

תופעת הצדקת המערכת בוועדות רפואיות: בין טעות עבר למציאות נוכחית

תקציר:

במאמר זה נדונה תופעת "הצדקת המערכת", מצב שבו ועדה רפואית נמנעת מתיקון החלטה שגויה שניתנה בעבר, מתוך חשש "לסתור את עצמה" או לפגוע בעקביות המוסדית. תופעה זו נבחנת לאור מקרה מבחן שבו למבוטח נקבעה נכות לצמיתות בשל תסמונת כאב אזורי כרוני- CRPS, למרות שוועדת הערר מצאה כי תסמיני המחלה חלפו וכי לא נותרה למבוטח כל מגבלה תפקודית.

דרך מקרה זה נצביע על הבעיות המערכתיות שבהישענות על החלטות עבר במקום על מצב רפואי עדכני, נדגיש את גבולות סמכותה של ועדה רפואית (שאינה רשאית להחליט משיקולים מוסדיים כגון "אם כבר נתנו – לא נגרע"), נבחן את השפעת הנחות מוקדמות בתהליך קבלת ההחלטות הרפואי ("האם האירוע התרחש בכלל?" לעומת "מה מצבו הרפואי של הנבדק כעת?") ולבסוף נקרא לסדר ולתקינות: ועדות רפואיות חייבות להכריע על בסיס ממצאים ונימוקים רפואיים בלבד ללא קשר לשיקולי עקביות מוסדית ולתעד את החלטותיהן באופן מלא ובהיר, כמתחייב מטריבונל מעין-שיפוטי.

להלן פירוט הנושאים:

מקרה מבחן: נכות "כאב אזורי כרוני" לצמיתות – למרות החלמה מלאה. מקרה הבוחן הממחיש את התופעה עוסק במבוטח שקיבל בתחילה קביעה של נכות רפואית לצמיתות בשל תסמונת כאב אזורי כרוני (Complex regional pain syndrome) זאת בעקבות אירוע תאונתי שבו איבד מכושר עבודתו. משמעות קביעה "לצמיתות" בהקשר זה היא שנכותו הוכרה כמצב קבוע ויציב, ללא צורך בהערכה מחדש בעתיד הנראה לעין. אלא שבהמשך, משנבחן עניינו על-ידי ועדה רפואית לעררים בנכות כללית, התברר פער מהותי: ועדת הערר, לאחר שבחנה את מלוא מסמכיו ובדקה אותו קלינית, קבעה כי חלה החלמה מלאה וכי למעשה לא קיימת עוד למבוטח מגבלה תפקודית ופגיעה בכושר השתכרות. במילים אחרות – מבחינה רפואית-תפקודית, אותו אדם חזר לתפקוד תקין ולא נמצאו סימנים קליניים שיעידו על נכות פעילה.

על פניו, ממצאיה החד-משמעיים של ועדת הערר היו אמורים להוביל לשינוי או ביטול החלטת הוועדה הקודמת שקבעה "CRPS" לצמיתות. אולם בפועל, ועדת הערר בחרה שלא לתקן את ההכרעה הקודמת. היא הותירה על כנה את קביעת הנכות לצמיתות בשל ה CRPS הגם שקביעה זו עמדה בסתירה ישירה לממצאיה שלה באשר להיעדר ליקוי תפקודי עכשווי. זהו ביטוי מובהק של תופעת "הצדקת המערכת": הוועדה נמנעה מביטול או שינוי החלטה קודמת שגויה, כנראה בכדי לא לערער על סמכותה של הוועדה הראשונה או על עקביות המנגנון. התוצאה היא מצב אבסורדי מבוסס שמבחינה רפואית הוכרז כבריא וכשיר, אבל "על הנייר" מוסיף לשאת נכות לצמיתות. מקרה זה מעורר שאלה עקרוניות: כיצד ולמה מתקבעת טעות רפואית-משפטית ומה המחיר של "התמדה בשגיאה" שכזו?

תהליך מול מצב עדכני:

בעייתיות בהחלטות הנשענות על עבר ולא על הווה. המקרה שתואר מעלה על פני השטח כשל מערכתי ידוע: החלטות שממשיכות להתבסס על תהליך או תקדים היסטורי ולא על העובדות הרפואיות המעודכנות. בשדה הוועדות הרפואיות, האתגר הוא לאזן בין יציבות והמשכיות לבין הצורך להתאים את ההכרעות למצבו הנוכחי של הנבדק. מבחינה משפטית, חשוב להדגיש שהחלטות של ועדה רפואית אינן "מעשה בית-דין" חלוט; המבוטח נבחן תמיד לפי מצבו הרפואי בעת הבדיקה הרלוונטית ולא לפי קביעות עבר שאבד עליהן הכלח. למעשה, בתי הדין כבר פסקו בפירוש כי "החלטותיהן של ועדות קודמות אינן בבחינת החלטות חלוטות, שהרי המבוטח עובר הערכה בהתאם למצבו הרפואי בזמן הרלוונטי". לכן, כשמצבו הרפואי של אדם משתנה – לטובה או לרעה – מצופה שגם דרגת נכותו תתעדכן.

במקרה דנן, ועדת הערר התרשמה במו עיניה שמצבו של המבוטח השתפר באופן ניכר, עד כדי היעלמות הליקוי התפקודי. התעלמות מקביעה עדכנית זו והישארות עם החלטת עבר (נכות לצמיתות) שקיבלה הנחות התואמות את מצבו לשעבר אינה רק שגיאה מקצועית, אלא גם פגיעה בעקרון יסודי של דיני הנכות. היא עלולה למשל לגרום למתן קצבאות או הטבות למי שכבר אינו זכאי להן רפואית, או מנגד לשמר בתיקו הרפואי "תיג" של מחלה או מגבלה שכבר אינן קיימות, דבר שעלול להשפיע לרעה על שיקומו התעסוקתי והחברתי.

הישענות יתר על החלטות עבר קשורה לעיתים בנטייה ביוקרטית להימנע מתיקון רטרואקטיבי של טעויות. אולם יש לזכור שתפקידן של הוועדות הרפואיות אינו לשמר את רציפות ההחלטות בכל מחיר, אלא לקבוע נכונה את מצב הנכות הנוכחי. העיקרון הוא פשוט: האמת הרפואית בזמן ההווה גוברת על הסטטוס קוו מהעבר. כאשר ועדה סוטה מעיקרון זה ומשאירה החלטה שגויה על כנה מטעמי עקביות, המערכת כולה מצטיירת כמי שמקדשת את הטקס והפרוצדורה על חשבון המהות והצדק הרפואי.

גבולות הסמכות: ועדה רפואית ושיקולים מוסדיים (מדוע "אם נתנו – לא נגרע" אינו תופס).

כאשר ועדה רפואית מחליטה שלא לשנות החלטה קודמת שגויה מטעמים מוסדיים או תדמיתיים, היא חורגת למעשה מסמכותה. חוק ותקנות הביטוח הלאומי קובעים שוועדה רפואית צריכה להכריע לפי מצבו הרפואי של הנבדק ולא לפי שיקולים כמו תקציב, "כבוד המוסד" או חשש מביקורת. בפרט, אין לוועדה סמכות לקבל החלטה רק משום ש"כבר ניתנה הטבה בעבר ולכן לא נגרע אותה עכשיו". גישה כזו מהווה שקילת שיקולים זרים ואסורה בפעולת הוועדה. בתי הדין לעבודה עסקו לא אחת בשאלת היקף סמכותן של ועדות הערר. הלכה פסוקה היא שוועדת הערר רשאית ואף חייבת לעדכן את דרגת הנכות בהתאם לממצאים גם אם משמעות הדבר הפחתת אחוזי נכות או שלילת זכאות קודמת ובין אם המבוטח או המוסד הם אלו שיזמו את הערר. למעשה, אף נקבע במפורש כי לוועדה רפואית לעררים יש סמכות להפחית נכות שקבעה ועדה קודמת, אפילו אם נושא זה לא נכלל בערעור שהוגש. תפקידה הוא לקבוע את האמת הרפואית העדכנית ולא "להגן" על החלטות הדרג הקודם.

עם זאת, כדי להגן על זכויות המבוטחים, הנחו בתי הדין את הוועדות לנהוג בהגינות דיונית: כאשר ועדת ערר שוקלת להפחית את אחוזי הנכות לעומת החלטת הדרג הראשון (למשל, במקרה שבו המבוטח עצמו הגיש את הערר), עליה ליידיע את המבוטח על כוונה זו ולתת לו הזדמנות להגיב או לחזור בו מהערעור. נוהל זה נועד למנוע מצב שבו מבוטח ייצא נפסד מערעור שהוא עצמו הגיש - מימוש עקרון ההגינות הדיונית. מקובל כיום שנפגע שקיבל אזהרה כזו מהוועדה רשאי למשוך את עררו, ובמקרה כזה החלטת הוועדה מדרג ראשון תישאר בתוקף. ייתכן שזה בדיוק מה שאירע במקרה הנידון: ייתכן שהמבוטח, משודע לו שוועדת הערר מצאה שאין עוד מגבלה וברצונה לבטל את הנכות, בחר לחזור בו מהערעור וכך "ננעלה" הטעות המקורית כתוצאה מתקנה פרוצדורלית שנועדה להגן על המבוטחים. אולם גם במצב כזה, חובתה של ועדת הערר לבסס בפרוטוקול ממצאים רפואיים ברורים, וייתכן שהיה עליה לשקף את הסתירה בין קביעותיה הרפואיות לבין התוצאה הסופית (השארית הנכות). לכל הפחות, על מוסדות המוסד לביטוח לאומי במצב כזה לשקול פתיחה מחדש של התיק ביוזמתם בהמשך, כדי לתקן את הפער שבין המציאות לבין הרישום הפורמלי.

בשורה התחתונה "שיקול מוסדי" גרידא אינו עילה משפטית תקפה להחלטה רפואית. ועדה רפואית הפועלת מכוח דין היא גוף מעין-שיפוטי שחב חובת נאמנות לאמת הרפואית ולדין ולא ל"אחידות" או "יוקרה" ארגונית. כל חריגה מכך עלולה להוות פגם משפטי בהחלטת הוועדה, העלול להביא לביטולה בערעור משפטי. כך למשל נפסק שבמקרה שוועדה אינה מכירה בקשר סיבתי או במגבלה רפואית מטעם שאינו ענייני רפואית, מדובר בפגם משפטי המצדיק את התערבות בית הדין. לפיכך, ועדות רפואיות נדרשות למקד את שיקוליהן בעובדות הרפואיות וההגדרות התקנותיות הרלוונטיות ותו לא.

הנחות מוקדמות בתהליך: "האם האירוע קרה?" לעומת "מה מצבו כעת?".

עוד גורם העלול לתרום לתופעת הצדקת המערכת הוא השפעתן של הנחות מוקדמות ו"נרטיבים" היסטוריים על תהליך הדיון הרפואי. נמחיש זאת דרך הדילמה: לבחון האם האירוע המקורי אכן התרחש והיה משמעותי. לדוגמה, האם המבוטח באמת סבל מ CRPS עקב האירוע שדווח או לבחון מהו מצבו התפקודי והרפואי הנוכחי. שתי השאלות הללו שונות במהותן, וההתמקדות בכל אחת מהן מובילה לכיווני מחשבה והחלטה אחרים.

במצב אידיאלי, ועדה רפואית צריכה להתייחס גם לסיבת הפגיעה וגם למצב הנוכחי, אך בנסיבות מסוימות סדר העדיפויות מתעוות. למשל, אם חברי ועדת הערר סברו בליבם שהאבחנה הראשונית של CRPS אולי לא הייתה מוצדקת (כלומר, שאולי "האירוע לא היה בכלל" או שהמצב הובן לא נכון מלכתחילה, ייתכן שנוצרה נטייה תת-מודעת לא לגעת בהחלטה המקורית. זאת מחשש שאם יבטלו אותה לחלוטין תהיה בכך הודאה שמלכתחילה נעשתה טעות קשה מה שעשוי להתפרש כביקורת על הוועדה הראשונה. באופן פרדוקסלי, הנחה מוקדמת על טעות בעבר יכולה לגרום דווקא

להנצחת הטעות, מתוך רצון לחפות עליה או "להחליקה" באמירה שהיום אין מגבלה, אך מבלי לשלול רשמית את האבחנה הקודמת. כך נוצר דו"ח ועדה שבו גם נאמר שהמבוטח מתפקד כיום ללא הפרעה וגם נותרת על כנה הכרעת עבר שאומרת ההיפך מבלי גשר ברור בין השתיים.

לחילופין, ייתכן מצב שבו הוועדה השנייה מקבלת את עצם קיום הבעיה הרפואית בעבר (שהרי היא "ירשה" את קביעות הוועדה הקודמת כנכונות אז), אך גישתה היא שמכיוון שכעת אין בעיה, אפשר להשאיר את העניין מאחור ללא דיון מעמיק. גם זו שגיאה, כי היא מתעלמת מהצורך להסיק מסקנות עדכניות למשל להסיר אבחנה שנרפאה, או לפחות לקבוע נכות זמנית שחלפה. האתגר הוא להתנתק מהנחות מוקדמות וממסגור קודם ולבחון כל מקרה בעיניים רעננות ובלתי-משוחדות. ועדה רפואית מקצועית צריכה לשאול קודם כל: "מהו מצבו הנוכחי של המבוטח"? אם התשובה היא שהמצב תקין, חובתה להסיק את המסקנות המתבקשות מכך, גם אם זה מוביל לביטול או הפחתת נכות שנקבעה בעבר. בשלב שני, אם עולה שאלה לגבי העבר (למשל, טעות אבחון קודמת), ניתן לציין זאת ולתקן את הרישום, או לכל הפחות להעיר על כך, אך אסור לתת לעבר "לכפות" את עצמו על ההווה.

הטיה קוגניטיבית מוכרת היא הרצון להצדיק החלטות עבר מעין דיסוננס קוגניטיבי מוסדי. בספרות הפסיכולוגית מתוארת תאוריית הצדקת המערכת (System Justification) כנטייה של ארגונים ואנשים להצדיק את המערכת הקיימת ולשמר את הסטטוס-קוו. במובן מסוים, ועדה רפואית עלולה ללקות בנטייה כזו: לקבל כתכתיב נתון את הנחת העבודה של קודמיה (למשל, שאותו מבוטח אכן היה חולה) ואז לפרש את הממצאים העדכניים באופן שמרצה את שני הצדדים. כלומר, "כן, הוא היה חולה – ולכן לא ניגע בהחלטה ההיסטורית אבל היום הוא בריא ולכן נציין את זה בלי לשנות את התוצאה הסופית." זהו פתרון ביניים גרוע, שמשאיר לכל צד משהו אך לא פותר כלום לאשורו. בפועל, במקום לקבל החלטה ברורה, הוועדה נותנת עם יד אחת ולוקחת ביד אחרת.

השלכה נוספת של הנחות מוקדמות יכולה להיות במקרים הפוכים: אם ועדה קודמת דחתה תביעה (כלומר קבעה ש"האירוע לא קרה" או שאין נכות), ייתכן ועדת הערר תחוש כבולה מהנחת היסוד הזו ולא תבחן בפתיחות ראיות חדשות לנכות עכשווית. גם זה סוג של הצדקת המערכת, רק באופן של שימור שלילה קודמת. בשני המצבים, נדרש מהוועדה אומץ מקצועי ואינטלקטואלי להשתחרר מהנרטיב ההיסטורי כשהוא לא תואם את הנתונים ולקבל החלטה נקייה מהטיות: לקבל נכות אם כעת ברור שישנה (גם אם קודם נדחתה), או לשלול/להפחית נכות אם כעת ברור שאין (גם אם קודם אושרה).

קריאה לסדר: הכרעות מבוססות-רפואה ותייעוד משפטי תקין.

התופעה שתוארה לעיל אינה רק סוגיה תיאורטית, אלא עניין מעשי בעל השלכות על אופן הציבור, על זכויות מבוטחים ועל תקינות ההליך. לכן, חשוב לקרוא לסדר ולעיון כללים שימנעו הישנות מקרים כאלה. ראשית, על הוועדות הרפואיות לחזור לעיקרון היסוד: החלטה רפואית-משפטית צריכה להתבסס אך ורק על ממצאים רפואיים עדכניים ונימוקים מקצועיים. ועדה רפואית היא טריבונל מעין-שיפוטי והיא מחויבת לסטנדרטים של גוף שיפוטי מבחינת יושר, עצמאות והיצמדות לקריטריונים שנקבעו בדיון. שיקולים כמו "כבר נתנו בעבר אז לא ניקח" או "מה יגידו עלינו אם נשנה עכשיו כיוון" אסורים בהחלט ומקומם לא יכירם בדיוני הוועדה. אם חבר ועדה חש בניגוד עניינים מובנה (למשל, רופא בערר שאינו רוצה לבטל חוות דעת של קולגה מדרג ראשון), עליו לזכור שתפקידו המעין-שיפוטי גובר על קולגיאליות: עליו לפסוק לפי מה שענינו רואות בבדיקה ובמסמכים, לא מתוך נאמנות עיוורת להחלטת קודמו.

שנית, חיונית הקפדה יתרה על תיעוד והנמקה בפרוטוקול הוועדה. כאשר ועדה מקבלת החלטה, במיוחד אם היא מורכבת או שונה מהחלטות קודמות, חובה שתנמק באופן ברור את שיקולה הרפואיים. ההנמקה איננה פורמליות ריקה. היא כלי לביקורת עצמית של הוועדה ולבקרה חיצונית של בתי הדין. כפי שקבע בית הדין לעבודה, הנמקת הוועדה נחוצה "כדי לשכנע את הקורא שאין טעות, שלא נשמט שום שיקול ושאינו סיבה לפקפק בנכונות הדברים". בפרוטוקול המקרה דנן, למשל, היינו מצפים להסבר: אם הוועדה החליטה לא לשנות את הנכות חרף מצבו התקין של הנבדק, היה עליה לפרט מדוע - האם משום שהיא סבורה שיש אפשרות שהליקוי יחזור? האם משום שהיא מוגבלת על-ידי כללי הערר? בהיעדר נימוק כזה, ההחלטה נראית שרירותית ובלתי-סבירה. בתי הדין הדגישו שהנמקת הוועדה צריכה להיות כתובה בשפה שגם מי שאינו רופא יבין, ושעליה להתמודד עם כל הטענות והראיות שהובאו בפני הוועדה. ועדה רפואית שאינה מנמקת כראוי מסתכנת בביטול החלטתה עקב פגם בהנמקה, שכן לא ניתן לעקוב אחרי הלך מחשבתה ולהיווכח שפעלה כשורה.

שלישית, מומלץ לקבוע פרוטוקול מוסדר להתמודדות עם סתירות החלטתיות. אם ועדת ערר מגלה שוועדה קודמת שגתה ואין בפניה ערר פורמלי על הסוגייה (לדוגמה, כשהערר הוגש על נושא אחר), עליה לשקול להפעיל מנגנונים פנימיים: למשל, ליידע את דרג ממונה במוסד לביטוח לאומי או את היועץ המשפטי של המוסד על הצורך בתיקון יזום. כבר נפסק כי יושב-ראש הוועדות הרפואיות רשאי ומוסמך ליזום דיון חוזר לתיקון טעות מהותית שהתגלתה בהחלטת ועדה בין לטובת הנכה ובין לחובתו. כלי זה נועד בדיוק למצבים בהם מתגלה בדיעבד שגיאה שאסור להתעקש עליה בשם ה"עקביות". פנייה יזומה כזו יכולה להוביל לכינוס ועדה בהרכב אחר, שתבחן נקודתית את הליקוי השנוי במחלוקת. צעד כזה, למרות שאולי אינו שגרתי, עדיף על פני הנצחת טעות.

רביעית ואחרונה, יש לעגן בהכשרת חברי הוועדות את המודעות להטיות מסוג הצדקת המערכת. רופאים שמכהנים בוועדות צריכים להבין שמבחן ההצלחה שלהם אינו "אחוזי העררים הנמוכים" או "שמירת הקופה", אלא איכות ההחלטות ונכונותן. אם טעות נעשתה עדיף לתקנה מאשר לכסותה. תרבות ארגונית שמעודדת שקיפות, למידה מטעויות ותיקון תחזק את אמון הציבור. במקרים שבהם נראה שוועדה נמנעה מתיקון החלטה משיקולים לא-ענייניים, מומלץ גם לבצע בקרה פנימית למשל, נציב תלונות הציבור של המוסד או ביקורת פנים כדי לוודא שהדבר לא מעיד על דפוס רוחבי.

לסיכום: תופעת הצדקת המערכת בוועדות רפואיות היא תסמין של מתח בין האנושי-ארגוני (הנטייה להצדיק החלטות עבר) לבין המקצועי-אובייקטיבי (החובה להיצמד לממצאים עדכניים ולדין). המקרה שתיארנו ממחיש כיצד "התמדה בשגיאה" יכולה לפגוע הן בעקרון החוקיות והן באמון הציבור במערכת. על ידי הפקת לקחים, חינוך משפטי-אתי של חברי הוועדות, והבהרת גבולות הסמכות ניתן לצמצם מאוד מקרים כאלה. ועדה רפואית אמיצה ומקצועית היא כזו שאינה חוששת לתקן את עצמה או את קודמיה, כאשר העובדות מחייבות זאת. המוסד לביטוח לאומי וגורמי המשפט צריכים לגבות ועדות שמתנהלות כך ולדרוש סטנדרט החלטה ונימוק גבוה. רק כך יובטח שההכרעות יהיו חדות, צודקות ומבוססות-רפואה, לטובת המבוטחים ולטובת המערכת כולה.

מקורות:

חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות) ותקנות הנכים (ועדות רפואיות), והפסיקה הרלוונטית כפי שהוזכרה במאמר.

למשל – : פסק דין בית הדין הארצי לעבודה הקובע שהחלטות ועדות קודמות אינן סופיות ותלויות במצב הרפואי העדכני- פסיקה המאשררת סמכות ועדת ערר להפחית נכות שנקבעה בדרג ראשון, אף ללא ערעור נגדי.

הנחיות פסיקה בנוגע לחובת הוועדה ליידע מבוטח לפני הפחתת נכות בערר מיוזמתה-פסיקה בדבר חובת ההנמקה המוגברת של ועדות רפואיות כנימוקי טריבונל מעין-שיפוטי.

כל אלה ועוד מדגישים את הצורך בהחלטות המבוססות על רפואה נטו, מנומקות כראוי ונטולות פניות.