות כללית לקביעת נכות במצבים מסוימים שיכולים לשמש בסיס לבקרה במס הכנסה

7.6 השתלת איברים

קביעת אחוזי נכות - השתלת איברים

שנה ראשונה		לאחר מכן (עפ"י הדרגה התפקודית)	
השתלת כליה	סעיף 122(ג) * 100%	סעיף 22 (4) * לפי חומרה	
השתלת לב	סעיף 109(ג) * IV	סעיף 09 (1) ג' * לפי חומרה	
השתלת ריאות	סעיף 05 (1) ה' * 100%	סעיף 22 (4) * לפי חומרה	
השתלת לבלב	סעיף 14 (1) ז' * 100%	סעיף 14 (1) * לפי חומרה	
השתלת כבד	סעיף 16 (1) ד' * 100%	סעיף 16 (1) * לפי חומרה	
השתלת מוח עצם מתורם זר	סעיף 02 ה' * 100%	סעיף 02 * לפי חומרה	
חצי שנה ראשונה			
השתלת מוח עצם עצמית	סעיף 02 ה' * 100%	סעיף 02 * לפי חומרה	

*יש לציין סעיף: מותאם

קביעת דרגת נכות במקרים של גידול ממאיר

לאוקמיה

סעיף אחוזי נכות

לאוקמיה - בשלב הטיפול 02 (ה) 100%

לאוקמיה - ברמיסיה 02 (---) מינימום 20%

בשלב הטיפול - יש להעניק דרגת נכות עפ"י סעיף ליקוי 02 (ה).

במקרים של רמיסיה מלאה עם כושר עבודה מלא ותקין - יש להתאים סעיף ליקוי המקנה דרגת נכות של 20% כדי לאפשר לתובע שיקום מקצועי.

לימפומה

סעיף אחוזי נכות

לימפומה - בשלב הטיפול 01 (3) (ב) 100%

לימפומה - ברמיסיה 01 (---) מינימום 20%

בשלב הטיפול - יש להעניק דרגת נכות עפ"י סעיף ליקוי 01 (3).

במקרים של רמיסיה מלאה עם כושר עבודה מלא ותקין - יש להתאים סעיף ליקוי המקנה דרגת נכות של 20% כדי לאפשר לתובע שיקום מקצועי.

גידולים סולידיים

סעיף אחוזי נכות

שאת בשלב אבחון, ניתוח, טיפול 02 (ה) 100%

שאת גרורתי 02 (ה) 100%

שאת ברמיסיה 02 ()

או

על פי האיבר הנפגע מינימום 20%

סעיף 21 מפנה לאיברים הספציפיים שנפגעו.

בתקופת האבחון, הניתוח, הטיפול הקרינתי הכימותרפי -אפשר להעניק 100% נכות עפ"י סעיף מותאם, לתקופה זמנית.

במקרים של רמיסיה מלאה - אחוזי הנכות ייקבע עפ"י האיבר שנפגע.

אחוזי נכות - סרטן השד

שאת שד

הנחיות:

א. יש להשתמש בסעיף 28 ובסעיף 02 (מותאם) או 03 (מותאם)

(אין להשתמש בסעיף ליקוי 1 (3) המיועד רק לחולים בלימפומה).

ב. קביעת אחוזי הנכות בשאת השד

עד שנה מאז האבחון - נכות רפואית בשיעור 100% עפ"י סעיף ליקוי מותאם

1 (3) ב' (בשל הצורך בטיפול אינטנסיבי, קרינתי וכימותרפי).

בתום התקופה - אחוזי הנכות ייקבעו עפ"י המצב הרפואי (אפשר גם עפ"י מסמכים רפואיים

מפורטים, כולל תופעות לוואי מהטיפול אם ישנן.

שאתי גרורתי- ייקבעו 100% נכות לצמיתות.

אישה שעברה כריתת שד ונמצאת בהפוגה מלאה - אין הצדקה למתן דרגת נכות רפואית גבוהה,

גם אם נמצאת בטיפול אחזקתי ממושך. [אם חלילה ישתנה המצב הרפואי, יופיעו סימני גרורות

ומצבה של האישה יוחמר, תוכל להיבדק מחדש ודרגת נכותה תקבע עפ"י האברים שנפגעו ועפ"י

העומס הטיפולי.]

ג. יש להוסיף אחוזי נכות עפ"י מצבה הרפואי של התובעת

1. אם עברה כריתת שחלות ו/או כריתת רחם.

2. אם כריתת בלוטות לימפה השפיעה על תפקוד היד (בצקת, הגבלה בתנועות הכתף וכד').

3. מצבה הנפשי נפגע עקב הליקוי.

4. יש לשקול מתן אחוזי נכות לתופעות לוואי מהטיפול אם ישנן.

כריתת שד או Lumpectomy

הנחיות לקביעת אחוזי הנכות:

- א. כריתת גוש ממאיר (Lumpectomy) תחשב לכריתה מלאה לעניין קביעת אחוזי הנכות.
- ב. אחוזי הנכות יהיו לצמיתות עפ"י סעיף 28 ובהתאם:
 1. לגיל החולה בעת הכריתה
 2. לכריתה חד או דו צדדית.
- ג. אם נעשה שחזור השד, יינתנו אחוזי נכות חריגים בשיעור מחצית מזו הניתנת בשל כריתה מלאה.

קביעת נכות במקרים עם גן BRCA1 חיובי

במקרה של תובעות עם גן BRCA1 חיובי מדובר בנשאות גן המצביע על אפשרות גבוהה לחלות בשאת בשד. חלק מנושאות הגן מחליטות לבצע ניתוחים כאמצעי מניעה להופעת מחלה ממאירה בשד. הניתוחים המבוצעים במקרים אלה הם כריתת שדיים ובנוסף כריתת שחלות. במקרים אלה יש לקבוע נכות על פי המגבלות הנובעות מהניתוחים.

הערה: תובעות אלה לא מטופלות בכימותרפיה ולא בהקרנות. לכן יש להתייחס למקרים אלה על פי הניתוחים בלבד.

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.

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.

7.7 הנחיות להכנת תיק לוועדות נפגעי עבודה

7.7.1 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. לקראת תום קביעה זמנית:
 - חובה לקבל חומר עדכני וחומר שביקשה הוועדה

7.7.2 אורתופדיה חבלות

רצוי לבקש מהתובע להמציא את בדיקות הדימות שבוצעו מיום הפגיעה ואילך. ככלל אין צורך להזמין בדיקות לפני וועדה אלא אם כן הוועדה מבקשת כך במיוחד. יש להניח, כי רופא סביר בקהילה עורך לנפגע את בדיקות העזר הדרושות לאבחון ולטיפול.

במקרה של פער זמנים בין התאונה לוועדה, כאשר נראה לרופא המוסד כי הוועדה תזדקק לצילום עדכני ניתן להזמין צילום מטעם המוסד.

כאשר הרופא מזמין הדמיה דרך המערכת הממוחשבת יש לנמק את מטרת הבדיקה אם נחוץ. הכנת התיק לוועדה נעשית במסגרת תוכנת שיי"ר רצ"ב מסמך הדרכה לשימוש במערכת שיר (ראה נספח)

8.1 תשעה טיפים לרופא המוסד

1. שים לב אם שם התובע נכתב בשונה בוועדות רפואיות ובדמי פגיעה.
2. היעזר בנתוני הנבדק במערכת הממוחשבת לבדיקת הפיצולים.
3. יש להכין התיק באופן מדוקדק בתחילת הטיפול, כל הדרך תהיה פשוטה יותר.
4. היעזר ככל האפשר באנשי מקצוע מתוך המוסד.
5. כשנדרשים לרשום אבחנות להכרה יש לרשום אבחנות רפואיות מדויקות ככל האפשר, ולא תלונות או סימנים. רצוי שהאבחנות יופיעו גם בעברית.
6. לפני בדיקת פרוטוקול ועדה, חזור לרישומים הקודמים במינויים ובתיק דמי פגיעה.
7. תיקי פגיעה בעבודה עקב תאונת דרכים מגיעים לדיון מאוחר בדרך כלל, עד שמונו מומחים בבית המשפט. – חשוב לוודא שחוות דעת אלו יעמדו בפני הוועדה
8. בתקנה 36 נדרש אישור מרופא מורשה, ומכתב של רופא פרטי אינו כזה. תקנה זו ניתנת להפעלה גם בקביעת נכות זמנית.
9. בכל בעיה תוכל לפנות תמיד ללשכה הרפואית במשרד הראשי.

8.2 עובד ישראלי בחו"ל או עובד זר ותאונה בעבודה

8.2.1 עובד ישראלי בחו"ל

- עובד ישראלי בחו"ל מבוטח כשהוא ומעבידו הם תושבי ישראל, וכשחווה 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 ממי שהוסמך על ידו.
- השכר הקובע יהיה 75% משכרו של העובד בחו"ל.
- הגדרת "בזמן ועקב העבודה" תפורש בצורה רחבה יותר מאשר בתאונות בארץ.
- ועדות יתקיימו בארץ כפי שמבוצע לעובדים זרים שעבדו בארץ.

8.2.2 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 מאשר בתביעות של עובד ישראלי, מפני שלמקרה שהעובד הזר שנפגע יהיה 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 יציבה מוקדם ככל האפשר.
- תביעות אלו מטופלות במרוכז ע"י אגף נפגעי עבודה

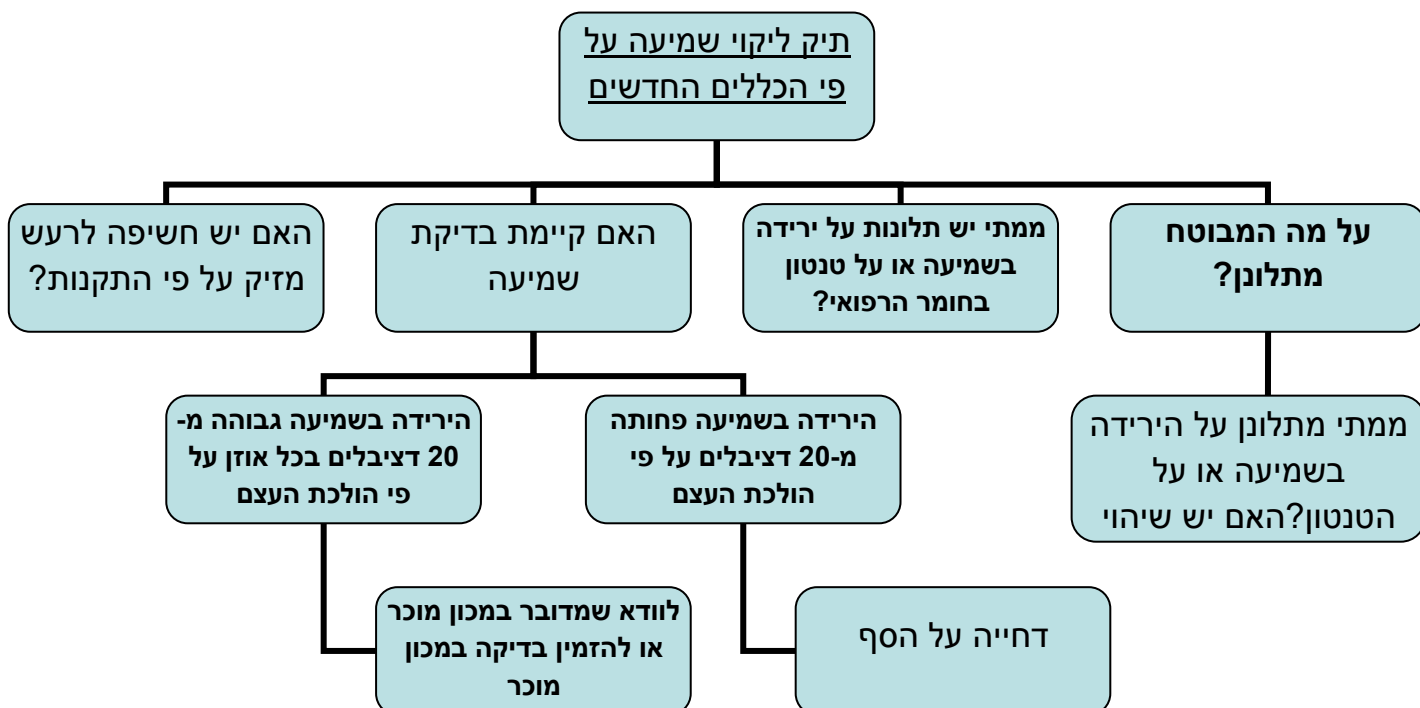
התנהלות תיק נכות בוועד הנקודות השוואתיות חשובות בוועדות לפי חוקים שונים

מס הכנסה	נפגעי פעולות איבה	נפגעי עבודה	
תמיד! תקנות עבודה	תמיד! תקנות איבה	נכות יציבה תקנות עבודה	סעיפי מבחן
רק מעל 89% מ-89% ↑ בנכות יציבה	תמיד עד 0.49 ↓ מ 0.50 ↑	רק בצמיתה! 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	נכות רפואית אם כמה תחומים - שקלול	אפשר אי-כושר בלי להיצמד לסעיפים. אם כמה תחומים – חיבור	נכות זמנית
לא רלוונטי	רלוונטי בכל קביעה	רלוונטי בנכות יציבה	עבר
אפשרי	נדרש 3 רופאים	אפשרי	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)

תרשים זרימה לליקוי שמיעה לפי הקריטריונים החדשים



הערה-

לעניין ירידה בשמיעה מדובר בממוצע הולכת עצם (BC) בתדירויות 500,1000,2000.

בתדירויות גבוהות נבחן לפי ממוצע של תדירויות מ-3000 ו-4000 בהולכת עצם.

8.2.3 טופס עזר לקצבה מיוחדת

הפרשות	אכילה	רחצה	הלבשה	ניידות	רמת תפקוד
<p>1. סיוע באחד מאלה : ניידות, הלבשה, ניגוב בריחות 2. שנתן או צואה ועזרה בהחלפה או ניקוי 3. הרטבת לילה קבועה</p>	<p>זקוק לעזרה בחימום והגשה, אם לא מזכירים לו אינו אוכל, זקוק לדרבון, זקוק להשגחה בזמן חימום מזון והגשתו</p>	<p>1. זקוק לסיוע בגילוח, חפיפה, רחיצת כפות רגליים 2. עזרה בהכנת תנאי רחצה, כניסה לאמבטיה, נוכחות, הדרכה, דרבון</p>	<p>1. זקוק להשגחה ללא עזרה פעילה 2. זקוק לדרבון 3. זקוק לעזרה בנעילת נעליים, גריבת גרביים, כפתור, שריכה, מכשירים אורתופדיים</p>	<p>1. זקוק לעזרת הזולת בהליכה או בקימה 2. זקוק להשגחה בזמן הניידות 3. משתמש בכיסא גלגלים בעצמו</p>	<p>מוגבל (סיוע קל)</p>
<p>1. עזרה בשניים משלושת המרכיבים הבאים : ניידות, הלבשה, ניגוב 2. אי שליטה על סוגר אחד ותלוי <u>לחלוטין</u> בעזרת הזולת</p>	<p>זקוק לעזרה באכילה או בשתייה (באחד מהם)</p>	<p>זקוק לעזרה פעילה ברחצת הגוף, סיבון ושטיפה</p>	<p>עזרה בהלבשת פלג גוף עליון או תחתון</p>	<p>רתוק לכיסא גלגלים וזקוק לעזרה בהעברה מכיסא למיטה, לכיסא רגיל, למכונית</p>	<p>מוגבל מאוד (עזרה רבה)</p>
<p>אינו שולט על שני הסוגרים ותלוי <u>לחלוטין</u></p>	<p>עזרה באכילה ושתייה (בשניהם)</p>	<p>עזרה מלאה ברחצה כולל פנים</p>	<p>עזרה בהלבשת פלג גוף עליון או תחתון</p>	<p>רתוק למיטה ולא מסוגל</p>	<p>תלוי בזולת</p>

בעזרת הזולת		וגוף		לרדת ממנה ולעשות צעדים אחדים	
אינו שולט על שני הסוגרים ותלוי לחלוטין בעזרת הזולת	עזרה באכילה ושתיה (בשניהם)	עזרה מלאה ברחצה כולל פנים וגוף	עזרה מלאה בהלבשת פלג גוף עליון או תחתון	רתוק לחלוטין למיטה	סיעודי

פסקי דין:

פסקי דין המוזכרים בתדריך ורלבנטיים לנפגעי עבודה ניתן למצוא בקישור לאתר המוסד לביטוח לאומי :

<http://moss.btl.gov.il/About/Vaadot/PiskeiDin/NifgaeiAvoda/Pages/default.aspx>