

פגיעות עבודה – בין קשר סיבתי משפטי לקשר סיבתי רפואי

השפעת חוות דעת מומחה-יועץ רפואי מטעם בית הדין על החלטות השופטים¹

אמי וולף²

מאמר זה מתאר את המחקר הראשון מסוגו בישראל שבחן את מידת השפעתה של חוות דעת מומחה-יועץ רפואי, הממונה מטעם בית הדין, על הכרעת השופטים בנוגע להימצאו או להיעדרו של קשר סיבתי בין ליקוי רפואי לעבודה.

פגיעת עבודה היא תאונה או מחלת מקצוע הקורית תוך כדי ועקב העבודה, והמזכה את נפגע העבודה בגמלאות. כדי שפגיעתו תוכר כפגיעת עבודה, על המבוטח להוכיח, בין היתר, שיש קשר סיבתי בין הליקוי הרפואי שהוא סובל ממנו לבין עבודתו. זהו אחד מסלעי המחלוקת העיקריים בין המבוטח לבין המוסד לביטוח לאומי, ולכן אחת משאלות המפתח המונחות לפני בית הדין לעבודה, ביושבו כערכאת ערעור על החלטת פקיד התביעות של המוסד לביטוח לאומי.

כדי להכריע אם יש קשר סיבתי בין ליקוי רפואי לעבודה, מרבה בית הדין להיעזר במומחה-יועץ רפואי מטעמו. עד כה נכתבה פסיקה ענפה ופורסמו מאמרים אקדמיים, שעסקו בהבחנה התיאורטית בין קשר סיבתי משפטי לקשר סיבתי רפואי. הכתיבה בתחום מדגישה שבית הדין אמנם רואה במומחה "אורים ותומים" בתחום הרפואה, אך מותיר בידי את סמכות ההכרעה.

1 ברצוני להודות לד"ר שירי רגב-מסלם, מרצה ומנהלת אקדמית של מערך הקליניקות, הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת בר אילן, ולד"ר אורלי תיבון פישר, מנהלת מחלקה לרפואה תעסוקתית, מחוז צפון, שירותי בריאות כללית, וחברת המועצה הלאומית לבריאות העובד והמועצה הלאומית לבריאות האישה, משרד הבריאות, על הכוונתן ועל עזרתן המקצועית. ארצה להודות גם למערכת כתב העת **ביטחון סוציאלי** על מתן הבמה לפרסום המאמר ועל ההערות המקצועיות.

העבודה זכתה בתחרות הפרס ע"ש נשיא בית הדין הארצי לעבודה, השופט מנחם גולדברג ז"ל, לעבודות בנושאי משפט העבודה והביטחון הסוציאלי (2016).

2 עורכת דין, תואר ראשון במשפטים ותואר שני במנהל עסקים (מימון), אוניברסיטת בר-אילן, תואר ראשון במדעי הרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.

מחקר זה נועד לבחון את המשמעות המעשית של ההבחנה בין קשר סיבתי משפטי לקשר סיבתי רפואי, תוך בחינת מידת ההתאמה בין חוות דעת המומחה להכרעת בית הדין בשאלת הקשר הסיבתי בין ליקוי רפואי לעבודה.

במחקר שולבה שיטת מחקר אמפירית-כמותית בשיטת מחקר אמפירית-איכותנית. סך הכול נבחנו 229 פסקי דין שעסקו בשאלת הקשר הסיבתי בין ליקוי רפואי לעבודה, תוך היעזרות במומחה רפואי. פסקי הדין נלקחו מכל בתי הדין האזוריים לעבודה.

ממצאי המחקר מראים שברוב המקרים בית הדין מכריע בהתאם לחוות דעת המומחה. לאור זאת מתעורר ספק באשר למשמעות המעשית של ההבחנה בין קשר סיבתי משפטי לקשר סיבתי רפואי, כמו גם באשר ליעילות מנגנון ההכרה בפגיעת עבודה הנוהג כיום. חשיבות המחקר טמונה בהשלכות המעשיות שניתן להפיק ממנו, כגון יצירת מנגנון חלופי להכרעה בסוגיית הקשר הסיבתי בין העבודה לליקוי הרפואי. כך, למשל, ניתן לשקול את העברת סמכות הערעור על החלטת פקיד התביעות בדבר הכרה בפגיעת עבודה מבית הדין לעבודה לוועדה רפואית. אולם מהלך כזה דורש מחקר מעמיק על התנהלות הוועדות הרפואיות ועל התאמתן לשמש כערכאת ערר בנושא.

מלות מפתח: פגיעות עבודה, קשר סיבתי, ביטוח לאומי, מומחה רפואי, בית הדין לעבודה, תאונת עבודה, מחלת מקצוע, מיקרוטראומה

מבוא

פגיעת עבודה היא תאונה או מחלת מקצוע הקורית תוך כדי ועקב העבודה, והמזכה את נפגע העבודה בגמלאות שונות, כגון דמי פגיעה. על פי רוב המוסד לביטוח לאומי משלם את דמי הפגיעה בגין אובדן הכנסה בתקופה שלאחר הפגיעה. נכון לשנת 2014 עמד מספר מקבלי דמי פגיעה בגין תאונות עבודה על כ-72,000, לעומת כ-68,000 בשנת 2010. למרות העלייה במספר המוחלט של מקבלי דמי הפגיעה, בפועל חלה ירידה של כ-7% בשיעור מקבלי דמי הפגיעה בגין תאונות עבודה ביחס למספר המועסקים. כמו כן, נכון לשנת 2014 עמדה עלות הגמלאות ששולמו לנפגעי עבודה בגין תאונות עבודה על כ-4.4 מיליארד ש"ח.³ נתונים דומים נרשמו בשנת 2015, כאשר מספר מקבלי דמי פגיעה בגין תאונות עבודה ירד ועמד על 71,500, ועלות הגמלאות עלתה ועמדה על כ-4.5 מיליארד ש"ח. סכום דומה,

3 עלות זו כוללת את סך הגמלאות המשולמות לנפגעי עבודה (ולא רק את דמי הפגיעה), ובכלל זה גמלאות נכות המשולמות לנפגעי עבודה משנים קודמות ותשלומים לבני משפחתם של אלה שתאונת עבודה גרמה למותם.

העומד על כ-4.5 מיליארד ש"ח, שולם בשנת 2016 (גיטלסון, כהן ורענן, 2014, עמ' 4-6, 11-9, 2015, עמ' 5-6, 2016, עמ' 3; רענן, כהן, גיטלסון וברנה, 2016, עמ' 2-3).

סך הכול נרשמה בשנים האחרונות (2012-2016) עלייה ריאלית של כ-28% בגמלאות המשולמות לנפגעי עבודה בגין תאונות עבודה (רענן ועמיתים, 2016, עמ' 4). חלק מהגידול נובע אמנם מעלייה במספר המועסקים במשק, אך חלקו האחר משקף גמלאות הניתנות בשל פגיעות שקרו בעבר, ומצביע על השפעתן המתמשכת של פגיעות בעבודה. זאת ועוד, אין עלות זו כוללת את הנזקים הנגרמים למעסיקים והוצאות עקיפות, כגון אובדן ימי עבודה, המוערך בשני מיליון ימי עבודה בשנה ויותר, ואובדן פריון, הנאמד במיליארדים רבים. על פי ההערכה נאמד הנזק הכלכלי מתאונות עבודה בישראל ב-15 מיליארד ש"ח בשנה. אובדן פריון עבודה פוגע באופן בולט במגזר העסקים הקטנים והבינוניים,⁴ התורמים 49% מסך התוצר של המשק הישראלי, והמהווים כמעט 99% מסך המעסיקים במשק. תאונות עבודה עלולות אפוא לאיים על חוסנו של המשק הישראלי. מעבר לנזק הכלכלי, מסבה הפגיעה בעבודה לנפגע ולמשפחתו נזקים פסיכולוגיים וחברתיים, ולעתים משנה את חייהם מן הקצה אל הקצה (גיטלסון ועמיתים, 2014, עמ' 9-11). יתרה מזאת, הנתונים המוצגים לעיל מתייחסים לתאונות עבודה בלבד. לפי דיווח קופות החולים ומרפאות פרטיות, נרשמו בין השנים 2012-2016 9,266 מקרי תחלואה תעסוקתית, 2,050 מתוכם בשנת 2016 (רענן ועמיתים, 2016, עמ' 22). אם כן, העלויות גבוהות אף יותר, אם כוללים בחישוב פגיעות העבודה גם מחלות מקצוע.

כדי לקבל דמי פגיעה, על העובד להוכיח שהוא סובל מפגיעת עבודה, הכוללת על פי הגדרתה מספר מרכיבים, ובהם קשר סיבתי בין העבודה לליקוי הרפואי שהוא סובל ממנו. אין זה פשוט כלל ועיקר. ההוכחה מתבססת על פי רוב על ממצאים רפואיים. לכן בית הדין לעבודה, ביושבו כערכאת ערעור על החלטת פקיד התביעות של המוסד לביטוח לאומי, מרבה להיעזר במומחה-יועץ רפואי מטעמו (להלן **מומחה-יועץ רפואי** או **מומחה** או **מומחה רפואי**). המחווה את דעתו בדבר הימצאו או היעדרו של קשר סיבתי בין העבודה לליקוי הרפואי. הפסיקה רואה במומחה זרוע ארוכה של בית הדין, המשמש כ"אורים ותומים" בתחום הרפואה. לצד זאת הדגיש בית הדין שסמכות ההכרעה נותרת בידי, בהבחינו בין קשר סיבתי רפואי, שקובע המומחה הרפואי על בסיס ממצאים רפואיים, לבין קשר סיבתי משפטי, המתחשב בשיקולים משפטיים ובשיקולי מדיניות.⁵ אולם בסקירת הספרות המשפטית לא נמצאו מחקרים, העוסקים בהשפעתה של חוות דעת המומחה על החלטת בית הדין, והבוחנים אם יש להבחנה זו משמעות מעשית מלבד זו התיאורטית גרידא. המחקר הנוכחי בא להשלים

4 עד 100 עובדים (ממשלת ישראל, 2007).

5 ראו פרק חוות דעת מומחה-יועץ רפואי להלן.

פער זה, ולבחון את מידת השפעתה של חוות דעת המומחה על הכרעת בית הדין בדבר הימצאו או היעדרו של קשר סיבתי בין העבודה לליקוי הרפואי.

מידת ההשפעה נבחנה באמצעות מחקר אמפירי-כמותי – השווייתי בין חוות דעת המומחה הרפואי להכרעת בית הדין בתיקים העוסקים בשאלת הימצאו של קשר סיבתי בין העבודה לליקוי הרפואי, שבהם נעזר בית הדין בחוות דעת כזאת. בד בבד ערכתי מחקר אמפירי-איכותני, כדי לבחון את הסיבות לאי ההתאמה, כשלא נמצאה התאמה בין החלטות בית הדין לחוות דעת המומחה.

לפגיעות בעבודה יש, כאמור, השלכות כלכליות וחברתיות נרחבות, והן דורשות משאבים רבים מהמערכת המטפלת בפיצוי נאות והולם, המוסד לביטוח לאומי, וממערכת המשפט. לנוכח השפעת פגיעות העבודה, הן על הפרט הנפגע והן על המשק כולו, יש חשיבות רבה למחקר אקדמי בתחום. זאת ועוד, לנוכח הקושי להוכיח קשר סיבתי בין הליקוי הרפואי לעבודה, המקים לעתים מכשול לפני העובד בדרך לקבלת הגמלאות, נדרש ליצור מנגנון יעיל להכרעה בסוגיה זו. ממצאי המחקר מעוררים מודעות לתחום ומצביעים על הצורך להמציא מנגנוני הכרעה חלופיים בסוגיית הקשר הסיבתי בין הליקוי הרפואי לעבודה.

בפרק הבא אעסוק בביטוח נפגעי עבודה; אביא רקע היסטורי קצר של הקמת הביטוח הממלכתי לנפגעי עבודה, ואציג את מנגנוני ההכרה בפגיעת עבודה ואת הגמלאות שנפגע העבודה זכאי להן. בפרק **חוות דעת מומחה-יועץ רפואי** אציג את המקור הנורמטיבי להיעזרות במומחה ואת התייחסות הפסיקה אליו. פרק זה הוא המסגרת התיאורטית והבסיס של המחקר הנוכחי, הבוחן אמפירית את הפער בין התיאוריה למעשה. בפרק **השיטה** אציג את המדגם ואת המשתנים השונים על בסיסם נערך המחקר. בפרק **הממצאים** אציג ואנתח את תוצאות המחקר האמפירי שערכתי, המראות שברוב פסקי הדין מקבל את חוות דעת המומחה באשר להימצאו או היעדרו של קשר סיבתי בין העבודה לליקוי הרפואי. בפרק **הדיון** אציע רעיונות למחקרי המשך שיסייעו בחשיבה על מנגנונים חלופיים להכרעה בשאלת הקשר הסיבתי. בפרק **הסיכום** אתאר את מהלך המחקר, ואסיים במשמעות התיאורטית והמעשית של תוצאותיו.

ביטוח נפגעי עבודה

ביטוח נפגעי עבודה מוסדר בפרק ה לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995 (להלן **החוק**). הביטוח נועד לסייע למבוטחים שנפגעו בעבודה, ולפצותם בגין אובדן הכנסה בתקופה שלאחר הפגיעה, שבמהלכה אינם מסוגלים לעבוד (אתר המוסד לביטוח לאומי; המוסד לביטוח לאומי, 2013).

ביטוח נפגעי עבודה נכנס לתוקף בד בבד עם חקיקת חוק הביטוח הלאומי בשנת 1953, והיה בין מבשרי הקמת המערכת לביטחון סוציאלי בישראל. תחילה חל הביטוח על עובדים שכירים בלבד, ובשנת 1957 הוחל גם על עובדים עצמאים במסגרת תיקון מספר 2 לחוק (חלק ב לחוק הביטוח הלאומי, התשי"ד-1953; בר, 2006, עמ' 1-2; מילר, 1980, עמ' 20 ו-108-110).

מערכת ביטוח נפגעי עבודה הממלכתית החליפה את פקודת הפיצויים לעובדים המנדטורית, שהטילה על המעסיק את אחריות הפיצוי בגין פגיעה בעבודה (פקודת פיצויים לעובדים, 1947). כתוצאה, נשללה לעתים זכותו של נפגע עבודה לפיצוי, משום שהמעסיק לא יכול היה לשאת בתשלום ולא חלה עליו חובה חוקית לבטח את עצמו בחברת ביטוח פרטית. הפקודה גם לא כללה מנגנון פיצוי על מחלות מקצוע וחובת מימון טיפול רפואי, ושיעור הפיצוי ככלל היה נמוך (בר, 2006, עמ' 1-2).

ביטוח נפגעי עבודה המעוגן בחוק הביטוח הלאומי, לעומת זאת, מופעל בידי המדינה באמצעות המוסד לביטוח לאומי. מימון הביטוח, בצורת תשלומים חודשיים, מוטל על המעביד.⁶ ואולם, אם אין הוא עומד בחובת התשלום, לא נשללת זכות נפגע העבודה לתשלום הגמלאות בידי המוסד לביטוח לאומי (ס' 342(ב), 365 ו-366(ב)(3) לחוק; בר, 2006, עמ' 1-2; המוסד לביטוח לאומי, 2013, עמ' 3).⁷ יודגש שאין הביטוח תלוי בהוכחת אשם או רשלנות מצד המעביד. כלומר: כשהוחל בשעתו כביטוח סוציאלי נשא עמו ביטוח נפגעי עבודה בשורה חדשה – העתקת תחום פגיעות בעבודה מדיני הנזיקין והביטוח הפרטי, המבוססים על אשם, לביטוח סוציאלי ולנשיאה באחריות שלא על בסיס אשם (טומשין, מרקמן וגנאינסקי, 2011, עמ' 33 ו-44-54; מילר, 1980, עמ' 109; International Labour Organization, 2015, pp. 46-47).⁸

לראשונה הונהג ביטוח סוציאלי לנפגעי עבודה בגרמניה בשנת 1884 (אתר OSHwiki; מילר, 1980, עמ' 108-109). מבט השוואתי מגלה שרק 33.9% משוק העבודה העולמי מכוסים כיום מפני פגיעות עבודה בביטוח סוציאלי חובה מכוח חקיקה. הכללת ביטוח סוציאלי רשות מעלה את שיעור המכוסים ל-39.4% (International Labour Organization, 2015, pp. 46, 49).

6 ובאשר לעובד עצמאי, חובת תשלום דמי הביטוח מוטלת עליו (ס' 342(א) לחוק; שיעור דמי הביטוח מעוגן בתקנות הביטוח הלאומי (ביטוח מפני פגיעה בעבודה), התשי"ד-1954, ק"ת 650).

7 יצוין שכאשר המבוטח נושא בחובת תשלום דמי הביטוח בעצמו (למשל עובד עצמאי), פיגור בתשלום עשוי לגרום להפחתת שווי הגמלה ואף לשלילתה (ס' 366 לחוק).

8 למחקר על השלכת משטר שאינו מבוסס אשם על תאונות עבודה בשוודיה, הידועה במדיניות רווחה נדיבה, ראו: Stromback, 2001.

במהלך השנים נרשמה מגמת הרחבה של תחולת החוק הישראלי, המשתקפת, בין היתר, בהחלתו על עובדים עצמאים, כאמור. עם זאת, בעשור האחרון ניכר צמצום בביטוח נפגעי עבודה, המתיישב עם המגמה הכללית המאפיינת את מערכת הביטחון הסוציאלי בישראל (בר, 2006, עמ' 1-2; מילר, 1980, עמ' 109).⁹

פגיעה בעבודה

ביטוח נפגעי עבודה חל על אלה: כל עובד שכיר, מלבד שוטר, סוהר ועובד שירותי הביטחון; עובד עצמאי הרשום במוסד לביטוח לאומי; אדם המצוי בהכשרה או בשיקום מקצועיים; אדם הנבחן לפי חוק החניכות או לפי חוק שירות התעסוקה; אדם המתאמן לפי חוק שירות עבודה בשעת חירום; אסיר, עציר או חוסה במעון על פי חוק הנוער, העובדים בעבודה שאינה מן השירותים הרגילים של מקום הימצאם; מי ששכרו נקבע על פי חוק (ס' 75-78 לחוק).¹⁰ חובת תשלום דמי הביטוח חלה כאמור על המעביד (ואצל עובד עצמאי על העובד) (ס' 342(א)-(ב) לחוק).¹¹

פגיעה בעבודה מתייחסת לתאונת עבודה או למחלת מקצוע (ס' 79 לחוק);¹² תאונת עבודה על פי החוק היא תאונה שאירעה תוך כדי ועקב עבודה אצל המעביד (ואצל עובד עצמאי תוך כדי ועקב עיסוקו במשלח ידו) (שם). החוק מרחיב הגדרה זו, ומכליל תחת חזקת תאונת עבודה תאונות שונות, כגון תאונות שאירעו לעובד בדרך מביתו לעבודה ובחזרה (ס' 80 לחוק).¹³ כדי לקבל הכרה בתאונת עבודה, יש להוכיח שאירע אירוע חיצוני ופתאומי במסגרת העבודה ("אירוע תאונתי"),¹⁴ ולהצביע על קשר סיבתי בין האירוע לליקוי הרפואי הנטען (בג"ץ 1262/94, עמ' 845-850; בג"ץ 3523/04, עמ' 106-170; בג"ץ 4690/97,

9 להרחבה על צמצום מערכת הביטחון הסוציאלי בישראל, ראו: דורון, 2004, 2005; קורא, 2004.
10 להרחבה ראו: אתר המוסד לביטוח לאומי, מי מבטוח; המוסד לביטוח לאומי, 2013, עמ' 2-3; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 59-112.
11 שר העבודה והרווחה רשאי לאשר למעביד של 500 עובדים לפחות לשלם דמי ביטוח מופחתים, בתנאי שחייב מכוח חוק, הסכם קיבוצי או חוזה עבודה, לשלם לעובדים שכר על הזמן שבעדו משתלמים דמי פגיעה, שאינו נמוך מדמי הפגיעה (ס' 95 ו-343 לחוק).
12 כדי לקבל הכרה בליקוי שמיעה ובבקע מפשעתי כפגיעת עבודה, על העובד להוכיח תנאים ייחודיים (ס' 84-84א לחוק). להרחבה על ליקויים אלה ראו: טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 393-394.
13 החוק מסייג את הגדרת "תאונת עבודה", כך שלא תחול במקרים של הפסקה או סטייה של ממש מהדרך המקובלת, כשהסטייה או ההפסקה אינה למטרה הכרוכה במילוי חובותיו של המבוטח כלפי מעבידו (ס' 81 לחוק). להרחבה ראו: דיון (ארצי) 0-10/ל, עמ' 5-11; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 281-300.
14 בהקשר זה די שהתובע יביא ראשית ראיה, "שאכן קרה אירוע תאונתי בעבודה הקושר את הפגיעה בעבודה" (דיון (ארצי) מד/0-90, עמ' 97-98; בג"ץ 1199/92, עמ' 760-761), כגון רישומים רפואיים הסמוכים למועד האירוע (דיון (ארצי) מט/0-23, עמ' 352-353; עב"ל (ארצי) 481/99, עמ' 469-470; עב"ל (ארצי) 507/07, עמ' 8; עב"ל (ארצי) 232/09, עמ' 6-8; תב"ע (ב"ש) נו/0-559, עמ' 1-2).

עמ' 541-536, 547-544 ו-552-551; דיון (ארצי) לא/0-5, עמ' 205-203; ת"ב (ארצי) נב/0-88, עמ' 172-171; עב"ל (ארצי) 439/08, עמ' 8.¹⁵

מחלת מקצוע היא מחלה שנקבעה ככזו בתקנות בידי שר העבודה והרווחה בהתייעצות עם שר הבריאות, ואשר העובד חלה בה עקב עבודתו אצל מעבידו (ואצל עובד עצמאי עקב עיסוקו במשלח ידו) (ס' 79 ו-85 לחוק); תקנות הביטוח הלאומי (ביטוח מפני פגיעה בעבודה), התשי"ד-1954, ק"ת 650. מדובר ברשימה סגורה של ליקויים, ולכן הכרה במחלת מקצוע דורשת ששמה יופיע ברשימה זו, שהמבוטח חלה בה בהיותה קבועה כמחלת מקצוע, שהמבוטח עוסק בעבודה שמעוגנת בתקנות כגורמת למחלת המקצוע, וכן שהוכח קשר סיבתי בין המחלה למקצוע (כשעמידה בתנאי התקנות מקימה חזקת קשר סיבתי לטובת המבוטח) (בג"ץ 4690/97, עמ' 536; דב"ע (ארצי) נה/0-116, עמ' 583-582; דב"ע (ארצי) נה/0-185, עמ' 28; עב"ל (ארצי) 338/96, עמ' 220 ו-228).¹⁶

הפסיקה הרחיבה את תחולת החוק על ידי מנגנון ה**המיקרוטראומה**, המהווה "מפלט אחרון" למבוטח הסובל מליקוי רפואי שאינו מחלת מקצוע או תוצר של פגיעה חד פעמית. מנגנון זה מאפשר להכיר בפגיעה בעבודה שנגרמה עקב חשיפה מתמשכת לפגיעות זעירות שצירופן יחדיו גרם לנזק, אף אם אין המחלה מופיעה ברשימת מחלות המקצוע. כלומר: כדי להוכיח פגיעה בעבודה דרך מנגנון המיקרוטראומה, יש להראות שאירעו פגיעות זעירות עקב תנועות נפרדות, החוזרות ונשנות בעבודתו של המבוטח, ולהוכיח קשר סיבתי בין תנועות אלה לליקוי הרפואי (בג"ץ 4690/97, עמ' 544-533 ו-547; דיון (ארצי) לה/0-61, עמ' 352-350; דיון (ארצי) מו/0-17, עמ' 104; ת"ב (ארצי) מח/0-77, עמ' 541-540; דב"ע (ארצי) נה/0-93, עמ' 612-611; דב"ע (ארצי) נה/0-116, עמ' 583; עב"ל (ארצי) 338/96, עמ' 223-220 ו-228; עב"ל (ארצי) 313/97, עמ' 533; עב"ל (ארצי) 1012/00,

15 יצוין שהחוק מכיר בחזקת סיבתיות באשר לתאונות עבודה, ולפיה אם מבוטח נפגע תוך כדי עבודתו, רואים בתאונה תאונה שנגרמה עקב עבודה, ואין הוא נדרש להוכיח קשר סיבתי. אין החזקה חלה על עובד עצמאי. יתר על כן, החזקה ניתנת להפרכה (ס' 83 רישא לחוק; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 215-220). לעומת זאת, כשאירעה לעובד תאונה עקב התרשלותו, היא לא תיחשב תאונת עבודה, אלא אם כן המבוטח נפטר בעקבותיה, הפך נכה או לא מסוגל לעבוד במשך עשרה ימים לפחות, והיו רואים את התאונה כתאונת עבודה, לולא נהג ברשלנות (ס' 82 לחוק). להרחבה על מרכיבי תאונת עבודה ראו: טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 119-260.

16 להרחבה ראו: טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 325-337.

עמ' 3; עב"ל (ארצי) 744/08, עמ' 9; המוסד לביטוח לאומי, 2002; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 301-323).¹⁷

כפי שניתן לראות, בכל אחד מהמנגנונים שתוארו לעיל, יש להוכיח שני יסודות מצטברים: תשתית עובדתית – היארעותה של פגיעה תוך כדי העבודה (תאונת עבודה – אירוע חיצוני ופתאומי בעבודה; מחלת מקצוע – הופעת המחלה ומקצוע התובע כפי שמעוגן בתקנות; מיקרוטראומה – פעולות נפרדות, חוזרות ונשנות בעבודה); תשתית רפואית (קשר סיבתי בין האירוע, המחלה או הפעולות לבין הליקוי הרפואי). אמנם לא נדרש להוכיח את אשמת המעביד, כאמור, אבל כל שלושת המנגנונים דורשים להוכיח קשר סיבתי בין הליקוי הרפואי לעבודה (עב"ל (ארצי) 744/08, עמ' 10; מילר, 1980, עמ' 112-113). אדגיש שניתן לחלק את הקשר הסיבתי לשני מרכיבים (טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 187-220, 233-260 ו-686): קשר סיבתי בין העבודה לפגיעה, שאותו הכללתי בתשתית העובדתית, וקשר סיבתי בין הפגיעה לליקוי הרפואי, שנכלל תחת התשתית הרפואית. כדי להבהיר את הסוגיה, איעזר בדוגמה של עובד בניין שחלה בסרטן עור. על העובד להוכיח שנחשף לשמש במהלך עבודתו, ולא בחופשה, למשל, ושסרטן העור נגרם (לפחות בחלקו, כפי שיובהר להלן) עקב החשיפה לשמש, ולא בשל הליך תחלואתי טבעי או גורמים אחרים, כגון עישון (ראו, למשל, ב"ל (חי) 5534/05).

ההכרה בפגיעת עבודה, ובכלל זה בקשר הסיבתי בין הליקוי הרפואי לעבודה, נמצאת בסמכותו של פקיד התביעות, שהוא עובד המוסד לביטוח לאומי שהוסמך לכך.¹⁸ ערעור על החלטתו יוגש לבית הדין האזורי לעבודה. רק לאחר שתונהגה התשתית העובדתית, יעבור בית הדין להכרעה אם יש קשר סיבתי בין הפגיעה בעבודה לליקוי הרפואי. לצורך הכרעה זו מרבה בית הדין למנות מומחה-יועץ רפואי מטעמו, כמפורט בהרחבה בפרק הבא. ניתן לערער בזכות על פסק הדין של בית הדין האזורי לעבודה לפני בית הדין הארצי לעבודה (ס' 298(א) ו-391(א) לחוק; ס' 24(א)(5) ו-26 לחוק בית הדין לעבודה, התשכ"ט-1969,

17 יודגש שעל התנועות להיות נפרדות, להבדיל מהתפתחות רצופה ומתמדת בהשפעת גורם שפעולתו נמשכת ללא הפסקה. אין התנועות חייבות להיות זהות, אלא "זהות במהותן", כלומר דומות, ולפעול על מקום מוגדר בתכיפות הנמשכת פרק זמן מספיק לגרימת נזק מצטבר (בג"ץ 4690/97, עמ' 541-544 ו-547; דיון (ארצי) לה/06-0, עמ' 350-352; דיון (ארצי) מ/0-17, עמ' 104; ת"ב (ארצי) מח/07-0, עמ' 540-541; דב"ע (ארצי) נה/09-0, עמ' 611-612; דב"ע (ארצי) נה/0-116, עמ' 583; עב"ל (ארצי) 338/96, עמ' 220-223; עב"ל (ארצי) 313/97, עמ' 533; עב"ל (ארצי) 1012/00, עמ' 3; עב"ל (ארצי) 744/08, עמ' 9; המוסד לביטוח לאומי, 2002; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 301-323).

18 להרחבה ראו: טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 642-646; פקיד התביעות ראשי להתייעץ עם ועדת התביעות, שהרכבה ייקבע בידי מועצת המוסד לביטוח לאומי, שהיא הרשות העליונה של המוסד (ס' 1, 8(ב) ו-299-300 לחוק).

ס"ח 70; עב"ל (ארצי) 50139-09-11, עמ' 4-5; עב"ל (ארצי) 36202-03-12, עמ' 5; המוסד לביטוח לאומי, 2014; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 670-677.¹⁹

אם הכירו פקיד התביעות או בית הדין – ככל שהוגש ערעור – בקשר הסיבתי, ואם נגרמה למבוטח נכות רפואית, יעבור התיק לוועדה הרפואית לצורך קביעת אחוזי הנכות, כמוסבר בהמשך. אם דחו פקיד התביעות או בית הדין את התביעה, לא תוכל הוועדה הרפואית לדון בה. כלומר: אין הוועדה הרפואית מוסמכת לדון בשאלת הקשר הסיבתי בין ליקוי רפואי לפגיעה, כשפקיד התביעות או בית הדין ביושבו כערכאת ערעור דחו קשר כזה, ואין היא משמשת ערכאת ערר על פקיד התביעות (עב"ל (ארצי) 50139-09-11, עמ' 4-5; עב"ל (ארצי) 25181-12-11, עמ' 8; עב"ל (ארצי) 36202-03-12, עמ' 5; המוסד לביטוח לאומי, 2014). כמו כן, אין הוועדה הרפואית רשאית לבטל הכרה של פקיד התביעות או בית הדין בפגיעת עבודה (עב"ל (ארצי) 472/07, עמ' 10-11; עב"ל (ארצי) 25181-12-11, עמ' 6-7; המוסד לביטוח לאומי, 2014). עם זאת, אם הוגשה תביעה לנכות, והתגלתה פגיעה חדשה הנגזרת מהפגיעה הראשונית המוכרת כפגיעה בעבודה, או הועלה לפני הוועדה הרפואית ליקוי רפואי שלא הובא לפני פקיד התביעות, קביעת הקשר הסיבתי נמצאת בסמכות הוועדה. כלומר: אם פקיד התביעות לא שלל במפורש קשר סיבתי, בין אם הליקוי הרפואי הובא לפניו ובין אם לאו, הוועדה הרפואית רשאית לקבוע שיש קשר סיבתי, אף אם פקיד התביעות לא הכיר בו במפורש (דיון (ארצי) נב/0-27, עמ' 51-52; עב"ל (ארצי) 439/08, עמ' 7-8; עב"ל (ארצי) 50139-09-11, עמ' 5; עב"ל (ארצי) 25181-12-11, עמ' 8; עב"ל (ארצי) 36202-03-12, עמ' 8; המוסד לביטוח לאומי, 2014). סמכות הערר על החלטות הוועדה הרפואית נתונה לוועדה הרפואית לעררים, בדומה לערר על גמלת נכות, כמפורט להלן. לתרשים זרימה המפרט את הליך ההכרה בפגיעת עבודה, ראו נספח **תרשימי זרימה – מודל קיים**.

אם כן, הוכחת קשר סיבתי בין הפגיעה בעבודה לליקוי הרפואי היא, מטבע הדברים, אבן הנגף העיקרית בדרך להכרה בפגיעת עבודה ולקבלת הזכויות על פי החוק, ודורשת ידע רפואי רב לצורך קבלת הכרעה (מילר, 1980, עמ' 112-113). לאור זאת מתמקד מאמר זה במחלוקות על שאלת הקשר הסיבתי בין הפגיעה בעבודה לליקוי הרפואי, כלומר בתשתית הרפואית.

19 במקרים מסוימים ניתן לתקוף את החלטת בית הדין הארצי לעבודה על ידי הגשת עתירה לבג"ץ. להרחבה ראו: טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 681-677.

זכויות נפגעי עבודה

לאחר שהכירו בפגיעה כפגיעת עבודה, זכאי נפגע העבודה לזכויות אלה:

1. דמי פגיעה – משולמים לנפגע עבודה, שאינו מסוגל לעבוד בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת,²⁰ כפיצוי על אובדן שכר או הכנסה בגין פגיעת העבודה. זוהי גמלה כספית, שהמוסד לביטוח לאומי מעביר ישירות לחשבון הבנק של נפגע העבודה.²¹ התשלום חל על פרק הזמן שבו הנפגע לא עבד, ולכל היותר עד 13 שבועות (ס' 92 לחוק; טומשין ועמיתים, 2011, 410-413). תקופה זו קוצרה בתיקון שנעשה במסגרת חוק ההסדרים בשנת 2002, כחלק מהמגמה הכללית של צמצום מערכת הביטחון הסוציאלי, כמפורט לעיל (בר, 2006, עמ' 4; ראו הערת שוליים 9 לעיל).
 2. טיפול רפואי – נפגע עבודה זכאי לטיפול רפואי חינום לצורך ריפוי, החלמה ושיקום רפואי, הנדרש עקב פגיעה שהוכרה כפגיעת עבודה, ובכלל זה הוצאות נסיעה אל מקום קבלת הטיפול ובחזרה ממנו. למעט העברה באמבולנס ביום הפגיעה, אין המוסד לביטוח לאומי מממן ישירות את הוצאות הטיפול הרפואי, והן מוטלות על קופות החולים (ס' 86, 87, 88 ו-89 לחוק; אתר המוסד לביטוח לאומי, קצבאות והטבות, נפגעי עבודה, טיפול רפואי; המוסד לביטוח לאומי, 2013, עמ' 7 ו-9-10).²²
 3. גמלת נכות מעבודה – נפגע עבודה שנותר נכה עקב פגיעת העבודה, והמוסד לביטוח לאומי הכיר בתביעתו לדמי פגיעה, זכאי לגמלת נכות מעבודה. גמלת הנכות ניתנת דרך קצבה חודשית או מענק חד פעמי, והיקפה נקבע בהתאם לדרגת הנכות (ס' 103, 104 ו-113 לחוק; אתר המוסד לביטוח לאומי, קצבאות והטבות, נפגעי עבודה, גמלת נכות מעבודה).
- דרגת הנכות, כמו גם הימצאו של קשר סיבתי בין הנכות לפגיעה שהוכרה כפגיעת עבודה (להבדיל מהקשר הסיבתי הנדרש כחלק מעצם ההכרה בפגיעת עבודה, שקובע, כאמור, פקיד התביעות), נקבעים בידי ועדה רפואית. הוועדה הרפואית מורכבת מרופא אחד או שניים, שאינם עובדי המוסד לביטוח לאומי. ניתן להגיש ערר על החלטתה

20 להרחבה על "עבודה מתאימה אחרת" ראו: ת"ב (ארצי) שם/0-101, עמ' 45: "לעניין עילה לדמי פגיעה צריך שבנוסף ל'פגיעה בעבודה', תאונת עבודה' או 'מחלת מקצוע', יבוא מצב שבו המבוטח אינו מסוגל לעבודתו הוא ואף לא לעבודה מתאימה אחרת; היינו מניעה מוחלטת של כושר עבודה, בלי קשר הכרחי למידת הפגיעה מבחינה פונקציונלית כללית. די בעצם העובדה שהמבוטח אינו מסוגל לעבודתו, היינו די שקיבל מכה בידו בפטיש, נשפך דם, ידו התנפחה והוא סובל מכאבים ועל כן אינו מסוגל לבצע את עבודתו או עבודה מתאימה אחרת במפעל ולמעשה אינו עובד, הוא נזקק לטיפול רפואי, לשיקום או להחלמה"; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 411-412.

21 למעט מעסיקים הרשאים לשלם את דמי הפגיעה לעובדיהם, על פי תקנה 22 לתקנות הביטוח הלאומי (ביטוח מפני פגיעה בעבודה). דמי הפגיעה שישלם המעביד לא יפחתו מדמי הפגיעה על פי חוק. להרחבה ראו: ס' 93-94, 98-97 ו-102 לחוק; אתר המוסד לביטוח לאומי, קצבאות והטבות, נפגעי עבודה, דמי פגיעה; בר, 2006, עמ' 4; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 413-442.

22 להרחבה על הזכאות לטיפול רפואי ראו: טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 395-406.

לוועדה הרפואית לעררים (להלן **הוועדה לעררים**), המורכבת משלושה רופאים, אף הם אינם עובדי המוסד לביטוח לאומי. ניתן לערער על החלטת הוועדה לעררים לפני בית הדין האזורי לעבודה אך ורק בשאלה משפטית, ועל פסק הדין של בית הדין האזורי ניתן לערער ברשות לפני בית הדין הארצי לעבודה (ס' 118-123 לחוק; אתר המוסד לביטוח לאומי, קצבאות והטבות, נפגעי עבודה, גמלת נכות מעבודה; המוסד לביטוח לאומי, 2013, עמ' 19 ו-23).²³

4. שיקום מקצועי – נפגע עבודה עם דרגת נכות צמיתה בשיעור 10% לפחות, שעקב פגיעה בעבודה אינו מסוגל לשוב לעבודתו או לעבוד בעבודה מתאימה אחרת, זכאי לשיקום מקצועי (ס' 86, 88 ו-90 לחוק; בר, 2006, עמ' 6; המוסד לביטוח לאומי, 2013, עמ' 32).²⁴

אין זכויות אלה שוללות מנפגע עבודה את הזכות להגיש תביעה נזיקית נגד מעסיקו או נגד צד שלישי. אם יזכה בתביעתו, תנוכה הגמלה מסכום הפיצויים (ס' 82 לפקודת הנזיקין [נוסח חדש], נ"ח התשכ"ח 266; מילר, 1980, עמ' 126). זאת ועוד, המוסד לביטוח לאומי זכאי לתבוע פיצוי על הגמלה מצד שלישי שחייב בתשלום פיצויים לנפגע העבודה בגין אותה עילה שהגמלה משולמת מכוחה (ס' 328 לחוק).

בני משפחתו של עובד שנפטר מפגיעה בעבודה זכאים אף הם לזכויות שונות, כגון גמלת תלויים.²⁵

חות דעת מומחה-יועץ רפואי

קביעת קשר סיבתי בין הליקוי הרפואי לפגיעה בעבודה היא שאלה משפטית, המושגת על חומר ראיות (בג"ץ 1199/92, עמ' 747 וההפניות שם; דיון (ארצי) לו/8-0, עמ' 383 וההפניות שם; אדלר, התשנ"ה, עמ' 210-211; כרמי, 2003, עמ' 627, 630-633 ו-674-675). עם זאת, בית הדין לעבודה נעזר פעמים רבות במומחה-יועץ רפואי מטעמו לצורך הכרעה בשאלה זו. סמכות מינוי המומחה לא נקבעה בחקיקה ראשית, אלא גובשה מתוך הפרקטיקה שהתנהלה בבית הדין לעבודה, ועוגנה בהנחיות נשיא בית הדין הארצי

23 רבות נכתב על נכות מעבודה כמו גם על הוועדות הרפואיות. לא ארחיב בנושא, משום שמאמר זה מתמקד בהכרה בפגיעה כפגיעת עבודה ובהשפעת חוות דעתו של המומחה הרפואי על החלטה זו. להרחבה ראו: ס' 103-129 לחוק; תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), התשט"ז-1956, ק"ת 864; בר, 2006, עמ' 8-26; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 527-637; מילר, 1980, עמ' 110-121 ו-125-126; קובובי, 1986, עמ' 44; שטרסברג, נאון, בר ומורגנשטיין, 2004.

24 בשל קוצר היריעה, לא ארחיב בנושא. להרחבה ראו: אתר המוסד לביטוח לאומי, קצבאות והטבות, נפגעי עבודה, שיקום מקצועי לנפגעי עבודה; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 406-410.

25 להרחבה ראו: ס' 144-130 לחוק; אתר המוסד לביטוח לאומי, קצבאות והטבות, נפגעי עבודה, זכויות בני משפחה של נפטר מפגיעה בעבודה; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 481-526.

לעבודה. הנחיות אלה ניתנו לראשונה בשנת 1972 מכוח ס' 33 לחוק בית הדין לעבודה, התשכ"ט-1969, המאפשר לבית הדין גמישות בקביעת סדרי הדין, שלא הוסדרו בתקנות (ס' 33 לחוק בית הדין לעבודה; תקנות בית הדין לעבודה (סדרי דין), התשנ"ב-1991, ק"ת 1374; נשיא בית הדין הארצי, 1972, 2017 (להלן **הנחיות נשיא בית הדין**)).²⁶

עד מומחה הוא עד בעל מומחיות בנושא מסוים, המביא את ידיעותיו לפני בית המשפט. בעוד עד רגיל מעיד על מה שחווה במישרין, עד מומחה מעיד על משמעות הממצאים שהוצגו לו ומציג את מסקנותיו, כשהוא מסתמך על התמחותו ומסתייע במידע שליקט לצורך מתן העדות (בן-אור, מיישיקר ולובט, 2000; כרמי, 2003, עמ' 643-644). חוות דעתו של עד מומחה נועדה לסייע לשופט בחקר האמת ובהכרעת הדין, ונדרשת להיות אובייקטיבית ונטולת פניות (כרמי, 2003, עמ' 628; רכס, 2003, עמ' 183). דרישה זו נכונה בעיקר למומחה שממנה בית המשפט, משום שהוא נושא בתפקיד ציבורי ומשמש נאמן של בית המשפט, ולכן מחויב לשמירת אמון הציבור במערכת המשפטית (דיון (ארצי) לו/0-8, עמ' 381-383; ת"ב (ארצי) נב/0-88, עמ' 680; עב"ל 411/97, עמ' 2; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 899; כרמי, 2003, עמ' 628 ו-643-644). אם כן, מינוי מומחה רפואי מטעם בית הדין נועד לייעל את ההליכים, לקדם שוויון בין שני הצדדים, להוזיל את עלות מימושה של זכות הנפגע ולהעמיד לרשות בית הדין ידע מקצועי שאינו נגיש לו בדרך אחרת (בג"ץ 1199/92, עמ' 745; דיון (ארצי) לה/0-55, עמ' 381; דיון (ארצי) לו/0-4, עמ' 372).

טרם מינוי המומחה, מתנהל שלב קביעת העובדות על פי ראיות המובאות לפני בית הדין, כאמור. בשלב זה קובע בית הדין אם התחוללו אירוע או פגיעה בעבודה, שניתן לקשרם לליקוי הרפואי של הנפגע. אם לא הונחה תשתית עובדתית המאששת פגיעה, אין למנות מומחה רפואי (בג"ץ 1199/92, עמ' 745; בג"ץ 3523/04, עמ' 107; עב"ל (ארצי) 481/99, עמ' 479; עב"ל (ארצי) 1012/00, עמ' 4; אדלר, התשנ"ה, עמ' 206; המוסד לביטוח לאומי, 2002; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 647-648). אם הוכחה פגיעה בעבודה, ימונה על פי רוב מומחה רפואי, שיחווה דעתו בדבר קשר סיבתי רפואי בין הליקוי הרפואי לפגיעה בעבודה. המומחה נבחר בהתאם לתחום מומחיותו מתוך רשימת מנהלי מחלקות או רופאים בכירים, שהכין רשם בית הדין הארצי, בין היתר, בהתייעצות עם ההסתדרות הרפואית (ס' 3-9 להנחיות נשיא בית הדין; בג"ץ 1199/92, עמ' 745; אדלר, התשנ"ה, עמ' 207; כרמי, 2003, עמ' 667-669). לאחר שהכין המומחה חוות דעת מנומקת, המתבססת על העובדות שהציג לפניו בית הדין ועל המסמכים שהעביר לעיונו, רשאים הצדדים להציג לו שאלות הבהרה באישור בית הדין ודרכו, ובית הדין רשאי להציג לו שאלות הבהרה גם

26 להרחבה על התפתחות פרקטיקת מינוי מומחה-יועץ רפואי ראו: בג"ץ 1199/92, עמ' 734 ו-747-744; אדלר, התשנ"ה; נוהלי בית הדין לעבודה; סהר, 2005, עמ' 171 ו-174-175.

מטעמו (ס' 10-15 להנחיות נשיא בית הדין; בג"ץ 1199/92, עמ' 745-746; אדלר, התשנ"ה, עמ' 207-209).

לבסוף יכריע בית הדין אם יש קשר סיבתי משפטי, כשהוא מתבסס על הקשר הסיבתי הרפואי. כדי לקבל את התביעה, על בית הדין להשתכנע שיש סבירות העולה על 50% שקיים קשר סיבתי בין תנאי עבודת התובע לליקוי הרפואי (עב"ל (ארצי) 502-09, עמ' 5; עב"ל (ארצי) 52081-05-10, עמ' 3; עב"ל (ארצי) 29425-11-12, עמ' 1-2; עב"ל (ארצי) 24608-12-12, עמ' 13-12; בר"ע (ארצי) 7293-06-13, עמ' 8-9).

אם הוכח קשר סיבתי, ומתעוררת שאלת היחס בין השפעת תנאי העבודה על הליקוי להשפעת גורמים אחרים ("מאזן ההשפעות"), יש להוכיח שהשפעת תנאי העבודה לא הייתה "פחותה הרבה מהשפעת גורמים אחרים". כלומר: יש להראות שלעבודה "השפעה משמעותית" על הליקוי הרפואי ביחס לגורמים נוספים (ס' 83 סיפא לחוק; עב"ל (ארצי) 481/99, עמ' 472-471 ו-478-479; עב"ל (ארצי) 659/06, עמ' 2; עב"ל (ארצי) 65/10, עמ' 9-10; עב"ל (ארצי) 52081-05-10, עמ' 3-4; עב"ל (ארצי) 24608-12-12, עמ' 13; בר"ע (ארצי) 7293-06-13, עמ' 8-9; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 235-242).

באשר למחלות מקצוע ולמיקרוטראומה, יש להראות שלתנאי העבודה תרומה בשיעור 20% לפחות לליקוי הרפואי בהשוואה לגורמים אחרים. בעת דיון בתביעות מיקרוטראומה, שלא חלה עליהן חזקת סיבתיות מעוגנת בחוק, בית הדין מקפיד ביותר שאת על שיעור מינימום זה של 20%. אף במקרה שבו טוענים לקשר סיבתי בדרך של החמרה, כלומר תנאי העבודה לא גרמו לפרוץ המחלה אלא להחמרתה, יש להוכיח שתרומת תנאי העבודה עומדת על 20% לפחות מכלל גורמי התחלואה (בג"ץ 8022/14, עמ' 7-9; דב"ע (ארצי) נה/116-0, עמ' 607; עב"ל (ארצי) 521/05, עמ' 11; עב"ל (ארצי) 659/06, עמ' 2-3; עב"ל (ארצי) 148/07, עמ' 9-10; עב"ל (ארצי) 744/08, עמ' 10-14; עב"ל (ארצי) 65/10, עמ' 9-10; עב"ל (ארצי) 22598-08-12, עמ' 4-5; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 215-220).

בתאונת עבודה, לעומת זאת, מכריעים בשאלת היחס על פי מבחן סמיכות הזמנים, כשהשאלה היא אם אלמלא האירוע בעבודה, היה הליקוי הרפואי מתחולל ממילא בפרק הזמן שבו אירע (עב"ל (ארצי) 481/99, עמ' 472; עב"ל (ארצי) 52081-05-10, עמ' 4; עב"ל (ארצי) 29425-11-12, עמ' 2; עב"ל (ארצי) 24608-12-12, עמ' 13-14; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 254-256).

בית הדין לעבודה נעזר במומחה רפואי כדי להכריע, הן בשאלת הקשר הסיבתי והן בשאלת היחס. נטל ההוכחה בדבר שאלת עצם הימצאו של קשר סיבתי בין תנאי עבודת המבוטח לליקוי הרפואי (בסבירות העולה על 50%) חל על המבוטח, ואילו נטל ההוכחה בנוגע לשאלת היחס (תרומה בשיעור של 20% לפחות במחלות מקצוע ובמיקרוטראומה או סמיכות זמנים בתאונות עבודה) חל על המוסד לביטוח לאומי, הנדרש להוכיח שהשפעת תנאי העבודה

על הליקוי הרפואי אינה משמעותית (דב"ע (ארצי) נה/0-116, עמ' 609; עב"ל (ארצי) 481/99, עמ' 471; עב"ל (ארצי) 52081-05-10, עמ' 4-3; עב"ל (ארצי) 29425-11-12, עמ' 2-1; עב"ל (ארצי) 24608-12-12, עמ' 13-12; בר"ע (ארצי) 7293-06-13, עמ' 9-8; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 248-249).

החוקרים טומשין, מרקמן וגנאינסקי (2011, עמ' 243-251) מסווגים את שאלת הימצאו של הקשר הסיבתי תחת "קשר סיבתי עובדתי", בעוד שאת שאלת היחס הם מכנים "קשר סיבתי משפטי". לעניות דעתי אין סיווג זה עולה בקנה אחד עם הפסיקה, הנעזרת במומחה הרפואי כדי להכריע בשתי השאלות, ובה בעת מדגישה שההכרעה נותרת בידי בית הדין. כלומר: נראה שהתייחסות הפסיקה לשתי הסוגיות זהה, ולכן לא ניתן לכנות קשר אחד "משפטי" ואת האחר "עובדתי". על כן המונח "קשר סיבתי" בעבודה זו כולל, הן את שאלת הקשר הסיבתי והן את שאלת היחס, שאת שתיהן בחן המחקר.

לאור מטרת הביטוח הסוציאלי לפעול לטובת הנפגע, תוטה הכף לכיוונו במקרים של ספק, ובכלל זה ספק בהוכחת הקשר הסיבתי הרפואי (בג"ץ 1199/92, עמ' 751; בג"ץ 1262/94, עמ' 863; בג"ץ 4690/97, עמ' 539-538; דיון (ארצי) ל/0-10, עמ' 9; עב"ל (ארצי) 62/96, עמ' 192; עב"ל (ארצי) 213/98, עמ' 570; עב"ל (ארצי) 106/07, עמ' 9 וההפניות שם; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 687-683 ו-698-699). ואולם כשהמומחה נוקט ביטויים שאינם חד משמעיים, כגון "ייתכן", "עלול" או "אין לשלול", אין דעת בית הדין אחידה. בעבר שלטה ההלכה, ולפיה יש לדחות תביעות מעין אלה (עב"ל (ארצי) 213/98, עמ' 574 וההפניות שם; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 687-689). בהמשך קבע בית הדין בעניין גלס, שבנסיבות אלה יש לפרש את דברי המומחה על פי ההקשר הכולל, ללא קביעה גורפת שהם מקימים או שוללים קשר סיבתי (עב"ל (ארצי) 106/07, עמ' 9-7, תוך אימוץ עמדת השופט רבינוביץ בעב"ל (ארצי) 213/98, עמ' 576; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 687-689). עם זאת, לאחרונה ציין בית הדין בעניין אלטיט שמדובר היה במקרה חריג, שאין בו כדי להפוך את ההלכה הנוהגת, ולפיה חוות דעת מומחה הכוללת אמירות לא חד משמעיות אינה עומדת בנטל ההוכחה הנדרש (עב"ל (ארצי) 738-08, עמ' 13-12). ואולם ניתן לאתר פסקי דין שעדיין מסתמכים על ההלכה שנקבעה בעניין גלס (ראו, למשל, עב"ל (ארצי) 32691-06-10, עמ' 9-8; עב"ל (ארצי) 27849-09-13, עמ' 14).

ככלל ימנה בית הדין מומחה אחד לצורך דיון בפגיעה מסוימת. ואולם בנסיבות מסוימות, כגון שמיעת דעה רפואית אחרת בסוגיה השנויה במחלוקת בתחום הרפואה או רצון לשמוע מומחה בתחום מומחיות אחר, בית הדין רשאי למנות מומחה נוסף. כשבית הדין ממנה מומחה נוסף, עליו להתחשב בשתי חוות הדעת שהונחו לפניו (ס' 16-17 להנחיות נשיא בית הדין; בג"ץ 1199/92, עמ' 746; אדלר, התשנ"ה, עמ' 210-209; כרמי, 2003, עמ' 654-655 ו-667-669). עם זאת, מכיוון שמטרת הביטוח הסוציאלי לפעול כאמור לטובת הנפגע,

כאשר מונחות לפני בית הדין שתי חוות דעת של מומחים מטעמו, האחת קובעת שיש קשר סיבתי בין הליקוי לתנאי העבודה, ואילו האחרת שוללת קשר שכזה, יעדיף בית הדין את הראשונה, ובתנאי ששתיהן מבוססות די הצורך (בג"ץ 1199/92, עמ' 751; בג"ץ 1262/94, עמ' 863; בג"ץ 4690/97, עמ' 539-538; דיון (ארצי) ל/0-10, עמ' 9; עב"ל (ארצי) 62/96, עמ' 192; עב"ל (ארצי) 213/98, עמ' 570; עב"ל (ארצי) 106/07, עמ' 9 וההפניות שם; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 683-687 ו-698-699). לעומת זאת, כשמסקל חוות הדעת לא זהה וכשאחת מהן מנומקת ומשכנעת יותר, בית הדין רשאי להעדיף אותה, אף אם היא לרעת המבוטח (ראו, למשל, דב"ע (ארצי) נה/116-0).

זאת ועוד, בית הדין רשאי למנות מומחה אחר, תוך פסילת חוות דעתו של המומחה הראשון, בנסיבות חריגות, כגון פגם אישי במומחה (ס' 18 להנחיות נשיא בית הדין; בג"ץ 1199/92, עמ' 746; אדלר, התשנ"ה, עמ' 209). עם זאת, הנחיות נשיא בית הדין מדגישות, כאמור, שככלל על בית הדין להסתפק במומחה אחד, ולמנות מומחה נוסף או אחר רק במקרים חריגים (ס' 16 להנחיות נשיא בית הדין).

בית הדין גם הדגיש שבעת סתירה בין חוות דעת של מומחה מטעם אחד הצדדים למומחה מטעם בית הדין יעדיף בית הדין את האחרון, משום שאין הוא מקבל את שכרו מבעלי הדין ועל כן אובייקטיבי יותר (דיון (ארצי) לו/0-8, עמ' 381-383; ת"ב (ארצי) נב/0-88, עמ' 680; עב"ל 411/97, עמ' 2; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 899; כרמי, 2003, עמ' 644-643).

אמנם חוות הדעת הרפואית היא חלק ממכלול הראיות, ואין בית הדין מחויב לקבלה, כאמור (בג"ץ 1199/92, עמ' 747 וההפניות שם; דיון (ארצי) לו/0-8, עמ' 383 וההפניות שם; אדלר, התשנ"ה, עמ' 210-211; כרמי, 2003, עמ' 630-633 ו-674-675). עם זאת, המומחה הרפואי שבית הדין ממנה נתפס כזרועו הארוכה, ועל כן ידחה זה האחרון את חוות דעת המומחה, רק "אם קיימת הצדקה עובדתית או משפטית יוצאת דופן לעשות כן" (דב"ע (ארצי) נה/0-79, עמ' 5; דב"ע (ארצי) נו/0-244, עמ' 3; עב"ל (ארצי) 332/05, עמ' 5-6; עב"ל (ארצי) 345/06, עמ' 7-8; עב"ל (ארצי) 65/10, עמ' 9; כרמי, 2003, עמ' 628). וכדברי בית הדין הארצי לעבודה בנוגע למומחה רפואי שמינה: "לדידו של בית הדין, המומחה הוא האורים והתומים המאיר את עיניו בשטח הרפואי. ככל שעל פניה אין בחוות דעת המומחה פגמים גלויים לעין, ואין היא בלתי סבירה על פניה, אין בסיס לפסילתה" (עב"ל (ארצי) 1035/04, עמ' 6).

למרות היתרונות הגלומים במינוי מומחה רפואי מטעם בית הדין, נמתחה ביקורת רבה על הגישה המעניקה משקל מיוחד ואף מכריע לחוות דעתו. הפסיקה הדגישה לא פעם שסמכות ההכרעה עדיין מוטלת על כתפי בית הדין, ואין הוא רשאי לפרוק אותה מעליו ולהעבירה למומחה הרפואי (בג"ץ 1199/92, עמ' 747 וההפניות שם; דיון (ארצי) לו/0-8, עמ' 383 וההפניות שם; אדלר, התשנ"ה, עמ' 210-211; כרמי, 2003, עמ' 630-633 ו-674-675).

כלומר: יש להבחין בין קשר סיבתי רפואי, שהמומחה קובע על בסיס ממצאים רפואיים, לבין קשר סיבתי משפטי, שהשופט קובע תוך התחשבות בשיקולים משפטיים ובשיקולי מדיניות (דב"ע (ארצי) לא/0-17, עמ' 180-179; דיון (ארצי) לג/0-84, עמ' 11-8; דיון (ארצי) לו/0-4, עמ' 372; דב"ע מו/0-37, עמ' 84-81; עב"ל 74/96, עמ' 7-6; עב"ל (ארצי) 481/99, עמ' 472; עב"ל (ארצי) 171/06, עמ' 9-8; עב"ל (ארצי) 24608-12-12, עמ' 12; ב"ל (ת"א) 6650/06, עמ' 12-10; טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 248-243 ו-249-251).²⁷ כך, למשל, ציין בית הדין שבעוד שהרופא חותר להגיע לוודאות רפואית, דרך מציאת סיבה פתולוגית יחידה ודאית למצב הרפואי, המשפטן תר אחר מסקנה שיש בה מידה סבירה של ודאות, ויכול להכיר ביותר מסיבה אחת לתוצאה (דב"ע (ארצי) לא/0-17, עמ' 179). עוד הבהיר בית הדין שהחלטתו מתבססת על מכלול היבטים: ההיבט העובדתי, ההיבט הרפואי וההיבט המשפטי (עב"ל 110/98, עמ' 11). השיקולים שמנה בית הדין, כשדחה את חוות דעת המומחה, היו פגמים גלויים לעין בה, העדר תיאום בהיבט העובדתי או בהיבט הרפואי, גורם העיתוי, הימצאו של ספק ועוד (דב"ע (ארצי) לא/0-17, עמ' 179; דיון (ארצי) מו/0-139, עמ' 331-329; ת"ב (ארצי) נא/0-104, עמ' 362; עב"ל 110/98, עמ' 11; עב"ל (ארצי) 1035/04, עמ' 6).

מאמר זה ביקש לבחון אמפירית את מידת הסתמכותו של בית הדין לעבודה על חוות דעת מומחה-יועץ רפואי הממונה מטעמו בתביעות העוסקות בקשר סיבתי בין ליקוי רפואי לעבודה. במסגרת זאת ביקש המאמר לחשוף אם להבחנה בין קשר סיבתי משפטי לבין קשר סיבתי רפואי יש גם משמעות מעשית או משמעות תיאורית בלבד. למרות חשיבותה בהבנת היקף התופעה והשלכותיה, הן על עצמאות בית הדין והן על המבוטח בניסיונותיו לממש את זכויותיו, טרם נערכה בישראל בחינה אמפירית שכזו.

שיטה

מטרת המחקר הייתה לבחון עד כמה מסתמך בית הדין האזורי לעבודה על חוות דעת מומחה-יועץ רפואי מטעמו בבואו לקבוע אם יש קשר סיבתי בין ליקוי רפואי לעבודה (שאלת התשתית הרפואית).

המחקר נערך בשלושה שלבים: (1) נבנה מדגם של פסקי דין, שניתנו במהלך שנת 2014 (1.1.2015-1.1.2014), ואשר דנו בשאלה אם יש קשר סיבתי בין ליקוי רפואי לעבודה, ונעזרו לשם כך במומחה-יועץ רפואי מטעם בית הדין (להלן **מדגם קצר טווח**). המדגם לא כולל פסקי דין שעסקו בבקע מפשעתי או בליקוי שמיעה, הדורשים תנאים ייחודיים לצורך

27 הבחנה בין קשר סיבתי רפואי למשפטי עלתה אף בסוגיות אחרות, כגון דיני נזיקין. להרחבה בנושא ראו: דייזיס, 1997, 2004; נוה, 2006; סהר, 2003.

הוכחת הימצאו של קשר סיבתי, ולכן אינם מקרים משקפים (ראו הערת שוליים 12 לעיל). (2) כדי לתקף את התוצאות על פני תקופה ממושכת יותר, נבנה מדגם ארוך טווח (להלן **מדגם ארוך טווח**), הכולל פסקי דין, שניתנו במהלך שבע שנים וחצי בין שנת 2008 לשנת 2015 (1.6.2015-1.1.2008). פסקי דין אלה עסקו בשאלת הקשר הסיבתי בין העבודה למחלת הסרטן, ונעזרו במומחה-יועץ רפואי מטעם בית הדין. כשעסקו פסקי דין אלה במחלות אחרות מלבד מחלת הסרטן, נאספו נתונים רק על מחלת הסרטן. בחרתי במחלת הסרטן בשל הקושי להוכיח שיש קשר סיבתי בין העבודה לפרוץ המחלה (טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 260 ו-384-385). לכן היא שימשה כ"מקרה קיצון", שאפשר לבחון את ממצאי המדגם קצר הטווח. לא נדגמו פסקי דין שניתנו לפני שנת 2008, משום שההלכה, ולפיה ההשפעה הממשית במנגנוני מיקרוטראומה ומחלות מקצוע עומדת על 20%, ניתנה באוקטובר 2007 בלבד (עב"ל (ארצי) 521/05). הן במדגם קצר הטווח והן במדגם ארוך הטווח לא נדגמו פסקי דין של בני משפחה, שתבעו בשם קרובם שנפטר, כדי לנטרל השפעה אפשרית של גורם חיצוני זה על השופטים. (3) נערך ניתוח איכותני של פסקי הדין שבהם לא הייתה התאמה בין חוות דעת המומחה להכרעת בית הדין, כדי להבין את היקף הפער ואת סיבותיו.

המדגם קצר הטווח כולל 144 פסקי דין, והמדגם ארוך הטווח – 90 פסקי דין; המישה פסקי דין הופיעו בשני המדגמים. כלומר: בסך הכול נדגמו 229 פסקי דין. פסקי הדין במדגם קצר הטווח נבחרו בדגימה שיטתית מתוך פסקי הדין שעלו במאגר המשפטי **נבו**,²⁸ ועמדו בקריטריונים המוצגים לעיל. פסקי הדין במדגם ארוך הטווח כוללים את כלל פסקי הדין שעלו במאגר המשפטי **נבו**, ועמדו בקריטריונים המוצגים לעיל. פסקי הדין נלקחו מכל בתי הדין האזוריים לעבודה בארץ (באר שבע, ירושלים, תל אביב, חיפה, נצרת).

בכל פסק דין בדקתי את הכרעתו של בית הדין לעבודה באשר לשאלה אם יש קשר סיבתי בין העבודה לליקוי הרפואי (יש/אין/חלקי)²⁹ ואת חוות דעתו הסופית של המומחה-יועץ רפואי בשאלה זו. משתנה חוות הדעת הרפואית נחלק לארבע קטגוריות: יש קשר סיבתי (בין בגרימה ובין בהחמרה); אין קשר סיבתי (ובכלל זה מקרים שבהם גרס המומחה שהסבירות שיש קשר סיבתי נמוכה מ-50% או לחילופין שהיא גבוהה מ-50%, אך השפעת תנאי העבודה על הליקוי פחותה מ-20% או לא עומדת במבחן סמיכות הזמנים); קשר סיבתי חלקי (מקרים שבהם המליץ המומחה להכיר בחלק מהליקויים שהתובע טען להם); קשר לא ודאי (מקרים שבהם המומחה היה לא חד משמעי בקביעתו, והשתמש באמירות כגון "לא ניתן לשלול קיומו של קשר סיבתי"). עוד אספתי את המשתנים הבאים: מקצוע התובע, מינו, גילו וסוג הליקוי הרפואי שהוא סובל ממנו; מנגנון התביעה (תאונת עבודה, מחלת מקצוע,

28 נבחר פסק דין אחד מתוך שניים, כך שכל פסק דין שני הופיע במאגר **נבו** נכלל במדגם. אתר נבו – המאגר המשפטי, www.nevo.co.il.

29 קשר סיבתי חלקי מתייחס למקרה שבו סבל הנפגע ממספר ליקויים, חלקם הוכרו כפגיעות עבודה וחלקם לא.

מיקרוטראומה); תחום התמחותו של הרופא שמונה לתת חוות דעת; הסכמתו או סירובו של המוסד לביטוח לאומי להכיר בפגיעת העבודה לאחר קבלת חוות דעת המומחה.

למרות הניסיונות הרבים לנטרל השפעות של גורמים חיצוניים, ומאחר שאין מקרה אחד זהה לאחר, נתקל המחקר בקשיים שונים: (1) לנוכח דינמיות התחום, הן בהיבט המשפטי והן בהיבט הרפואי (למשל שינויי הלכה באשר לאמירות לא חד משמעיות של המומחה, כמפורט בפרק **חוות דעת מומחה-יועץ רפואי לעיל**), היה קושי למצוא קידוד שיתאים במדויק לכלל המקרים במדגם ארוך הטווח, הכולל פסקי דין שניתנו על פני תקופה ארוכה. קושי זה הצטמצם לאור בחירת פסקי דין שניתנו לאחר שנת 2007, שבמהלכה התחולל שינוי בולט בשאלת היחס, ולאור בחינה איכותנית של מקרי אי ההתאמה בין הכרעת בית הדין לחוות דעת המומחה. (2) המדגמים כוללים 229 פסקי דין בלבד. (3) פרסום פסקי הדין במאגרי המידע אינו הרמטי, וייתכן שיש הטיות בפסיקה המתפרסמת (בוגוש, הלפרין-קדרי וכתבן, 2011; מור, התשע"ב, עמ' 127). ואולם מכיוון שהדגימה אקראית, השפעת גודל המדגם והטיית הפרסום מצטמצמות (שם).

ממצאים³⁰

תיאור המדגם

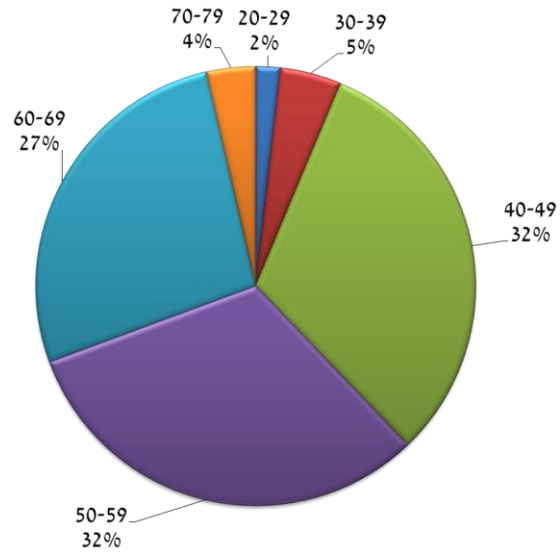
התפלגות התובעים לפי גיל

הן במדגם קצר הטווח (95%) והן במדגם ארוך הטווח (94%) חצו רוב התובעים את גיל 40.³¹ במדגם ארוך הטווח גילאי התובעים מבוגרים יותר. ייתכן שההבדל בין המדגמים נובע מההתפתחות האיטית ומהגילוי המאוחר יותר של מחלת הסרטן, הנפוצה בגילאים מבוגרים יותר (Wymenga, Slaets, & Sleijfer, 2001).

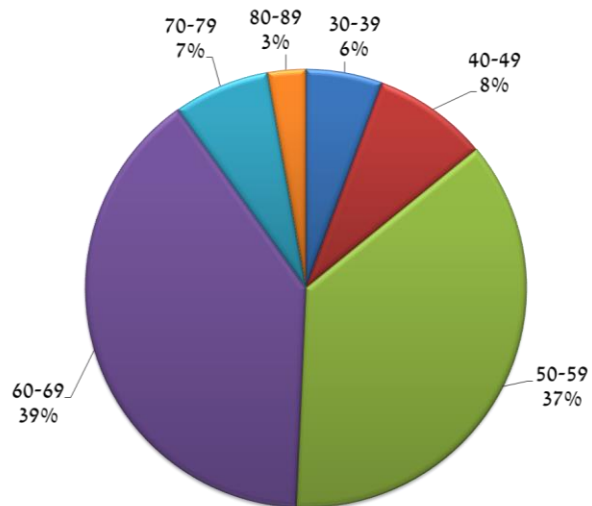
30 הנתונים בתרשימים מוצגים באחוזים שלמים, ולכן הסכום הכולל לעתים לא מסתכם ל-100%.

31 33-תיקים במדגם קצר הטווח וב-19 תיקים במדגם ארוך הטווח לא צוין גיל התובע.

תרשים 1: גיל התובע במדגם קצר הטווח



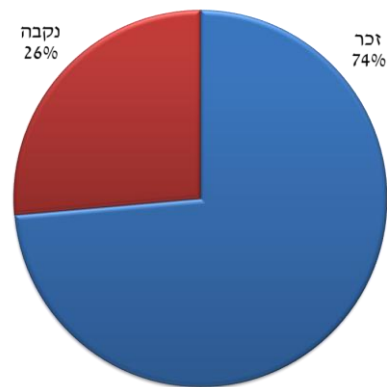
תרשים 2: גיל התובע במדגם ארוך הטווח



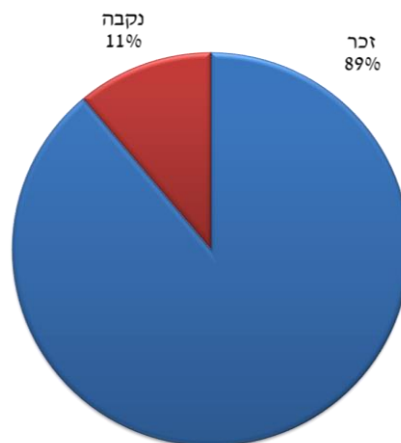
התפלגות התובעים לפי מין

רוב התובעים בשני המדגמים הם גברים – 74% (106) במדגם קצר הטווח ו-89% (80) במדגם ארוך הטווח. ייתכן שניתן לייחס זאת להבדל בין המינים באופי המקצועות – גברים נוטים יותר מנשים, להשתלב במקצועות הנחשבים מסוכנים, כגון בינוי ותעשייה, או במקצועות הדורשים עבודה פיזית מאומצת ועבודה בשטח (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2015, לוח 12.12).³² ריבוי נפגעי עבודה גברים תואם את המגמה העולמית (אתר OSHwiki).

תרשים 3: מין התובע במדגם קצר הטווח



תרשים 4: מין התובע במדגם ארוך הטווח



32 נכון לשנת 2014 דומה שיעור הנשים בשוק העבודה (47%) לשיעור הגברים (53%) (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2015, לוח 12.6).

איחוד התיקים על פי מקצוע התובע לא הניב ניתוח בעל משמעות סטטיסטית לנוכח המגוון הרחב של המקצועות והשוני בסיכונים הכרוכים בהם. אולם ניתן לראות שרוב התובעים במדגם קצר הטווח הם מענף התעשייה (24, 16.7%), מענף התעבורה (16, 11.1%), מענף הבינוי (15, 10.4%) או ממקצועות המשרד (15, 10.4%). אף במדגם ארוך הטווח רוב התובעים הם מענף התעשייה (26, 28.9%) או הבינוי (15, 16.7%), וכן ממקצועות המעבדה והטכנאות (9, 10%). נתונים אלה תואמים את הנתונים של המוסד לביטוח לאומי ומשרד הכלכלה משנת 2013, ולפיהם אירעו רוב תאונות העבודה בענפי התעשייה, המסחר והבינוי. עוד לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי ומשרד הכלכלה משנה זו, ענף התעשייה מאופיין במספר מקבלי דמי הפגיעה הגבוה ביותר, בעוד ששיעור נפגעי העבודה הגבוה ביותר ביחס ל-100 אלף מועסקים הוא בענף הבינוי (גיטלסון ועמיתים, 2014, עמ' 7).

התפלגות המחלות והמומחים

רוב התביעות במדגם קצר הטווח הן בגין פגיעות אורתופדיות (94, 64%),³³ ובמדגם ארוך הטווח בגין סרטן העור (41, 45%).³⁴ כך רוב הרופאים הממונים במדגם קצר הטווח הם מומחים באורתופדיה (102, 61%), ואחרים, בפער בולט, מומחים ברפואה תעסוקתית (12, 7%).³⁵ במדגם ארוך הטווח רוב הרופאים מומחים ברפואה תעסוקתית (37, 32%), ברפואת עור (30, 26%) ובאונקולוגיה (29, 25%).³⁶

ברוב התיקים מונה מומחה אחד, הן במדגם קצר הטווח (121, 85%) והן במדגם ארוך הטווח (67, 74%). התנהלות זו תואמת את הנחיות נשיא בית הדין הארצי לעבודה, ולפיהן ככלל יסתפק בית הדין במיני מומחה אחד (ס' 16 להנחיות נשיא בית הדין). עם זאת, במדגם ארוך הטווח היו יותר תיקים שבהם מונה יותר ממומחה אחד, אולי בשל הקושי הכרוך בהוכחת מחלת הסרטן הנובע מהעדר הוודאות בתחום (טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 260 ו-384-385), ואולי משום שהמדגם ארוך הטווח קטן יותר.

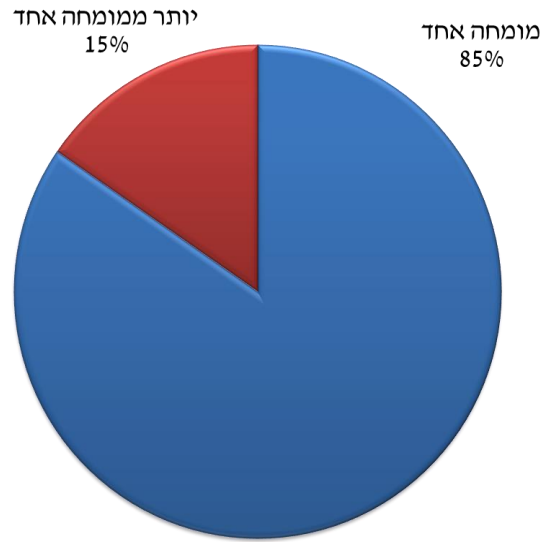
33 כך התפלגו יתר התיקים: ריאות ודרכי הנשימה – 14; נירולוגי – 8; לב – 5; כלי דם – 4; עיניים – 6; נפשי – 5; מיתרי הקול – 4; עור – 3; אחר (הודג'קין, סוכרת, שיניים, שלפוחית השתן ומעי גס) – 3; אם תבע המבוטח בגין יותר מפגיעה אחת, נספר התיק בכל אחת מהפגיעות.

34 כך התפלגו יתר התיקים: דם ולימפה (הודג'קין, מח עצם, לימפומה, לימפוסרקומה, מיאלומה) – 15; אשך, ערמונית, כליה או שלפוחית השתן – 11; ריאות ודרכי נשימה – 9; עיכול (כבד, קיבה, מעי דק, מעי גס) – 8; מיתרי הקול – 3; בלוטת התריס – 3; שד – 1. אם תבע המבוטח בגין יותר מפגיעה אחת, נספר התיק בכל אחת מהפגיעות.

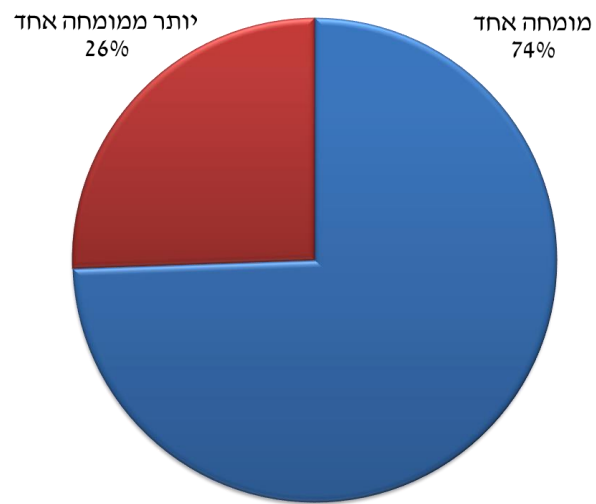
35 כך התפלגו יתר הרופאים על פי התמחותם במדגם קצר הטווח: מחלות ריאה – 9; נירולוגיה – 8; עיניים – 6; כירורגיה – 5; פסיכיאטריה – 5; קרדיולוגיה – 4; אא"ג – 4; עור – 2; פנימי – 3; אונקולוגיה – 2; גסטרואנטרולוגיה – 1; כלי דם או המטולוגיה – 1.

36 כך התפלגו יתר הרופאים על פי התמחותם במדגם ארוך הטווח: המטולוגיה או פנימית – 7; ריאה – 5; אא"ג – 3; אורולוגיה – 2; פתולוגיה – 1.

תרשים 5: מספר מומחים ממונים במדגם קצר הטווח



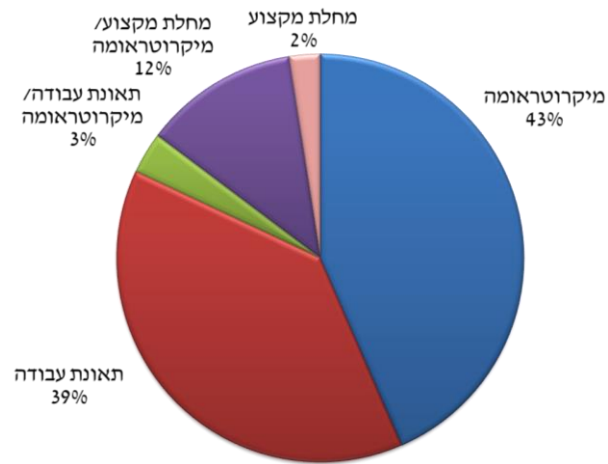
תרשים 6: מספר מומחים ממונים במדגם ארוך הטווח



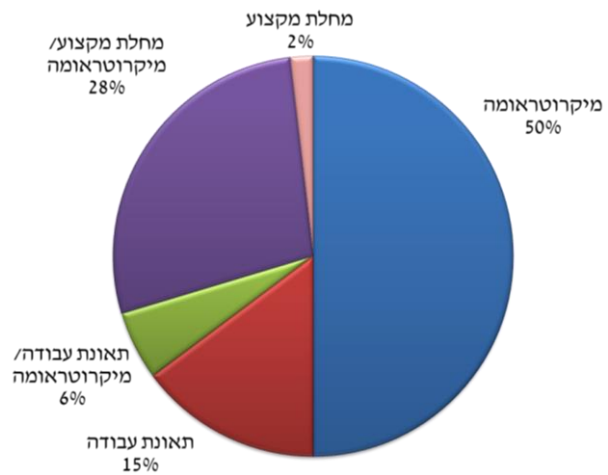
התפלגות התביעות

הן במדגם קצר הטווח (72, 59%) והן במדגם ארוך הטווח (45, 83%) הוגשו רוב התביעות דרך מנגנון המיקרוטראומה, כשהוא לבדו או בצירוף מנגנון אחר (תאונת עבודה או מחלת מקצוע).³⁷

תרשים 7: מנגנון התביעה במדגם קצר הטווח



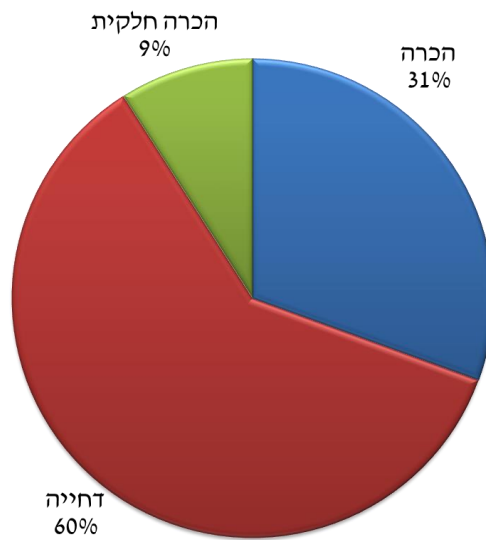
תרשים 8: מנגנון התביעה במדגם ארוך הטווח



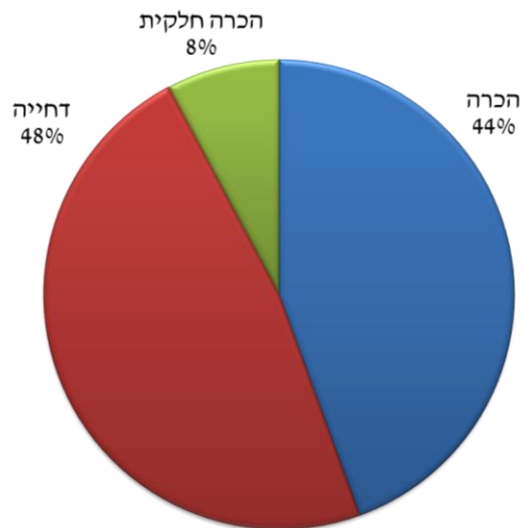
37 ב-22 תיקים במדגם קצר הטווח וב-36 תיקים במדגם ארוך הטווח לא צוין מנגנון התביעה.

בעוד שבמדגם קצר הטווח נדחו רוב התביעות (86, 60%), במדגם ארוך הטווח היה כמעט שוויון בין התביעות שהוכרו כפגיעת עבודה (40, 44%) לבין אלה שנדחו (43, 48%). ייתכן שניתן להסביר זאת בקושי לשלול בוודאות קשר סיבתי בין העבודה למחלת הסרטן, הנובע, בין היתר, מהיצע קטן מדי של מחקרים העוסקים בנושא (טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 260, 384-385).

תרשים 9: ההכרה בפגיעת עבודה במדגם קצר הטווח



תרשים 10: ההכרה בפגיעת עבודה במדגם ארוך הטווח



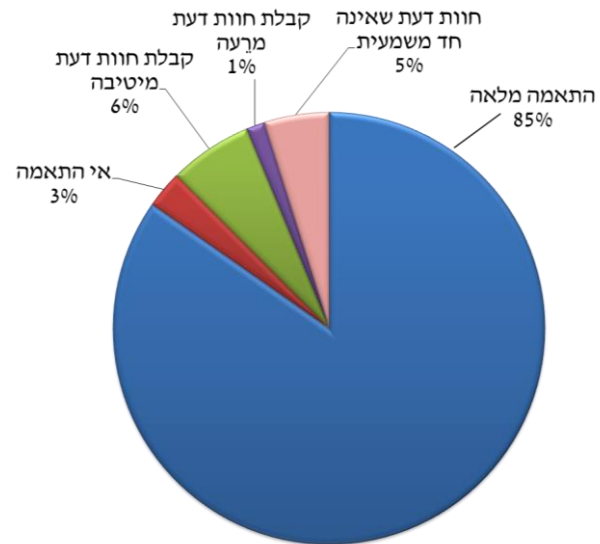
מכיוון שמספר החולים בחלק מהמחלות מועט מכדי לאפשר ניתוח סטטיסטי, לא ניתן להשוות בין המחלות השונות מבחינת שיעור קבלת התביעה ודחייתה.

בטרם אענה על שאלת המחקר, בחנתי גם בכמה מהתביעות שהתקבלו לפחות בחלקן בידי בית הדין, נרשמה הסכמה מצד המוסד לביטוח לאומי להכיר בפגיעת העבודה לאחר קבלת חוות דעת המומחה ולפני הכרעת בית הדין. נמצא שבמדגם קצר הטווח ב-33% מהתביעות שהתקבלו לפחות בחלקן בידי בית הדין, נרשמה הסכמה מצד המוסד לביטוח לאומי. כלומר: ב-33% מהתביעות שלבסוף התקבלו, נרשמה לאחר הדיון המשפטי הסכמה בין המוסד לביטוח לאומי לבין התובע, וניתן לה תוקף של פסק דין. במדגם ארוך הטווח נרשמה הסכמה של המוסד לביטוח לאומי ב-19% מהתביעות שבית הדין קיבל או קיבל חלקית.

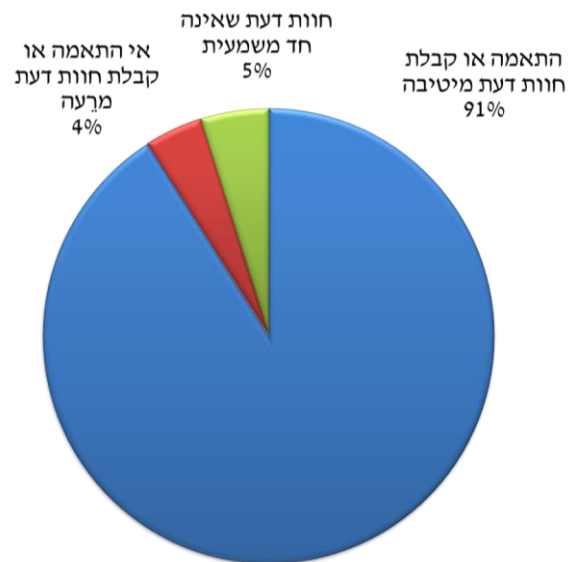
השפעת חוות דעת מומחה-יועץ רפואי על החלטות השופטים

במדגם קצר הטווח נמצאה התאמה בין חוות דעת המומחה (או המומחים) להכרעת בית הדין ב-85% מהתיקים (122). כלומר: ב-85% מהתיקים הייתה הכרעת השופט זהה לחוות דעת המומחה (או המומחים). אם מצרפים למספר זה את התיקים שנמצאה בהם סתירה בין מספר מומחים שמונו מטעם בית הדין, ובית הדין קיבל את חוות הדעת המיטיבה עם המבוטח בהתאם להלכה הנוהגת (9), שיעור התיקים שנמצאה בהם התאמה בין חוות דעת המומחה להכרעת בית הדין עולה ל-91% (131). שיעור התיקים שנמצאה בהם אי התאמה בין חוות דעת המומחה (או המומחים) להכרעת בית הדין עומד על 3% (4), ושיעור התיקים שבהם הכריע בית הדין לפי חוות הדעת שאינה מיטיבה עם המבוטח עומד על 1% (2). כלומר: שיעור התיקים שבהם אין התאמה בין חוות דעת המומחה להכרעת בית הדין או שבהם בחר בית הדין בחוות הדעת שאינה מיטיבה עם המבוטח עומד על 4% (6) בסך כולל. שיעור התיקים שבהם חוות דעת המומחה אינה חד משמעית עומד על 5% (7), מתוכם דחה בית הדין ארבעה תיקים, קיבל שניים וקיבל חלקית תיק אחד.

תרשים 11: התאמה בין חוות דעת מומחה להכרעת בית הדין במדגם קצר הטווח

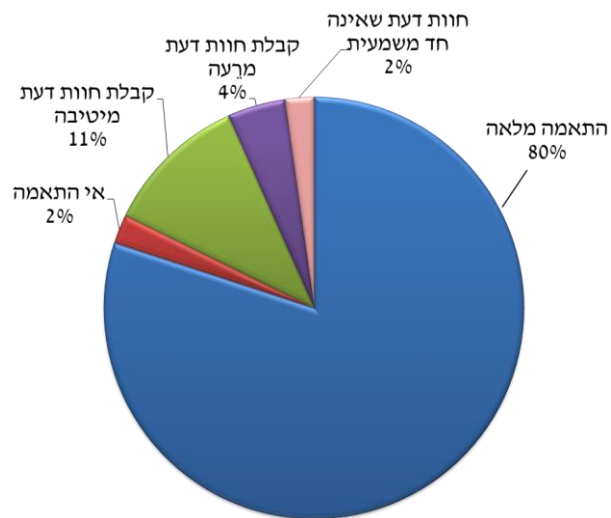


תרשים 12: התאמה בין חוות דעת מומחה להכרעת בית הדין במדגם קצר הטווח (קטגוריות מאוחדות)

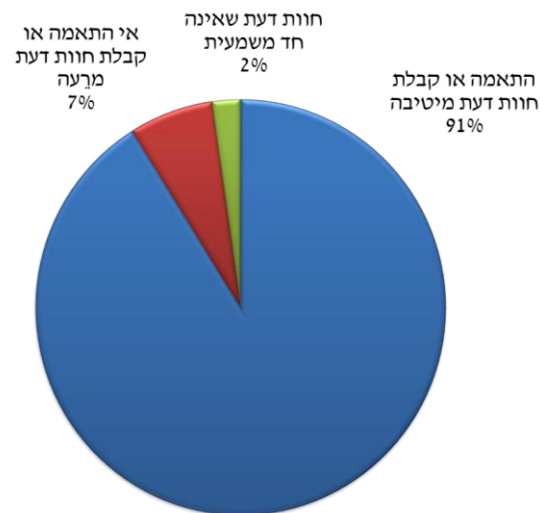


במדגם ארוך הטווח התקבלו תוצאות דומות: ב-80% מהתיקים נמצאה התאמה בין חוות דעת המומחה (או המומחים) להכרעת בית הדין (72). אם מצרפים למספר זה את התיקים שבהם נמצאה סתירה בין מספר מומחים שמונו מטעם בית הדין, ובית הדין קיבל את חוות הדעת המיטיבה עם המבוטח בהתאם להלכה הנוהגת (10), שיעור התיקים שנמצאה בהם התאמה בין חוות דעת המומחה להכרעת בית הדין עולה ל-91% (82). שיעור התיקים שבהם אין התאמה בין חוות דעת המומחה (או המומחים) להכרעת בית הדין עומד על 2.2% (2), ושיעור התיקים שבהם הכריע בית הדין לפי חוות הדעת שאינה מיטיבה עם המבוטח עומד על 4.4% (4). כלומר: שיעור התיקים שבהם אין התאמה בין חוות דעת המומחה להכרעת בית הדין או שבהם בחר בית הדין בחוות הדעת שאינה מיטיבה עם המבוטח עומד על 7% (6) בסך הכול. שיעור התיקים שבהם חוות דעת המומחה אינה חד משמעית עומד על 2% (2), מתוכם קיבל בית הדין תיק אחד ודחה את האחר.

תרשים 13: התאמה בין חוות דעת מומחה להכרעת בית הדין במדגם ארוך הטווח



תרשים 14: התאמה בין חוות דעת מומחה להכרעת בית הדין במדגם ארוך הטווח (קטגוריות מאוחדות)



הקשר בין חוות דעת המומחה להכרעת בית הדין נמצא מובהק סטטיסטית, הן במדגם קצר הטווח ($Fisher's\ Exact\ Test = 185.348, p < 0.01$) והן במדגם ארוך הטווח ($Fisher's\ Exact\ Test = 116.570, p < 0.01$)³⁸.

ניתוח איכותני – תיקים ללא התאמה

לאור ממצאי המחקר האמפירי-הכמותי שהוצגו לעיל, נערך ניתוח איכותני של התיקים שבהם לא קיבל בית הדין את חוות דעת המומחה בעניין שאלת הקשר הסיבתי בין תנאי העבודה לליקוי הרפואי ושל התיקים שבהם קיבל בית הדין את חוות הדעת שאינה מיטיבה עם המבוטח.

הניתוח האיכותני של המדגם ארוך הטווח העלה, שמתוך שישה תיקים שבהם נרשמה אי התאמה בין הכרעת בית הדין לחוות דעת המומחה (בין אם לא קיבל בית הדין את חוות דעת המומחה או קיבל את חוות הדעת שאינה מיטיבה עם המבוטח), בארבעה הוגש ערעור, והוחלט על החזרת התיק לבית הדין קמא. ואכן ההחלטה התהפכה בארבעתם: בתיק הראשון מוננו שני מומחים רפואיים בידי בית הדין האזורי, הראשון הצביע על קשר סיבתי בין העבודה לליקוי הרפואי, והנוסף גרס שאין קשר סיבתי בין השניים. בית הדין האזורי דחה

את התביעה על בסיס חוות דעת המומחה הנוסף. בעקבות הגשת הערעור, נערך דיון חוזר בבית הדין האזורי, ובמסגרתו התקבלה חוות דעת מבוססת יותר מטעם המומחה הראשון שטען שיש קשר סיבתי בין העבודה לליקוי הרפואי. בהתאם לכך הפך בית הדין האזורי את החלטתו וקיבל את התביעה. בתיק השני הסכים המוסד לביטוח לאומי לקבל את התביעה, בהסתמכו על חוות דעת פרטית שהוגשה מטעם התובע במסגרת הדיון החוזר, ואשר עסקה בשאלה עובדתית בנוגע לחשיפת העובד לגורמי הסיכון בעבודתו. בתיק השלישי קיבל בית הדין האזורי את התביעה בגלגולו הראשון של התיק, לאחר שקבע שדי בכך שיש קשר סיבתי גם בשיעור נמוך יחסית. במקרה המדובר קבע המומחה שהשפעת העבודה על המחלה הסתכמה ב-14%. בערעור הפך בית הדין הארצי את החלטת בית הדין האזורי, וחזר על ההלכה, ולפיה נדרשת השפעה בשיעור של כ-20%. בערעור בתיק הרביעי מונה מומחה רפואי נוסף, שקבע שיש קשר סיבתי בין הליקוי הרפואי לעבודה, ובכך הצטרף לעמדת המומחה הרפואי הראשון והתנגד לעמדת המומחה הרפואי השני, שמונו בגלגול הראשון של התיק. בית הדין הארצי העדיף את חוות דעת המומחה השלישי, המיטיבה עם המבוטח.

במדגם קצר הטווח, לעומת זאת, הוגש ערעור רק על פסק דין אחד מתוך שישה פסקי דין שבהם נרשמה אי התאמה בין בית הדין לחוות דעת המומחה (בין שבית הדין לא קיבל את חוות דעת המומחה ובין שקיבל את חוות הדעת שאינה מיטיבה עם המבוטח). במהלך הערעור מונה מומחה רפואי נוסף שמצא קשר סיבתי בין העבודה לליקוי הרפואי, ובית הדין הפך את החלטתו. מתוך חמשת התיקים שבהם לא הוגש ערעור רק בשניים מהם ניתן למצוא סתירה מוחלטת בין חוות דעת המומחה להכרעת בית הדין או פרשנות מוטעית של בית הדין את דברי המומחה. ביתר המקרים נומקה הכרעת בית הדין בטיעונים שונים, כגון משקל ראייתי שונה בין שתי חוות הדעת של המומחים השונים והעדפת חוות הדעת המנומקת יותר.

המקרים הספורים של אי ההתאמה בין הכרעת בית הדין לחוות דעת המומחה מדגישים את הממצא, ולפיו ברוב המקרים בית הדין מקבל את חוות דעת המומחה (לניתוח האיכותני של פסקי הדין, ראו הנספח **ניתוח איכותני** להלן).

דיון

מחקר זה נועד לבחון את מידת ההתאמה בין חוות דעת המומחה – בדבר הימצאו או היעדרו של קשר סיבתי בין הליקוי הרפואי לעבודה – לבין הכרעת בית הדין. השאלה נבחנה בגישה אמפירית-כמותית, בשילוב גישה אמפירית-איכותנית. המחקר התבסס על שני מדגמים: מדגם קצר טווח, שמנה 144 פסקי דין שניתנו בשנת 2014, ומדגם ארוך טווח, שמנה 90 פסקי דין שניתנו לאורך שבע שנים והציג, בין 2008 ל-2015. בסך הכול נדגמו 229 פסקי דין.

אמנם הפסיקה מדגישה שרק בית הדין מוסמך לקבוע אם יש קשר סיבתי בין הליקוי הרפואי לעבודה, בהבחינה בין קשר סיבתי משפטי לקשר סיבתי רפואי. עם זאת, ממצאי המחקר

מלמדים שבבואו להכריע בשאלת הקשר הסיבתי בין הליקוי הרפואי לעבודה, מקבל בית הדין ברוב התיקים את חוות דעת המומחה או את חוות דעת המומחה המיטיבה עם המבוטח (כשיש סתירה בין מספר מומחים).

לכן ממצאי המחקר מעלים ספק באשר למשמעות המעשית של ההבחנה בין קשר סיבתי משפטי לקשר סיבתי רפואי. ההלכה הפסוקה בדבר רמת הסבירות וההשפעה הנדרשת להוכחת קשר סיבתי נקבעה אמנם בבית הדין, ולא לפי חוות דעת מומחה. ואולם משנקבעה הלכה זו, נראה שהרופא הוא בעל המומחיות הנדרשת להכריע על פיה בשאלת הימצאו של קשר סיבתי בין ליקוי רפואי לעבודה. ומכיוון שהליכים משפטיים נמשכים זמן רב – כאשר נדרש להגיע להכרעה מהירה בשל ההשלכות הקשות של פגיעת העבודה על הנפגע – עולה השאלה אם בית הדין הוא הגוף המתאים לביקורת על החלטות המוסד לביטוח לאומי בסוגיה זו. לאור זאת מדגיש המחקר את הצורך לבחון מנגנוני הכרעה חלופיים בשאלת הקשר הסיבתי בין הליקוי הרפואי לעבודה. אציג אפוא להלן מנגנונים אפשריים כאלה: שניים מהם מציעים להעביר את סמכות ההכרעה בשאלה זו, כולה או חלקה, לוועדה הרפואית של המוסד לביטוח לאומי; מנגנון שלישי מציע לוותר על תנאי הקשר הסיבתי בין הליקוי לעבודה לצורך קבלת הגמלאות מכוח ביטוח נפגעי העבודה; המנגנון האחרון מציע את הליך הגישור.

אם כן, לפי המנגנון המוצע הראשון, תשב הוועדה הרפואית כערכאת ערר על החלטת פקיד התביעות באשר לקשר הסיבתי בין הליקוי הרפואי לעבודה. יודגש שבועדה הרפואית יושבים רופאים שאינם עובדי המוסד לביטוח לאומי, החבים חובת נאמנות לציבור, בדומה למומחה הממונה בידי בית הדין (ס' 118-121 לחוק; ת"ב (ארצי) נב/0-88, עמ' 682; אתר המוסד לביטוח לאומי, קצבאות והטבות, נפגעי עבודה, גמלת נכות מעבודה; המוסד לביטוח לאומי, 2013, עמ' 19). ערר על החלטת הוועדה הרפואית יוגש לוועדה לעררים, שעל החלטתה ניתן יהיה להשיג לפני בית הדין האזורי לעבודה בשאלה משפטית בלבד ולא בשאלה רפואית. מנגנון דומה מופעל בקביעת דרגת נכות ובהכרעה בשאלת הימצאו של קשר סיבתי בין נכות לפגיעת עבודה שהוכרה, הנתונות לסמכות הוועדה הרפואית. נראה שההכרעה בשתי הסוגיות – קשר סיבתי בין הליקוי הרפואי לעבודה וקשר סיבתי בין הנכות לפגיעת עבודה שהוכרה ככזו – מתבססת על ממצאים רפואיים, ולכן אין סיבה נראית לעין שבגינה לא תכריע הוועדה הרפואית בשניהם.³⁹ מתן סמכות הערר לוועדה הרפואית מתייחס לקביעת פקיד התביעות באשר לתשתית הרפואית בלבד, ולא לתשתית העובדתית, שבנוגע אליה תיוותר סמכות הערעור בידי בית הדין, משום שלוועדה הרפואית, המומחית ברפואה,

39 אף בדברי הסבר לחוק לא נמצא הסבר להטלת הסמכות להכריע בשאלת הקשר הסיבתי בין ליקוי רפואי לעבודה על פקיד התביעות (דברי הסבר להצעת חוק הביטוח הלאומי, התשי"ב-1951, ה"ח הממשלה 98, 64).

אין ערך מוסף בנושא.⁴⁰ לתרשים זרימה המפרט את המודל האפשרי המוצג לעיל, ראו להלן הנספח תרשימי זרימה – מודל אפשרי.

באשר למנגנון זה, חשוב לציין שהוועדה הרפואית סופגת לאורך השנים קיתונות של ביקורת על פעולותיה (ראו, למשל, דוח מבקר המדינה, 2010). לכן בטרם ייבחר המנגנון המוצע, יש לבחון את הקשיים העומדים לפניה כיום וכיצד ישפיעו, אם היא תהפוך לערכאת ערר על החלטת פקיד התביעות. כך, למשל, עולה חשש שהעברת סמכות הערר לוועדה רפואית תוביל לדחיית מקרים רבים יותר, משום שברוב המקרים, כפי שנמצא במחקר, לא הכיר המוסד לביטוח לאומי בקשר הסיבתי, אף אם המומחה הכיר בו. ואולם חשש זה נחלש, מכיוון שהוועדה הרפואית מורכבת, כאמור, מרופאים שאינם עובדי המוסד לביטוח לאומי. לכן ניתן לשער שהחלטתם תהיה זהה לחוות דעתו של המומחה הממונה בידי בית הדין לעבודה, שאף הוא אינו עובד המוסד לביטוח לאומי. אמנם נקבע שרופא המכהן כחבר הוועדה הרפואית לא ימונה כמומחה מטעם בית הדין, למעט במקרים חריגים, בשל חשש לניגוד עניינים (ס' 9 להנחיות נשיא בית הדין). עם זאת, נאמר בפסיקה שהחשש גבולי בלבד (ת"ב (ארצי) נב/88-0, עמ' 682). זאת ועוד, לפי הדעה המקובלת המשפט מעצים יריבות בין שני הצדדים (ראו, למשל, פריש, התשס"ב, עמ' 40), וייתכן שזוהי הסיבה לסירובו של המוסד לביטוח לאומי להכיר בקשר סיבתי חרף דעת המומחה. לנוכח כל האמור, הצבת הוועדה כערכאת ערר על החלטות פקיד התביעות דורשת מחקר המשך לבחינת התנהלות הוועדות הרפואיות. במסגרת זאת ניתן לבדוק כמה עררים על החלטות הוועדה הרפואית מוגשים לוועדה לעררים, כמה ערעורים מגיעים לבית הדין, וכמה מתוכם מתקבלים, בהשוואה למספר הערעורים על החלטת פקיד התביעות בעניין הקשר הסיבתי, המוגשים כיום. יתר על כן, ניתן לקבוע תקופת ניסיון שבמהלכה תהפוך הוועדה הרפואית לערכאת ערר על פקיד התביעות, ויתאפשר לבחון את השלכות המנגנון ואת יעילותו.

מעבר לקשיים העומדים לפני הוועדה הרפואית, נתקל המנגנון המוצע בקושי להבחין בין שאלה עובדתית, רפואית ומשפטית, אך נראה שניתן לשאול לשם כך אותם כלים המשמשים בקביעת דרגת הנכות.

העברת סמכות הערר מבית הדין לעבודה אל הוועדה הרפואית עלולה להיתקל בקושי נוסף בשל התפקיד הנכבד של הפסיקה בתחום פגיעות העבודה, בדגש על יציקת תוכן לסבירות וההשפעה הנדרשות לצורך ההכרעה בעניין קשר סיבתי בין הליקוי הרפואי לעבודה, כמפורט לעיל. ייתכן שמכאן אף נובע הסיווג של טומשין, מרקמן וגנאינסקי בין קשר סיבתי "עובדתי" לקשר סיבתי "משפטי", שנועד, לדבריהם, "לצמצם את טווח המקרים הנכללים בקשר הסיבתי העובדתי" (טומשין ועמיתים, 2011, עמ' 243-251). ואולם לטעמי אין זו סיבה

40 להבחנה בין תשתית רפואית לתשתית עובדתית ראו פרק ביטוח נפגעי עבודה לעיל.

מספקת להותיר את סמכות הערעור הראשוני בידי בית הדין לעבודה, משום שאף שמכהנים בו שופטים שהתמקצעו בתחום,⁴¹ נראה שאין הוא הגוף המתאים לביקורת מקצועית על החלטות המוסד לביטוח לאומי בדבר הקשר הסיבתי בין העבודה לליקוי הרפואי. ראשית, ניתן ורצוי להנחות את הוועדות הרפואיות לקבל את החלטתן בדבר הימצאו של קשר סיבתי בין העבודה לליקוי הרפואי על פי ההגדרות שכבר נקבעו בפסיקה. שנית, הותרת אפשרות הערעור על החלטת הוועדות לפני בית הדין לעבודה (בין אם ישירות על החלטתן או על החלטת הוועדה לעררים) תאפשר את המשך התפתחות הפסיקה. טיעון אחר להשארת סמכות הערעור הראשוני בידי בית הדין לעבודה הוא שהליך התשאול בבית משפט הוא מרכיב חיוני בקבלת ההחלטה. עם זאת, גם נימוק זה אינו משכנע דיו, משום שעל פי רוב אין המומחה מוזמן לבית הדין ואין חקירה נגדית שלו, אלא מבקשים ממנו לנמק את חוות דעתו באמצעות שאלות הבהרה בכתב (ס' 14-15 להנחיות נשיא בית הדין; בג"ץ 1199/92, עמ' 745-746; אדלר, התשנ"ה, עמ' 207-209). כמו כן לנוכח נטיית בית הדין לקבל את חוות דעת המומחה, כאמור, מתעורר ספק באשר לערך המוסף הטמון בהליך התשאול לפני בית הדין לעבודה בתביעות מסוג זה, המעלה שאלה בדבר היותו הגוף המתאים לערוך ביקורת מקצועית בנושא.

המנגנון השני מציע להטיל ישירות על הוועדה הרפואית את הסמכות לקבוע קשר סיבתי בין ליקוי רפואי לעבודה. כלומר: לאחר שיקבע פקיד התביעות את התשתית העובדתית, יעבור התיק לוועדה הרפואית להכרעה בדבר התשתית הרפואית. אולם נראה שאין זה צעד יעיל, משום שהוא יטיל על הוועדה עומס רב ומיותר אולי, שכן ברוב התביעות, כפי שעלה במחקר, נותרה החלטת פקיד התביעות בעינה, והתביעה נדחתה. נדרשת אפוא בחינה מקיפה יותר של שיעור ההחלטות של פקיד התביעות שהוגש עליהן ערעור, אך לשם כך נדרשת נגישות למאגר התביעות של המוסד לביטוח לאומי.

מנגנון קיצוני יותר מהמנגנונים שהוצגו לעיל יקבע שכל פגיעה שעבר העובד תזכה בגמלאות המוענקות מכוח ביטוח נפגעי עבודה, ללא צורך בהוכחת קשר סיבתי בין הליקוי לעבודה. אולם אימוץ מנגנון מעין זה ישקף שינוי בגישה הנוהגת בישראל, ומימושו ידרוש עלויות מימון גבוהות. לאור זאת אם שוקלים לאמץ, נדרש לערוך לפני כן מחקר מעמיק על השלכותיו האפשריות. מנגנון זה גם אינו נוהג ברוב מדינות אירופה, הדורשות הוכחת קשר סיבתי בין העבודה לליקוי הרפואי (Walters, 2007; אתר OSHwiki).⁴² יתר על כן,

41 להרחבה על התמקצעות שופטים ראו: גול-אייל ופולייס, 2015. המחקר בחן את השפעת ההתמקצעות על שופטים "אזרחיים" ועל שופטים "פליליים" בתחום המעצרים, ומצא שלהתמקצעות השופט השפעה על הסיכוי להשגת הסכמה בין הצדדים, אך לא על עצם קבלת החלטת המעצר.

42 באשר לתאונות עבודה, בחלק מהמדינות, בדומה לישראל, יש חוקת סיבתיות, ולפיה אם קרתה התאונה במקום העבודה, יש קשר סיבתי. באשר למחלות מקצוע, בחלק מהמדינות די להראות שהמחלה מופיעה ברשימת המחלות, ובחלקן נדרש להוכיח גם קשר סיבתי בין המחלה לעבודה (Walters, 2007; אתר OSHwiki).

מנגנון זה יוביל לאפליה בין נפגעים המשולבים בשוק העבודה לנפגעים שאינם משולבים בו, אף אם הפגיעה של אלה ואלה זהה. למשל: עובד שנפגע בתאונת דרכים יקבל גמלאות מטעם המוסד לביטוח לאומי, אף אם אין התאונה קשורה לעבודתו. לעומת זאת, נפגע מתאונת דרכים שאינו עובד לא יהיה זכאי לגמלאות אלה.

ניתן להציע גם את הליך הגישור כמנגנון אפשרי. ואולם המוסד לביטוח לאומי דחה אפשרות לניהול הליך גישור בתיקים העוסקים בזכויות על פי חוק לאור החקיקה הדקדקנית בתחום הביטוח הסוציאלי, המבטיחה שוויון בין הפונים ושאינה מותירה מרחב לשיקול דעת. במקום זאת נערך ניסיון להפעלת "הליך הערכה מקדמית" בבית הדין האזורי לעבודה בתל אביב. במסגרת ההליך שומע מעריך נייטרלי את טענות הצדדים, ונותן חוות דעת על תוצאות אפשריות של ההליך בבית המשפט; הוא רשאי גם לנסות לגשר בין הצדדים. המעריך הוא בדרך כלל עורך דין מנוסה ובעל מומחיות בנושא התיק, ובבית הדין האזורי לעבודה בתל אביב מדובר בשופט או ברשם. הליך ההערכה המקדמית נמצא יעיל מאוד בבית הדין האזורי לעבודה בתל אביב, ורוב התיקים שהופנו אליו יושבו באמצעותו. כך נחסך זמן שיפוטי, וקודמו הידברות ותקשורת ישירה בין המוסד לביטוח לאומי לבין המבוטחים. התרומה הבולטת ביותר של ההליך מבחינת חיסכון בזמן שיפוטי נרשמה בתיקי תאונות עבודה. בתיקים אלה המעריך מסייע להגיע להסכמה במישור העובדתי, ולאחר מכן מתמנה מומחה-יועץ רפואי (ועדת ההיגוי לעניין הגישור במערכת בתי הדין לעבודה, 2001, עמ' 42-47). כלומר: הליך ההערכה המקדמית אמנם נמצא יעיל, אך אינו חוסך את הצורך במומחה, ולכן אינו מספק מענה לממצאים שנמצאו במחקר הנוכחי.

לאחר הדיון במנגנוני ההכרעה החלופיים ארצה להתייחס גם לניסיונות הנערכים לאחרונה להנהיג רפורמה, שבמסגרתה תועבר האחריות על טיפול בנפגעי עבודה מהמוסד לביטוח לאומי לקופות החולים. עקב כך תעבור לאחריותן של קופות החולים גם ההכרה בנפגעי עבודה (ארד, 2015; לביא, 2015). טרם החלת תוצאות המחקר הנוכחי על הרפורמה, יש צורך ללמוד את פרטיה לעומק. עם זאת, ניתן כבר עתה לומר שרפורמה זו עשויה ליצור מנגנון יעיל להכרה בפגיעות עבודה, תוך מתן סמכות ההכרעה לרופאים המומחים בתחום. לצד זאת יש לוודא שמדובר ברופאים אובייקטיביים שאינם עובדי קופות החולים (בדומה לרופאים היושבים בוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, שאינם עובדי המוסד, כאמור), כדי למנוע ניגוד עניינים. כמו כן ראוי ליצור מנגנון שיאפשר לערער על החלטת קופות החולים, הן לפני גוף מקצועי (בדומה לוועדה הרפואית לעררים) והן לפני גוף משפטי (בדומה לבית הדין האזורי והארצי לעבודה).

לפני סיום, חשוב לציין שהמאמר אמנם מטיל ספק בהיות בית הדין הגוף המתאים לביקורת על החלטות המוסד לביטוח לאומי בשאלת הקשר הסיבתי בין הליקוי רפואי לעבודה, ובה בעת מציע חלופות אפשריות למודל הנוהג. אולם ניתן לספק הסברים חלופיים לממצאי המחקר ולמידת ההתאמה הגבוהה שעולה בממצאיו בין חוות דעת המומחה להכרעת בית הדין

בשאלת הקשר הסיבתי. כך, למשל, ניתן לראות במומחים הממונים בידי בית הדין שותפים המשכיים ופעילים שלו, מה שהוביל לכך שהמומחים אימצו את עמדת בית הדין. אף בית הדין רואה במומחה את זרועו הארוכה, והמומחים הרפואיים נבחרים מתוך רשימה קיימת שגובשה בידי רשם בית הדין הארצי. לאור זאת, ייתכן שתחלופה רבה יותר של מומחים עשויה להתגבר על הקשיים העולים מהמחקר, ללא צורך בשינוי השיטה הנוהגת. עם זאת, יש הגבלה אובייקטיבית על תחלופת המומחים, לנוכח הצורך בניסיון ובהיכרות עם מקרים רבים ועם ההליך המשפטי, ולכן הרשימה כוללת מנהלי מחלקות או רופאים בכירים. זאת ועוד, בפסקי הדין שנכללו במדגם ניתנו חוות דעת ממומחים רבים מתחומים שונים, ולכן עולה ספק אם תחלופה רבה יותר אכן הייתה מובילה לשינוי ממצאי המחקר. הסבר חלופי אחר לתוצאות המחקר ניתן למצוא בטענה שבית הדין בוחר מומחים על פי האסכולה שהם מזוהים עמה ואשר תואמת את ציפיותיו. עקב כך יש התאמה גבוהה בין חוות דעת המומחה לבין הכרעת בית הדין. עם זאת, בית הדין מוגבל, כאמור, במומחים שהוא רשאי למנות, כאשר רשימת המומחים כוללת מנהלי מחלקות או רופאים בכירים, בתחום המומחיות הנדרשת במקרה הקונקרטי המובא לפניו. יתר כל כן, רשימת המומחים נקבעת בידי רשם בית הדין הארצי, בין היתר, בהתייעצות עם ההסתדרות הרפואית. לכן יקשה לטעון שמדובר בבחירה מוטית של בית הדין. מלבד זאת, פסקי הדין, פרי פסיקתם של שופטים רבים, נדגמו מכל בתי הדין האזוריים בארץ, בדגש על המדגם ארוך הטווח, ולכן טענה זו נחלשת. עוד הסבר חלופי אפשרי הוא השפעת הליך הגשת חוות הדעת, הכולל שאלות הבהרה, על השגת קירוב בין עמדות בית הדין לעמדות המומחים. בהקשר זה יצוין ששאלות ההבהרה מועברות בכתב, לעתים בידי הצדדים ולעתים בידי בית הדין. ניתן אף לטעון שמדובר בתוצאה מדומה. אולם, הנתונים הסטטיסטיים ומובהקות התוצאות מחלישים את הסבירות שמדובר בשגיאה סטטיסטית. כמו כן נעשה ניסיון למזער את הקשיים שבהם נתקל המחקר, כמפורט בפרק **השיטה לעיל**.

סיכום

מחקר זה נועד לבחון את מידת השפעתה של חוות דעת מומחה-יועץ רפואי הממונה מטעם בית הדין על הכרעת השופטים בנוגע להימצאו או להיעדרו של קשר סיבתי בין ליקוי רפואי לעבודה. זהו המחקר הראשון מסוגו בישראל, הבוחן שאלה זו.

קשר סיבתי בין ליקוי רפואי לעבודה הוא אחד המרכיבים שעל מבוטח להוכיח, כדי שיוכר כנפגע עבודה. זהו אחד מסלעי המחלוקת העיקריים בין התובע לבין המוסד לביטוח לאומי ואחת משאלות המפתח המונחות לפני בית הדין לעבודה בבואו לדון בתביעות מסוג זה. הפרק **ביטוח נפגעי עבודה** מניח את תשתית הידע הנדרש כדי להתוודע לתחום הפגיעות בעבודה.

כדי להכריע אם יש קשר סיבתי בין ליקוי רפואי לעבודה, מרבה בית הדין להיעזר במומחה-יועץ רפואי מטעמו. עד כה נכתבו פסקי דין רבים כמו גם מאמרים אקדמיים, שעסקו בהבחנה התיאורטית בין קשר סיבתי משפטי לקשר סיבתי רפואי. הפרק **חוות דעת מומחה-יועץ רפואי** סוקר את הכתיבה בתחום, המדגישה שהמומחה אמנם משמש את בית הדין כ"אורים ותומים" בתחום הרפואה, אך סמכות ההכרעה נותרת בידי זה האחרון. מחקר זה נועד לבחון את המשמעות המעשית של ההבחנה בין קשר סיבתי משפטי לקשר סיבתי רפואי, תוך בחינתה של מידת ההתאמה בין חוות דעת המומחה להכרעת בית הדין בשאלת הקשר הסיבתי בין ליקוי רפואי לעבודה.

כדי לענות על שאלת המחקר, שילבתי מחקר אמפירי-כמותי במחקר אמפירי-איכותני. סך הכול בחנתי 229 פסקי דין שעסקו בשאלת הקשר סיבתי בין ליקוי רפואי לעבודה, ונעזרו במומחה רפואי כדי לתת מענה עליה. פסקי הדין נאספו בשני מדגמים: מדגם קצר טווח, שכלל 144 פסקי דין שניתנו במהלך שנת 2014; מדגם ארוך טווח, שכלל 90 פסקי דין שעסקו במחלת הסרטן, וניתנו לאורך שבע שנים וחצי בין שנת 2008 לשנת 2015. פסקי הדין נאספו מכל בתי הדין האזוריים לעבודה בארץ.

במהלך המחקר עלו, בין היתר, ממצאים אלה: רוב התובעים הם גברים, שחצו את גיל ה-40; מנגנון התביעה הנפוץ ביותר הוא מנגנון המיקרוטראומה, לעתים בשילוב עם מנגנון אחר (תאונת עבודה או מחלת מקצוע); רוב התביעות במדגם קצר הטווח נדחו, ובמדגם ארוך הטווח עלה מספר התביעות שנדחו רק במעט על אלה שהתקבלו.

באשר לשאלת המחקר שעמה יצאנו לדרך נמצא שברוב המקרים בית הדין מכריע בהתאם לחוות דעת המומחה. לאור זאת מתעורר ספק באשר למשמעות המעשית של ההבחנה בין קשר סיבתי משפטי לקשר סיבתי רפואי, כמו גם באשר ליעילות המנגנון הנוהג כיום להכרה בפגיעת עבודה.

לממצאים אלה עשויות להיות השלכות מעשיות כבדות משקל; אחת מהן היא הקמת מנגנון שיחליף את בית הדין בהשגה על שאלת הקשר הסיבתי בין העבודה לליקוי הרפואי, הוועדה הרפואית למשל. ואולם לשם כך יש לערוך מחקר מעמיק על התנהלות הוועדות הרפואיות ולבחון אם הן מתאימות לשמש כערכאת ערר בנושא זה. לאור הממצאים ניתן גם לבחון את הרפורמה החדשה, המעבירה לקופות החולים את אחריות הטיפול בפגיעות בעבודה.

לצד זאת יודגש שבמסגרת המאמר מוצעים הסברים חלופיים לממצאי המחקר ומוצגים הקשיים שנתקל בהם.

מחקר זה יכול לשמש כבסיס למחקרי המשך מגוונים: מחקר שיבחן את שאלת המחקר על מדגם רחב יותר של פסקי דין; מחקר שיבחן אילו משתנים משפיעים על חוות דעת המומחה, אם אלה ממצאים רפואיים בלבד או גם גורמים חיצוניים, כגון תחום התמחותו, חוות דעת פרטית המוגשת מטעם המבוטח ועוד; מחקרים אמפיריים על התנהלות הוועדות הרפואיות.

כך, למשל, ניתן לבחון את מספר המקרים שבהם התהפכה החלטת הוועדה הרפואית בוועדה לעררים או בבית הדין לעבודה. ניתן אף לבחון אילו משתנים משפיעים על הוועדה בהחלטותיה.

ארצה לסיים בהבעת תקווה שמחקר זה יביא להגברת המודעות והשיח האקדמי בתחום פגיעות בעבודה, לאור השפעתן הרבה הן במישור האישי והן במישור הלאומי.

מקורות

- אדלר, ס' (התשנ"ה). מומחים-יועצים רפואיים בבתי-דין לעבודה. **המשפט**, ב, 215-199.
- ארד, מ' (2015). **נפגעת בעבודה? האחריות עוברת לקופ"ח**. אוחזר מ-
www.news1.co.il/Archive/001-D-369630-00.html.
- בוגוש, ר', הלפרין-קדרי, ר' וכתבן, א' (2011). הפסקים הסמויים מן העין: השפעתם של המאגרים הממוחשבים על יצירת גוף הידע של דיני המשפחה בישראל. **עיוני משפט**, לד, 637-603.
- בית הדין לעבודה. **נהלים למתן חוות דעת רפואיות בבתי הדין**. אוחזר מ-
elyon1.court.gov.il/heb/avoda/Avoda/nehelim_med.htm.
- בן-אור, י', מישייקר, י' ולובט, ס' (2000). **אומנות הפרקליטות** (כרך ב). ירושלים: נבו הוצאה לאור.
- בר, ש' (2006). **נפגעי עבודה: הוועדות הרפואיות, מקבלי גמלאות נכות הנספים ומקבלי קצבאות תלויים 2005**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- גול-איל, א' ופוליטיס, נ' (2015). התמקצעות או כלליות? השפעה של התמקצעות של שופטים על ההליכים וההחלטות. **משפטים**, מד, 931-891.
- גיטלסון, נ', כהן, ר' ורענן, נ' (2014). **דוח תאונות עבודה בישראל: תמונת מצב 2010-2014**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי ומשרד הכלכלה. אוחזר מ-
economy.gov.il/Employment/SafetyAndHealth/ResearchAndProjects/Reports/Reports/AccidentReport2010-2014.pdf
- גיטלסון, נ', כהן, ר' ורענן, נ' (2015). **דוח תאונות עבודה בישראל: תמונת מצב 2011-2015**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי ומשרד הכלכלה. אוחזר מ-
economy.gov.il/Employment/SafetyAndHealth/ResearchAndProjects/Reports/Reports/AccidentReport2011-2015.pdf

- דוח מבקר המדינה (2010). **דוח שנתי 60ב – היבטים בעבודת הוועדות הרפואיות לקביעת זכויות נכים**, 1115-1155. ירושלים: משרד מבקר המדינה.
- דורון, א' (2004). רב תרבותיות בישראל ושחיקת התמיכה במדינת רווחה. **עיונים בתקומת ישראל**, 14, 72-55.
- דורון, א' (2005). שחיקתה של מדינת הרווחה בישראל בשנים 2000-2003: המקרה של קצבאות הילדים. **עבודה, חברה ומשפט**, יא, 120-95.
- דייוויס, י' (1997). חידושי פסיקה – הקשר הסיבתי, הרפואי והמשפטי, רפואה ללא רישיון ונושאים אחרים. **רפואה ומשפט**, 17, 135-116.
- דייוויס, י' (2004). חידושי פסיקה – הערכת ראיות מדעיות במשפט והלכת השנים האבודות. **רפואה ומשפט**, 30, 165-156.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2015). **שנתון סטטיסטי לישראל 66, 2015**, לוחות 12.6, 12.12. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- המוסד לביטוח לאומי (2013). **חוברת המוסד לביטוח לאומי: ביטוח נפגעי עבודה**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי. אוחזר מ-
www.btl.gov.il/Publications/booklet/hebrew_booklet/Documents/n%20avoda%20for%20net%20130313.pdf
- המוסד לביטוח לאומי (2002). **הנחיית המוסד לביטוח לאומי: מבחן תביעה על פי הלכת מיקרוטראומה – פס"ד אלי שבע נגד המוסד עב"ל 001012/00**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- המוסד לביטוח לאומי (2014). **חוזר נפגעי עבודה 50/2014, קשר סיבתי**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- ועדת ההיגוי לעניין הגישור במערכת בתי הדין לעבודה (2001). **דין וחשבון**. ירושלים. טומשין, ל', מרקמן, ג' וגנאינסקי נ' (2011). **תאונות עבודה ומחלות מקצוע**. שריגים-ליאון: נבו הוצאה לאור.
- כרמי, א' (2003). **בריאות ומשפט**. שריגים-ליאון: נבו הוצאה לאור.
- לביא, צ' (2015). בדרך: הקלות לנפגעי תאונות עבודה. אוחזר מ-
www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4702389,00.html.
- מור, ש' (2012). שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות בתעסוקה – מתיקון הפרט לתיקון החברה. **עיוני משפט**, לה, 150-97.

- מילר, א"ל (1980). ביטוח נפגעי עבודה: ניתוח מבחינת המשפט הרצוי. **ביטחון סוציאלי**, 20, 133-108.
- ממשלת ישראל (2007). **החלטת ממשלה 2190**, ייעול ומיקוד הסיוע לעסקים קטנים (12.8.2007).
- נווה, ע' (2006). מינוי מומחה רפואי על ידי בית המשפט מזווית ראייתו של שופט. **דין ואומר**, 15, 25-18.
- נשיא בית הדין הארצי (2017). **הנחיות בדבר מינוי מומחים יועצים רפואיים**. ירושלים: בית הדין הארצי לעבודה.
- סוהר, א' (2003). הוכחת הקשר הסיבתי בעניין שבמדע במשפט בישראל. **רפואה ומשפט**, 29, 143-138.
- סוהר, א' (2005). תיקון תקנה 130 – עדות מומחים והוכחת עניין שברפואה בבית המשפט. **רפואה ומשפט**, 33, 179-171.
- פריש, ש' (התשס"ב). שימוש בעקרונות הגישור במסגרת ההליך השיפוטי. **שערי משפט**, ג(1), 46-37.
- קובוכי, ש' (1986). ביקורת שיפוטית על ועדות רפואיות לנפגעי עבודה. **ביטחון סוציאלי**, 28, 60-44.
- קורא, מ' (2004). שינויים במבנה מדינת הרווחה – מביטוח סוציאלי לשירות ממשלתי. **ביטחון סוציאלי**, 62, 82-62.
- רכס, א' (2003). הרופא כעד מומחה. **רפואה ומשפט**, 28, 184-183.
- רענן, נ', כהן, ר', גיטלסון, נ' וברנה, ע' (2016). **דוח תאונות עבודה ותחלואה תעסוקתית: תמונת מצב 2012-2016**. ירושלים: משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים והמוסד לביטוח לאומי. אוחזר מ-
employment.molsa.gov.il/Employment/SafetyAndHealth/ResearchAndProjects/Reports/Reports/AccidentReport2012-2016.pdf
- שטרסברג, נ', נאון, ד', בר, ש' ומורגנשטיין, ב' (2004). **מקבלי קצבת נכות כללית ומקבלי קצבת נכות מעבודה בישראל: מאפיינים וצרכים בתחומי הבריאות והתפקוד הפיזי והנפשי**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.

International Labour Organization (2015). *World social protection report 2014/15*. Retrieved from

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/dgreports/dcomm/documents/publication/wcms_245201.pdf

Stromback, E. (2001). Sweden's no-fault rule for accidents at work – Recent developments. *Scandinavian Studies in Law*, 41, 503-520.

Wymenga, A. N. M., Slaets, J. P., & Sleijfer, D. T (2001). Treatment of cancer in old age – Shortcomings and challenges. *The Netherlands Journal of Medicine*, 59, 259-266.

Walters, D. (2007). *An International comparison of occupational disease and injury compensation schemes*. Cardiff Work Environment Research Centre. Retrieved from

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/330347/InternationalComparisonsReport.pdf.

אתרי אינטרנט

אתר המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

אתר נבו – המאגר המשפטי www.nevo.co.il

אתר OSHwiki oshwiki.eu/wiki/OSH_in_general#cite_note-23

חקיקה ישראלית

הצעת חוק הביטוח הלאומי, התשי"ב-1951, ה"ח הממשלה 98, 64.

חוק בית הדין לעבודה, התשכ"ט-1969, ס"ח 70.

חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, ס"ח 210.

חוק הביטוח הלאומי, התשי"ד-1953, ס"ח 137.

פקודת הנזיקין [נוסח חדש], נ"ח התשכ"ה 266.

פקודת פיצויים לעובדים, 1947, ע"ר 1604, 153.

תקנות בית הדין לעבודה (סדרי דין), התשנ"ב-1991, ק"ת 1374.

תקנות הביטוח הלאומי (ביטוח מפני פגיעה בעבודה), התשי"ד-1954, ק"ת 650.
תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), התשט"ז-1956, ק"ת 864.

פסיקה ישראלית

- עב"ל (ארצי) 1012/00 אלי שבח נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 28.7.2002).
- עב"ל (ארצי) 32691-06-10 אליהו דהן נ' המוסד לביטוח לאומי ירושלים סניף ויצמן (19.6.2012).
- דיון (ארצי) מו/0-17 אליעזר עמיצור נ' המוסד לביטוח לאומי, יה(1) 100 (1986).
- בג"ץ 1199/92 אסתר לוסקי נ' בית הדין הארצי לעבודה, מז(5) 761.
- תב"ע (ב"ש) נו/0-559 אקטע שלומי נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 16.2.1998).
- בג"ץ 3523/04 גבריאאל למברגר נ' בית-הדין הארצי לעבודה, נח(5) 104 (2004).
- עב"ל (ארצי) 24608-12-12 גיזלה שסקין נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 12.6.2014).
- בג"ץ 8022/14 דוד בן חמו נ' בית הדין הארצי לעבודה (פורסם בנבו, 22.7.2015).
- עב"ל (ארצי) 52081-05-10 דורון טמיר נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 18.11.2010).
- עב"ל (ארצי) 106/07 דורית גלס נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 20.5.2007).
- עב"ל 411/97 דהבור בוטרוס נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 2.11.1999).
- עב"ל (ארצי) 1035/04 דינה ביקל נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 6.6.2005).
- דיון (ארצי) מו/0-139 דן יצחק נ' המוסד לביטוח לאומי, יה(1) 315 (1987).
- דב"ע (ארצי) נה/0-185 המוסד לביטוח לאומי נ' אברהם חליפה, לג(1999) 25 (1997).
- דיון (ארצי) לה/0-55 המוסד לביטוח לאומי נ' אברהם שפיגל, ו(1) 379 (1975).
- דב"ע (ארצי) נה/0-116 המוסד לביטוח לאומי נ' איטה שטיין, לז(2002) 577 (2000).
- עב"ל (ארצי) 313/97 המוסד לביטוח לאומי נ' אשר יניב, לה(2000) 529 (1999).
- בג"ץ 4690/97 המוסד לביטוח לאומי נ' בית-הדין הארצי לעבודה, נג(2) 529 (1999).
- עב"ל (ארצי) 481/99 המוסד לביטוח לאומי נ' דוד מכלוביץ', לה(2003) 461 (2003).

- נא/0-104 המוסד לביטוח לאומי נ' דניאל חיים, כג (1) 360 (1991).
- עב"ל (ארצי) 659/06 המוסד לביטוח לאומי נ' חייך עפיה טנוס (פורסם בנבו, 10.03.2007).
- ת"ב (ארצי) שם/0-101 המוסד לביטוח לאומי נ' יוסף אוריאל, יב (1) 34 (1980).
- עב"ל (ארצי) 738-08 המוסד לביטוח לאומי נ' יוסף אלטיט (פורסם בנבו, 18.11.2010).
- עב"ל (ארצי) 338/96 המוסד לביטוח לאומי נ' יוסף עובדיה, לו (2001) 213 (2000).
- דיון (ארצי) לה/0-61 המוסד לביטוח לאומי נ' יעקב לוי, ז (1) 345 (1976).
- בר"ע (ארצי) 7293-06-13 המוסד לביטוח לאומי נ' יעקב סיטרוק (פורסם בנבו, 29.8.2013).
- דב"ע (ארצי) נו/0-244 המוסד לביטוח לאומי נ' יצחק פרבר (פורסם בנבו, 26.2.1997).
- דב"ע (ארצי) לא/0-17 המוסד לביטוח לאומי נ' ישראל הרשקוביץ, ב 177 (1971).
- דב"ע מו/0-37 המוסד לביטוח לאומי נ' מדלך נתנאל, פד"ע יח (1) 78 (1986).
- עב"ל (ארצי) 65/10 המוסד לביטוח לאומי נ' מיכאל כהן (פורסם בנבו, 15.5.2011).
- עב"ל (ארצי) 345/06 המוסד לביטוח לאומי נ' מרדכי בוארון (פורסם בנבו, 15.5.2007).
- עב"ל (ארצי) 27849-09-13 המוסד לביטוח לאומי נ' מרדכי ואנונו (פורסם בנבו, 30.3.2015).
- דיון (ארצי) לו/0-4 המוסד לביטוח לאומי נ' מרדכי מחבובי, ז (1) 368 (1976).
- עב"ל (ארצי) 744/08 המוסד לביטוח לאומי נ' משה עזרן (פורסם בנבו, 27.1.2011).
- עב"ל (ארצי) 36202-03-12 המוסד לביטוח לאומי נ' נוראל חנה (פורסם בנבו, 28.1.2014).
- עב"ל (ארצי) 62/96 המוסד לביטוח לאומי נ' נפתלי אדרי, לב (1999) 185 (1999).
- דב"ע (ארצי) נה/0-93 המוסד לביטוח לאומי נ' עזרא קורן, לא (1998) 607 (1996).
- עב"ל (ארצי) 25181-12-11 המוסד לביטוח לאומי נ' רונית רוזנבלום (פורסם בנבו, 27.10.2013).
- דיון (ארצי) מט/0-23 המוסד לביטוח לאומי נ' שמעון הירשהורן, כ (1) 349 (1989).

- עב"ל 110/98 זאב בנדל נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 22.8.99).
- ב"ל (ת"א) 6650/06 יהודית פישוהוף נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 3.9.2008).
- עב"ל (ארצי) 50139-09-11 יהושע אדרי נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 1.12.2012).
- דיון (ארצי) ל/0-10 יוסף דוידיאן נ' המוסד לביטוח לאומי, ב(1) 3 (1970).
- עב"ל (ארצי) 232/09 יוסף חוש נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 6.7.2009).
- עב"ל (ארצי) 29425-11-12 יוסף ישראלי נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 29.4.2014).
- עב"ל (ארצי) 507/07 יניב אפרוני נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 25.3.2008).
- דיון (ארצי) לג/0-84 יצחק ורסנו נ' המוסד לביטוח לאומי, ה 3 (1973).
- דיון (ארצי) נב/0-27 יצחק זכי מזרחי נ' המוסד לביטוח לאומי, כה(1) 49 (1992).
- עב"ל (ארצי) 439/08 יצחק עשת נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 24.3.2009).
- ת"ב (ארצי) מח/0-77 מזרחי אליעזר נ' המוסד לביטוח לאומי, יט(1) 538 (1988).
- עב"ל (ארצי) 171/06 מנחם זיטלני נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 19.2.2007).
- עב"ל (ארצי) 472/07 משה ביטרן נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 18.1.2009).
- עב"ל (ארצי) 502-09 משה סידה נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 21.10.2010).
- עב"ל (ארצי) 521/05 משה קורין נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 7.10.2007).
- דיון (ארצי) לו/0-8 סימיון דוידוביץ נ' המוסד לביטוח לאומי, ז(1) 374 (1976).
- דיון (ארצי) לא/0-5 עופרה ושדי נ' המוסד לביטוח לאומי, ב(1) 200 (1971).
- דיון (ארצי) מד/0-90 צבי שפיר נ' המוסד לביטוח לאומי, טז(1) 93 (1984).
- ת"ב (ארצי) נב/0-88 קופטי כמאל נ' המוסד לביטוח לאומי, כט(1) 169 (1995).
- ב"ל (חי) 5534/05 קליין זיו נ' ביטוח לאומי-סניף חיפה (פורסם בנבו, 13.1.2008).
- דב"ע (ארצי) נה/0-79 קלמן סעדה נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 29.3.1995).
- עב"ל (ארצי) 148/07 רון קמפינסקי נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 14.7.2008).

עב"ל (ארצי) 22598-08-12 שמואל צדוק נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 28.5.2013).

עב"ל (ארצי) 332/05 שמחה הראל נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 18.1.2006).

עב"ל 74/96 שרגא מנטל נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 29.11.2000).

בג"ץ 1262/94 שרה זילברשטיין נ' בית הדין הארצי לעבודה, מח(4) 837 (1994).

עב"ל (ארצי) 213/98 שרלוט וינמן נ' המוסד לביטוח לאומי, לה(2003) 558 (2003).

נספח – ניתוח איכותני

להלן ניתוח איכותני של התיקים שבהם דחה בית הדין את חוות דעת המומחה בעניין הקשר הסיבתי בין תנאי העבודה לליקוי הרפואי ושל התיקים שבהם קיבל בית הדין חוות דעת שאינה מיטיבה עם המבוטח.

מדגם קצר טווח

ב"ל (ת"א) 38343-06-10 זקלין אוחנה נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 7.1.2014):

התובעת עבדה כטבחית, וסבלה מפגיעות בברכיה. המומחה טען שהליקוי הרפואי נגרם בשל הליך תחלואתי מתמשך, ולא בשל תנאי עבודת התובעת. במענה לשאלת הבהרה שהופנתה אליו, הוסיף המומחה ש"אופי העבודה, כפי שתואר, לא גרם להחמרה או לזירוז של התפתחות המחלה הניונית בברכיים. מחלה זו היא תוצאה של תהליך ניווני, שקשור לגיל ולתכונות ביולוגיות ומבניות של הסחוס, ולא הוחמרה על ידי עבודה מהסוג שהתובעת עסקה בו. לגבי כאבים, ברור כי עמידה או הליכה ממושכת בנוכחות שינויים ניווניים קיימים גורמת לכאב, אך זו תוצאה של השינויים הניווניים ולא סיבת גרימתם". אף שנראה שחוות דעתו של המומחה שללה קשר סיבתי בין תנאי העבודה לליקוי הרפואי, גם בדרך של החמרה, ציין בית הדין ש"כפי שעולה מחוות דעתו, המומחה שולל קשר של החמרה או זירוז בין תנאי עבודתה של התובעת להתפתחות המחלה הניונית בברכיים. עם זאת, מעיון בתשובה לשאלת ההבהרה עולה, כי קיים קשר סיבתי בין תנאי עבודתה של התובעת לבין החמרה בכאביה". לכן קבע בית הדין ש"גם אם לפי חוות דעתו של המומחה, העבודה לא גרמה להיווצרות המחלה בברכיה של התובעת, אלא שתנוחת העבודה שלה גרמה להחמרת הכאבים והחמרה במגבלות תפקודיות שלה בזמן העבודה, די בכך כדי להכיר באותה החמרה – גם אם יתברר כי היא זמנית וחולפת – כפגיעה בעבודה, על דרך המיקרוטראומה. מידת ההשפעה על מחלתה הטבעית של התובעת תתברר, כאשר הוועדה הרפואית תידרש לקבוע אם לתובעת אחוזי נכות כתוצאה מן הפגיעה בעבודה".

ב"ל (חי') 12519-06-11 תומר שרון נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 9.2.2014):

התובע עבד כנהג, וסבל מפגיעות אורתופדיות. המומחה הראשון טען שיש קשר סיבתי בין הנהיגה לחלק מפגיעותיו. מומחה נוסף שמינה בית הדין טען שזה הליך תחלואתי טבעי. מכיוון שהמומחה הראשון התייחס לחלק מהפגיעות בלבד, ולא הסביר למה יש לייחס את האחרות, והמומחה הנוסף התייחס לכל הפגיעות, גרס בית הדין שחוות דעתו של המומחה הנוסף מנומקת יותר. בית הדין ציין שהמומחה הראשון "אינו מתייחס במפורט ובמנומק

לעניינו של התובע הספציפי שלפנינו, אלא מכיר בקשר הסיבתי על סמך מאמר בעיתון **הרפואה**, שקבע שנהגים שחשופים לרטט כל גופי, סובלים יותר מכאב גב תחתון. הקביעה הכללית המופיעה בעיתון **הרפואה** אינה פותרת את הצורך מלבדוק ספציפית את מצבו הבריאותי של כל נהג ונהג". לאור זאת דחה בית הדין את התביעה כולה.

ב"ל (חי') 45735-02-12 **מוסטפא ח'אלדי נ' המוסד לביטוח לאומי** (פורסם בנבו, 16.2.2014):

התובע עבד כפועל, וחלה במחלת ריאות. המומחה טען שמחלת הריאות שממנה סבל התובע היא אסתמה, אם כי אין לכך הוכחה חד-משמעית. הוא הוסיף ש"במידה ובית המשפט יחליט לקבל את המצב של חשד לאסתמה כאבחנה דפיניטיבית, הרי שניתן לייחס לשאיפת אבק הסיליקה פוטנציאל של החמרה זמנית לתקופת עבודתו, ללא השפעה צמיתה לאחר הפסקת העבודה". עוד גרס המומחה שתנאי עבודתו של התובע תרמו 50% לחומרת מצבו באותו הזמן. בית הדין דחה את התביעה, גם משום שהתובע לא הוכיח שחלה באסתמה וגם משום שאילו הייתה מוכחת מחלת האסתמה, "חוות דעתו של המומחה מנוסחות על דרך ההשערה" לאור שימוש במלים "עלול" ו"ייתכן", שאין בהן כדי להוכיח את תביעת התובע, לפי הלכת **אלטיט**. לעניות דעתי אין פרשנות זו של בית הדין עולה בקנה אחד עם תשובות המומחה לשאלות הבהרה, שבהן טען במפורש ש"סביר בעיני בלמעלה מ-50% של סבירות, כי החשיפה תורמת משמעותית להחמרה", וש"הייתי תולה בחשיפה 50% מחומרת מצבו באותו הזמן".

ב"ל (חי') 14938-04-12 **אורי שולץ נ' המוסד לביטוח לאומי** (פורסם בנבו, 28.5.2014):

התובע עבד כפקיד בבנק, וסבל מפגיעה אורתופדית המכונה "תסמונת הכותב". שלושה מומחים גרסו שיש קשר סיבתי בין תנאי עבודתו לליקוי הרפואי. עם זאת, אין המחלה מופיעה ברשימת מחלות המקצוע שבתקנות, שהיא רשימה סגורה. בית הדין גם קבע שלא מדובר בתאונת עבודה על פי עקרון המיקרוטראומה, משום שלא ניתן לקבוע ש"כל רגע של כתיבה גרמה לתובע לפגיעה זעירה, בלתי הפיכה, שבהצטברותן של פגיעות זעירות רבות כאלה – נוצר המצב הקיים". לאור זאת דחה בית הדין את התביעה. הוגש ערעור על פסק הדין, ובמסגרתו הסכימו הצדדים למינוי מומחה רביעי במספר.⁴³ גם מומחה זה קבע שיש קשר סיבתי בין תנאי העבודה של התובע להופעת מחלתו, והבהיר שלהבנתו מדובר במנגנון

43 עבל (ארצי) 15676-06-14 **אורי שולץ נ' המוסד לביטוח לאומי** (פורסם בנבו, 15.4.2015).

מיקרוטראומה. לכן קיבל בית הדין את התביעה, וציין ש"היות וקיים קשר סיבתי רפואי בין עבודת התובע לבין מחלתו, אזי קיים גם קשר סיבתי משפטי"⁴⁴.

ב"ל (ת"א) 6156/09 מלר אילנה נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 2.7.2014):

התובעת עבדה כמורה להתעמלות, וסבלה מפגיעות אורתופדיות, לטענתה, עקב טיפול שהעניקה למטופל המרותק לכיסא גלגלים (להלן **האירוע**). המומחה גרס שאין להכיר באירוע כפגיעת עבודה. למרות זאת, קיבל בית הדין את התביעה. בית הדין טען שמכיוון שהכאבים הופיעו תוך כדי עבודתה ובמהלך הפעלת כוח פיסי בעת טיפול במטופל משותק, אין חולק שהם הופיעו בעקבות האירוע ושיש להכיר בהם כפגיעת עבודה. לגישת בית הדין "יש לפרש את חוות הדעת, כך שהוכח קשר של החמרה במחלה, באופן שהחלה לתת אותות פיזיים משמעותיים, שלא היו בתובעת קודם לכן". לעניות דעתי אין פרשנות זו עולה בקנה אחד עם חוות דעת המומחה, שכתב במפורש ש"החמרה זאת הינה חלק מהמהלך הטבעי של מחלתה בעמוד השדרה צווארי ולא תוצאת הפעילות שעשתה בעת עבודתה".

ב"ל (ת"א) 53983-06-12 עליזה כרמי נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 19.12.2014):

התובעת עבדה כמעצבת גרפית, וסבלה מפגיעה אורתופדית. המומחה הראשון טען שיש להכיר בליקוי הרפואי שהתובעת סובלת ממנו כ"מחלת מקצוע, תוצאה של עבודתה כקלדנית". לאור זאת ביקש המוסד לביטוח לאומי להפנות למומחה שאלת הבהרה, שתדגיש שהתובעת היא מעצבת גרפית ולא קלדנית. המומחה ענה שלקח פרט זה בחשבון, אך הסביר שהגיע למסקנותיו בהסתמכו על היות התובעת קלדנית במקצועה. לכן מונה מומחה נוסף, שטען שיש להכיר רק בחלק מפגיעותיה של התובעת כפגיעות הנובעות מתנאי עבודתה. בשל הנחת המוצא המוטעית של המומחה הראשון, ולפיה התובעת קלדנית במקצועה, החליט בית הדין לא לייחס משקל לחוות דעתו ולקבל את חוות דעתו של המומחה הנוסף, כמו גם להכיר בחלק מהתביעה בלבד.

44 בל (חי') 14938-04-12 אורי שולץ נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 12.11.2015).

מדגם ארוך טווח

ב"ל (י-ם) 2082/99 יצחקי דוד נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 5.6.2008):

התובע עבד בחברת תדלוק, וחלה בלוקמיה. המומחה הראשון גרס שיש קשר סיבתי בין המחלה לתנאי עבודתו של התובע, כשקבע שעל פי תקנות מחלות המקצוע התובע נחשב כעובד בנזן, ולכן מדובר במחלת מקצוע. בית הדין מינה מומחה נוסף שקבע שהתובע לא עונה על הקריטריונים המעוגנים בתקנות, ולכן לא נחשב עובד בנזן. מכאן הסיק המומחה הנוסף שאין זו מחלת מקצוע, ואין להכיר בה גם דרך מיקרוטראומה. בית הדין העדיף את חוות דעתו של המומחה הנוסף, בין היתר בהיותו מומחה תעסוקתי, שדן בשאלת מסוכנות החשיפה לחומרים מסרטנים (לעומת המומחה הראשון, המטולוג, שהתמקד במחלת התובע).

ב"ל (חי') 639-08 ניידיק ירון נ' ביטוח לאומי, סניף חיפה (פורסם בנבו, 20.2.2011):

התובע טען שמחלת סרטן העור (מסוג BCC) שלקה בה נגרמה מחשיפתו לשמש. המומחה הראשון הסביר שלפי הגישה הרווחת יש קשר חלש בין הכמות הכוללת של החשיפה לשמש לסיכון לחלות ב-BCC, ושקרינה מצטברת אצל עובדים בחוץ לא נחשבת כגורם סיכון משמעותי להתפתחות המחלה. עם זאת, ציין שהתפרסם מחקר חדש, הסותר גישה זו וטוען ש"ישנו קשר סיבתי ישיר בין סרטן ה-BCC לבין חשיפה לשמש בעת העבודה אצל עובדי חוץ". לכן סיכם המומחה ש"על פי הידע העדכני המתבסס בעיקר (אבל לא רק) על עבודה אחת, שפורסמה רק השנה, אני מקבל את הקשר הסיבתי בין חשיפתו של התובע לשמש בעת עבודתו לבין מחלת העור שלו". מומחה נוסף שמינה בית הדין טען, לעומת זאת, ש"קרוב לוודאי שאין קשר סיבתי בין מצבו הרפואי לבין עבודתו, וש"במידה וישנו קשר כזה, הקשר חלש מאוד וזניח". בית הדין העדיף את חוות דעתו של המומחה הנוסף, בנימוק שהמומחה הראשון "הסתמך על 'נטיית לבו' על יסוד המאמר החדש, מבלי להתייחס להסתייגויות ולנתונים האישיים של התובע". לגישת בית הדין, המומחה הנוסף "ביסס את חוות דעתו על ממצאים ספציפיים הקיימים בתובע שבפנינו, גוון עורו, נגעים נוספים, והרגלי חשיפתו לשמש בעבר, שהם בגדר גורמי סיכון". על פסק דין זה הוגש ערעור, והוחלט להחזיר את הדיון לבית הדין האזורי לבחינה נוספת ולהפניית שאלות הבהרה למומחה הנוסף.⁴⁵ זה האחרון דבק בחוות דעתו, ולכן פסק הדין שב ונדחה.⁴⁶ הוגש עוד ערעור, והפעם הוחלט להפנות שאלות הבהרה למומחה הראשון.⁴⁷ המומחה הראשון קבע שעל בסיס ספרות חדשה הוא מקבל את הקשר הסיבתי בין סרטן ה-BCC לחשיפת התובע לשמש בעבודתו, ומעריך

45 עבל (ארצי') 5426-03-11 ירון ניידיק נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 09.2.2012).

46 בל (חי') 639-08 ניידיק ירון נ' ביטוח לאומי, סניף חיפה (פורסם בנבו, 14.5.2012).

47 עבל (ארצי') 43974-05-12 ניידיק ירון נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 12.5.2013).

לאור נתוניו האישיים של המבוטח שלחשיפה בעבודה תרומה של 50% בהתפתחות המחלה. בית הדין קבע שלאור חוות דעתו העדכנית של המומחה הראשון, "אשר אינה נשענת עוד על 'נטיית לבו', אלא על פרסומים חדשים בספרות הרפואית", יש לקבל את התביעה.⁴⁸

ב"ל (נצ') 2654/07 אברהים ראשד נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 13.6.2011):

התובע עבד במפעל, וחלה בלימפוסרקומה. המומחה הראשון (רופא אונקולוג) קבע שיש להכיר בקשר בין תנאי עבודתו של התובע למחלתו. עוד הוסיף ש"אמנם לא נקבע בהחלטה שהתובע נחשף לנגזרות של פנול, אך מאחר שהוא עבד בהרבה מקומות, קשה להאמין שהוא לא נחשף לנגזרות של חומר זה". המומחה הנוסף (רופא אונקולוג גם הוא) טען ש"סביר להניח שהשפעת העבודה על הופעת המחלה פחותה בהרבה מהשפעת גורמים אחרים". מונתה אף רופאה תעסוקתית, שקבעה ש"אין זה סביר, שהחשיפה המשולבת לחומרים שונים הגבירה את הסיכון להתפתחות המחלה". בית הדין קבע שאמנם במצב של ספק יש לפעול לטובת המבוטח, אבל במקרה זה אין חוות הדעת נושאות משקל ראייתי דומה, בין היתר, משום שחוות הדעת של המומחה הראשון נסמכת על עובדות שלא נקבעו בהחלטה (כמו למשל שהמבוטח נחשף לנגזרות של פנול). בית הדין דחה אפוא את התביעה, משום שלא הוכחה "השפעה משמעותית" של תנאי עבודתו של המבוטח על מחלתו. הוגש ערעור על פסק הדין, ומכיוון שלא התנהל הליך של הוכחות בבית הדין האזורי בגלגולו הקודם של התיק, הסכימו הצדדים להחזירו לבית הדין האזורי, שיברר אם אכן היה מבחינה עובדתית המערער חשוף לפנול. המוסד לביטוח לאומי אף הסכים שאם יוכח שהמבוטח היה חשוף לפנול, תתקבל התביעה בהתאם לחוות דעתו של המומחה הראשון.⁴⁹ במסגרת המשך ההתדיינות בבית הדין האזורי, הגיש התובע, בין היתר, חוות דעת משלימה של מהנדס מטעמו, ולפיה יש סבירות גבוהה לכך שהתובע נחשף בעבודתו לפנול. בהמלצת בית הדין האזורי, ובהתאם להצהרתו בבית הדין הארצי, הסכים המוסד לביטוח לאומי לאשר את התביעה ולהכיר במחלתו של התובע כמחלה שאירעה עקב פגיעה בעבודה. לפיכך התקבלה התביעה.⁵⁰

ב"ל (חי') 41394-02-11 יעקב בובליצקי נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 22.6.2011):

התובע עבד במע"צ, וחלה בסרטן ריאות. המומחה קבע שהגורם העיקרי למחלה הוא עישון סיגריות במשך תקופה ממושכת, בעוד שהשפעת עבודתו על המחלה מסתכמת ב-14%. בית

48 בל (חי') 639-08 ניידיק ירון נ' ביטוח לאומי, סניף חיפה (פורסם בנבו, 26.1.2014).
49 עבל (ארצי') 23881-07-11 אברהים ראשד נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 11.4.2013).
50 בל (נצ') 2654-07 אברהים ראשד נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 29.12.2013).

הדין ציטט את פסק דין קורין, שקבע שדי בתרומה יחסית של 20%, כדי לקבוע קשר סיבתי בין תנאי העבודה לליקוי הרפואי. מכאן הסיק בית הדין ש"די בקיומו של קשר סיבתי גם באחוז יחסית נמוך כדי להצדיק את קבלת התביעה, כאשר התרומה של הגורמים השונים על הופעת המחלה צריכה להיות נדונה בוועדה הרפואית אשר מוסמכת לקבוע את אחוזי הנכות". לאור זאת קיבל בית הדין את התביעה, והכיר במחלת סרטן הריאות כפגיעת עבודה על פי עקרון המיקרוטראומה. על פסק דין זה הוגש ערעור, ובו נקבע שפסק הדין של בית הדין האזורי ראוי להתבטל "משאין מדובר בקשר סיבתי משמעותי. [...] קשר סיבתי משמעותי הינו קשר בשיעור של כ-20%". עם זאת, הסכימו הצדדים ביניהם שהתיק יחזור לבית הדין קמא, כדי לאפשר להם להמציא עוד חומר רפואי, שעל בסיסו יחוזה המומחה את דעתו אם יש קשר סיבתי.⁵¹ בדיון שהתנהל לאחר מכן דחה בית הדין קמא את התביעה.⁵²

ב"ל (ת"א) 3991-09 פליקס גל נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 29.7.2012):

התובע עבד כפועל שטח במחצבה טרם עלה ארצה. לאחר עלייתו ארצה, עבד במשרד וכמנהל עבודה במחצבה. המומחה אבחן שלתובע שני סוגי גידולים בעור, אחד מהם אינו מחלת מקצוע, והאחר הוא "מחלת מקצוע של עבודתו בשטח". עם זאת, סיג המומחה את חוות דעתו, ואמר ש"לפי דעתי אין מספיק מידע בספרות לדעת עד כמה החשיפה בישראל תרמה להתפתחות של ה-BCC שהיה לו". בית הדין פסק שלמרות קביעת המומחה, ולפיה יש קשר סיבתי בסבירות של 50% ויותר לעניין ה-BCC, יש לדחות את התביעה, משום שהמומחה לא הפנה לתקנה המעגנת את מחלת ה-BCC כמחלת מקצוע, ואף בית הדין לא מצא תקנה כזו.

ב"ל (י-ם) 11904-08 ישראל מיכאלי נ' ביטוח לאומי סניף ירושלים (פורסם בנבו, 4.11.2012):

התובע עבד כטכנאי, וחלה בסרטן עור. המומחה הראשון קבע שיש קשר סיבתי בין תנאי עבודת התובע למחלתו. מומחה נוסף שמינה בית הדין קבע שהתובע חלה לא עקב עבודתו, משום שהגידול הופיע באזור בגופו (הירך) שלא היה חשוף במהלך העבודה. בית הדין דחה את התביעה, על סמך חוות דעתו של המומחה הנוסף. הוא נימק את החלטתו בכך שחוות דעתו של המומחה הראשון לקונית, מתומצתת ומבוססת על עובדות שלא נקבעו בתיק, שכן לא נקבע מספר השעות שבהן שהה המבוטח בשמש במסגרת עבודתו. על פסק דין זה הוגש

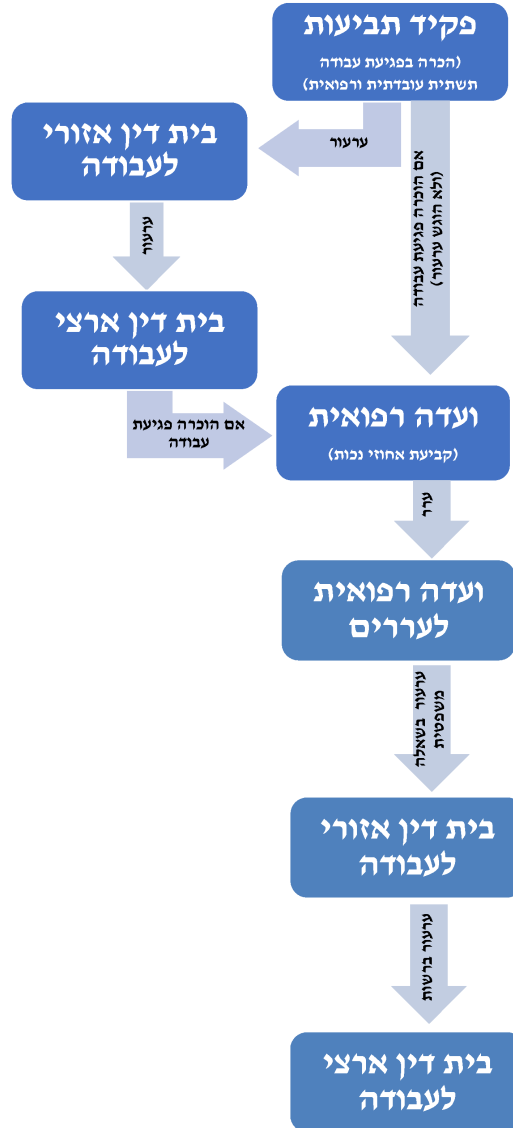
51 עבל (ארצי) 191-09 המוסד לביטוח לאומי נ' יעקב בובליצקי ז"ל (פורסם בנבו, 20.1.2011).
 52 בל (חי) 41394-02-11 יעקב בובליצקי ז"ל נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 14.12.2011).

ערעור, והצדדים הסכימו להחזיר את התיק לבית הדין קמא, שימנה מומחה שלישי לאור חוות הדעת הסותרות.⁵³ המומחה השלישי, שהתבסס על תיאוריה של חוקרת מובילה בתחום הגידולים הסרטניים בעור, טען בחוות דעתו שמלנומה נדירה דווקא בחלקי העור החשופים ביותר לשמש. בד בבד הוא כתב ש"גם אלה שסוברים שהיא מופיעה לאחר חשיפה לסירוגין, אין הכוונה שחשיפה רצופה איננה גורמת למלנומה, אלא שחשיפה לסירוגין גורמת יותר למלנומה". במענה לשאלות הבהרה שהציג המוסד לביטוח לאומי השיב המומחה השלישי שהמחלה הופיעה אצל התובע, מכיוון שהיה חשוף לשמש לסירוגין. כן השיב המומחה השלישי ש"כמובן שיייתכן והתובע נחשף לשמש בשעות הפנאי או בחופשות וייתכן שאף נכווה, אבל החשיפה האינטנסיבית הממושכת הייתה בעבודה, ולכן מדובר במחלה מקצועית. [...] החשיפה בעבודה הייתה יותר מ-20% במבחן מיקרוטראומה". בית הדין קיבל את התביעה, והכיר במלנומה כפגיעה בעבודה מסוג מיקרוטראומה, תוך העדפת חוות דעתו של המומחה השלישי, שחזקה לגישת בית הדין את חוות דעתו של הרופא הראשון ותיקנה את פגמיה. בית הדין ציין שיש להעדיף את האסכולה שייצג המומחה השלישי, בין היתר, משום שהיא מיטיבה עם המבוטח.⁵⁴

53 עב"ל (ארצי) 2258-12-12 ישראל מיכאלי עזבון המנוח נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 9.2.2015).

54 בר"ע (ארצי) 14486-08-11 מיכאלי נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, ביום 4.9.2016).

נספח – תרשימי זרימה מודל קיים



מודל אפשרי

