



המוסד לביטוח לאומי

# תדריך לרופא בנכות כללית

הלשכה הרפואית

סיוון תשפו  
מאי 2026



# תדריך נכות כללית 2026

הלשכה הרפואית



ה

## פרק א':

--- תוכן עניינים ---

המוסד לביטוח לאומי

◆ מבנה ארגוני + סמכויות

◆ מקורות מימון

◆ ענפי הביטוח השונים

◆ סוגי הגמלאות

◆ זכאים לקצבת נכות כללית

◆ קצבת נכות – תנאים ואחוזים

◆ קצבת עידוד, שיקום מקצועי, שר"מ, ילד נכה, ניידות ועוד

◆ שיעורי קצבאות 2025

◆ הרכב הרופאים + סמכויות דרג ראשון/ערר

◆ נהלי הוועדות, פרוטוקול, חובת הנמקה, צדק טבעי, הרעת מצב בערר

◆ ניגודי עניינים + קוד אתי + חובת סודיות

◆ חברי ועדות, פוסקים, יועצים, רופאי סניף, קליטת רופאים והכשרתם



## המוסד לביטוח לאומי

### המוסד לביטוח לאומי

המוסד לביטוח לאומי (מ"ל) הוקם בשנת 1953 כאמצעי מרכזי לצמצום הפערים הכלכליים בישראל ולהבטחת הגנה כלכלית לכל תושב ומשפחה בעת מצוקה זמנית או מתמשכת. מערכת הביטחון הסוציאלי של הביטוח הלאומי גובה דמי ביטוח מהציבור ומשלמת גמלאות לזכאים, בהתאם למבחנים שקובע החוק, ובכך מעבירה הכנסות מקבוצות מבוססות כלכלית אל קבוצות חלשות ופגיעות באוכלוסייה.

המוסד לביטוח לאומי הוא תאגיד בפיקוח שר הרווחה ובביקורת מבקר המדינה. שר הרווחה ממונה על ביצוע חוק הביטוח הלאומי, מתקין תקנות על פיו ועומד בראש מועצת המוסד. מינהלת המוסד (הנהלת הביטוח הלאומי) מהווה את הרשות המנהלת והמבצעת, ובראשה המנכ"ל ומשנהו, לצד סמנכ"לים בתחומים כגמלאות, מחקר ותכנון, תקשוב ומערכות מידע, כספים ובקרה, ביטוח וגבייה, משאבי אנוש, תקציבים ולוגיסטיקה וחקירות. המוסד פרוס כמשרד ראשי ו-23 סניפים ראשיים ברחבי הארץ, שלהם עשרות סניפי משנה ואשנבים.

### מקורות ההכנסה של המוסד:

שלושת מקורות המימון העיקריים הם:

- (1) גביית דמי ביטוח מהמבוטחים;
- (2) השתתפות תקציבית של הממשלה;
- (3) הכנסות מהשקעות (ריבית על קרנות המוסד).

### עיקרון הגבייה

בעת השתכרות – המבוטח מפריש חלק מהכנסתו כדמי ביטוח ובכך "קונה" את הזכות לקבל גמלאות המחליפות שכר בזמן מצוקה זמנית או מתמשכת, כפי שמגדיר החוק.

### גמלאות הביטוח הלאומי:

הגמלאות מתחלקות לחמש קבוצות עיקריות, בהתאם למצב הכלכלי וזיקת הזכאים לשוק העבודה:

- גמלאות ארוכות מועד:
  - מי שיצאו ממעגל העבודה עקב גיל (זקנה), התאלמנות (שאיירים), נכות או אובדן כושר השתכרות (חלקי או מלא).
  - גמלאות עיקריות בקבוצה זו (שהן חלק ממערך הפנסיה) הן קצבת אזרח ותיק, קצבת שאירים וקצבת נכות כללית.



- גמלאות מחליפות שכר
  - למבוטחים בגיל העבודה בעלי כושר עבודה, שאינם יכולים זמנית להשתכר עקב סיבות כמו לידה (דמי לידה), פגיעה בעבודה, תאונה, אבטלה או שירות מילואים.
  - גמלאות אלו משולמות לתקופה מוגבלת כדי להגן זמנית על רמת ההכנסה שלהם.
- גמלה להבטחת קיום מינימלי:
  - למשפחות שחסרות הכנסה מספקת מטעמי זקנה, התאלמנות, טיפול בילדים, מחלה, נכות, אי-תעסוקה או שכר נמוך. לדוגמה, הבטחת הכנסה או תשלום מזונות (הבטחת תשלום)
  - גמלאות אלו מותנות לרוב במבחן הכנסות.
- קצבאות ילדים:
  - משולמות למשפחות עם ילדים כתוספת הכנסה המסייעת בגידול הילדים.
- גמלאות שיקום וקיום
  - תוכניות שיקום, שיקום תעסוקתי וסיעוד
  - סיוע לנכים, לאלמנות ולקשישים סיעודיים בניהול חיים תקינים. למשל, גמלת סיעוד לקשישים התלויים בעזרת הזולת, גמלת שיקום מקצועי לנכים ועוד.

#### ענפי הביטוח הסוציאלי שבאחריות המוסד

הביטוח הלאומי אחראי על מגוון ביטוחים סוציאליים, ביניהם:

- ביטוח אמהות,
- ביטוח ילדים,
- ביטוח נפגעי עבודה (כולל מתנדבים),
- ביטוח נפגעי תאונות,
- ביטוח אבטלה,
- ביטוח זכויות עובדים בפשיטת רגל ופירוק תאגיד,
- ביטוח סיעוד,
- ביטוח זקנה ושירים,

וכן יישום חוקים נוספים כגון

1. חוק הבטחת הכנסה,
2. חוק מזונות (הבטחת תשלום),
3. חוק ביטוח בריאות ממלכתי (משנת 1995),

וכן יישום הסכמים נוספים כגון

1. הסכמים בדבר תשלום קצבאות לעולים חדשים שאינם מבוטחים לפי החוק,



2. הסכם ניידות,
  3. תגמולים לאסירי ציון ולבני משפחותיהם של הרוגי מלכות,
  4. תגמולים לחסידי אומות העולם ועוד.
- חוקים והסכמים אלו (שאינם מבוססי דמי ביטוח) ממומנים מתקציב המדינה.

## ביטוח נכות כללית

ביטוח נכות כללית מעניק קצבאות לאנשים עם מוגבלויות, בכפוף לעמידה בתנאי זכאות הקבועים בחוק.

### זכאים לקצבת נכות כללית

א. תושב/ת ישראל מגיל 18 ועד גיל פרישה (67 לגברים, ולנשים בהתאם לחוק – 62 ועתיד לעלות בהדרגה),

ב. אשר עקב ליקוי גופני, שכלי או נפשי (ממחלה, מתאונה או ממום מלידה) מתקיים לגביו אחד מהתנאים הבאים:

ג. **אובדן כושר השתכרות משמעותי:** אין לו כושר להשתכר מעבודה או ממשלח יד, או שכושרו להשתכר צומצם עקב הליקוי ב-50% ומעלה. כדי שייקבע אובדן כושר יש לבחון גם את שיעור הנכות הרפואית (ראו סעיף להלן).

ד. **הכנסה מזערית מעבודה:** הוא אינו עובד כלל או שהכנסתו כשכיר או כעצמאי נמוכה מהרף הקבוע בחוק – נכון ל-2025, פחות מ-7,990 ₪ ברוטו לחודש. רף זה מייצג 60% מהשכר הממוצע במשק ומתעדכן מעת לעת. על פי חוק, יש לוודא שההכנסה נמוכה מרף זה במשך 90 ימים רצופים מתוך 15 החודשים שקדמו להגשת התביעה. מי שעובד ומשתכר מעל רף זה אינו נחשב "נכה" לעניין הזכאות לקצבה, אך ישנם מסלולי השתלבות בעבודה (כמו "קצבת עידוד" – ראו בהמשך) שנועדו לעודד המשך עבודה לצד הקצבה.

**עקרת בית נכה:** אישה נשואה תושבת ישראל, בגיל 18 עד גיל פרישה, שאינה עובדת ובעלה מבוטח בביטוח זקנה, ועקב ליקוי איבדה את כושרה לתפקד במשק בית רגיל (או שכושרה הצטמצם עקב הליקוי ב-50% ומעלה). בהתאם לחוק, אישה נשואה שאינה עובדת תיבדק במסלול "עקרת בית" אם מתקיים אחד מהתנאים: היא לא עבדה 12 חודשים רצופים (או 24 חודשים לא רצופים) במהלך 48 החודשים שקדמו לתביעה (או שקדמו להפסקת העבודה, אם הפסקת העבודה הייתה לאחר הגשת התביעה). נשים הבאות לא ייחשבו "עקרת בית" (אלא ייבדקו כנכות כללית רגילה): רווקה, גרושה, אלמנה, עגונה, אישה עובדת המשתכרת, אישה נשואה שבעלה אינו מבוטח בביטוח זקנה, ואישה שענתה על תנאי תקופת עבודה כאמור לעיל.

### תחילת הזכאות:



1. מועד תחילת תשלום הקצבה הוא בתום 90 יום מהיום בו נקבע שאיבד את כושר ההשתכרות (תקופת המתנה).
  2. אם בתקופה זו שולמו לעובד דמי מחלה ממעסיקו – הקצבה תחל מתום תקופת תשלום דמי המחלה.
  3. עבור עולה חדש (תושב ישראל פחות משנה) – הזכאות לקצבת נכות מתחילה רק לאחר שנה מיום העלייה.
- א. בתקופה שמיום ה-91 ועד תום השנה הראשונה לעלייה, עשוי העולה להיות זכאי לגמלת נכות מיוחדת (זמנית) לעולים קשים, לרוב בכפוף לזכאות לשירותים מיוחדים (שר"ם).

### סוגי הגמלאות ותנאי הזכאות

**קצבת נכות חודשית (קצבת נכות כללית):** מטרתה הבטחת הכנסה מינימלית לקיום לנכים ולתלויים בהם.

- הקצבה משולמת למי שעונה על שני התנאי
  - נקבעה לו נכות רפואית
  - בשיעור 60% ומעלה,
  - או 40% ומעלה כאשר יש מספר ליקויים רפואיים ואחד מהם לפחות בשיעור 25%
  - עבור אישה הנבדקת כ"עקרת בית" – נדרש 50% ומעלה נכות רפואית
- 
- נקבע שאיבד את כושרו להשתכר או לתפקד במשק בית רגיל בשיעור 50% ומעלה.
  - דרגת אי-הכושר להשתכר נקבעת באחוזים מוגדרים: 60%, 65%, 74% או 100%
  - דרגה של פחות מ-50% אינה מזכה בקצבה.
- מי שעונה על תנאי הנכות הרפואית ואי-הכושר יקבל **קצבת יחיד מלאה**, ואם יש לו תלויים (בן/בת זוג שלא משתכר מעל סכום מסוים, ו/או עד שני ילדים) – תשולם תוספת תלויים עבורם.

**הערה:** שיעורי הקצבה מתעדכנים מעת לעת, ובאופן כללי מוגדרים כחלק מהשכר הממוצע במשק (כ-25% מהשכר הממוצע ליחיד, מוגדל במספר אחוזים כתוספת – בהתאם לחוק ולתיקוני חקיקה).

2. קצבת הנכות הכללית משולמת ללא תלות בגמלאות אחרות – כלומר, במקרים מסוימים זכאי אדם למספר קצבאות במקביל, בהתאם לחוק (לדוגמה, נכה כללי יכול לקבל גם קצבת שירותים מיוחדים, קצבת ניידות, קצבת ילד נכה עבור ילדו וכדומה) – כל קצבה בהתאם לקריטריונים שלה.



**קצבת עידוד:** קצבה לנכים עובדים שהכנסתם עלתה מעל רף הזכאות לנכות. מטרתה לעודד המשך עבודה של מקבלי הקצבה. זכאי לה מי שהיה מקבל קצבת נכות מלאה במשך 12 חודשים רצופים, ואז החל להשתכר מעל רף ההכנסה המגדיר "נכה". במקרה כזה, כל עוד הכנסתו לא עולה מעל תקרה מסוימת, הוא עשוי להמשיך לקבל קצבת עידוד (שהיא למעשה קצבת נכות כללית מופחתת) בהתחשב בהכנסותיו. הסדר זה נקבע בעקבות "חוק לרון" כדי לתמרץ מקבלי קצבה לצאת לעבוד מבלי לאבד מיד את הזכאות.

**גמלת שירותים מיוחדים (שר"מ):** גמלה חודשית לנכים הזקוקים לעזרה של אדם אחר בפעולות היומיום (לבישה, רחצה, אכילה, נידות בבית, היגיינה אישית) ו/או להשגחה צמודה למניעת סכנה לעצמם או לסביבה. תנאי הזכאות העיקריים: )

- א. תלות משמעותית בעזרת הזולת ברוב פעולות היום-יום או צורך בהשגחה מתמדת;
- ב. למקבל קצבת נכות כללית – נכות רפואית משוקללת של 40% ומעלה (לעניין שר"מ), ולמי שאינו זכאי לקצבת נכות – נכות רפואית בשיעור 75% ומעלה.
- ג. בנוסף, רק מי שאינו מאושפז במוסד בתנאי כלכלה מלאה זכאי לשר"מ.
- ד. רמות השר"מ נחלקות לפי מידת התלות: 50%, 112%, 188%, 235%, ובהתאם להן סכום הגמלה – למשל, ברמת תלות 50% הסכום הבסיסי הוא כמחצית הקצבה המלאה.
- ה. נכה הזכאי לשר"מ והגיע לגיל פרישה – זכאותו לשר"מ נמשכת גם לאחר גיל זה (בניגוד לקצבת נכות כללית רגילה שפוקעת בגיל פרישה והופכת לקצבת אזרח ותיק).

**שיקום מקצועי:** שירותי אבחון, ייעוץ, הכשרה מקצועית והשמה תעסוקתית לנכה במטרה להשיבו למעגל העבודה.

- א. זכאי לשיקום מקצועי מי שנקבעה לו נכות רפואית של 20% ומעלה,
- ב. אשר עקב הליקוי אינו מסוגל לעבוד בעבודתו הקודמת או בעבודה מתאימה אחרת,
- ג. והוא זקוק להכשרה מקצועית חדשה.
- ד. במסגרת השיקום המקצועי עשוי הביטוח הלאומי לממן לימודים או הכשרה, דמי שיקום למחיה, ציוד שיקומי וכדומה, על מנת לסייע לנכה לחזור לשוק העבודה.



**גמלה מיוחדת לעולה נכה:** קצבה ייחודית לעולים חדשים בשנה הראשונה לעלייתם, בעלי מוגבלות קשה.

- משולמת בתנאים מיוחדים כאשר טרם חלפו 12 חודשים מיום העלייה,
- והעולה עקב ליקוי רפואי זקוק לעזרת הזולת הרבה יותר מהרגיל בפעולות היום-יום.
- הסדר זה משולב לרוב עם גמלת שר"מ לעולה (ניתנת מהיום ה-91 לעלייה ועד תום השנה הראשונה לעלייה).
- לאחר השנה הראשונה, אם נכותו נמשכת, העולה ייבדק במסגרת הרגילה של נכות כללית ושר"מ.

**גמלת ילד נכה:** כל נושא הזכאיות של ילד נכה (והוריהם) מופיע בפירוט רב במסגרת התדריך לקביעת זכאות לילדים חולים.

## שיעורי הקצבאות ועקרונות תשלום

**שיעורי הקצבאות בנכות כללית:** כפי שפורט לעיל, קצבת הנכות נקבעת לפי דרגת אי-הכושר שנקבעה לנכה.

ארבע דרגות אי-הכושר המזכות בקצבה הן 60%, 65%, 74% ו-100% (כאשר בחוק מוגדרת גם דרגה של 75% הנחשבת כדרגת אי-כושר מלאה לצורך קבלת קצבה מלאה).

דרגה מלאה (75% או 100%) מזכה בקצבת נכות חודשית מלאה, ואילו דרגות נמוכות יותר מזכות בקצבה חלקית יחסית.

נכון ל-2025:

1. דרגה מלאה (75%/100%) – 4,556 ₪;

2. דרגת 74% – 3,106 ₪;

3. דרגת 65% – 2,800 ₪;

4. דרגת 60% – 2,629 ₪.

בקצבה מלאה ליחיד מתווספת **תוספת תלויים** עבור בן/בת זוג וכשני ילדים ראשונים, בשיעורים הקבועים (לבן זוג כ-12.5% מהשכר הממוצע, ולכל ילד 10% מהשכר הממוצע). כל הסכומים צמודים למדד השכר הממוצע ומתעדכנים מעת לעת.



### גמלאות אחרות:

1. **קצבת שירותים מיוחדים** מחולקת לארבע רמות זכאות (50%, 112%, 188%, 235% – אחוזים אלו מבטאים את שיעור הקצבה ביחס לקצבת הנכות הבסיסית).

2. **גמלת ילד נכה** נחלקת לחמש רמות זכאות (50%, 100%, 188%, 235%, 270%), וסכומיה מתעדכנים בכל שנה.

יש לציין כי ניתן לקבל **כפל גמלאות** בנסיבות מסוימות: למשל, נכה עשוי לקבל בו-זמנית קצבת נכות כללית וקצבת שירותים מיוחדים (מהיום ה-31 זכאות לשר"מ), או קצבת נכות וכל קצבאות ילד נכה עבור ילדיו. עם זאת,

ישנן **גמלאות שלא ניתן לצבור יחד** (למשל קצבת נכות כללית וקצבת נכות מעבודה – נכה יצטרך לבחור). כל גמלה ניתנת לפי החוק הרלוונטי לה.



## סיכום פרק א – יסודות המוסד לביטוח לאומי

### ייעוד מרכזי

הביטוח הלאומי מהווה מנגנון חלוקת משאבים לאומי להגנה סוציאלית על תושבי ישראל.

### 1.1 מטרת המוסד

- שמירה בפני אובדן הכנסה
- פיצוי בגין נכות, פגיעה בעבודה, זקנה, שארים, ילד נכה
- יצירת ביטחון כלכלי במצבי אי-כושר

### 1.2 מקורות מימון

מקור	פירוט
דמי ביטוח לאומי	משולם ע"י עובדים ומעסיקים
תקציב המדינה	השלמה ממשלתית
גבייה וחיובים	תשלום חייבים, חובות, קנסות

### 1.3 ענפי ביטוח לאומי

- נכות כללית
- נפגעי עבודה
- ילד נכה
- זקנה ושארים
- שר"מ
- סיעוד

### 1.4 תנאי סף לנכות כללית

נכות רפואית מזכה (לבדיקת אובדן כושר עבודה) כאשר:

1. נכות רפואית משוקללת בת 60% לפחות (לאחר ניפוי סעיפים- המופיעים בספר הליקויים עם סימון \*).

או

2. דרגת נכות משוקללת בת 40% ובתנאי שאחד הסעיפים הוא ברמה חומרה של 25% לפחות.



## הרופאים בנכות כללית

במסגרת הטיפול בתביעות נכות כללית ובקיום ועדות רפואיות, מעורבים רופאים בתפקידים שונים:

### רופא המוסד (רופא הסניף)

- רופא העובד בסניף הביטוח הלאומי.
- הוא אחראי לניהול העניינים הרפואיים בסניף ולמתן ייעוץ רפואי לפקידי התביעות ולגורמים נוספים בסניף
- רופא הסניף מבצע בין היתר ניתוב תיקים לוועדות, הפניית תובעים לבדיקות, מינוי מומחים יועצים וכדומה.

### רופא מוסמך לקביעת נכות כללית

- רופא של המוסד או רופא חיצוני שהוסמך על ידי מנכ"ל הביטוח הלאומי, בהמלצת המנהל הרפואי של המל"ל.
- לקבוע דרגת נכות רפואית ולהביע חוות דעת בדבר אי-כושר ההשתכרות של התובע
- ראוי לציין שוועדה רפואית לקביעת דרגת נכות כללית בדרג ראשון מופיעה כארון במושגי המל"ל ולא וועדה רפואית. הוא הרופא בדרג ראשון ("ועדה רפואית מדרג ראשון") שבודק את התובע, קובע את אחוזי הנכות בהתאם לספר המבחנים הרפואיים, וממליץ על דרגת אי-הכושר (אובדן הכושר לעבוד) הנובעת מהליקויים.

### נותן חוות דעת (יועץ רפואי):

- רופא מומחה בתחום מסוים, שהוסמך על ידי המנהל הרפואי
- נותן חוות דעת מקצועית לרופא המוסמך לגבי דרגת הנכות הרפואית בתחום התמחותו, וכן להמליץ לגבי ההשלכות התפקודיות של הליקוי שנבדק (במושגים של המל"ל הוא אמור להעריך את מידת הפגיעה בכושר העבודה של החלזה בגין הבעייה הספציפית שבה הוא דן).
- נותן חוות הדעת אינו קובע את הנכות הסופית אלא משמש יועץ – הוא סוקר את המסמכים הרפואיים ובדיקות העזר ומגיש לרופא המוסמך חוות דעת כתובה. למשל, רופא קרדיולוג יועץ עשוי להעריך את אחוזי הנכות בגין מחלת לב, והרופא המוסמך ישקלל חוות דעת זו עם יתר הליקויים.



### רופא בוועדה רפואית לעררים (נכות כללית):

- רופא אשר מונה על ידי שר הרווחה והשירותים החברתיים כחבר בוועדות הרפואיות לעררים, ורשימת שמו פורסמה ברשומות.
- ועדה רפואית לעררים מורכבת מ-2 או 3 רופאים כאלה (בדרך כלל מתחומי התמחות רלוונטיים למקרה),
- הם ה"דרג השני" הן בערעורי הנכים על החלטות הרופאים המוסמכים (הדרג הראשון).

### חבר בוועדה לעררים (דרגת אי-כושר או שר"מ)

- בנוסף לרופאים, בוועדות לעררים מסוימות (כגון ועדת ערר לדרגת אי-כושר, או ועדת שר"מ) חברים גם מומחים מקצועיים אחרים שמונו על ידי השר – כגון מומחי שיקום תעסוקתי, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, אחיות מומחיות בתחום תפקוד, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת וכו'.
- אלו משתתפים בדיונים הרלוונטיים למומחיותם (למשל, בוועדת אי-כושר נוכחים פעמים רבות מומחה תעסוקה ושיקום לצד רופא).

### המנהל הרפואי של המל"ל:

- הסמכות המקצועית העליונה בכל הנושאים הרפואיים במוסד.
- הוא ממונה על ידי הנהלת המל"ל,
- מנחה מקצועית את כל רופאי המוסד,
- מכריע במקרים רפואיים מורכבים או תקדימיים,
- מייצג את המל"ל מול גורמים חיצוניים בעניינים רפואיים,
- מפתח נהלים מקצועיים.
- תחתיו פועלים רופאים מחוזיים

**רופאים מחוזיים** (מחוז צפון, מרכז, שפלה, דרום) - משימותיהם תקבענה על פי החלטת המנהל הרפואי של המוסד לביטוח לאומי.

### רופאים יועצים ארציים

בנושאי מומחיות ספציפיים (כגון רופא ארצי למחלות מקצוע, רופא ארצי לנכות כללית, פסיכיאטר ארצי, רופא עיניים ארצי, מומחה ארצי לילד נכה וכו').

**נוהל קליטת רופאים והכשרתם**

רופא חדש ישולב במערך הרפואי של הביטוח הלאומי רק באישור הלשכה הרפואית (המטה הרפואי). בהליכי קליטה והכשרה מבחינים בין שני סוגי איוש עיקריים:

**1. רופאי המוסד (רופאי סניף בנכות כללית ו/או נפגעי עבודה):** רופאים שעובדים בשירות המוסד בתפקיד יועצים רפואיים לסניף, לרוב במסגרת חוזה ייעוץ (משרה חלקית לפי שעות) או תקן קבוע. רופאים אלה מטפלים בתיקים הרפואיים של התובעים, מכינים אותם לוועדות, מקיימים ועדות רפואיות מדרג ראשון, ונותנים ייעוץ לפקידים.

**2. רופאי ועדות רפואיות:** רופאים חיצוניים (או פנימיים) המשמשים כחברי ועדות רפואיות בדרגים השונים או כפוסקים רפואיים. בכלל זה: נותני חוות דעת (יועצים) בנכות כללית, ילד נכה ושירותים מיוחדים; רופאים מוסמכים (בוועדות מדרג ראשון) בנכות כללית, ילד נכה, שר"מ; פוסקים רפואיים לנפגעי עבודה (דרג ראשון); חברי ועדות רפואיות לעררים בנכות כללית, בנפגעי עבודה/איבה, בשירותים מיוחדים, בילד נכה, בוועדות אי-כושר ובוועדות סיעוד.

**קליטת רופא סניף (רופא מוסד):** הלשכה הרפואית מפרסמת מעת לעת מכרזים לתפקיד "רופא מוסד" בסניפים השונים, בהתאם לצורכי הסניפים. כאשר סניף מזהה צורך ברופא נוסף, מוגשת פנייה למטה הרפואי בצירוף: (א) המלצת רופא הסניף או מנהל הסניף; (ב) נימוק כתוב לצורך ברופא חדש; (ג) קורות חיים של המועמד; (ד) צילום רישיון ישראלי לעסוק ברפואה; (ה) צילום תעודת מומחה; (ו) המלצה ממנהל מחלקה בבית חולים או מרופא בכיר; (ז) צילום תעודת זהות; (ח) פרטי התקשרות. לאחר אישור המנהל הרפואי לקלוט את הרופא, מתחיל תהליך ההעסקה.

**הכשרה במשרד הראשי (מטה המל"ל):** לאחר ההחלטה על קליטה, הרופא מוזמן לפגישת היכרות בלשכה הרפואית בירושלים. אחראי תחום (רופא מומחה בלשכה) מציג בפניו את המערכת הרפואית: מטרותיה, המבנה הארגוני, סמכויות הרופאים, תחומי הפעילות וכו'. כמו כן מוגדרים *תפקיד, סמכויות, חובות וזכויות רופא המוסד* – כולל למשל חובת דיווח למכון הרפואי לבטיחות בדרכים (מרב"ד) במקרה שמתגלים כשלים רפואיים ביכולת הנהיגה של תובע. מוצגת לרופא תוכנית ההכשרה, והוא משובץ לחניכה על ידי רופא סניף ותיק. בנוסף, הרופא מקבל הדרכה על **המערכות הממוחשבות** (למשל מערכת "שיר" ו"תבל" לניהול תיקי נכות). לרופא החדש ניתנת **ערכת חומר מקצועי** הכוללת את תדריך הנכות (מסמך נהלים זה), ספר חוק הביטוח הלאומי ותקנותיו, "ספר הליקויים" (רשימת המבחנים לקביעת אחוזי נכות), לקט נהלים ופסיקה, ורשימת אנשי קשר לשאלות בתחומים שונים. (כיום פועלים במל"ל להפיק את ערכת ההדרכה גם בפורמט דיגיטלי, כגון תקליטור או פורטל פנימי). הרופא חותם על מסמכי קליטה ומוסדרים נושאי שכרו, רישומו במערכות, דיווח שעות, השתתפות בימי עיון, תנאי חופשות וכד'.



**הכשרה בסניף:** לכל רופא חדש מוצמד **רופא מדריך (מנטור)** – לרוב רופא סניף מנוסה באותו תחום – אשר מדריך ומלווה אותו במהלך השנה הראשונה. בתקופת החניכה (לפחות חודשיים, בתדירות מינימלית של פעמיים בשבוע) הרופא החדש צופה כמשקיף בוועדות רפואיות שונות (לפחות 8 ועדות בתחומים עיקריים: פנימית, פסיכיאטריה, אורטופדיה וכו'), לומד את אופן ניהול הדין והבדיקה, ואת אופן ניסוח החלטות הוועדה. לאחר תקופת החניכה המובנית, ממשיך הרופא המדריך לעמוד לרשות הרופא החדש להתייעצויות שוטפות לפי הצורך. עם סיום שלב ההדרכה, **10 התיקים הראשונים** בהם טיפל הרופא החדש נבדקים על ידי הלשכה הרפואית (מומחי המטה עוברים על החלטותיו), וניתן משוב לרופא (כולל טופס הערכה שמילא הרופא המדריך). אם המשוב חיובי ונמצא כי הרופא עומד בדרישות, הלשכה הרפואית ממליצה למנכ"ל הביטוח הלאומי להסמיכו באופן רשמי כ"רופא מוסמך" (חתימת מנכ"ל על כתב המינוי). לאחר כ-6 חודשי עבודה נוספים, נבדקים שוב כ-20 תיקים נוספים שטופלו על ידיו, והרופא מוזמן לפגישת משוב וסיכום במטה – חצי שנה ראשונה זו נחשבת **תקופת הניסיון** של הרופא בתפקיד.



## נושאי ההכשרה העיקריים לרופאי נכות כללית (רופאי סניף)

ההדרכה המעשית והתאורטית כוללת בין היתר:

**1. הכנת תיק התביעה לוועדה:** הדרכה על מערכת המידע ("שיר"), ניתוב נכון של התיק – קביעת רשימת ליקויים רפואיים הדורשים בדיקה, בקשת מסמכים או בדיקות רפואיות חסרות מבתי חולים וגורמים מטפלים, קביעת תחומי המומחיות הדרושים בוועדה (מינוי רופאים נותני חו"ד בתחומים שונים), החלטה על צורך בבדיקת בית (שר"מ) וכד'. כמו כן, טיפול בתיקי עררים – איסוף חומר נוסף והכנת התיק לדיון חוזר.

**2. מינוי אפוסטרופוס או מקבל גמלה אחר:** כאשר לתובע מוגבלות שכלית או נפשית או מצב משפטי המונע ממנו לנהל כספים, רופא הסניף ממליץ על מינוי מקבל גמלה במקום הזכאי (לרוב אפוסטרופוס) לצורך קבלת התשלום, והדבר מגובה בחוות דעת רפואית על אי-כשירותו של הנכה לטפל בענייניו הכספיים.

**3. הפניה למשרד הראשי:** זיהוי מקרים חריגים המצדיקים דיון או אישור במטה (למשל מקרים תקדימיים משפטיים, או החלטות חריגות הדורשות אישור הנהלת המוסד).

**4. אבחון רפואי בוועדה רפואית:** היבטים אתיים, משפטיים ורפואיים בעבודת הוועדה. נלמדים כללי ההתנהגות בוועדה: שמירה על כבוד התובע, ניהול פרוטוקול, הכללת מלווים/נוכחים חיצוניים רק בהסכמה, חובת ההנמקה בכתב של החלטות הוועדה, תיקון פרוטוקול במידת הצורך, דיווח על אירועים חריגים במהלך ועדה וכו'.

**5. קביעת אחוזי נכות רפואית:** הבחנה בין נכות יציבה (צמיתה) לנכות זמנית, קביעה או דחייה של מועד תחולה (תאריך שבו "נוצרה" הנכות – למשל מתי החל המצב המצדיק אחוז מסוים), אפשרות עצירת דיון לצורך השלמת מידע רפואי, קביעת סעיפי ליקוי נכונים מתוך תקנות הביטוח הלאומי (המכונות "ספר הליקויים"), שקלול אחוזים מרובים (שימוש בנוסחת שקלול), התייחסות לחוות דעת רפואיות חיצוניות בתיק, ודיווח למשרד הרישוי (מרב"ד) במקרים הנדרשים על פי חוק.

**6. קביעת דרגת אי-כושר (כושר השתכרות):** שילוב המידע הרפואי עם נתונים תעסוקתיים של התובע. דגש מושם על ההיבט התפקודי של הליקויים – באיזו מידה מכלול הליקויים הרפואיים משפיע בפועל על יכולת העבודה וההשתכרות של אותו אדם, בהתחשב בהשכלתו, מקצועו, גילו וכיוצא בזה. נלמד שיתוף הפעולה עם פקיד שיקום תעסוקתי בסניף (הממליץ על התאמה לעבודה או שיקום מקצועי), והקפדה על מילוי מקיף ונכון של טופס חוות הדעת לעניין כושר השתכרות (בהתאם לתיקוני חוק לרון – המעודדים שילוב בעבודה).



**7. השתתפות מעשית בוועדות רפואיות:** כאמור, הרופא מתלמד כמשקיף בוועדות בפועל – לפחות 10 ועדות בתחומי רפואה מגוונים (למשל: פנימית, קרדיולוגיה, נירולוגיה, אורטופדיה, פסיכיאטריה וכו'), כדי לרכוש ניסיון בבדיקה קלינית בוועדה ובהתנהלות כיו"ר ועדה.

**8. תחומים ייחודיים:** הכרת תחום שירותים מיוחדים (שר"מ) – הקריטריונים, תקנות מיוחדות (כגון "שר"מ אונקולוגי" – זכאות זמנית לשר"מ לחולה סרטן בשל טיפול אקטיבי), ואופן ביצוע ביקורי בית להערכת תלות. כמו כן, הכרת חוק הבטחת הכנסה ככל שהוא נוגע לעבודת הרופא (אישור אי-התייצבות לחתימה עקב מחלה, אישור צריכת רכב לצורכי רפואה לעניין מבחן ההכנסה).  
בתחום **שמירת היריון** – הכרת החוק למתן גמלה לנשים בהיריון הנאלצות להפסיק לעבוד עקב סיכון רפואי (להן או לעובר), לרבות עקרונות לאישור גמלה זו והתייעצות במקרים מורכבים עם מומחים לגינקולוגיה.

**9. הנחיות רפואיות שכיחות:** סקירת התייחסויות אחידות במוסד למחלות שכיחות – למשל: הערכת נכויות בגין סוכרת וסיבוכיה, ממאירויות, בעיות אורטופדיות נפוצות, הפרעות נפשיות נפוצות וכד'. מושם דגש על הנחיות פנימיות הקיימות בתחומים אלו כדי להביא לאחידות בפסיקה.

#### **קליטת רופאים לוועדות רפואיות (נותני חו"ד, רופאים מוסמכים, פוסקים, חברי ועדות ערר):**

מעת לעת, לפי הצורך, מפרסם המוסד "קול קורא" בעיתונות לגיוס רופאים במעמד יועצים חיצוניים לוועדות. הליך הקליטה דומה – הגשת מסמכים, ראיון והמלצת רופא סניף, אישור מנהל רפואי, ולאחר מכן תהליך מינוי רשמי.

חשוב לציין כי **בנכות כללית** – עקב רגישות הנושא (למוסד אין זכות ערעור משפטית על החלטות ועדה מדרג ראשון), מקפידים שרופא חדש לא ימונה מיד כרופא מוסמך עצמאי. בדרך כלל, ישולב תחילה כנותן חוות דעת (יועץ) ויעבוד תקופה תחת הדרכה והערכה. רק לאחר שהוכחה מקצועיותו וכשירותו, תישקל הסמכתו כרופא מוסמך מדרג ראשון (על ידי מנכ"ל המל"ל). מינוי חברי ועדות ערר או פוסקים רפואיים (בנפגעי עבודה) נעשה על ידי שר הרווחה, לאחר קורס הכשרה ייעודי (קורס "רפואה ומשפט" שנערך באוניברסיטאות, בהתאם לתיקון 115 לחוק הביטוח הלאומי) והמלצת המוסד. כתב מינוי לוועדות ערר מתפרסם ברשומות, ותקף נכון להיום לשלוש שנים בכל פעם.

**תוכנית הדרכה לרופאי ועדות (דרג ראשון וערר):**

בדומה לרופאי הסניף, גם רופאים המיועדים לשמש בוועדות (כיועצים או כפוסקים) עוברים חניכה. לרוב, רופא סניף מנוסה או רופא מומחה בתחום דומה חונך אותם. בנושאי ההדרכה מושם דגש על עבודת הוועדה:

**1. נהלי ועדה רפואית:** כללי ההתנהגות, איסור ביצוע בדיקות פולשניות (הרופא הקובע נכות נסמך על חומר רפואי קיים ובדיקה קלינית בלבד; אין לבצע פעולות אבחנתיות מסוכנות כחלק מוועדה), טיפול במצב של **עצירת דיון** לצורך מידע נוסף, דיון מחודש בעקבות ערר, ותיקון פרוטוקול בעת הצורך. כמו כן, תרגול חובת ההנמקה – כתיבת החלטות ברורות ומנומקות כפי שנפרט להלן.

**2. קביעת נכות רפואית בוועדה:** לרופאי הוועדות מלמדים לפרטי פרטים את יישום תקנות הנכות (ספר הליקויים). איך לקבוע נכויות זמניות מול צמיתות, איך לקבוע **מועד תחולה** רטרואקטיבי (בגבולות החוק) כאשר צריך, כיצד לקבוע סעיף ליקוי מתאים גם אם אין סעיף מדויק (שימוש בסעיף "ליקוי דומה" כשאפשר), שילוב אחוזים, והתייחסות במקרים של חוות דעת פרטיות שמציג התובע – מתי לקבלן ומתי לנמק דחייתן.

**3. הערכת אי-כושר בוועדה (רופא מוסמך):** דגש על הבנת ההגבלות התפקודיות: הרופא לומד כיצד לתרגם את הנכות הרפואית ל**כושר תעסוקתי** – למשל, נכות רפואית מסוימת לא תמיד גוררת אי-כושר מלא. בוחנים יחד עם מומחי השיקום אילו עבודות כן מסוגל התובע לעשות.

**4. עקרונות מיוחדים לשירותים מיוחדים:** רופאים המוסמכים גם לשר"מ מוכשרים בנושא מבחני התלות (ADL) – אופן ביצוע ביקורי בית, סימולציות של הערכת נכה בביתו, וכן הקריטריונים ל"שר"מ אוטומטי" (כגון חולי סרטן המטופלים כימותרפית, הזכאים לשר"מ זמני לפי הנהלים).

**5. יש לתרגל את נושא הקביעה של הזכאות לקצבת שירותים מיוחדים לפי הלומדה החדשה.** בסיום ההדרכה, מועברים מספר תיקים שטופלו על ידי הרופא החדש לבדיקה במטה, ומועבר משוב משוב שלילי עשוי להביא להמשך חניכה או לאי-שילוב בוועדות; משוב חיובי יביא להמשך העסקתו בתפקיד שיועד לו.

**ניגוד עניינים במינוי רופאים**

עקרון מנחה במוסד הוא למנוע מצב שרופא ימצא עצמו ב"כפל כובעים" עם פוטנציאל לניגוד עניינים. באופן כללי, **רופא שהוסמך על ידי המל"ל (מנכ"ל או מנהל רפואי) – כגון רופא מוסמך בנכות כללית או פוסק רפואי בנפגעי עבודה – לא יכהן במקביל בתפקיד הדורש מינוי על ידי שר הרווחה (כגון חבר ועדה רפואית לעררים).** זאת משום שהמוסד הוא צד להליכים בערר, ורופא שהמוסד הסמיך עשוי להיחשב כקשור לצד אחד. הפרדה זו מיועדת להבטיח אובייקטיביות מירבית.

להלן דוגמאות לניגודי עניינים שנמנעים מהם:

**1. ניגוד בין ענפי נכות כללית ונפגעי עבודה:** רופא המשמש **רופא מוסמך בנכות כללית או נותן חוו"ד לנכות כללית** לא ישמש במקביל **פוסק רפואי (דרג ראשון) של נפגעי עבודה**, ולא יהיה חבר ועדה רפואית לעררים של נפגעי עבודה (ולהיפך). כמו כן, רופא בערר נכות כללית לא יכהן בערר נפגעי עבודה באותו זמן, וכד'.

**2. ניגוד פנימי בתוך תחום הנכות הכללית:** רופא מוסמך (בנכות כללית) לא יהיה חבר בוועדה רפואית לעררים לנכות כללית או נותן חוות דעת לוועדת הערר, ולהיפך – חבר ועדת ערר נכות כללית לא ישמש רופא מוסמך או יועץ באותה עת. באופן דומה, רופא שנותן חוות דעת לרופא מוסמך (דרג ראשון) לא ייתן חוות דעת גם לוועדת העררים (דרג שני) – אף שזה אותו תחום – למעט אולי חריגים כאשר חסרים מומחים, ובאישור מיוחד. העיקרון: רופא לא יבקר בערעור את החלטתו-שלו בתפקיד אחר.

**3. מניעת טיפול חוזר באותו תיק:** אם רופא החליף תפקיד במסגרת המוסד (למשל מרופא מוסמך לחבר ועדה לעררים), הוא לא יטפל בערעור על מקרה שהוא עצמו דן בו בדרג הראשון. באופן דומה, רופא שעבר מתחום נפגעי עבודה לתחום נכות כללית לא יטפל בתיקי אותו אדם שנדונו מולו בעבר, ככל שניתן למנוע זאת.

**4. תקופת צינון:** בהעברת רופאים מתפקיד לתפקיד (למשל רופא מוסמך שהפך לחבר ועדת ערר), המוסד קבע שאין צורך בתקופת צינון ממושכת, מאחר וקבלת המינוי החדש כשלעצמה יוצרת הפרדה תפקידית ברורה. דרישת צינון ארוכה הייתה עלולה לגרום למחסור ברופאים מומחים זמינים. לפיכך, לרוב מאפשרים מעבר כמעט מיידי – רופא יכול להמשיך בתפקידו הקודם ממש עד לקבלת כתב המינוי החדש, ולאחריו להפסיק את התפקיד הישן. חריג: רופא שהיה עובד קבוע (בתקן) ופרש – יוכל לחזור לעבוד בחוזה ייעוץ או בוועדות רק בכפוף לכללי השירות הציבורי (לרוב תקופת המתנה של מספר חודשים, לפי הנחיות התקשי"ר למניעת נעילת דלתות מסתובבות). בכל מקרה, כאמור, רופא לא יטפל בתיקים שטיפל בהם במסגרת תפקידו הקודם.



**5. מתן חוות דעת רפואיות פרטיות:** נושא רגיש הוא רופאים שנותנים חו"ד רפואיות פרטיות (למשל לבתי משפט או לבאי-כוח תובעים) בזמן שהם מכהנים כרופאי המוסד. רצוי שרופא ועדות של המל"ל יימנע ככל האפשר ממתן חוות דעת פרטיות למבוטחים, כדי שלא להיקלע לניגוד עניינים (בעיקר כשהחוות דעת עלולות לשמש נגד החלטות ועדות המוסד). עם זאת, איסור גורף היה מקשה לגייס מומחים מובילים, שכן רופאים בכירים עוסקים לעיתים גם בייעוץ פרטי. המדיניות שנקבעה:

**6. רופאי סניף (בתקן או בחוזה) מנועים לחלוטין מלתת חוות דעת פרטיות** (פרט לחוות דעת לעניין בית-דין משמעתי או לבית משפט לבקשת מוסד רשמי ובאישור מראש – לפי כללי התקשי"ר).

**7. רופאים מוסמכים ויועצים בדרג ראשון (נכות כללית)** אינם רשאים לתת חוות דעת לבתי הדין לעבודה בענייני נכות (שכן זהו הפורום הדין בערעורים עליהם)

**8. רופאי הוועדות** (הן בדרג ראשון והן בערר, בכלל התחומים) נדרשים לסרב לבקשה לחוות דעת פרטית מטעמו של מבוטח שהם עצמם בדקו במסגרת ועדה רפואית, וזאת לפחות למשך שנתיים מאז בדיקתו בוועדה – וגם לאחר מכן, אם ברור שחוות הדעת מיועדת להתדיין מול הביטוח הלאומי, יש להימנע ממנה. מומלץ לרופאי הוועדות לברר מראש עבור מי ובאיזה הקשר מתבקשת חוות דעתם. בכל מקרה, אם רופא סיפק בעבר חוות דעת פרטית על אותו אדם, הוא פסול מלשבת בוועדה בעניינו של אותו מבוטח.



**כללים לפסילת רופא (בקשר למבוטח ספציפי):** רופא המשובץ בוועדה רפואית מסוימת ימנע מלדון בתיק ויפסול עצמו אם מתקיים אחד מאלה:

(א) יש בינו לבין הנבדק קרבת משפחה או היכרות אישית קרובה שעלולה להשפיע;

(ב) הרופא טיפל בעבר באותו נבדק כרופא מטפל (למשל המטולוג שהמבוטח הוא חוליו – לא יישב בוועדה לקביעת נכותו על המחלה);

(ג) הרופא נתן לנבדק חוות דעת פרטית בעבר (כאמור, מצב פסול);

(ד) בתיק קיימת חוות דעת רפואית שנתן הממונה הישיר על הרופא – למשל חוות דעת של מנהל המחלקה בה עובד הרופא;

(ה) הרופא עצמו נתן לנבדק מסמכים רפואיים או אישורים כטיפול (למשל היה מעורב בכתיבת סיכום אשפוז עבורו);

(ו) בין הרופא לבין הנבדק יש קשר עסקי/כלכלי (למשל שותפות) או קשר תעסוקתי תלוי (למשל הנבדק הוא עובד הכפוף לרופא במסגרת אחרת);

(ז) יש לרופא קשר עסקי או כלכלי עם עורך הדין המייצג את הנבדק (למשל שותפות מקצועית או עבודה משותפת תדירה).

**במצבים אלו על הרופא להודיע על ניגוד העניינים ולפסול עצמו מלשבת בוועדה, והתיק יועבר להרכב אחר.**

### קוד אתי והתנהלות מקצועית

#### הקוד האתי של הלשכה הרפואית קיים ומחייב את כל צוותי הרפואה במוסד לביטוח לאומי

רופאי הביטוח הלאומי כפופים בנוסף לכללי האתיקה הרפואית הכלליים גם לנורמות ייחודיות הנובעות מתפקידם הציבורי. להלן עיקרי הקוד האתי והכללים הארגוניים:

**1. פעולה ללא משוא פנים:** על הרופא לפעול ביושר, בהגינות ובאובייקטיביות, תוך שימת טובת המבוטח לנגד עיניו, אך בכפוף לחוקים, לתקנות ולנהלי המוסד. אין לתת יחס מועדף או מקפח לשום מבוטח.

**2. כבוד וזכויות הפרט:** הרופא ישמור על כבודו של כל מבוטח. יש להקפיד על צנעת הפרט – הן בדיון עצמו (שמירה על סודיות במהלך הוועדה, למשל לא לקרוא בקול מסמכים רגישים בפני אחרים) והן אחריו (חובת הסודיות הרפואית נמשכת גם לאחר סיום ההליך ואף לאחר פטירת המבוטח).

**3. איסור אפליה:** הרופא לא יפלה בין מבוטחים על רקע כלשהו – בין אם גיל, מין, מוצא, לאום, דת, מצב אישי, כלכלי או חברתי, דעות ואמונות – כל אלו חסרי רלוונטיות בהחלטה רפואית מקצועית, ולכן אין לתת להם מקום בשיקול הדעת.



- 4. יושרה מקצועית:** הרופא יקפיד על יושר מקצועי. אין להטות חוות דעת או החלטה משיקולים שאינם ענייניים. על הרופא לפעול בשקיפות מירבית בפעולותיו (למשל, לפרט בהחלטתו את הנימוקים האמיתיים לפסיקתו). כמו כן, נדרש ממנו לגלות אחריות אישית מקצועית – לא להטיל על אחרים את מלאכתו.
- 5. עצמאות בהחלטה רפואית:** חבר ועדה רפואית (או רופא מוסמך) צריך לקבל החלטה מקצועית בהתאם למצפנו ולמיטב הבנתו הרפואית, שאינה כפופה ללחצים חיצוניים או לצורכי המוסד. כלומר, למרות שהוועדות מתנהלות מטעם המל"ל, הרופא בוועדה הוא מעין-שיפוטי – חותמתו המקצועית שלו בלבד היא הקובעת בהחלטה הרפואית. למוסד עצמו אין סמכות לשנות החלטה רפואית, אלא רק בערעור בפני טריבונל גבוה יותר (ועדת ערר או בית הדין).
- 6. שמירת רמה מקצועית:** הרופא מחויב לשמירה על ידע רפואי עדכני. עליו להמשיך ללמוד, לקרוא ספרות מקצועית, להשתתף בהדרכות ולקחת חלק בהשתלמויות, כדי לוודא שהחלטותיו מבוססות על הסטנדרט המקצועי העדכני. על המל"ל לוודא מתן הזדמנויות כאלה (למשל כנסים לרופאי ועדות).
- 7. שמירת סודיות רפואית:** כמצוין, שמירת הסודיות היא עיקרון אתי-חוקי חשוב. מטפל או מוסד רפואי חייבים לשמור בסוד כל מידע על מטופל שהגיע אליהם תוך מילוי תפקידם (סעיף 19 לחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996). בכלל זה, הרופאים בביטוח הלאומי אינם רשאים למסור מידע רפואי על מבוטח לאחרים אלא בהתקיים אחד התנאים: קבלת הסכמת המטופל; חובת דיווח הקבועה בחוק; העברת מידע למטפל אחר לשם המשך טיפול; או מסירת המידע לעובדי המוסד לצרכי תיוק ועיבוד פנימי. גם במקרים אלה – יש למסור את המידע בהיקף המינימלי הנדרש.
- 8. לעניין יידוע המבוטח עצמו:** המבוטח זכאי לקבל לידייו (על פי בקשה) עותק מפרוטוקול הוועדה וההחלטה כולל הנימוקים. עם זאת, אם הרופא סבור שהמידע הרפואי שבנימוקים עלול לגרום נזק נפשי או בריאותי למבוטח אם ייחשף אליו ישירות – החוק מאפשר לו לקבוע שהפרוטוקול יימסר רק לבא-כוחו של המבוטח או לאדם אחר המייצג אותו (למשל בן משפחה), ולא למבוטח עצמו. החלטה כזו צריכה להיות מנומקת (ובדרך כלל נדירה).
- 9. איסור ניצול לרעה של מעמד הרופא:** הרופא לא ינצל את תלותו או מצוקתו של המבוטח לשם טובת הנאה אישית. למשל, אסור בתכלית שרופא ייצור קשר פרטי עם מבוטח כדי להציע לו "סיוע" בתשלום או שיבקש ממנו מתנה בעד הטיפול. גם הצעת המבוטח עצמו לתת מתנה או תרומה – יש לסרב בקפידה, כדי לשמור על טוהר ההליך.



**10. יחסי עמיתים תקינים:** רופאי המוסד והוועדות צריכים לנהוג בכבוד זה בזה. ביקורת מקצועית זה על החלטת עמית – אם עולה הצורך למתוח ביקורת – תיעשה באופן ענייני ומאופק ובמסגרת המתאימה (למשל, במסגרת דיון פנימי או ערר). ככלל, על חילוקי דעות מקצועיים לדון בצורה מכבדת, ואם אין הסכמה יש לפנות לגורם ממונה (למשל המנהל הרפואי) שיכריע. כמו כן, בעבודה בצוות ועדה, כל רופא אחראי אישית לחוות דעתו אך גם להחלטה המשותפת, ויש לכבד את מומחיותו של כל חבר צוות ולשאוף ללמוד זה מזה.

**11. כשירות רפואית של הרופא עצמו:** על הרופא לוודא שהוא עצמו מצוי במצב כשיר למלא את תפקידו. אם מסיבה כלשהי (למשל, מחלה המשפיעה על תפקודו, מצב בריאותי מידבק וכו') הוא אינו מסוגל לתפקד כרגיל – עליו להודיע ללשכה הרפואית, ולקבל הנחיות כיצד לנהוג (למשל יידרש להימנע מלשבת בוועדות לזמן מה). רופא שחלה במחלה קשה, או שנשלל רישונו/הוגבל על ידי משרד הבריאות – חייב לדווח על כך, וייתכן שיושעה עד שתיבחן המשך כשירותו.

**12. התמודדות עם אלימות:** לצערנו, לעיתים יש מקרים של התפרצות מבוטחים באגרסיביות כלפי חברי הוועדה. נוהלי המל"ל קובעים כי אם במהלך מילוי תפקידו הרופא נתקל באלימות מילולית או פיזית מצד מבוטח או מלוויו – הוא רשאי להפסיק לאלתר את הדיון, לזמן מאבטחים, ובמידת הצורך להגיש תלונה. המוסד נוקט מדיניות של אפס סובלנות לאלימות כנגד עובדיו, וינקטו צעדים במקרה כזה (הרחקת אותו אדם ודיון חוזר בהרכב אחר, ליווי משטירתי בוועדות עתידיות, וכד').



## הוועדות הרפואיות בנכות כללית – כללי עבודה ונוהל

הוועדות הרפואיות בביטוח הלאומי הן גוף מעין-שיפוטי הפועל מכוח החוק.

### כמפורט בקוד האתי של הלשכה הרפואית של המוסד לביטוח לאומי:

1. הן מתנהלות באופן עצמאי מקצועית, בדומה לבית דין מינהלי. לפיכך, על חברי הוועדה לפעול בשקיפות, ללא משוא פנים, ותוך מתן זכות טיעון לנפגע (כללי "צדק טבעי").
2. החלטותיהן חייבות להיות במסגרת הסמכות המוקנית בחוק (**ולא לחרוג מסמכותן**). למשל, ועדה לא יכולה להחליט בנושא שאינו באחריותה).
3. הוועדות גם אינן חוקרות עובדות מיוזמתן – הן נסמכות על התשתית העובדתית והמסמכים שהוצגו בפניהן (בניגוד למשטרה או גוף חקירת).
4. דיני הראיות הפורמליים לא חלים על הוועדות; הן רשאיות לשקול כל מסמך רפואי או ראייה שמונחות בפניהן, בלי כללי קבילות נוקשים, אך גם בלי נטל הוכחה כפי שנהוג בבית משפט (כלומר, אין "תובע ונתבע" כמו במשפט – הוועדה היא מעין בודקת נייטרלית המכריעה לפי שיקול דעתה הרפואי).

### **כללי הצדק הטבעי:** ועדה רפואית (ובפרט ועדת ערר) חייבת לנהוג בהגינות כלפי המבוטח.

1. חובה ליידע את המבוטח לגבי כל מידע רפואי או אחר שנמצא לפני הוועדה. לדוגמה, אם אל תיק הערר הוכנס במפתיע מסמך פנימי של חוקר מטעם המוסד, הוועדה צריכה ליידע את המערער על קיומו ולאפשר לו להגיב.
2. אם במהלך הערר מסתבר לוועדה שאחוזי הנכות של המערער עשויים לרדת (מצב של "הרעת מצב בערר"), על הוועדה להזהיר את המערער ולומר לו זאת במפורש תוך כדי הדיון – כדי שיוכל לטעון נגד הפחתה ואף לשקול אם למשוך את עררו.
3. הפרת כללי הצדק הטבעי (לדוגמה, הפחתת נכות בערר ללא אזהרה) מהווה **טעות משפטית** שבגינה בית הדין יבטל את החלטת הוועדה.

### **אופי העבודה:** הוועדה רפואית היא ועדה מקצועית-רפואית – תפקידה

1. לקבוע את נכותו של המבוטח על סמך בדיקה קלינית, עיון במסמכים הרפואיים, ושימוש בידע הרפואי של חבריה.
2. הוועדה אינה צד לסכסוך אלא גורם מומחה שמונה על פי חוק להערכת המצב הרפואי.
3. הוועדה רשאית (ולעיתים נעזרת) לקבל הדרכה משפטית מיועץ משפטי של המוסד, בעיקר בסוגיות פרוצדורליות (למשל, האם בסמכותה לדון בנושא מסוים).



### תיעוד הפרוטוקול:

1. כל ועדה חייבת לרשום פרוטוקול של הדיון. אין לצפות שכל מילה שנאמרת תירשם, אך עיקרי הדברים – תלונות התובע, ממצאי הבדיקה, מסקנות ונימוקים – חייבים להיכלל.
2. הפרוטוקול הוא מסמך רשמי המהווה תיעוד החלטת הוועדה, ומשמש את המערער (והערכאות מעל) להבין על מה נשענה ההחלטה. הפרוטוקול נחתם בידי חברי הוועדה. **אין להוסיף או לשנות דבר בפרוטוקול לאחר החתימה** – למעט תיקון טכני (טעות סופר) בתהליך מובנה של "תיקון פרוטוקול" שמצוין בו במפורש מה תוקן.
3. חתימת הרופאים צריכה להיות לצד שמם וחותרמתם, הכוללת את שמם, מומחיותם ומספר רישיון הרופא.

### חובת הנמקה:

4. החלטת הוועדה חייבת להיות מנומקת בבהירות. פירוש הדבר שעל הוועדה לכתוב מדוע קבעה מה שקבעה – הן כדי שהמבוטח יבין את זכויותיו, והן כדי שאם יוגש ערעור, תהיה לערכאות הערר או לבית הדין יכולת לבדוק אם ההחלטה הייתה סבירה וחוקית.
  5. הנימוק צריך להתייחס לכל טענה רפואית מהותית של התובע: למשל, אם התובע התלונן על כאבים בגב ובברך, יש לציין החלטה ונימוק לגבי שני האיברים.
  6. אם צורפה חוות דעת מומחה מטעמו – על הוועדה להתייחס אליה (לקבל או לדחות עם נימוק).
- ועדה שאינה מתייחסת למסמך רפואי חשוב שמונח בפניה – בית הדין עלול לראות זאת כהתעלמות המהווה פגם משפטי בהחלטה.** מן הצד השני, הוועדה יכולה לציין שמסמכים מסוימים אינם רלוונטיים בעיניה (למשל, "הוצג סיכום אשפוז מ-2010 שאינו קשור למצב הנוכחי") או שחוות דעת פרטית "אינה משקפת לדעתנו את מצבו של הנבדק" – ובכך להראות ששקלה אך דחתה אותם מטעמים מקצועיים.

### שפת ההחלטה:

1. חשוב שהוועדה תנמק במונחים שאובים מהמבחנים והתקנות. לדוגמה, אם הוועדה סבורה שליקויו של התובע הוא "בינוני" – רצוי להשתמש בנוסח שמופיע בסעיף הרלוונטי בספר הליקויים (כגון "הגבלה בינונית בתנועות עמוד שדרה מתני" – אם זה מונח מהתקנות). כך תימנע אי-הבנה ושיהוי, שכן שימוש ישיר בנוסח החוקי נחשב כיישום נכון של התקנה.



### מסירת תוצאות הוועדה:

2. בתום הדיון, מזכיר הוועדה לעיתים יוכל להודיע לנבדק בעל-פה את עיקרי ההחלטה (למשל: "נקבעו לך 40% נכות יציבה"). אולם, המוסר המחייב הוא הפרוטוקול הכתוב.
3. המבוטח זכאי לקבל לביתו את החלטת הוועדה המלאה, ואם ביקש – גם את פרוטוקול הממצאים והנימוקים (למעט במקרה כאמור שהוחלט למסור אותם רק לנציגו בשל רגישות רפואית).

### הקלטת דיון בוועדה:

1. ניתן להקליט את דיון הוועדה (מרגע כניסת התובע לחדר הוועדה ועד יציאתו), אם חברי הוועדה והתובע מסכימים.
2. אם הוועדה מסרבת או/ו התובע מסרבים אין להקליט בסתר.
3. במידה והתובע יבקש את ההקלטה יש להעביר אותה במלואה לתובע
4. אין למבוטח או לבא-כוחו זכות קנויה להקליט את הוועדה.
5. פסיקת בתי הדין קבעה שהקלטה שנעשתה ללא ידיעת הוועדה לא תשמש כראיה ולא תושמע בדיון משפטי, משום שהיא מנוגדת להוראות (שמטרתן לשמור על אווירה נאותה בדיונים).

### מומחיות חברי הוועדה:

1. בעת הרכבת ועדה רפואית (בדרג ראשון או בערר), יש להקפיד לכלול בהרכב לפחות מומחה אחד בתחום הרפואי העיקרי הרלוונטי לפגיעה של התובע.
2. אין חובה לכל תת-התמחות נדירה – למשל, עבור תובע עם בעיית קרסול, מספיק אורטופד כללי; אין הכרח לכירורג כף רגל.
3. חריגה תהיה אם הוגשה חוות דעת בתחום סופר-ספציפי – למשל חוות דעת מאת מומחה לקרסול – אז ראוי שיהיה בהרכב אורטופד שיידע להתייחס אליה.

### תחילת הדיון – הצגת המשתתפים:

1. בפתח הדיון, מזכיר הוועדה יידע את הנבדק בשמות חברי הוועדה ותפקידם (מומחיות הרופאים).
2. הרופאים חייבים להציג עצמם. כך הנבדק יוכל לומר אם הוא מכיר מישהו מהרופאים (במקרה כזה, כאמור, יש לשקול פסילת ההרכב בשל היכרות אישית).



### **זכות ייצוג וגורם מלווה:**

1. לתובע (המבוטח) שמופיע בפני ועדה רפואית הזכות **להיות מיוצג** על ידי עורך דין מטעמו, או כל מייצג שהסמיך (למשל בן משפחה, ידיד, וכדומה) – אין מניעה משפטית לנוכחות נציג.
2. התובע רשאי לבקש **שאדם מלווה** (בן משפחה או אחר) יהיה נוכח איתו בעת הבדיקה הגופנית.
3. הרופאים רשאים מסיבה מקצועית לסרב לנוכחות אדם נוסף במהלך הבדיקה (למשל, לעיתים בנוכחות בן משפחה הנבדק מתבייש ומסתיר מידע, או שהבדיקה האורטופדית מצריכה פרטיות).
4. אם הרופא מחליט שעל המלווה לצאת, עליו לציין זאת בפרוטוקול בבירור ונימוק – "התבקשה יציאת המלווה בשל שיחה רפואית אינטימית" וכדומה.

### **סמכות הוועדה לעררים בנכות כללית:**

1. ועדת הערר רשאית לדון ולהחליט בכל עניין שהתעורר בפניה במסגרת הערר, גם אם אותו עניין לא נדון בוועדה מדרג ראשון. כלומר, **בשלב הערעור נפתח הדין מחדש** במצבו הרפואי של המערער. לדוגמה, אם מבוטח לא טען בוועדה הראשונה על בעיית שמיעה – אך בערר הזכיר זאת, **רשאית ועדת הערר לבדוק** גם את השמיעה **ולקבוע נכות בגינה (או לקבוע שאין נכות)**, אף שזה "מפסיד לו דרגת ערר" בנושא זה (לא תהיה לו דרגה קודמת להשוות).
2. פסק דין של בג"ץ הבהיר שוועדת הערר מוסמכת לקבוע למערער הן את **עצם הנכות היציבה והן את שיעורה, גם אם הדרג הראשון קבע נכות זמנית בלבד.**
3. ועדת הערר אף רשאית, **להפחית את אחוזי הנכות שנקבעו קודם. ואולם, לפני הפחתה הוועדה צריכה להתריע למבוטח במהלך הדיון ולשמוע את התייחסותו.** אם לא עשתה כן – יראו זאת כפגם ויתכן שיוחזר הערר לדיון חוזר.



## סוגי ועדות רפואיות וסמכויותיהן

### ועדות רפואיות מדרג ראשון (אבחון רפואי)

בדרג זה בדרך כלל רופא אחד מחליט, ולעיתים שניים (אם נדרשת מומחיות נוספת).

1. **רופא מוסמך לנכות כללית:** ועדה רפואית (לעיתים מכונה "ועדה רפואית לגילוי רפואי") שבה רופא אחד בודק את התובע וקובע את דרגת הנכות הרפואית.

א. הרופא המוסמך מתרגם למעשה את כלל הלקויות הרפואיות לאחוזי נכות לפי תקנות הביטוח הלאומי (מבחנים רפואיים לקביעת דרגת נכות).

ב. בסיום הבדיקה, הרופא גם נותן **חוות דעת על כושר ההשתכרות** – קובע אם לדעתו התובע אינו כשיר לעבוד כלל או שכושרו פחת (ובכמה אחוזים).

ג. חוות דעת זו, בצירוף אחוזי הנכות הרפואית, מועברת לפקיד התביעות, אשר על פיה מחליט אם לאשר זכאות לקצבה ובאיזו דרגת אי-כושר.

ד. על החלטת רופא מוסמך **בנכות כללית** (אחוזי הנכות הרפואית) ניתן לערער בפני ועדה רפואית לעררים.

2. **רופא מוסמך לשירותים מיוחדים:** ועדה רפואית של רופא יחיד, הבודק נכה התובע גמלת שר"מ.

ה. תפקידו הוא **להעריך את מידת התלות של התובע בעזרת הזולת** בביצוע פעולות היום-יום, ואת הצורך בהשגחה (אם קיים).

### ו. הרופא -

1. מבצע מבחן תפקודי (לעיתים בבית המבוטח),

2. נותן ציון לרמת התפקוד של הנכה בכל תחום (ניידות בבית, הלבשה, רחצה וכו'),

1. מסכם בשאלה האם התובע זקוק לעזרה רבה ברוב הפעולות (לגמלה ברמת 50%) או כמעט מוחלטת בכל הפעולות (לגמלה מוגדלת), או להשגחה מתמדת.

2. הרופא המוסמך גם בודק שהנכות הרפואית של התובע עומדת ברף הדרוש (60% למקבלי קצבת נכות, או 75% לאחרים).

3. החלטת פקיד התביעות על בסיס חוות דעתו ניתנת לערר בוועדה לעררים לשר"מ.



## ועדות רפואיות לעררים (דרג שני)

בדרג זה דן הרכב של 2–3 חברים, לרוב רופאים, ובהרכב אי-כושר/שר"מ משולבים גם אחרים כמוסבר.

**1. ועדה רפואית לעררים (נכות רפואית):** ערכאת ערעור על החלטת הרופא המוסמך בעניין אחוזי הנכות הרפואית

**א. הרכב הוועדה:** שניים או שלושה רופאים מומחים (לפי החלטת רופא מוסמך או מנהל המחלקה הרפואית). הם נבחרים כאמור מתוך רשימת רופאי הערר ששר הרווחה מינה.

**ב. סמכויות הוועדה:** רחבות מאוד –

1. הוועדה רשאית לאשר את ההחלטה שבדרג ראשון, לשנותה, או לבטלה, אפילו אם לא התבקשה במפורש. כלומר, גם אם המערער (התובע) ביקש רק להעלות נכות בסעיף מסוים

2. הוועדה יכולה לעיין בכל הנכויות ולהחליט גם בנוגע לאחרים. למעשה, הוועדה מקבלת תמונה עדכנית ומלאה ומחליטה מחדש.

3. מוסמכת לקבוע נכות יציבה לאדם, גם אם הוועדה הראשונה קבעה רק נכות זמנית.

4. מוסמכת גם להפחית אחוזי נכות, אך במקרה כזה תזהיר את הנפגע ותאפשר לו לומר דבריו או להמציא מסמכים למניעת הפחתה.

החלטת ועדת הערר היא סופית מבחינה רפואית, וניתן לערער עליה בשאלה משפטית בלבד לבית הדין האזורי לעבודה.

**2. ועדה לעררים לדרגת אי-כושר:** ועדת ערר על החלטת פקיד התביעות בדבר **דרגת אי-הכושר להשתכר** שנקבעה למבוטח (אחוז אובדן הכושר).

**ג. הרכב הוועדה:** 2–3 חברים, שהם שילוב של מומחים בתעסוקה, שיקום, ורופא, מתוך רשימה שמינה השר.

**ד. ועדה זו אינה עוסקת בחישוב אחוזי הנכות הרפואית אלא בתרגום ההשלכות התפקודיות שלהן.** היא תשמע את המערער (ותוכל גם לראותו אם נראה לה שמצבו הרפואי שונה ממה שנקבע – ואז תחזיר אותו לבדיקה רפואית נוספת).

**ה. סמכותה:** לקבל כל החלטה שפקיד התביעות היה מוסמך לקבל – קרי, לאשר, לשנות או לבטל את החלטת פקיד התביעות. לדוגמה, אם פקיד התביעות קבע אי-כושר בשיעור 65%, הוועדה רשאית להגדיל ל-100% או להקטין ל-60%, לפי שיקול דעתה, ובהתבסס על החומר הרפואי והתעסוקתי.

ו. החלטתה ניתנת לערעור משפטי בלבד (שאלת חוק) לבית הדין.



**3. ועדה לעררים לשירותים מיוחדים:** ועדת ערר על החלטת פקיד התביעות בדבר הזכאות לשר"מ (שירותים מיוחדים).

**ז. הרכב:** 2-3 חברים מתוך רשימה מיוחדת. הוועדה כוללת בדרך כלל רופא מומחה (לרוב פנימאי או שיקומי), אחות מוסמכת (בעלת ניסיון בהערכת תלות), ולעיתים גם פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק כשמדובר בליקויים מוטוריים או פסיכולוג/פסיכיאטר אם הערר נסוב סביב השגחה והתנהגות

**ח. סמכותה:** לעבור על החלטת פקיד התביעות ולשנותה ככל הנדרש – לאשר, לבטל או לשנות את: (1) מידת תלות העורר בעזרת הזולת (האם זקוק לעזרה רבה ברוב הפעולות, או מוחלטת בכל הפעולות); (2) האם זקוק להשגחה מתמדת; (3) מאיזה מועד ועד איזה מועד התקיימו מצבים אלו (למשל לקבוע שתלותו החלה מתאריך מסוים, או שפסקה).

**ט. החלטת הוועדה ניתנת לערעור לבית הדין בשאלה משפטית בלבד.**

### **בתי הדין לעבודה (ערעורים משפטיים)**

**1. בית הדין האזורי לעבודה:** ערכאת הערעור על החלטות ועדות העררים מכל הסוגים בשאלות משפטיות בלבד.

**א. בית הדין אינו בא במקום שיקול דעתה הרפואי של הוועדה, אלא**

**1. בוחן את תקינות ההליך וההחלטה מבחינה חוקית. בין היתר: האם הוועדה פעלה בגדר סמכותה; האם לא סתתה מכללי הצדק הטבעי; האם לא שקלה שיקולים זרים; האם לא נפלה טעות בפרשנות החוק או בתקנות;**

**2. האם החלטתה מנומקת ומבוססת כנדרש על הממצאים שהיו בפניה.**

**3. בית הדין לא דן בעצמו בעובדות הרפואיות ולא קובע אחוזי נכות.**

**4. אם מצא פגם משפטי בהחלטה – הוא רשאי להחזיר את הדיון לוועדה (ולרוב מנחה אותה מה לתקן או להתייחס אליו בהחלטתה החוזרת).**

**5. בהרכב בית הדין יושב שופט יחיד (עם נציגי ציבור שלעיתים מצטרפים, אם כי בערעורי ביטוח לאומי בדרך כלל השופט לבדו מחליט).**

**6. על פסק דין של בית הדין האזורי ניתן לבקש ערעור.**



## 2. בית הדין הארצי לעבודה: ערכאת הערעור העליונה.

- ב. כדי לערער לבית הדין הארצי יש לבקש **רשות ערעור** מאת נשיא בית הדין הארצי או סגנו (או שופט ארצי אחר שהוא הסמיר).
- ג. ניתנת רשות במקרים בהם מתעוררת סוגיה משפטית עקרונית או אי-צדק ברור במקרה הפרטני.
- ד. אם ניתנה רשות, ידון בערעור הרכב של שלושה שופטי בית הדין הארצי, והחלטתו סופית.
- ה. בבית הדין הארצי נקבעו כמה הלכות מנחות לגבי עבודת הוועדות, שבית הדין האזורי והרופאים מיישמים בשטח (למשל הלכות בדבר אזהרה לפני הפחתת נכות, חובת התייחסות לחוות דעת פרטית, וכד').

### נקודות חשובות בעבודת הוועדות הרפואיות

להלן סיכום כללי העבודה העיקריים החלים על **כל ועדה רפואית**, מדרג ראשון או בערר:

#### 1. יש לשאול את התובע באם הוא מסכים להקלטת הוועדה

- א. באם התובע מסכים והרופאים מסכימים – הוועדה תוקלט
- ב. באם התובע ו/או הרופא אינו מסכים להקליט את הוועדה – הוועדה לא תוקלט

#### 2. הצגת חברי הוועדה ומזכיר/ה בפני הנבדק:

- ג. בתחילת הוועדה חשוב שהנבדק ידע מי הבודקים.
- ד. לרוב המזכיר יפתח ויציג: "אנו ועדה רפואית, אני (שם המזכיר) מזכיר הוועדה, ועל שולחן הוועדה יושבים ד"ר X מומחה ל..., וד"ר Y מומחה ל...". אם המזכיר לא הציג, על הרופאים עצמם להציג עצמם. הדבר גם יירשם בפרוטוקול.

#### 3. בירור טיפול קודם אצל הרופאים:

- ה. יש לשאול את הנבדק (בכל דרג) אם טופל בעבר על ידי אחד הרופאים בוועדה, או שאחד מהם נתן לו חוות דעת. השאלה תופנה על ידי המזכיר או הרופא בתחילת הדיון, והתשובה תרשם.
- ו. אם התשובה חיובית – ככלל יש **לפסול את ההרכב** מטעמי חשש למשוא פנים (ראו כללי פסילה לעיל).
- ז. רק אם מדובר בטיפול שולי וישן מאוד שאין בו השפעה – אפשר לשקול המשך, אך לרוב מחליפים הרכב.



#### 4. פירוט החומר שעמד בפני הוועדה:

ח. בתחילת הפרוטוקול נרשמת רשימת המסמכים והמידע שהיה בפני הוועדה. פקיד התביעות מכין זאת (סיכומי אשפוז, מכתבי רופאים מומחים, בדיקות עזר וכו' עם תאריכיהם). על הרופא לוודא שהרשימה שלמה,

ט. אם התובע הביא עוד מסמך – לצרפו ולציין.

י. חשוב לתעד רקע תעסוקתי – מה המקצוע של הנבדק, השכלתו, ואם אינו עובד אז מתי הפסיק ומדוע. נתון זה חיוני במיוחד לדיון באי-כושר.

#### 5. תלונות הנבדק:

יא. בטופס הפרוטוקול יש מקום לרישום תלונות התובע.

יב. חשוב לתת לתובע להשמיע במלואן את תלונותיו לגבי מצבו הרפואי.

יג. הרישום צריך להיות ברור ומפורט, בשפתו (עד כמה שאפשר).

יד. לאחר שהוא מכתוב או מתאר – יש לבקש מהתובע לחתום ליד סעיף התלונות לאישור שזו אכן רשימת תלונותיו.

טו. אם התובע מסרב לחתום, או שאינו כשיר להבין/לחתום (למשל אדם עם דמנציה) – ירשמו הרופאים שהם אימתו איתו את התלונות והוא לא חתם מסיבותיו. סעיף תלונות מלא ומדויק יקל על הנימוק בהמשך, וגם ימנע טענות בעתיד ש"הוועדה לא שמעה את תלונתי על בעיה X".

#### 6. הסכמה לבדיקה:

טז. בדיקה רפואית (במסגרת חוק), דורשת הסכמת הנבדק.

יז. אם תובע מסרב להיבדק – אי אפשר לכפות. אולם, הוועדה רשאית במצב כזה לדחות את התביעה מחוסר שיתוף פעולה, שהרי לא יכולה לקבוע נכות. לפיכך, אם קורה מקרה חריג שתובע מסרב לשתף פעולה (למשל, לא מוכן להתפשט לבדיקה נוירולוגית) – הדבר ירשם: "התובע סירב להיבדק ולכן הוועדה לא יכלה לקבוע דרגת נכות". מקרים כאלה נדירים, אך נוהל הרישום קיים.



### 7. רישום הפרוטוקול וניהולו:

יח. הפרוטוקול כולל חלק ראשון: פרטים אישיים, רשימת ליקויים ותלונות, רשימת מסמכים;  
יט. חלק שני: בדיקה רפואית אובייקטיבית – כל ממצא שהוועדה אבחנה (למשל "הוועדה מצאה נפיחות בברך שמאל, טווח תנועה מופחת");  
כ. חלק שלישי: סיכום ומסקנות (דיון ונימוקים);  
כא. חלק אחרון: החלטות פורמליות – אחוזי נכות ותקופות, סעיפי ליקוי נבחרים וכו'  
כב. **אין לחתום על הפרוטוקול לפני שמילאו את כל חלקיו** – כולל הנימוקים וההחלטות. רק לאחר שהפרוטוקול מושלם, הרופאים חותמים.

### 8. מהלך הבדיקה הרפואית:

כג. יש לבצע את הבדיקה באווירה מכבדת ונינוחה ככל שניתן.  
כד. הסברים לתובע – מה הולכים לעשות – יכולים להרגיע ולעודד שיתוף פעולה. רצוי להסביר "כעת נבדוק טווח תנועה בצוואר" וכו'.  
כה. אם יש כאב – לא לכפות תנועה אלא לרשום שהכאב מגביל.  
כו. במקביל, הרופאים ישימו לב גם להתנהלותו הספונטנית של הנבדק (למשל, תובע שטוען שלא יכול לשבת עקב כאבי גב, אך יושב ללא אי-נוחות במשך כל הדיון – זו תצפית שהרופא יכול לכלול)  
כז. **תובע שמעלה תלונה חדשה שלא צוינה קודם או שאין עליה תיעוד רפואי** – הנחיית המוסד היא: יש ליידע אותו שבעת הזו הוועדה אינה יכולה לדון בליקוי חדש ללא מסמך מתאים, ושהוא רשאי להגיש תביעה חדשה או בקשה להחמרת מצב אם יצטייד במסמכים. זאת כדי שהוועדה לא תקבע נכות ללא ביסוס רפואי. הנושא יתועד: "התובע העלה תלונה חדשה על X, הוסבר לו שלא נדון בכך כעת בהעדר מסמכים".



### 9. בקשה למסמכים נוספים ועצירת דיון:

כח. לעיתים במהלך הוועדה מסתבר שיש חוסר במידע חיוני (למשל, הוצג דו"ח בדיקה אך חסר פענוח הדמיה חשוב). במצב כזה הוועדה יכולה להחליט על עצירת הדיון ("הפסקת טיפול") – עד לקבלת אותו מסמך. הרופא ירשום בפרוטוקול הביניים: "הוועדה מבקשת לקבל סיכום אשפוז מ-XX או בדיקת MRI שנעשתה...". חשוב שיציין **בבירור מה מבוקש ולמה** ונימוק רפואי – "לשם החלטה נדרשת הוועדה לדעת האם ב-MRI אכן יש פריצת דיסק"

כט. אין לבקש מסמך שאינו הכרחי, שכן עיכוב טיפול תביעה הוא צעד חריג. על המוסד לזכור שאינו הגוף המטפל הרפואי – הוועדה לא אמורה לשלוח את הנבדק לסדרת אבחונים שאינם זמינים כדי "לחקור" את מצבו;

ל. רק אם זה קריטי לקביעת אחוזי נכות (למשל חשד לאבחנה שגויה לחלוטין) – יעצרו. לא. במקרה של עצירה, ייקבע דיון המשך לאחר שהחומר יתקבל.

### 10. נימוק ההחלטה:

לב. על הוועדה לנמק כל קביעה. בנימוקים יציין:

1. מה היו **הממצאים הרפואיים** (מה הוועדה ראתה/שמעה/קראה) – עובדות.
2. מהו ה**הניתוח המקצועי** של עובדות אלו (למשל: "למרות תלונות התובע על קשיים בהליכה, בבדיקה נמצאה הליכה תקינה, ומכאן שלדעתנו אין הגבלה משמעותית"),
3. לבסוף **מסקנת הוועדה** בנוגע לכל ליקוי.
4. ה**נימוק צריך** להתייחס לכל התלונות שהועלו – במיוחד לאלו הרלוונטיות לאחוזי הנכות. אם תובע טען לכאבים קשים – הוועדה צריכה לכתוב מה מידת הכאב בעיניה בהתבסס הממצאים.
5. אם הייתה חוות דעת חיצונית בתיק שהמליצה על אחוז גבוה יותר – הוועדה צריכה להתייחס ולנמק מדוע אינה מאמצת אותה (למשל: "ד"ר X קבע בחוות דעתו 50% בגין הגב. לדעתנו, מסקנה זו אינה תואמת את הממצאים: בבדיקתנו ציין הגבלה קלה בלבד. אנו מעריכים הנכות לפי התקנה המתאימה להגבלה קלה – 10%"). נימוק כזה מראה שהתייחסו לחוות הדעת ולא התעלמו. אם יש מסמך שולי לגמרי, ניתן גם לומר שלא שיקלו אותו כי אינו רלוונטי. **ככלל, הנימוק צריך להיות ברור גם למי שאינו רופא מומחה** – בעיקר למבוטח שקורא את ההחלטה, וכן לשופט בבואו לבקר את ההחלטה.

11. **סיכום והקלדה:** בסיום כל הדיון והכתיבה, רצוי שהרופאים יקראו שוב את ההחלטה שכתבו, יודאו שכל הסעיפים טופלו. המזכיר יודא שפרטי הזיהוי, הכתובות והמספרים מולאו נכון. לאחר החתימה, הפרוטוקול מוגש להקלדה. כיום ברוב הסניפים הפרוטוקול מודפס מראש תוך כדי הדיון באמצעות מחשב, והרופאים חותמים אלקטרונית או ידנית על הטופס המודפס.

**כללי התנהגות במהלך ועדה רפואית**

בנוסף לכללים הפורמליים שתוארו, להלן מספר כללי התנהגות והתנהלות המסייעים לניהול ועדה תקין:

**1. דיוק בזמנים:** על רופאי הוועדה להגיע במועד שנקבע ולהקדיש זמן סביר מראש לעיון בתיקים עוד לפני כניסת הנבדקים. עיכובים במועדי הוועדה פוגעים במבוטחים הממתינים ולעיתים מעוררים אצלם כעס או חשש – לכן יש חשיבות לעמידה בלוח הזמנים.

**2. השבתת טלפונים:** אין להשתמש בטלפון נייד במהלך ישיבת ועדה. יש לכבות או להשתיק טלפונים אישיים בתחילת הדיון. אם רופא בתורנות כונן (למשל בבית חולים) – מומלץ לדאוג למחליף לכוננות באותה שעה, או ליידע מראש את המזכיר שבמקרה חירום אולי יצטרך לצאת לכמה דקות. בכל אופן, יש להימנע ככל הניתן מהפרעות טלפוניות.

**3. אכילה ושתייה:** לא אוכלים בזמן שהנבדק בחדר. אם רופא זקוק להפסקה (למשל לחלץ עצמות, לשתות קפה) – ניתן לקבוע הפסקה קצרה בין הנבדקים, אך לא בזמן שהנבדק יושב מול הוועדה. ברור שאין לעשן במקום הוועדה.

**4. שיחות חולין והתנהגות מכבדת:** במהלך הוועדה יש להתרכז בענייניו של הנבדק. שיחות בין חברי הוועדה בעניינים אחרים (או צחוקים פנימיים) בזמן הבדיקה יוצרות רושם רע אצל המבוטח, שיש חשש שאולי לא מתייחסים אליו ברצינות. לכן, יש להימנע משיחות לא ענייניות בפני הנבדק. גם טון הדיבור חשוב – לא לצעוק או לכעוס על המבוטח, גם אם הוא מתבטא בצורה לא נעימה. תפקידנו לשמור על קור רוח וסבלנות.

**5. לבוש וישיבה:** רצוי לשמור על הופעה ייצוגית (סביר ומכובד – חלוק רפואי או לבוש הולם אחר). צורת הישיבה – לא ברגליים על השולחן או תנוחה מרושלת; המיקום – יש לשבת כך שכל חברי הוועדה רואים ושומעים את הנבדק היטב. בדרך כלל נהוג שהמזכיר יושב מעט בצד, והרופאים זה לצד זה, מול התובע.

**6. משך הוועדה:** הזמן המוקצב לתיק הוא אומנם מוגבל (כ-15–20 דקות לתיק "רגיל" בדרג ראשון), אך אין לראות בכך נוקשה. אם מקרה מסוים דורש 30 דקות – יש להקדיש לו את הזמן. באופן כללי, ועדה לא אמורה להימשך מעבר לשעה וחצי בסך הכול (גם בהרכב של 3 תיקים). אם כן התארכה מאוד – כדאי לעדכן את מנהל הלשכה הרפואית (למאגר הסטטיסטי). אם עובר הזמן ויש עוד תובע מחוץ לדלת – עדיף להודיע לו שהתעכבנו והוא ייכנס בקרוב.

**7. סמכות מעין-שיפוטית:** חשוב לזכור שבוועדה רפואית, על אף שהיא לא בית משפט, לחברי הוועדה יש סמכות חוקית של הכרעה המשפיעה על זכויות. על כן, על הרופאים להפגין רצינות ורשמיות מסוימת, ולשמור על כבוד התפקיד. אין מקום להתנצחויות עם התובע. אם התובע או עורך דינו משמיעים טענות –



יש להקשיב, לרשום, לענות בעדינות אם אפשר. אם בא-כוח מאריך בדברים מעבר לסביר – יושב הראש רשאי לבקש שיתמקד, ואף להציע שיגיש את מלוא הטיעונים בכתב (שיצורף לתיק)



## חלק ב: הנחיות לרופא המוסד בנכות כללית

### תקציר

חלק זה מגדיר את תפקידו של רופא המוסד בנכות כללית – הן כמנהל רפואי בסניף והן כסמכות מקצועית מרכזית בכל שלבי הטיפול בתביעות לנכות כללית, ילד נכה ושירותים מיוחדים. הפרק מפרט את אחריות הרופא בנייתוב תביעות, באבחון רפואי, בניהול תהליכי חידוש דיון ועררים, בטיפול בתיקים מורכבים (כפל גמלאות, שהייה בחו"ל, היריון ושמירת היריון, התפטרות מסיבות בריאות, שירותים מיוחדים), וכן בתפקידיו כמייעץ למחלקות השונות, בבירור תלונות על רופאי ועדות ובהפניית תיקים ללשכה הרפואית ולמשרד הראשי. בסיום נכללים "עקרונות זהב" המהווים קוד מקצועי-ערכי מנחה לעבודת רופא המוסד.

### מילות מפתח

רופא מוסד, נכות כללית, ניתוב תביעות, אבחון רפואי, חידוש דיון, ערר רפואי, שירותים מיוחדים, שמירת היריון, מינוי מקבל גמלה, כפל גמלאות, דרגת אי-כושר, רופא מוסמך, ועדות רפואיות, רופא סניף, רישומים רפואיים, ביקור בית, ייעוץ למחלקות, משרד ראשי, עקרונות זהב.



## תוכן עניינים

- תפקידי רופא המוסד בנכות כללית – כללי
- תפקידי רופא המוסד – תפקידים מנהליים
- תפקידי רופא המוסד – תפקידים מקצועיים
- ניתוב תביעות – מטרות, סוגי תביעות והליך הניתוב
- הנחיות למנתב וארגון התיק
- טיפול בתביעות חריגות ומקרים מיוחדים (מפגרים, נכות קשה, מסלול ירוק)
- אי-שיבוץ לוועדות – מתי להמליץ על פסילת רופא
- בקשת רישומים רפואיים והזמנת מסמכים רפואיים
- בקשה לבדיקות רפואיות – עקרונות וגבולות
- בקשה לחוות דעת יועץ רפואי / מומחה
- חידוש דיון / בדיקה מחדש – תנאים ויישום התקנות
- ערר נכות רפואית וערר אי-כושר – ניתוב והרכב ועדת עררים
- אבחון רפואי וקביעת דרגת נכות בידי רופא המוסד
- קביעת נכות רפואית שלא בנוכחות וביקורי בית
- בדיקת תיקים במסגרת ביקורת תקופתית (שירותים מיוחדים)
- דחיית תביעה עקב אי-התייצבות לוועדה
- ייעוצים רפואיים למחלקות השונות במוסד
- מינוי מקבל גמלה – מתי וכיצד
- אישור לתשלום מקדמות – הערכה רפואית ותנאים
- כפל גמלאות – "מאורע אחד" לעומת "מאורעות שונים"
- תנאי תשלום גמלה למי ששהה מחוץ לישראל
- גמלה לשמירת היריון – עקרונות רפואיים ויישום חוקי
- מצבים מיוחדים בשמירת היריון (קרונה, דלק, חומרים מסוכנים)
- שמירת היריון וזכאות לקצבת נכות כללית
- טיפולי הפריה חוץ-גופית (IVF) – עמדת המוסד
- התפטרות עקב מצב בריאותי – בחינת הצדקה רפואית
- החלטה על דרגת אי-כושר ושיבות צוות
- בירור תלונות כלפי רופאים היושבים בוועדות
- נוהל הפניית תיקים למשרד הראשי והתייעצויות בין סניפים



- עקרונות זהב לרופא המוסד בנכות כללית



## 1. תפקידי רופא המוסד בנכות כללית – כללי

רופא המוסד בנכות כללית הוא הסמכות הרפואית המרכזית בסניף, והוא מהווה גורם מקשר בין ההיבט הרפואי, התפקודי והמנהלי. תפקידיו כוללים:

- אחריות על ניהול התחום הרפואי בסניף.
- ניתוב תביעות ואבחון רפואי.
- מתן חוות דעת רפואיות וייעוץ לפקידי התביעות ולמחלקות השונות.
- טיפול בעררים, חידוש דיון ובתיקים מורכבים.
- בקרה מקצועית על עבודת רופאי הוועדות ונותני חוות הדעת.

## 2. תפקידי רופא המוסד – תפקידים מנהליים

### 2.1 ניהול כל הנושא הרפואי בסניף

- השתתפות בפורום הסניפי, לשם בחינת:
  - צורכי הסניף בתחום הרפואי (תחומי מומחיות חסרים, צורך ברופאים נוספים).
  - שיעור השתלבות הרופאים ומזכירי הישיבות.
- שילוב רופאים (מתוך מאגר "רפא") בוועדות בסניף.
- גיוס רופאים לתחומי מומחיות חסרים.
- העברת משוב על איכות עבודת רופאי הוועדות והבעיות האתיות-מקצועיות למנהל הרפואי.
- אחריות על אישור בדיקות חוץ שהתבקשו על ידי פקידי הוועדות.
- אחריות על עדכון ומפגשים בסניף בתחום הרפואי:
- עדכון הוראות המשרד הראשי והעברתם לרופאים.
- ייזום מפגשים לעדכון שוטף, לימוד וליבון בעיות.
- אחריות על קליטת רופאים חדשים לוועדות:
- הליך קבלת מינוי – העברת בקשה לאישור הלשכה הרפואית.
- הדרכת הרופא החדש והכשרתו לעבודה בוועדות.

### 2.2 קשר עם גורמים חיצוניים

- הסברה בקהילה, בבתי חולים ובמרפאות בנושא זכאויות והליך הוועדות.
- מפגשים עם קהל הרחב בנושאי ביטוח לאומי.



### 2.3 בקרה ופיקוח

1. בירור תלונות פרטניות שהוגשו כלפי רופאי הוועדות.
2. מעקב אחר עבודת הרופאים המוסמכים ונותני חוות הדעת בדרג I (איכות ואתיקה).
3. מעקב אחר התנהלות הוועדות הרפואיות (היבטים מקצועיים).

## 3. תפקידי רופא המוסד – תפקידים מקצועיים

תפקידים מקצועיים של רופא המוסד כוללים:

- לג. טיפול בתביעות לגמלת נכות כללית, גמלת ילד נכה וגמלה לשירותים מיוחדים.
- לד. מתן ייעוץ רפואי לפקידי התביעות ולכל גורם אחר במוסד.

### 3.1 ניתוב תביעות

- תביעות חדשות, על סמך מסמכים ו/או בנוכחות התובע (ניתוב "חי").
- תביעות בתום תקופת נכות זמנית.
- תביעות לחידוש דיון (פחות מ־6 חודשים).

### 3.2 אבחון

- אבחון רפואי במקרים דחופים (דיון מיידית).
- קביעת נכות רפואית שלא בנוכחות התובע (על סמך מסמכים).

### 3.3 טיפול בעררים רפואיים

- ניתוב תביעות חדשות לערר.
- קביעת תחומי מומחיות הוועדות לעררים (נכות רפואית, שר"מ, ילד נכה).
- הכנת התיק לוועדת הערר – בחינת הצורך בבדיקות, מסמכים וחוות דעת.
- מילוי וביצוע בקשות ועדת העררים.



### 3.4 ייעוץ רפואי למחלקות המוסד

ייעוץ ל:

- פקיד התביעות.
- מחלקת הבטחת הכנסה.
- פקיד השיקום.
- מחלקת אמהות.
- מחלקת אבטלה.
- מחלקת זקנה ושאיירים.
- מחלקת החקירות.

## 4. ניתוב תביעה – מטרות וסוגי תביעות

### 4.1 מטרת הליך הניתוב

לאפשר ארגון מקצועי של התיק הרפואי, כך שרופא מוסמך יוכל בזמן האבחון:

- להגיע להחלטה מושכלת ומנומקת.
- לקבוע את הסעיף/ים הרלוונטי/ים לבעיה/יות הרפואית/ת ודרגת החומרה והנכות הרפואית ובם עובר את הסף יש לקבוע את ההשלכות על כושר העבודה.

### 4.2 סוגי תביעות לניתוב

- תביעה חדשה או חוזרת (לאחר דחייה).
- תביעה בתום תקופת נכות זמנית.
- תביעה לחידוש דיון / בדיקה מחדש (החמרה).
- תביעה לשירותים מיוחדים (שר"מ).

## 5. הליך הניתוב והנחיות למנתב

לאחר עיון בכל מסמכי התביעה:

- לקבוע מהם הליקויים שיידונו בוועדות.
- להחליט האם ניתן, על סמך המסמכים הקיימים, לקבוע דרגת נכות וכושר עבודה.
- אם דרושים נתונים נוספים (רישומים רפואיים, בדיקות וכד') – לדרוש אותם להשלמת הניתוב.
- להפנות את התובע לבדיקת נותני חוות דעת ו/או לרופא מוסמך.



## 5.1 הנחיות למנתב

### בניתוב לקראת אבחון רפואי וקביעת דרגת נכות יש:

1. להתייחס לכל הליקויים והתלונות בתביעה.
2. לרשום את כל האבחנות הרפואיות של התובע.
3. לדרוש את המסמכים והבדיקות הדרושים לאבחון ולקביעת אי-כושר.
4. לדאוג לקבלת מסמכים/בדיקות שהתבקשו באבחון קודם.
5. לדרוש ממצאים אובייקטיביים עדכניים (רישומי קופה, סיכומי מחלה, הדמיה, מעבדה וכו').
6. אין לדרוש בדיקות הדמיה לצורך אבחנה/טיפול במחלה עצמה (המוסד אינו גוף טיפולי).
7. להתייחס לניתוב הקודם ולשקול אם נדרשת בדיקה חוזרת לכל הליקויים.
8. בחידוש דיון / תביעה שנדונה זמן קצר קודם – אין חובה לדון בכל הליקויים שנדונו בעבר, במיוחד אם לא נטענה החמרה.
9. כאשר לתובע מספר ליקויים (ללא ליקוי פנימי משמעותי) – התיק ינותב לסיכום מומחה בתחום הליקוי הדומיננטי.
10. כאשר הליקוי אינו בתחום מומחיותו של הרופא המוסמך – לשקול בקשת חוות דעת מומחה טרם הפניה לרופא המוסמך.
11. לדרוש חוות דעת רק בליקויים המשפיעים על כושר העבודה.

## 5.2 מקרים לקביעת בדיקה ללא חוות דעת

במקרים הבאים ניתן להפנות לרופא מוסמך ללא חוות דעת:

1. כאשר נראה שלליקוי אין השפעה משמעותית על אחוזי הנכות או כושר העבודה, וניתן לקבוע נכות על סמך המידע הקיים (הרופא המוסמך יחליט אם יש צורך במומחה).
2. במספר ליקויים הנובעים מגורם אחד (כגון לאחר תאונת דרכים, סוכרת עם סיבוכים), וסביר שייקבעו 100% נכות ודרגת אי-כושר מלאה.
3. בכמה ליקויים, כאשר ברור שיועץ מומחה יקבע 100% נכות (למשל עיוור עם ליקויים נוספים) – התיק יופנה למומחה ולאחר מכן לרופא מוסמך, שיחליט אם נדרשות חוות דעת נוספות.



### 5.3 ארגון התיק

- א. לציין בפני הוועדה אם מתנהל הליך בגין תאונת עבודה או פטור ממס הכנסה.
- ב. תביעות מורכבות – ינותבו לסיכום מומחה בתחום הליקוי הדומיננטי.
- ג. כאשר קיימת סבירות ל-100% נכות – לנתב ישירות לרופא מוסמך.
- ד. בליקויים שאינם משפיעים על כושר העבודה – אין צורך בחוות דעת.
- ה. כאשר נראה שהתובע זכאי לשר"מ – ליזום בדיקת זכאות לשר"מ.

### 5.4 איתור נכויות "קשות" – מסלול ירוק

במקרים שבהם מדובר בתובע עם נכות קשה:

- לשקול ביצוע אבחון רפואי ללא נוכחות.
- או העברה לאבחון בהליך מזורז (מסלול ירוק).

### 5.5 טיפול בתביעות חריגות – מפגרים החוסים במוסדות

א. האבחון הרפואי ייערך ללא נוכחות החוסה.

ב. ההסתמכות תהיה על:

- החומר הרפואי שבתיק.
- מידע ממשרד הרווחה (אגף לטיפול באדם המפגר), לרבות חומר רפואי נוסף/עדכני.
- הסכמת האפוסטרופוס לביצוע האבחון ללא נוכחות.

יש להקפיד שהחומר הרפואי מתעדכן ולא מבוסס על מידע מלפני יותר מ-3 שנים טרם הגשת התביעה.

## 6. אי-שיבוץ לוועדות

יש להביא לידיעת האחראי על השיבוץ ולהמליץ על אי-שיבוץ רופא לוועדה במקרים הבאים:

1. תביעה שבה התובע נדחה מספר פעמים על ידי אותו רופא ומאותם נימוקים.
2. תביעה שבה יש לרופא קשר לתובע – כרופא מטפל (גם ברפואה הציבורית) או כנותן חוות דעת פרטית.



## 7. בקשת רישומים רפואיים

- רופא מוסמך רשאי לדרוש הבהרות ופרטים נוספים, כולל רישומים רפואיים, כאשר המידע נחוץ ל:
- מתן חוות דעת על מצב בריאות וכושר עבודה.
  - הערכת הצורך בהשגחה מתמדת.
  - קביעת תקופת תוקפו של האישור הרפואי.

### 7.1 נוהל בקשה לרישומים רפואיים

- בעת הניתוב – לסמן את המסמכים הנדרשים.
- הבקשה תישלח באמצעות מערכת "תבל".
- אין צורך לנמק את סיבת הבקשה.
- יש לפרט ככל האפשר את המסמכים (סוג מסמך, תאריכים, אירוע, נותן ייעוץ).
- ניתן להזמין כרטיס רפואי מקופת חולים.
- להימנע מלבקש "את כל התיק הרפואי" כאשר חלק ניכר ממנו אינו רלוונטי.

### 7.2 כאשר התובע אינו משתף פעולה

- לוודא שהתובע קיבל את המכתב.
- אם אינו משתף פעולה או מסרב למסור רישום – לפנות לרופא המטפל ו/או למוסד הרפואי.
- כאשר לא ניתן לקבל או לאתר את הרישום – לתעד זאת בתיק.

### 7.3 כאשר התובע משתף פעולה אך המסמך חסר

- כיום חלק גדול מהמידע מתקבל ישירות מקופות החולים באמצעות מערכות "שיר" ו"תבל". במקרים המתאימים – המוסד יפעל ביוזמתו להשגת הרישומים.



#### 7.4 מקרים בהם יש לעצור דיון ולדרוש מסמכים לפני הוועדה (סעיף 134)

למשל:

- מצורף מסמך מגורם אחד בלבד (פרטי).
- אין סימוכין מרופא משפחה והיסטוריה רפואית חסרה.
- אין תיעוד אשפוזים/מסמכי מקור.
- שינוי כתובת בסמוך להגשת התביעה או אי-הלימה מול רישום משרד הפנים.

במקרה של עיכוב:

- א. אין לסגור את התיק.
- ב. לברר את סיבת העיכוב.
- ג. אם הרישום הכרחי – לסייע בהשגתו.
- ד. אם אינו הכרחי – ניתן להמשיך בניתוב/אבחון.
- ה. אם לא ניתן להשיגו – הנכות תיקבע על פי שיקול דעת קליני של רופא הוועדה.

#### 7.5 הזמנת מסמכים מבתי חולים וקופות חולים

1. האחריות הראשונית על אספקת מסמכי בית החולים – על התובע.
2. כרטיס רפואי מקופת חולים ניתן להזמין דרך "שיר".

#### מקרים שבהם ניתן להזמין מסמכים ביוזמת המוסד:

1. מסמכים פסיכיאטריים (בתי חולים, תחנות לבריאות הנפש, מחלקות פסיכיאטריות).
2. חשד לזיוף מסמך.
3. הצגת תעודת שחרור ללא סיכום אשפוז.
4. תובע עם מוגבלות קשה חסר תמיכה משפחתית.
5. תובע שאינו יכול לשלם על המסמך.
6. הזמנת המסמך – באמצעות "שיר".

#### המשך טיפול בהיעדר מסמכים (על ידי פקיד התביעות):

- א. להתקשר למוסד ממנו הוזמן המסמך ולהבהיר את הדחיפות.
- ב. אם לא התקבל תוך שבועיים – לערב את מנהל תחום הגמלאות.
- א. אם עדיין לא התקבל – להעביר למשרד הראשי, לרפרנט נכות/ילד נכה/שר"מ.



## 8. בקשה לבדיקות רפואיות

רופא מוסמך או ועדת עררים רשאים לדרוש בדיקות רפואיות כאשר הן חיוניות לקביעת ההיבט התפקודי, לצורך:

1. הערכת חומרת הליקוי.
2. קביעת מצב עדכני של הליקוי.

### 8.1 הנחיות לבקשת בדיקות

- א. להסתמך על בדיקות שבוצעו עד מועד הוועדה.
- ב. ניתן לבקש בדיקות מעבדה והדמיה הדרושות לקביעת דרגת הנכות ורמת התפקוד – אך אין לדרוש בדיקות פולשניות (צנתור, בדיקה אורו־דינמית וכו').
- ג. אין לבצע בדיקות לצורך אבחנה או טיפול – המוסד אינו גוף טיפולי.
- ד. אם המבטח (קופת חולים/חברת ביטוח) אינו מבצע את הבדיקה – הוצאות הבדיקה יחולו על המוסד.
- ה. אין לחייב תובע לבצע בדיקה שאינו מעוניין בה.
- ו. כאשר הבדיקה לא בוצעה – אחוזי הנכות ייקבעו על פי שיקול קליני של רופא הוועדה.

**עקרון יסוד:**

**מטרת הוועדה היא קביעת תפקוד ולא אבחון המחלה עצמה.**



## 9. בקשה לחוות דעת יועץ רפואי / מומחה

רופא מנתב, רופא מוסמך או ועדת ערר רשאים לדרוש חוות דעת מומחה בכל שלבי הטיפול בתביעה.

### 9.1 מתי לבקש חוות דעת

- א. לפי תלונות התובע בטופס התביעה.
- ב. לפי המסמכים המצורפים (אבחנות, מכתבים, בדיקות).
- ג. רק כאשר לליקוי יש השפעה על דרגת כושר העבודה. התובע יופנה ליועץ רפואי/מומחה בתחום המתאים.

### 9.2 מתי ניתן להימנע מחוות דעת

- הרופא המוסמך / ועדת הערר רשאים לקבוע אחוזי נכות גם ללא חוות דעת, כאשר:
1. לליקוי אין השפעה על אחוזי הנכות או כושר העבודה.
  2. ניתן לקבוע נכות על סמך המידע הקיים.
- עם זאת, יש להתייחס **לכל ליקוי**: לקבוע אחוזי נכות, לציין המסמכים ולנמק.

### 9.3 הליך עבודה עם מומחה

- א. כאשר נדרשת חוות דעת – התובע יופנה למומחה.
- ב. חוות הדעת תועבר לרופא המוסמך לסיכום אבחון.
- ג. אם במהלך האבחון מתגלה ליקוי נוסף ומוצגים מסמכים חדשים – הרופא יחליט:
  1. האם יכול לדון בו ולסכמו.
  2. האם לעצר את הדיון ולבקש חוות דעת נוספת.

#### רופא המוסמך רשאי:

1. לדרוש בדיקות נוספות.
2. לדרוש בדיקה אצל יועץ/מומחה נוסף.

### 9.4 על רופא נותן חוות הדעת להתייחס ל:

3. דרגת הנכות (אחוזים).
4. תאריכי הנכות (תחילה ותום זמניות).
5. קביעה האם הנכות זמנית או יציבה.
6. המלצה לחוות דעת כושר.



### 9.5 סטייה מחוות דעת מומחה

הרופא המוסמך / ועדת הערר רשאים לא לקבל את חוות דעת המומחה, בנוגע ל:

- אחוזי נכות.
- תאריכי נכות.
- זמניות/יציבות.
- המלצת כושר.

במקרה כזה – חובה לנמק באופן ברור ומפורט.

### 9.6 התייחסות לחוות דעת חיצונית (מטעם התובע)

א. חובה להתייחס לכל חוות דעת שהוגשה.

ב. על הוועדה לנתח, להצביע על טעויות ולנמק את דחיית המסקנות.

ג. כאשר ממצאי המומחה החיצוני שונים מממצאי הוועדה – די בקביעה ברורה על השוני בממצאים כדי להצדיק החלטה שונה.

ד. כאשר מוגשת חוות דעת מומחה בתחום מסוים – מן הראוי שחבר בוועדה יהיה מומחה באותו תחום, או לחלופין שהוועדה תיעזר ביועץ רפואי בתחום.



## 10. חידוש דיון / בדיקה מחדש

היזמה יכולה להיות:

1. מטעם המוסד.
2. מטעם התובע.

### 10.1 תנאים לבדיקה מחדש

א. תביעה שנדחתה עקב אחוזי נכות לא־מזכים או אי אובדן כושר עבודה:

1. התגלו עובדות חדשות המשפיעות על דרגת אי־הכושר, או
2. חלפו 6 חודשים ממועד הקביעה הקודמת.

ב. למקבל קצבה או למי שאינו מקבל קצבה:

1. התגלו עובדות חדשות המשפיעות על דרגת אי־הכושר, או
2. חלפו 6 חודשים ממועד הקביעה הקודמת.

ג. תובע שנקבעה לו דרגת אי־כושר של 75% ויותר (או 100%) – רשאי לבקש בדיקה מחדש של אחוזי הנכות הרפואית בלבד, אם:

1. חלפו 12 חודשים מהבדיקה הרפואית האחרונה.
2. רופא מוסמך קבע כי חלה החמרה במצבו.
3. לצורך מיצוי זכויות (למשל פטור ממס).

### 10.2 יישום התקנות (2, 3, 4, 5, 6)

**תקנה 4** – למי שתביעתו נדחתה, כאשר חלפו 6 חודשים לפחות.

**תקנה 2** – בדיקה מחדש למקבל קצבת נכות, כאשר חלפו 6 חודשים ממועד הקביעה הקודמת.

**תקנה 3** – תחילת ההחלטה לפי תקנה 2 (לא לפני ה־1 בחודש בו הוגשה הבקשה או בו החליט המוסד).

**תקנה 6** – עובדות חדשות המשפיעות על דרגת אי־כושר, הן כאשר היו קיימות ולא היו ידועות, והן כאשר נוצרו לאחר מכן.

**תקנה 5** – תחילת החלטה בתביעה חוזרת לפי תקנה 4: המאוחר מבין:

- א. 12 חודשים לפני הגשת התביעה החוזרת,
- ב. מועד הדחייה הקודמת.



### 10.3 התהליך בתביעה להחמרה

1. לבדוק האם קיימות עובדות חדשות המשנות את אחוזי הנכות / דרגת אי-הכושר.
2. אם כן – לנתב מחדש לקביעת אחוזי נכות והערכת כושר (כבדיקה ראשונה).
3. בתובע עם ליקויים רבים שנדונו בשנה האחרונה, ללא מסמכים על החמרה בליקוי מסוים –
4. אין צורך בדיון מחדש בכל הליקויים.
5. יש לנתב לרופא פנימאי שיחליט אם נדרשת חוות דעת חוזרת ויסכם את האבחון.

#### תחילת ההחלטה בתביעה חוזרת – המאוחר בין:

2. 12 חודשים לפני הגשת התביעה,
  3. מועד הדחייה הקודמת.
- אם לא התגלו עובדות חדשות – יש לדחות את התביעה ולהנמק.

### 11. ערר נכות רפואית וערר אי-כושר

#### 11.1 מתי להפנות לוועדה רפואית לעררים (נכות רפואית)

1. נכות רפואית לא-מזכה לקצבת נכות כללית.
2. נכות רפואית לא-מזכה לשר"מ רגיל (כאשר הוגשה תביעת שר"מ).
3. נכות רפואית לא-מזכה לשר"מ מיוחד (כאשר הוגשה תביעת שר"מ מיוחדת).
4. דרגת אי-כושר של 75% לפחות אך נכות רפואית פחותה מ-80% (לצורך פטור ממס).
5. דרגת אי-כושר חלקית, כאשר הנכות הרפואית פחותה מ-100%.

#### 11.2 מתי להפנות לוועדת עררים (אי-כושר)

1. כאשר הוגש ערר על דרגת אי-כושר בלבד.
2. כאשר צוין במפורש שהערעור אינו על הנכות הרפואית, אלא רק על דרגה זמנית או שינוי אחוזי אי-כושר.

טבלה (עקרונית):

1. נכות רפואית לא-מזכה לקצבת נכות – כן, לוועדת עררים רפואית.
2. נכות רפואית לא-מזכה לשר"מ רגיל / מיוחד – לוועדת עררים רפואית בהתאם לנוסח הערר.
3. דרגת אי-כושר 75% עם נכות >80% – כן, למיצוי זכויות (פטור ממס).
4. דרגת אי-כושר נמוכה מ-75% ונכות >100% – כן, לוועדת עררים.



## 12. ניתוב וטיפול בתיקי ערר

### 12.1 תביעות חדשות לוועדת ערר

רופא המוסד רשאי להכין את התיק לפני הדיון (תקנה 8):

1. לבקש מסמכים רפואיים.
2. לבקש חוות דעת מומחים.
3. לבקש כל מידע שסייע לוועדה להגיע להחלטה.

### 12.2 תיק במהלך דיון ערר

1. יש לבצע כל בקשה של הוועדה (בדיקות, מסמכים, חוות דעת).
2. בבקשות חריגות או פולשניות – ליידע את המנהל הרפואי.

### 12.3 תיק המוחזר לוועדת ערר לאחר ביצוע הוראות

1. יש לבדוק שכל בקשות הוועדה מולאו.
2. רק אז ניתן להחזיר את התיק לסיכום.

### 12.4 תיק המוחזר בהוראת בית משפט

1. מזכיר הוועדה יקריא במלואו את פסק הדין לחברי הוועדה.
2. על הוועדה להתייחס רק לאמור בפסק הדין, ללא הרחבה מעבר להחלטה.

### 12.5 הרכב ועדת עררים

1. ההרכב נקבע על פי החלטת רופא מוסמך.
2. הרופאים נבחרים מתוך רשימת ועדות עררים שקבע השר ופורסמה ברשומות.
3. יש לכלול מומחים בתחומים המוזכרים בכתב הערר ובתחומים שבהם נבדק העורר בדרג I.
4. כאשר יש תחומי ליקוי רבים – לפחות מומחה אחד בליקוי העיקרי; ניתן להיעזר ביועצים רפואיים נוספים.
5. כאשר הוגשה חוות דעת ממומחה ספציפי – יש לכלול מומחה בתחום זה או להיעזר בחוות דעת נוספת באותו תחום.



## 13. אבחון רפואי וקביעת דרגת נכות בידי רופא המוסד

רופא המוסד בסניף יבצע אבחון במקרים הבאים:

1. מקרים דחופים.
  2. מקרים המוגדרים "נכות קשה" (כולל מסלול ירוק).
  3. מקרים של "ניתוב חי" בזמן קבלת קהל.
  4. מקרים בהם נדרשת קביעת נכות רפואית ללא נוכחות.
  5. תובעים מאושפזים במוסדות רפואיים.
  6. תובעים שאינם מסוגלים להתייצב בפני ועדה.
  7. מפגרים החוסים במוסדות.
- רופא הסניף יפסול עצמו באבחון כאשר:
8. התובע היה מטופל על ידו בעבר (פרטי או ציבורי).
  9. התובע מוכר לו אישית.
  10. התובע או בן משפחתו עובדים בסניף.
  11. הוא טיפל בתיק במסגרת עבודתו (למשל בישיבת צוות בנושא כושר).
  12. הוא עצמו ניתב את התיק (כאשר יש חשש לניגוד עניינים).

## 14. קביעת נכות רפואית שלא בנוכחות וביקורי בית

### 14.1 תנאים לקביעת נכות ללא נוכחות

רופא מוסמך רשאי לקבוע אחוזי נכות על סמך מסמכים בלבד, אם:

1. התובע הסכים לכך מראש, בכתב.
2. נקבע כי אחוז הנכות הוא 90% ומעלה.
3. התובע נבדק על ידי מומחה שקבע לו אחוזי נכות שאינם נמוכים מהסף הרפואי המזכה.



## 14.2 אופן יישום

1. מיועד למקרים של "נכות קשה" כאשר התובע אינו מסוגל להתייצב בסניף (אשפוז, הגבלה קשה, סכנה בחשיפה לציבור).
  2. חובה להסתמך על חומר רפואי עדכני.
  3. במקרים של נכות קשה – ניתן לשקול קביעת נכות צמיתה כבר בפתיחת התיק.
  4. כאשר נראה שהתובע לא איבד את כושר השתכרותו – ניתן לקבוע דרגת אי־כושר על סמך הנתונים הקיימים.
  5. כאשר קיימת אפשרות לחזרה לעבודה – להפנות למחלקת שיקום.
  6. אם אין אפשרות לקבוע נכות ללא בדיקת התובע – יש ליזום זימון לבדיקה או ביקור בית.
  7. אם קיימת סבירות לדחיית התביעה – מומלץ לזמן את התובע לבדיקה.
- תקנה 11: אם נבצר מהתובע להתייצב לבדיקה, רופא מוסמך יבדוק אותו במקום הימצאו.**

## 14.3 מתי לשקול ביקור בית

1. כאשר התובע או נציגו מצהיר בכתב (עם מסמך רפואי) כי אינו מסוגל להתייצב.
2. מקרים שבהם לא ניתן לקבוע נכות ללא נוכחות.
3. תביעות שר"מ של חולה קשה המוגבל בניידות/מרותק למיטה, בתהליך כימותרפי, או חולה פסיכיאטרי שאינו משתף פעולה.

### ביקור בית על ידי אחות – כאשר:

1. הוגשה תביעת שר"מ ויש לתובע אחוזי נכות מזכים.
2. התובע נבדק בסניף אך נדרש לברר את תפקודו בבית.

## 14.4 ביקור בית – תיאום

1. ככלל – לתאם עם התובע / בני ביתו / נציג / אפוטרופוס.
2. ביקור ללא הודעה מראש – רק בנסיבות מיוחדות, עם הנחיות ברורות על מטרת הביקור.
3. אין להמליץ על ביקור בית בבתי חולים, למעט אישור חריג של רופאי הסניף.



## 15. בדיקת תיקים במסגרת ביקורת תקופתית (שירותים מיוחדים)

### 15.1 ההליך

1. עיון בתיק הרפואי: אבחון, בדיקות, מסמכים, חוות דעת, המלצות רופא מוסמך, החלטות פקיד תביעות / ישיבות צוות.
2. בקשת מסמכים ונתונים עדכניים לפי הצורך.
3. קבלת החלטה מבין:
  - א. חידוש דיון.
  - ב. המשך הקביעה הקודמת.
  - ג. המשך קביעה עם המלצה לביקורת עתידית.
  - ד. הפניה לפקידת שיקום.
  - ה. מילוי החלטת ישיבת צוות קודמת.
  - ו. מילוי החלטת ועדת ערר קודמת.לתשומת לב: יש לדרוש מסמך עדכני מהרופא המטפל.  
יש לתרגל את הקביעה של הזכאות לקצבת שירותים מיוחדים תוך שימוש בלומדה הספציפית לתחום זה.

## 16. דחיית תביעה עקב אי־התייצבות

תביעה תידחה בעילת אי־התייצבות רק אם:

1. התובע לא התייצב לאחר זימון שני.
2. לא הודיע מראש ולא נימק בדיעבד בנימוק קביל.

### 16.1 ההליך

1. רופא הסניף יבחן אם ניתן לקבוע נכות רפואית שלא בנוכחות:
  - א. אם כן – לקבוע נכות על סמך המסמכים.
  - ב. אם לא – לדחות בשל אי שיתוף פעולה.
2. בתובע פסיכיאטרי – הפסיכיאטר בוועדה יבחן:
  - א. אם התובע מסוגל להבין את דרישת ההתייצבות – התביעה תידחה אם לא הופיע.
  - ב. אם אינו מסוגל לשתף פעולה – יש ליזום ביקור בית.



## 16.2 נימוקים קבילים לאי-הופעה

1. הזמנה לכתובת שגויה/משובשת.
2. חלוקת דואר משובשת באזור.
3. אישפוז/שהייה בחו"ל.
4. חוסר אפטרופוס במקרים המתאימים.
5. תובע חולה נפש / מפגר ללא אפטרופוס.

## 17. ייעוצים רפואיים למחלקות השונות

דוגמאות:

- אישור תעודות מחלה לאי-התייצבות בלשכת התעסוקה (דורשי עבודה).
- בדיקת מסמכים רפואיים לצורך שימוש ברכב למטרות רפואיות (זכאות זו"ש, הבטחת הכנסה).
- בדיקת זכאות לתשלום גמלה לזכאי שיצא לחו"ל מסיבה רפואית.
- אבטלה – בחינת התפטרות מוצדקת מסיבות רפואיות.

## 18. מינוי מקבל גמלה

### 18.1 מתי נדרש מינוי מקבל גמלה

כאשר מצב בריאותו של הזכאי מונע ממנו:

1. לפדות את כספי הגמלה (מגבלה פיזית).
2. להשתמש בקצבה באופן יעיל ואחראי (לפי חוות דעת פסיכיאטר).
3. לדאוג לענייניו (פגיעה קוגניטיבית, דמנציה, חסר הכרה וכו').



## 18.2 ההליך

לבקש מסמכים:

- א. אבחנה ומצב מחלה (מסמך רפואי מפורט).
  - ב. מסמכים על תפקוד החולה.
  - ג. על סמך המסמכים – להחליט אם מצבו מונע ממנו:
    - ג. להשתמש בגמלה/לפדות אותה.
    - ד. לדאוג לענייניו.
- בליקויים נפשיים** – לזמן את התובע לבדיקה פסיכיאטרית בשאלת יכולתו לנהל קצבה וענייניו.
- בליקויים גופניים** – לבדוק האם מוגבל ביכולת לפדות את הקצבה/לנהל ענייניו.
- סעיף 304** לחוק מגדיר את סמכות המוסד למנות מקבל גמלה אחר ואת תנאי המינוי (התייעצות עם שיקום, הודעה לתובע, הסכמת מקבל הגמלה ועוד).

## 19. אישור לתשלום מקדמות

כאשר הטיפול בתביעה בעיצומו, רשאי הרופא להעריך אם התובע עשוי להיות זכאי לגמלה לצורך תשלום מקדמות.

### 19.1 ההליך

1. לדרוש את התיק הרפואי/מסמכי התביעה.
  2. לבדוק האם לפי הנתונים צפויה זכאות לגמלה מלאה/חלקית, ומאיזה תאריך.  
במקרים שבהם נראה כי:
    1. ייקבעו אחוזי נכות מזכים, ו
    2. דרגת אי-כושר חלקית או מלאה צפויה – ניתן להמליץ על מקדמה (עם נימוק).
- כאשר מסתמנת אי-סבירות לזכאות – אין לאשר מקדמה, ויש לנמק.



## 20. כפל גמלאות

עקרון: לא ישולמו גמלאות שונות מענפים שונים בגין מאורע אחד.

### 20.1 נכות כללית מול משרד הביטחון

יש לבדוק:

1. האם קיים אותו ליקוי משמעותי לאי-כושר בשני הגופים.
2. אם במשרד הביטחון נקבעו פחות מ-40% לאותו ליקוי – אין מדובר במאורע אחד.
3. כאשר יש ליקויים משותפים ולא משותפים – יש לבחון מהו הגורם הדומיננטי לאובדן כושר:
  - א. הליקויים המשותפים,
  - ב. הליקויים השונים,
  - ג. מכלול שניהם.

אם אין ליקוי משותף משמעותי – לא מדובר במאורע אחד.

### 20.2 נכות כללית מול נכות מעבודה

יש להשוות:

1. תיק נכות כללית.
  2. תיק נפגעי עבודה.
- נבדוק:
1. האם יש ליקויים משותפים.
  2. האם קיימים הבדלי אחוזים – ואם כן, מה מקור ההבדל (הערכה שונה, מצב קודם, החמרה).
  3. מהם הגורמים הדומיננטיים לאובדן כושר – משותפים/לא משותפים/מכלול.
- כאשר הליקויים שונים – אין מדובר במאורע אחד.



## 21. תנאי תשלום גמלה למי ששהה מחוץ לישראל

מבוטח ששהה מחוץ לישראל 183 ימים ברציפות – אינו זכאי לגמלה, אלא אם שהייה לצורך טיפול רפואי.

יש לבדוק:

1. האם הטיפול הנדרש אינו ניתן בארץ, או שאינו ניתן במועד סביר.
2. האם הבעיה הרפואית מצדיקה שהייה ממושכת בחו"ל.

### 21.1 ההליך

לבקש:

1. אישור רפואי מהרופא המטפל בארץ על הליקוי שבעטיו נמצא בחו"ל.
2. מסמכים רפואיים ממוסד רפואי מוכר בחו"ל (מעקב, טיפול, סיבת השהייה).

#### תשלום גמלה יאושר כאשר:

1. קיימים מסמכים מרפואי מוכר בחו"ל.
2. מדובר במחלה קשה לפי הגדרות מקובלות.
3. הטיפול אינו ניתן בארץ כלל או לא ניתן בזמן סביר (כהגדרת רופא המוסד).

## 22. גמלה לשמירת היריון

**שמירת היריון** – היעדרות מהעבודה עקב מצב רפואי הנובע מההיריון ומסכן את האישה או העובר, בהתאם לאישור רפואי.

הטיפול מתבצע על ידי רופא נשים מומחה מטעם המוסד.

זכאות לגמלה – רק כאשר:

1. קיים מצב רפואי הנובע מההיריון **המסכן** את האישה או העובר, או
2. סוג העבודה/מקום העבודה/אופן ביצוע העבודה מסכן את האישה/העובר, ולא נמצאה עבודה חלופית מתאימה,

ובנוסף – תקופה של לפחות 30 ימים רצופים של שמירת היריון.



## 22.1 אופן הטיפול

- א. רופא מטעם המוסד יחווה דעתו בדבר הצורך בשמירת היריון ותקופתה.
- ב. רשאי לדרוש הבהרות ורישומים רפואיים.
- ג. פקיד התביעות יחליט, בהתחשב בחוות דעת הרופא המוסמך.

## 23. מצבים מיוחדים בשמירת היריון

### 23.1 היריון לאחר טיפולי IVF

הוחלט לראות בהיריון זה "היריון יקר" בשל:

1. מספר מחזורי טיפול רבים.
  2. פעמים רבות – היריון מרובה עוברים.
  1. מתח נפשי מוגבר.
- ניתן לאשר שמירת היריון אם האישה הפסיקה את עבודתה בפועל עקב ההיריון, גם אם אין סיכון מוגבר "קלסי", למעט כאשר קיימים טעמים רפואיים נוספים.

### 23.2 קרינה מייננת

אישה הרה העובדת בסביבת קרינה מייננת:

1. אין לאשר אוטומטית שמירת היריון.
2. יש לבקש מידע בכתב ממפקח עבודה (משרד התמ"ת) על החשיפה.
3. יש לבחון אפשרות לעבודה חלופית ללא חשיפה.
4. אם אין אפשרות לתעסוקה חלופית, ויש מידע רפואי מבוסס היטב – יש לאשר שמירת היריון "מחמת הספק".

### 23.3 חשיפה לאדי דלק

אישה בהריון העובדת בתחנת דלק:

1. יש לאפשר הרחקה מחשיפה לדלק עד סוף החודש החמישי.
2. תקופה זו תוכר כשמירת היריון, אם המעסיק מאשר שאין אפשרות לעבודה חלופית ללא חשיפה.
3. המטרה – למנוע מומים והפלות.



#### 23.4 חשיפה לחומרים מסוכנים

1. יש להפנות לרופא תעסוקה בשאלה האם החומרים מסכנים את האישה/העובר.
2. אם יש צורך בהרחקה – לחפש תחילה עבודה חלופית.
3. אם אין עבודה חלופית וקיים מידע רפואי מבוסס – לאשר שמירת היריון מחמת הספק.

#### 24. שמירת היריון וזכאות לקצבת נכות כללית

אישה הזקוקה לשמירת היריון עשויה להיות זכאית גם לקצבת נכות כללית לתקופת השמירה. הנוהל:

- א. ניתן לבצע אבחון על סמך מסמכים בלבד (תקנה 12).
- ב. להתבסס על המלצה בכתב מהרופא המטפל.
- ג. סעיף ליקוי מתאים – 02 (ג') = 50% (היריון בסיכון), בהתאם לחומרה.
- ד. הנכות תיקבע לזמן מוגבל עד מועד הלידה המשוער. במקרים של ספק – ניתן להתייעץ עם רופאי הנשים של המוסד.

#### 25. טיפולי הפריה חוץ-גופית (IVF)

טיפול IVF הוא מחזורי, ומשך כל מחזור כ-שבועיים.

לכן:

1. אינו עומד בהגדרת "90 ימים רצופים".
2. זוגות הזקוקים להפריה אינם נחשבים כנכים לצורך גמלה.
3. אין לקבוע אחוזי נכות (גם לא זמנית) בגין עצם הצורך בטיפולי פוריות.



## 26. התפטרות עקב מצב בריאותי

עובד שהתפטר עקב מצב בריאותו או בריאות בן משפחתו – עשוי להיות זכאי לדמי אבטלה, וההתפטרות יכולה להיחשב כפיטורים לעניין פיצויי פיטורים (אם תוכר כמוצדקת רפואית).

### 26.1 מסמכים נדרשים

1. אנמנזה תעסוקתית (אופי ותנאי העבודה).
2. מסמכים רפואיים לגבי:
  - א. אבחנה.
  - ב. חומרת המחלה.
  - ג. התפקוד.
3. במקרה של מחלת בן משפחה – אישור על קרבה משפחתית.

### 26.2 מתי ההתפטרות מוצדקת

1. התובע אינו יכול להמשיך בעבודתו עקב מחלה קשה או טיפולים.
  2. הליקויים הגופניים/נפשיים מונעים ביצוע העבודה.
  3. בן משפחה נזקק להשגחה קבועה.  
במקרים של ספק:
    1. רשאי רופא המוסד לבדוק את התובע.
    2. לבקש חוות דעת מומחה.
    3. לבקש בדיקות נוספות.
- לאחר איסוף הנתונים – תינתן החלטה רפואית.



## 27. החלטה על דרגת אי-כושר ושיבות צוות

### 27.1 ישיבות צוות

ישיבות צוות נערכות כאשר יש חילוקי דעות בין רופא מוסמך ופקיד שיקום לגבי דרגת אי-כושר. מומלץ לזמן של החולה לפגישה עם הצוות במקרי אי הסכמה ולבטים. הישיבה תתקיים בנוכחות:

1. רופא הסניף.
  2. פקיד שיקום.
  3. פקיד תביעות.
- אין חובה לזמן את התובע, אך יש מקרים בהם הוא יוזמן, למשל:
1. כאשר שיחה עמו תתרום להחלטה.

2. כאשר קיים פער גדול בין הערכת הרופא להערכת השיקום.

### 27.2 שאלות מרכזיות

בהתחשב במצב הרפואי והכושר:

1. האם התובע מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת (מלא/חלקי)?
2. אילו מגבלות קיימות (הרמת משאות, עמידה, הליכה וכו')?
3. מה השפעת הטיפול על כושר ההשתכרות?
4. האם יכול לבצע עבודה אחרת?
5. האם יכול לרכוש מקצוע חדש?

### 27.3 החלטות פקיד התביעות

- א. האם התובע חסר כושר השתכרות?
- ב. אם לא – האם כושרו צומצם לפחות ב-50% (דרגת אי-כושר חלקית)?



## 28. בירור תלונות כלפי רופאים היושבים בוועדות

כל תלונה נגד רופא חייבת להיבדק על ידי רופא המוסד.

### 28.1 ההליך

- א. להזין את התלונה במערכת קשרי לקוחות ולטפל דרכה.
  - ב. להשיב לכל תלונה תוך זמן סביר (עד 15 יום).
  - ג. לקרוא את התלונה, לעיין בפרוטוקול ולהאזין להקלטת הוועדה.
  - ד. לבקש תגובה בכתב מחברי הוועדה הנוגעים בדבר.
  - ה. להסיק מסקנות בסיום הבירור.
- במקרה של חשד לחרیגה מנהלים, עבירת משמעת או עבירה פלילית – להעביר למנהל הרפואי, ובמידת הצורך לגורמי משמעת/משטרה.
- חובה ליידע את המתלונן על:
1. קבלת התלונה.
  2. סיום הבירור ותוצאותיו.

## 29. נוהל הפניית תיקים למשרד הראשי והתייעצויות בין סניפים

### 29.1 מערכת ייעוץ במשרד הראשי

בעת פנייה:

1. להבהיר את מטרת הפנייה.
2. לפרט את השאלות שבמחלוקת.

### 29.2 התייעצות בין סניפים

כאשר תיק מועבר מסניף אחד לסניף אחר לצורך חוות דעת של רופא מוסד:

1. לפני השבה לפקיד התביעות – על הרופאים לקיים ביניהם שיחה טלפונית/כתובה.
2. במקרה של חוסר הסכמה – יש לפנות ללשכה הרפואית (מטה רפואי).



### **30. עקרונות זהב לרופא המוסד בנכות כללית**

1. **מרכזיות ההיבט התפקודי** – שיעור הנכות והרושם על אי-כושר נקבעים לפי התפקוד בפועל, ולא לפי כותרת המחלה.
2. **הסתמכות על נתונים אובייקטיביים** – תמיד להעדיף רישומים רפואיים עדכניים, בדיקות, תיעוד תעסוקתי ונתוני שיקום.
3. **הוגנות כלפי התובע** – להימנע מדרישות בדיקות מיותרות או פולשניות; לתאם ביקורי בית; לשקול נסיבות אישיות.
4. **שקיפות והנמקה** – כל החלטה רפואית/משפטית חייבת להיות מנומקת, ברורה וניתנת להבנה על ידי גורמים מקצועיים וחיצוניים.
5. **כיבוד חוות דעת מומחים** – כאשר סוטים מחוות דעת מומחה (פנימי/חיצוני) – חובה לנמק באופן מקצועי, ולא רק מסקנתי.
6. **הפרדת תפקידים וניגוד עניינים** – רופא שניתב תיק או טיפל בתובע במסגרת אחרת – יבחן האם עליו לפסול את עצמו.
7. **עבודה מערכתית ושותפות בין-מקצועית** – שיתוף פעולה עם פקיד תביעות, שיקום, רווחה ומחלקות אחרות כבסיס להחלטה מאוזנת.
8. **הגנה על כספי הציבור** – לצד שמירה על זכויות התובע, יש להקפיד על כך שגמלאות ישולמו רק במקרים שעומדים בקריטריונים.
9. **למידה מתמדת** – התעדכנות שוטפת בהוראות, בחוזרים ובפסיקה; שימוש בלשכה הרפואית כמקור לייעוץ ולמידה.
10. **כבוד האדם** – בכל אינטראקציה עם תובע, בני משפחה ונציגים – גישה מכבדת, סבלנית ומקצועית, גם במחלוקת.



## סיכום פרק ב – תפקידי רופא המוסד, ניתוב והערכה רפואית-תפקודית

רופא המוסד הוא גורם מקצועי-מחליט, אחראי לאבחון קביעת נכות, הערכת אי-כושר ויישום נהלים רפואיים ומינהליים.

### 2.1 תפקידים רפואיים

- בחינת מסמכים רפואיים
- הערכת ליקויים רפואיים ותפקודיים
- הנחיות להשגת השלמת מסמכים
- קביעת אחוזי נכות רפואית
- 
- קביעת אי-כושר עבודה

### 2.2 תפקידי הניהול

- שיבוץ רופאים לוועדות
- הדרכת רופאים צעירים
- בקרה על איכות חוות הדעת
- טיפול בתלונות והפניות

### 1.3 ניתוב תביעות – עמוד השדרה של עבודת הרופא

#### ראוי לזכור- ניתוב נכון, טוב ומעמיק מונע עצירות דיון ויוצר אווירה נעימה וחיובית בעת הוועדה

מטרת התהליך – תיק שלם ומדויק המאפשר קביעה מקצועית.

תהליך הניתוב כולל:

1. איתור ליקוי רפואי מרכזי
2. דרישת מסמכים חסרים
3. ניתוב למומחה מתאים
4. בדיקת מסמכים מעודכנים
5. החלטה על נוכחות/ללא נוכחות

#### מסמכים חיוניים:

- ✓ סיכום אשפוז
- ✓ חוות דעת מומחה
- ✓ בדיקות דם/הדמיה
- ✓ רקע רפואי תרופתי



#### 2.4 בקשת בדיקות וחוות דעת

מותר לדרוש בדיקה רק אם יש לה השפעה סבירה על תפקוד.

! אין לדרוש הליכים פולשניים.

! אין לבצע אבחנה חדשה — רק הערכת תפקוד.

#### 2.5 עררים ומנגנון בחינה מחדש

סוג ערר	העברה לזועדת ערר	
ערר על נכות רפואית	חובה	
ערר על אי-כושר בלבד	לפי הצורך	
ערר שר"מ	בהתאם לסף זכאות	

הרופא מחויב לנמק החלטות ולבחון התייחסות לכל מסמך שהוגש.



## פרק ג' - הנחיות לרופא הוועדה הרפואית בנכות כללית (2025)

### מדריך לרופא הוועדה הרפואית

#### תוכן עניינים –

1. תפקיד הרופא המוסמך ותהליך האבחון הרפואי
2. שלבי ההיערכות והניהול לפני ובמהלך הוועדה
3. זכות למלווה, הסכמה לבדיקה וניגוד עניינים
4. אפשרות סיכום ללא בדיקה פיזית
5. בירור פרטים אישיים ותעסוקתיים
6. תיעוד תלונות התובע וחתימתו
7. סקירת מסמכים בפני הוועדה
8. נוכחות גורמים נוספים (מבקר, פיקוח)
9. מהלך הבדיקה הפיזיקלית ותיעוד ממצאים
10. סיכום הוועדה ונימוקים להחלטות
11. עצירת דיון (דחייה למועד אחר)
12. דיון המשך ובדיקת מידע נוסף
13. סיכום תוצאות – קביעת נכויות
14. ייזום תביעת שירותים מיוחדים (שר"מ)
15. מבחן התלות – ניקוד תפקודי וטבלאות
16. הנחיות מיוחדות לשר"מ אונקולוגי
17. בדיקות בבית החולה ותיעוד ע"י אחות
18. ייזום תביעת ניידות
19. חוות דעת על כושר ההשתכרות (אי-כושר עבודה)
20. נהלי ועדה עבור תביעות במסלול "עקרת בית"
21. ועדות ערר – נוהל עבודה וסמכויות
22. זכויות מלווים בזמן בדיקה רפואית
23. התייחסות לחוות דעת רפואית חיצונית
24. קביעת תאריכי ליקויים והתאריך הקובע
25. קביעת סעיפי ליקוי – רגיל, מותאם, חריג ומנופה
26. שקלול אחוזי הנכות המצטברים
27. נכות זמנית ונכות יציבה (קבועה)
28. קביעת אחוזי נכות מצטברת בערר



- 29. ממצאים רפואיים חריגים שמתגלה בוועדה
- 30. חובת דיווח – נהגים מסוכנים והונאה
- 31. פרוטוקול הוועדה ומסירת החלטות
- 32. אירועים רפואיים חריגים במהלך ועדה רפואית
- 33. אירועים חריגים בהתנהלות הוועדה
- 34. ייזום שירותים מיוחדים במקרים של חולים קשים
- 35. סיכום מסכם של הנחיות חלק ג
- 36. רשימת טבלאות



## 1. תפקיד הרופא המוסמך ותהליך האבחון הרפואי

- א. הרופא המוסמך נושא באחריות כוללת על בחינת כלל הליקויים של התובע
  - ב. על הרופא המוסמך לבדוק את כלל הליקויים הרפואיים של התובע/ת.
  - ג. עליו להתבסס על:
    1. דברי התובע (אנמנזה ותלונות).
    2. להתייחס לכל מסמך רפואי שהוגש
    3. ממצאי הבדיקה הקלינית.
    4. כאשר קיימות חוות דעת יועצים רפואיים – יש לקבלן או לדחותן תוך מתן נימוק ברור.
  - ד. לקבוע דרגת נכות רפואית מתאימה לכל ליקוי.
  - ה. לגבש חוות דעת על כושר השתכרות – כלומר, האם ובאיזו מידה התובע מסוגל להמשיך לעבוד ולמלא טופס ייעודי.
- תקציר:** הרופא אחראי לראות את כל התמונה הרפואית – תלונות, מסמכים, בדיקה וחוות דעת – ולתרגם אותה לנכות רפואית ולכושר עבודה.
- מילת מפתח:** אבחון

## 2. שלבי ההיערכות והניהול לפני ובמהלך הוועדה

1. על הרופא ללמוד את תיק התובע מראש: מסמכים רפואיים, חוות דעת, בדיקות עזר והיסטוריה רפואית.
  2. בתחילת הוועדה יש לוודא זיהוי התובע באמצעות תעודה מזהה,
  3. לברר עם התובע לגבי הסכמה להקלטת הוועדה.
  4. להציג בפניו את כל חברי הוועדה בתחילת הדין
  5. יש להקפיד על שקיפות מלאה ועל ענידת תג זיהוי מקצועי.
- תקציר:** ניהול מסודר ופורמלי של תחילת הוועדה – לימוד התיק, זיהוי, הצגה, הקלטה.
- מילת מפתח:** הכנה



### 3. זכות למלווה, הסכמה לבדיקה וניגוד עניינים

1. לתובע זכות למלווה ע"י אדם לפי בחירתו (בן משפחה, חבר, עו"ד, מתורגמן).
  2. תפקיד המלווה לתמוך ולהסביר, אך לא להשתלט על הדיון.
  3. אם המלווה מפריע – ניתן להוציאו, אך יש לנמק בפרוטוקול.
  4. יש לשאול אם התובע **מסכים להיבדק** בידי הרופא הנוכחי.
  5. אם התובע מסכים לבדיקה – ניתן לבצע אותה.
  6. אם מסרב מסיבה עניינית (ניגוד עניינים, טיפול קודם אצל הרופא) – חובה לכבד זאת.
  7. כל ניגוד עניינים דורש פסילת הרופא מהדיון.
  8. אם אחד מחברי הוועדה טיפל בעבר בתובע – עליו לפסול עצמו.
- תקציר:** לתובע יש זכות למלווה, זכות להסכים או לסרב לבדיקה, והרופא חייב למנוע ניגוד עניינים.  
**מילת מפתח:** זכויות

### 4. אפשרות סיכום ללא נוכחות

1. במקרים מסוימים ניתן לקבוע נכות על **סמך מסמכים בלבד** ("סיכום ללא נוכחות")
  2. נדרש **אישור מפורש מהתובע** - (ניתן גם לקבל (במקרים מיוחדים) אישור בשיחה טלפונית מהחולה ולתעד זאת.
  3. מתאים בעיקר למצבים ברורים וקשים
- תקציר:** במקרים חריגים ניתן להכריע על סמך מסמכים בלבד, בהסכמת התובע.  
**מילת מפתח:** סיכום

### 5. בירור פרטים אישיים ותעסוקתיים

1. הרופא שואל את התובע על מצבו התעסוקתי: האם עובד, כמה שעות, מה תפקידו, מתי הפסיק לעבוד ומדוע.
  2. יש לברר גם את רמת השכלתו, כישוריו וניסיונו.
  3. מידע זה חיוני לצורך **הערכת אי-כושר תעסוקתי** ולא רק רפואי.
- תקציר:** נבדקים פרטי העבודה, ההשכלה והניסיון של התובע כחלק מהערכת הכושר.  
**מילת מפתח:** תעסוקה



## 6. תיעוד תלונות התובע וחתימתו

1. יש לרשום את כל תלונות התובע במילותיו המדויקות.
  2. יש לאפשר לתובע/ת לעיין בפרוטוקול או להקריא לו אותו.
  3. בסיום, התובע חותם לאישור.
  4. אם מסרב לחתום – יש לציין זאת בפרוטוקול עם נימוק.
- תקציר:** כל תלונה נרשמת מפי התובע, והחתימה מאשרת את נכונות הדברים.  
**מילת מפתח:** תלונות

## 7. סקירת מסמכים בפני הוועדה

- א. יש לפרט בפרוטוקול את כל המסמכים שנבדקו (סיכומי מחלה, בדיקות, מכתבי רופאים)
  - ב. מסמכים חדשים שמובאים לראשונה בוועדה נרשמים כ"נתקבלו במעמד הוועדה".
- תקציר:** חובה לציין מהם המסמכים שנבדקו – ישנים וחדשים.  
**מילת מפתח:** מסמכים

## 8. נוכחות גורמים נוספים (מבקר, פיקוח)

1. לעיתים נוכח גורם פיקוח או מבקר בוועדה.
  2. חובה להציג בפני התובע, להסביר מדוע הוא נוכח ולקבל את הסכמת התובע לנוכחותו.
- תקציר:** גורם נוסף בוועדה חייב להיות מוצג, מוסבר ומאושר על ידי התובע.  
**מילת מפתח:** מבקר

## 9. מהלך הבדיקה הפיזיקלית ותיעוד ממצאים

- א. יש לבדוק כל ליקוי וכל תלונה שהוזכרו.
  - ב. התיעוד חייב לכלול ממצאים חיוביים ושיליים.
  - ג. גם מצב תקין יש לציין במפורש ("טווח תנועה מלא").
  - ד. אם יש פער בין ממצאי הבדיקה לחוות דעת חיצונית – חובה לנמק.
- תקציר:** כל ליקוי נבדק ומתועד לרבות ממצאים תקינים.  
**מילת מפתח:** בדיקה



## 10. סיכום הוועדה ונימוקים להחלטות

1. כל החלטה רפואית חייבת להיות מנומקת.
  2. חובה לציין אם הנכות זמנית או יציבה.
  3. סטייה מהחלטות קודמות או מחוות דעת חייבת להיות מוסברת בפרוטוקול.
- תקציר:** החלטות רפואיות חייבות להיות מנומקות וברורות.  
**מילת מפתח:** נימוק

## 11. עצירת דיון (דחייה למועד אחר)

1. עצירת דיון תיעשה רק כשחסר מידע מהותי.
  2. יש לציין במדויק מה חסר (בדיקה, חוות דעת).
  3. תלונה חדשה ללא בסיס רפואי קודם לא תידון באותו מועד.
- תקציר:** דוחים דיון רק אם חסר מידע קריטי.  
**מילת מפתח:** דחייה

## 12. דיון בתום זמניות ובדיקת מידע נוסף

- א. בדיון ההמשך יש לוודא שהמידע החסר התקבל.
  - ב. יש לבחון שיפור או החמרה במצב הרפואי.
  - ג. ניתן לשלב ליקויים חדשים אם הם רלוונטיים.
- תקציר:** בדיון המשך נבדק המידע החדש ונשקלת עדכון ההחלטות.  
**מילת מפתח:** המשך

## 13. סיכום תוצאות – קביעת נכויות

1. על הרופא להתייחס לכל ליקוי.
  2. אם נמצא שאין נכות – יש לציין "0%" או 'אין נכות'.
  3. אם ליקוי נגרם עקב תאונה – חובה לציין זאת.
- תקציר:** כל ליקוי מקבל החלטה, גם אם שיעור הנכות הוא 0%. **מילת מפתח:** תוצאות

**14. ייזום תביעת שירותים מיוחדים (שר"מ)**

- א. הרופא מחויב לשקול ייזום תביעה לשר"מ אם התובע תלוי בזולת.
- ב. קיימת רשימת מצבים רפואיים המזכים אוטומטית (למשל: חולה אונקולוגי, דיאליזה, פרפלגיה).
- ג. רמות הגמלה: 50%, 112%, 188%, 235%.

**טבלה 1: רמות גמלת שירותים מיוחדים (שר"מ) – 2025**

רמה	הגדרה	סכום חודשי(₪)
50%	עזרה רבה ברוב פעולות היום-יום	1,880
112%	עזרה רבה בכל הפעולות או צורך בהשגחה מתמדת	4,352
188%	תלות מוחלטת בזולת בכל פעולות היום-יום	6,947
235%	תלות מוחלטת + צורך בהשגחה צמודה 24/7	8,828

**תקציר:** אם התובע תלוי בזולת – יש לייזום תביעה לשר"מ, לפי מצבו.

**מילת מפתח:** שר"מ



## 15. מבחן התלות – ניקוד תפקודי

1. הערכה לפי יכולת לבצע: ניידות, לבישה, רחצה, אכילה, שליטה בהפרשות, השגחה.

2. ניקוד:

- עצמאי – 0
- סיוע קל – 4
- עזרה רבה – 8
- תלוי לחלוטין – 12

טבלה 2: מבחן התלות – ניקוד תפקודי

תחום	עצמאי (0)	סיוע קל (1)	עזרה רבה (2)	תלוי לחלוטין (3)
ניידות בבית	✓	✓	✓	✓
לבישה	✓	✓	✓	✓
רחצה	✓	✓	✓	✓
אכילה	✓	✓	✓	✓
שליטה בהפרשות	✓	✓	✓	✓
השגחה	✓	✓	✓	✓

1. 0-19 נק' → לא מזכה

2. 20-43 נק' → 50%

3. 44-58 נק' → 112%

4. 59-68 נק' → 188%

5. מעל 68 → 235%

תקציר: מבחן הניקוד קובע את רמת התלות – ועל פיה את אחוזי השר"מ.

מילת מפתח: תלות



## 16. הנחיות מיוחדות לשר"מ אונקולוגי

- א. חולים אונקולוגיים נמצאים לרוב במצב של **תלות גבוהה**
  - ב. גם בשלבים מוקדמים של הטיפול (כימותרפיה, הקרנות) יש להתייחס לירידה בכוחות, תופעות לוואי והשפעה תפקודית.
  - ג. קיימת נטייה להכיר במעמד זה כמצב המזכה בשר"מ זמני לפחות, ולעיתים ברמות גבוהות.
- תקציר:** חולי סרטן זכאים לשר"מ זמני או קבוע בהתאם לדרגת התלות.
- מילת מפתח:** אונקולוגיה

## 17. בדיקות בבית החולה ותיעוד ע"י אחות

1. כאשר מצבו של התובע אינו מאפשר הגעה לוועדה, ניתן לבצע **בדיקה בביתו:**
    - א. כאשר החולה מוגבל פיזית בהגעה (בעיית ניידות, תשישות קיצונית, מערכת חיסון ירודה).
    - ב. כאשר יש רושם שהחולה אינו משתף פעולה-בדיקה ללא תיאום מוקדם.
    - ג. כאשר הרופא חוב שהביקור בביתו יכול לסייע לחולה בהתאמת הבית למצבו.
  2. רופא או אחות מוסמכת מתעדים את הממצאים ומעבירים אותם לוועדה.
  3. חשוב לוודא שהתיעוד מפורט, כולל יכולת ניידות, תפקוד יומיומי ותלות בזולת.
- תקציר:** חולה שלא מגיע לוועדה נבדק בביתו, והממצאים מתועדים.
- מילת מפתח:** ביקור-בית

## 18. ייזום תביעת ניידות

- כאשר התובע סובל מליקוי אורתופדי או נוירולוגי המשפיע על ניידותו – על הוועדה ליזום בחינה לזכאות לגמלת ניידות (מול משרד הבריאות).
  - יש לתעד בפרוטוקול כי התובע הופנה לוועדת ניידות.
- תקציר:** ליקויי ניידות מחייבים ייזום בחינה מול ועדת ניידות.
- מילת מפתח:** ניידות



## 19. חוות דעת על כושר ההשתכרות (אי-כושר עבודה)

- על הרופא להעריך את כושר ההשתכרות של התובע (מעבר לקביעת אחוזי נכות רפואית),
- האם מסוגל לעבוד בעבודתו הקודמת?
  - האם יכול לעבוד בעבודה אחרת בהתאם להשכלתו וניסיונו?
  - האם חלה ירידה של לפחות 50% בכושר העבודה?
- הקביעה נעשית בטופס ייעודי, והיא בעלת משקל מרכזי בהכרעת הביטוח הלאומי לגבי הגמלה.
- תקציר:** הרופא מעריך עד כמה התובע מסוגל לעבוד ומה הירידה בכושר ההשתכרות.
- מילת מפתח:** השתכרות

## 20. נהלי ועדה עבור תביעות במסלול "עקרת בית"

- במקרה של תובעת שהיא "עקרת בית" – ההגדרה המשפטית מתייחסת לאישה שמרכז חייה היא בבית ולא עבדה מחוץ לו.
  - הערכת אי-כושר נעשית לפי יכולתה לבצע פעולות משק בית בסיסיות (ניקיון, בישול, קניות). ירידה מהותית ביכולת זו עשויה לזכות בגמלה.
- תקציר:** במסלול עקרת בית נבדקת היכולת לבצע עבודות משק בית, לא כושר עבודה חיצוני.
- מילת מפתח:** עקרת-בית



## 21. ועדות ערר – נוהל עבודה וסמכויות

פירוט:

ועדת הערר היא דרג שני. סמכויותיה:

1. לדון מחדש בכל ממצא רפואי או החלטה.
2. להגדיל, להקטין או לבטל את אחוזי הנכות שנקבעו.
3. לדרוש בדיקות נוספות.
4. לתת החלטה עצמאית שאינה חייבת להתיישר עם הדרג הראשון.

### טבלה 3 – השוואה בין ועדה רפואית ראשונה לוועדת ערר

מאפיין	ועדה ראשונה	ועדת ערר
תפקיד	קביעת נכות ראשונית	בדיקה מחדש של ההחלטה
סמכויות	קביעת נכות רפואית ואי-כושר	הגדלה/הקטנה/ביטול נכות
הרכב	רופא מוסמך אחד או יותר	הרכב אחר, בלתי תלוי
מסמכים	מסתמכת על תיק + בדיקה	רשאית לדרוש בדיקות נוספות

**תקציר:** ועדת הערר בוחנת מחדש את כל ההחלטות, עם סמכות לשינוי מלא.

**מילת מפתח:** ערר

## 22. זכויות מלווים בזמן בדיקה רפואית

המלווה רשאי להיות נוכח גם בזמן הבדיקה עצמה, כל עוד אין מניעה רפואית או אישית מצד התובע. תפקיד המלווה לתמוך, לא לנהל את הדיון.

**תקציר:** המלווה רשאי להיות נוכח בבדיקה עצמה, בכפוף להסכמת התובע.

**מילת מפתח:** מלווה

## 23. התייחסות לחוות דעת רפואית חיצונית

כאשר מוגשת חוות דעת של רופא מטעם התובע – יש לעיין בה ולציין אם מקבלים אותה או דוחים אותה. חובת הנמקה מלאה קיימת במקרה של דחייה.

**תקציר:** כל חוות דעת חיצונית נבחנת, ודחייתה מחייבת נימוק.

**מילת מפתח:** חו"ד



## 24. קביעת תאריכי ליקויים והתאריך הקובע

יש להגדיר מועד תחילת הליקוי (בהסתמך על מסמכים רפואיים) ואת התאריך הקובע לצורך הגמלה. לעיתים אלה אינם זהים – הליקוי החל לפני שנים, אך התביעה הוגשה מאוחר יותר. **תקציר:** מועד הליקוי והתאריך הקובע חייבים להופיע בנפרד בפרוטוקול. **מילת מפתח:** תאריך

## 25. קביעת סעיפי ליקוי – רגיל, מותאם, חריג ומנופה

רגיל – ליקוי לפי ספר הליקויים.  
מותאם – התאמה של ליקוי דומה. **חובה לציין בפרוטוקול שנעשה שימוש בסעיף מותאם**  
חריג – מצב מיוחד שאינו מופיע אך ניתן להקיש עליו. **חובה לציין בפרוטוקול שנעשה שימוש בסעיף חריג**  
מנופה – ליקוי שאינו מזכה בנכות. **תקציר:** הרופא חייב להבהיר באיזה סעיף ליקוי נקבעה ההחלטה. **מילת מפתח:** סעיפים

## 26. שקלול אחוזי הנכות המצטברים

השקלול נעשה לפי נוסחת ביטוח לאומי, שאינה חיבור פשוט:  
1. אחוז גבוה נקבע כליקוי עיקרי.  
2. יתר האחוזים מצטברים מתוך היתרה. לדוגמה:  $50\% + 30\% = 65\%$  (ולא  $80\%$ ).  
**תקציר:** אחוזי נכות מחושבים בנוסחת שילוב ולא בחיבור פשוט. **מילת מפתח:** שקלול

## 27. נכות זמנית ונכות יציבה (קבועה)

זמנית – כשצפוי שיפור (לאחר ניתוח, טיפול רפואי).  
קבועה/יציבה – כשאין צפי לשינוי במצב.  
חשוב לנמק מדוע הוחלט זמנית או קבועה.  
**תקציר:** הבחנה בין זמנית לקבועה – תלויה בצפי לשיפור. **מילת מפתח:** יציבה



## 28. קביעת אחוזי נכות מצטברת בערר

ועדת הערר יכולה לחשב מחדש את כלל האחוזים, גם אם הדרג הראשון כבר קבע. סמכותה אינה מוגבלת, ולכן יש לנמק כל שינוי.  
**תקציר:** בערר ניתן לחשב מחדש את האחוזים במלואם.  
**מילת מפתח:** ערר-חישוב

## 29. ממצאים רפואיים חריגים שמתגלה בוועדה

אם הרופא מגלה ממצא חמור שלא דווח בעבר (כגון חשד למחלה ממארת) – עליו להפנות את התובע להמשך בירור רפואי.  
**תקציר:** ממצא חמור חדש מחייב הפניה דחופה לבדיקה רפואית.  
**מילת מפתח:** חריג

## 30. חובת דיווח – נהגים מסוכנים והונאה

- אם נמצא שהתובע מסכן את הציבור בנהיגה – חובה לדווח למשרד התחבורה.
  - במקרה של חשד להונאה (מסמכים מזויפים, התחזות) – יש לדווח לגורמי האכיפה.
- תקציר:** על הרופא חלה חובת דיווח על סיכון לציבור או הונאה.  
**מילת מפתח:** דיווח

## 31. פרוטוקול הוועדה ומסירת החלטות

- הפרוטוקול חייב לכלול:
1. דברי התובע.
  2. ממצאי בדיקה.
  3. מסמכים שנבדקו.
  4. החלטות מנומקות. (החלטות נמסרות לתובע בכתב, בצירוף נימוקים).
- תקציר:** הפרוטוקול הוא מסמך מחייב ומנוסח במלואו.  
**מילת מפתח:** פרוטוקול



### **32. אירועים רפואיים חריגים במהלך ועדה רפואית**

אם התובע קורס או מתמוטט במהלך הדיון – על הרופא לעצור מיד, להזעיק טיפול רפואי ולתעד את האירוע בפרוטוקול.  
**תקציר:** במקרה של אירוע רפואי חריג – עצירת דיון ותיעוד מלא.  
**מילת מפתח:** אירוע

### **33. אירועים חריגים בהתנהלות הוועדה**

במקרה של התפרצות, אימים או אלימות מצד התובע/המלווה – יש להזעיק אבטחה, להפסיק דיון ולתעד בפרוטוקול.  
**תקציר:** התנהגות חריגה מחייבת הפסקת דיון ותיעוד.  
**מילת מפתח:** חריגות

### **34. ייזום שירותים מיוחדים במקרים של חולים קשים**

בחולים במצב קשה מאוד (חולי ALS, פרפלגיה, דמנציה מתקדמת) הוועדה חייבת ליזום שר"מ גם אם התובע לא ביקש.  
**תקציר:** בנסיבות חמורות הוועדה מחויבת ליזום שר"מ.  
**מילת מפתח:** יוזמה

### **35. סיכום מסכם של הנחיות חלק ג**

1. על הרופא לנהוג בשקיפות, הקפדה על זכויות התובע ותיעוד מלא.
  2. כל החלטה חייבת להיות מנומקת ומבוססת.
  3. חובה ליזום זכויות נלוות – שר"מ, ניידות.
  4. נדרשת הבחנה בין זמני לקבוע, בין ליקוי רגיל לחריג.
  5. חובת דיווח קיימת בכל מצב של סיכון או הונאה.
- תקציר:** חלק ג מסכם את כללי הזהב לעבודה מקצועית, מנומקת ושקופה בוועדה הרפואית.  
**מילת מפתח:** סיכום



### **36. רשימת טבלאות**

- טבלה 1: רמות גמלת שירותים מיוחדים (שר"מ), 2025
- טבלה 2: מבחן התלות – ניקוד תפקודי
- טבלה 3: השוואה בין ועדה רפואית ראשונה לוועדת ערר