

פרוטוקול

מישיבה מיום 14.1.2010

כב' השופט (בדימוס) אורי גורן, יו"ר הועדה	<u>נוכחים:</u> חברי הועדה:
מר אביגדור קהלני	
כב' השופט (בדימוס) ד"ר גבריאל קלינג	
פרופ' ערן דולב	
גב' אסתר דומיניסיני	
עו"ד נחמה פרלמן	משקיף מטעם משהב"ט:
גב' ליאת ניקריטין, מר מאיר בינג	משקיף מטעם משרד האוצר:
מר יצחק פוקס	משקיף מטעם צה"ל:
מר אביהו דיסטלמן	מרכז הוועדה:
ד"ר אורי זנדבנק – הממונה על הוועדות	הופיע בפני הוועדה:
הרפואיות	
גב' אילנה גיל- ראש היחידה לוועדות	נוכחים נוספים:
רפואיות	
מר קותי מור- ראש אגף שיקום נכים	
מר זאב ויסמן- סגן ראש אגף שיקום נכים	
פרופ' נחום הלפרין-אגף שיקום נכים	
מר שמעון נבון – יו"ר הוועד הארצי של	
ארגון נכי צה"ל	
מר חיים בר – יו"ר ארגון נכי צה"ל	
עו"ד יוסי לוי – היועץ המשפטי של ארגון	
נכי צה"ל	
מר עידן קליימן, עו"ד	
מר אורי יבלונקה- עוזר דובר הוועדה	

גורמים נוספים



טלפון 03-5221022

הופעתו של ד"ר אורי זנדבנק, הממונה על הוועדות הרפואיות

ד"ר זנדבנק: אני בוגר בי"ס לרפואה בת"א, בוגר בי"ס לרפואת שיניים

באוניברסיטת יוהנסבורג ובוגר מאסטר באוניברסיטת ב"ש, למינהל מערכות בריאות.

אני הממונה על הוועדות הרפואיות ויו"ר הוועדות המחוזיות. איתי פרופ' נחום הלפרין (הוא גם נוכח כאן), שהוא הממונה על הוועדות העליונות וגב' אילנה גיל, היא הממונה על המינהלה-א. גורן, יו"ר: היא אחריך,

ד"ר זנדבנק: אני מציג, ואם יהיה צורך – כי זה דברים חופפים, ממש,

אני נתבקשתי להציג את נושא הוועדות הרפואיות במשהב"ט. עפ"י חוק, מונו וועדות רפואיות שתערכנה את דרגות הנכות של נכי צה"ל. הוועדה, למעשה, תפקידה לתרגם מצבים רפואיים למונחים משפטיים מינהלתיים, ולקבוע דרגות נכות תפקודית לנכי צה"ל שמופנים לבדיקה בוועדה הרפואית.

א. גורן, יו"ר: בהנחה שיש לו נכות?

ד"ר זנדבנק: אנחנו מקבלים את כל אלה שבאים אלינו להיבדק, כשההנחה כבר

נקבעת ע"י קצין התגמולים. בעקרון ההנחה כבר קיימת ביסוד.

אנחנו בדרך כלל, חוץ ממספר מקרים בודדים, זה נקרא תקנה

28(א) ששם קצין התגמולים נותן לנו את האפשרות גם להחליט

על הקשר בנכויות קטנות מאוד, שהכל ברור; או בתקנות 9,

שאנחנו נגיע, שזו נכות שנובעת מנכות – מדובר בנכות נוספת –

שם זה קשר רפואי, ורק לוועדות יש סמכות לדון.

ב-2006, הבג"צ המפורסם של ארגון נכי צה"ל, שטען שיש

דברים שאינם מתנהלים לרוחו, בוועדות הרפואיות, וזה ברור

בביהמ"ש, ונקבעה הפרדה מוחלטת בין הוועדות וקצין התגמולים.

בזמנו, עד 2006, וועדות רפואיות הופעלו ע"י קצין התגמולים. למעשה הוא לא התערב בהם, אבל הוא היה הממונה על הוועדות הרפואיות בצורה מינהלתית. וזה הופרד בבג"צ הזה, וגם קבעו שהוועדות תעבודנה בשקיפות מלאה ושמעמדו של הנכה, שווה למעמד קצין התגמולים בתוך הבדיקה בוועדה. כלומר, הוועדות משמשות כסמי-בימ"ש, מולו יש שני צדדים: אחד זה הנכה, השני הוא קצין התגמולים, כשבדרך כלל הוא סומך על הוועדות והוא לא בא ממש לטעון בוועדות האלה. המבנה של הוועדות, כפי שאתם רואים בשקופיות, יש לנו וועדות במחוזים שונים. יש לנו וועדות בטבריה, בחיפה, בב"ש, בירושלים, בת"א ובחיפה. וזאת רשימת יו"ר. הם האנשים שלמעשה מנהלים את המערך הזה במחוזות, בפריפריות, ומריצים את הוועדות.

היום יו"ר זה לא מה שהיה בתחילת הדרך, שהוא למעשה היה אמור לשבת בכלל וועדה, היה צריך להתמנות. היום אין יו"ר ממונים בתוך וועדה. היו"ר עוסקים יותר בהכנת התיקים, בהפעלת הוועדות ובקרה על הוועדות על דברים יותר סמכותיים ולא כל כך רפואיים. אנחנו משתדלים לא לתקן טעויות רפואיות מרחוק.

(מציג שקף) זה תרשים של הוועדה העליונה, כשהממונה הארצי כפי שאמרנו, פרופ' נחום הלפרין. יש לנו רק 3 וועדות עליונות. יש פחות נבדקים ולכן מרוכזות בירושלים, ת"א וחיפה. הפניות לוועדות הרפואיות באות ממספר מקורות. (מציג תרשים) כאן בתרשים אתם רואים שחלק מהתביעות, חלק די גדול, מגיע מקצין התגמולים שמקבל את התביעות. ברגע שהוא מאשר אותן, מכיר בזכאות, זה מועבר אלינו לוועדות לצורך בדיקה. יש לנו וועדות שמגיעות מהמרפאות, למעשה זה מהמחוז, שם יש לנו

נציגים של הוועדות הרפואיות והם אוספים את אלה שמבקשים לבוא לוועדות חוזרות, או כאלה שתוקף דרגת הנכות תסתיים (כי חלק מדרגות הנכות, ניתנות לתקופה זמנית), או שוועדה עליונה מחזירה לוועדה המחוזית וועדות, או די הרבה תביעות של נכות מוסבת, שבה נכה טוען שכתוצאה לנכות קיימת ומוכרת, נוצרה לו נכות בקשר רפואי בלתי אמצעי. כלומר, שמחלה נובעת ישירות ממחלה או מחלה נובעת ישירות מפציעה, בלי שבדרך לא היה שום גורם אחר.

חלק גם חוזר אלינו מבתי המשפט, ששם בתי המשפט דנים בערעורים.

בתי המשפט, בדרך כלל דנים בערעורים רק בנושאים משפטיים, ולא בנושאים רפואיים – או אמורים לעשות כך, וזה מוחזר לוועדות לדיון נוסף.

(מציג שקף) כאן מוצג התרשים המינהלתי: למעשה איך זה מתחיל, תיק הבקשה מתקבל במינהלה הרפואית. הוא עובר ליו"ר שנמצא בכל מחוז. הוא בודק את התיק, רואה אם יש בו מספיק מסמכים כדי שהוועדה תוכל לעבוד. יש יכולת לבקש בדיקות נוספות כדי להכין את התיק לוועדה, או שהוא מחליט שהוא מספיק מלא ואז הוא שולח אותו לוועדה, הוא קובע הרכב (לא ממש הוא עצמו, אבל הוא קובע את סוג ההרכב, סוג ההתמחות שתשב בוועדה הזאת), משבצים רופאים לוועדה, מתאמים תאריך עם הנכה ועם ב"כ, שבדרך כלל כמעט כולם מיוצגים ע"י עו"ד, והוא נבדק בוועדה הרפואית.

לאחר שהתיק עבר את הוועדה הרפואית, הוא חוזר ליו"ר, שם הוא רואה אם הוועדה ביקשה עוד בדיקות או מבקשת חומר נוסף, או שהתיק סוכם ואז הוא בודק אם הכל נעשה כשורה, בעיקר מבחינה מינהלתית משפטית, בתחום הרפואי: סמכויות הוועדה,

אני אתן לכם דוגמא, שלא דנו בנכויות שלא הוכרו ע"י- הרבה פעמים בא נכה ואומר 'אני פצוע בשתי ידיים'. ומסתבר, שהוא מוכר רק על יד אחת, והרופאים לפעמים בשטף הדברים, לא תופשים שלמעשה הנכות השניה בכלל לא הוכרה במשהב"ט. ותפקיד היו"ר לעבור על התיקים, ולראות שבאמת התעסקו עם הדברים הנכונים; אם החסירו משהו, להחזיר לוועדה; אם לא דנו במשהו; אם דנו בדבר שלא התבקשו לדון; אם הכל נרשם כשורה; אם הפרוטוקול מספיק מפורט; אם זה עומד בסטנדרטים מקובלים. ואם כן, הוא מאשרר אותו וזה עובר לקצין התגמולים להוצאת ההחלטה.

יש לנו עוד שריד היסטורי, שקצין התגמולים הוא זה שמוציא את ההחלטה לנכה. אין לו שום say בהחלטה, הוא לא יכול לשנות אותה. זה עוד נשאר היסטורית, והוא מפעיל את המינהלה של משלוח התשובות לנכה. אם הוא רוצה להגיד משהו, זה רק בדרך הערעור, כפי שלנכה יש זכות לערער.

שיטת קביעת אחוזי הנכות היא שיטה בה ברור שהשלם הוא 100%, כלומר הבן-אדם הבריא הוא 100%, וכל נכות שמוכרת היא פחיתה מה-100% ולכן לעולם נכה לא יכול להיות בדרגה גבוהה מ-100%. הדרגת 100% זו דרגה שניתנת עפ"י התקנות, למספר קריטריונים לקבוצות נכים – לא שיש, כמובן, בזה, שיקול של חומרת דרגת הנכות אבל העקרון הוא שכל נכה במקסימום, יכול להפסיד את כל כושרו. וזה אומר שיש פחיתה של 100% מכושרו המלא, שכושרו המלא הוא ללא אחוזי נכות. עכשיו, זה ברור שמטבע הדברים, גם שיטת החישוב זה ברגע שיש נכות נוספת, החישוב של הנכות הבאה, הוא מתוך מה שנשאר מהנכות אחרי שהורדה הנכות הראשונית. וככה תמיד, זה

נראה מוזר, אבל נכויות קשות שמתווספות, מקבלות אחוזים נמוכים בסה"כ. הם מוגדרים כאחוזים גבוהים, אבל בחישוב, בנטו, זה אחוזים קטנים. ככל שיש יותר נכויות, וכבר נתפשו חלק מאחוזי הפחיתה, אז זה-, ולכן אחוזים יכולים לנכה הרבה מאוד אחוזים, והוא יכול בסופו של דבר, בחישוב, להיות עם אחוזים הרבה יותר נמוכים, מתחת ל-100%.

הוועדות רפואיות עובדות עפ"י ספר התקנות שהוא למעשה מאגד בתוכו את מירב הפגימות האפשריות ואת סולם חומרתם, שמתבטא באחוזי נכות.

כפי שאמרנו, זה תרגום משפטי-מינהלתי למצב רפואי, ותפקיד הוועדות למעשה, להתאים את מצב הנכה למצב שמוגדר בספר, וזה למעשה תפקידם.

כלומר, אין להם שיקול דעת נוסף בנושאים האלה, שהם לקבוע עד כמה זה חמור יותר או פחות מאחר, אלא הם צריכים להתאים את המצב כפי שנכתב בספר התקנות.

עכשיו, הספר הזה יש לו בעיה כי הספר הזה מתיישן ואנחנו משתדלים לעדכן אותו, אבל העדכונים הם לא דברים קלים. הרפואה משתנה, ושני דברים מקשים על השינוי שלו: 1. זה שהחוק אינו מאפשר לדון נכים שכבר דנו לפי ספר תקנות ישן. אנחנו חייבים – יש גם בג"צ שנקרא דוקטורי, שהוא אומר שלמרות שרפואה, נגיד, היום, אינה מתרגשת מהתקף לב שאינו משאיר סימנים קרדיאליים, פעם נתנו לזה הרבה אחוזים. היום נכה כזה מקבל מעט אחוזים, ולכן היום אי אפשר לנגוע, אפילו אם הוא יבוא לוועדה, אי אפשר להוריד לו את האחוזים אלא אם כן השתנה מצבו. אם מצבו זהה למה שהיה, לא ניתן לנגוע בו. וקושי נוסף זה, שקבוצת הזכאים אינה מקבלת בדרך כלל את ההצעות שלנו, וטוענת שאנחנו פוגעים בה וקשה מאוד להגיע

להסכמות. הצלחנו להגיע למספר הסכמות והיום, אנחנו עושים הרבה דברים בהשראת ראש האגף, מר קותי מור, שהחליט שהגיע זמן לעשות קצת סדר. כי באמת, בספר התקנות צריך לעשות סדר, ואנחנו הקמנו צוות של מומחים. אני יודע שגם בביטוח הלאומי עובד צוות במקביל, ואנחנו מנסים להתחבר שני הצוותים, לעשות את זה לספר מאוחד, כדי שלא יהיה תמיד- כל הבג"צים זה 'למה זה יותר וזה פחות'. ואני מניח שבסופו של דבר, אנחנו גם בשיתוף פעולה או לפחות ניתן לארגוני הנכים להעיר את הערותיהם ונשתדל להתחשב בהם עד כמה שניתן. יצא ספר חדש, שהוא יהיה הרבה יותר מעודכן, הרבה יותר נכון. היום יש אבסורדים רציניים כמו בחולי לימפומה שהם, למעשה ברמיסה, בהבראה מלאה, והם היום עוד מוגדרים כ-50% לצמיתות, בספר התקנות. למרות שמבחינה רפואית, הם בריאים. אנחנו לא מדברים על מקרים שבמקרה והמחלה תחזור, אנחנו עוד פעם נגדיר אותם בדרגות הנכות הנכונות. אבל גם אלה ששום דבר לא קורה איתם במשך שנים, הם עדיין נחשבים לנכים קשים ביותר, וזה דבר שדורש תיקון, וזה קרוב לוודאי יתוקן בספר הבא.

כפי שאתם רואים, מספר הנבדקים בוועדות הרפואיות של משהב"ט, הוא 11,481 בשנה האחרונה בוועדה המחוזית; ובוועדה העליונה 3,521. בסה"כ 15 אלף נכים בקרוב, וזה אמנם קטן לעומת מה שעושה הביטוח הלאומי, אבל זה וועדות שמעסיקות אותנו באופן מלא ביחידה, וזה עסק ללא הפסקה. כמות הערעורים על ההחלטות של הוועדות המחוזיות – שנבין את זה נכון, כי בתוך ההחלטה יכולות להיות כמה תוצאות של מספר פגימות בתוך הוועדה המחוזית, ולכן מדובר על החלטות. החלטות, לפעמים, אוספות כמה תוצאות של וועדה. בכל אופן,

רואים שבשנה האחרונה, אין לי כאן סטטיסטיקה עד סוף השנה, כי זה הכל נעשה ידנית וזה עוד לא הגיע למצב שנוכל לפרסם אותה, אבל בשנה קודמת 419 מתוך 2,590 ערערו על הוועדה המחוזית לוועדה העליונה.

(מציג שקף) זה שקף שמראה את מספר הרופאים בכל מחוז, שהם במאגר של הרופאים שאנחנו מזמנים לוועדות הרפואיות. כולם רופאים עצמאיים ואינם עובדי משהב"ט. הם עובדים אצלנו בשכר לוועדה.

(מציג שקף) כפי שאמרתי, בהשראת ראש האגף הנוכחי, אנחנו לקחנו את הוועדות בצורה הרבה יותר רצינית מבחינת הצורך לשיפורים. נתנו עדיפות לוועדות ולנושא היחס בוועדות עצמן. שנים רבות הוועדות נתקפו בנושא היחס לנכים בתוך הוועדות, ואנחנו מנסים – והתקדמנו בזה – מנסים לעשות כל מאמץ כדי לשנות את התדמית של הוועדות הרפואיות של משהב"ט. הוועדות, היום, הן וועדות אובייקטיביות, ממש, הן לא מושפעות בכלל מקצין תגמולים והן עושות כל מאמץ כדי לתת לנכה את היחס המתאים.

אנחנו גם מבצעים כנסים לרופאים, כדי לרענן את הנושא המקצועי-רפואי-משפטי, לא כל כך לימודי רפואה כמו חזרה על הוראות, על הבנת ספר התקנות, על בג"צים, על פסקי דין שנתנו ושצריך לעבוד לפיהם. יש לנו גם יועץ משפטי, ששייך לוועדות בלבד. ביהמ"ש קבע שזה לא יהיה יועץ משפטי של אגף השיקום, אלא זה יועץ משפטי שהוא בכפיפות ליועץ משפטי של משהב"ט והוא יועץ של הוועדות בלבד, והוא זה שנותן לוועדות את הייעוץ המשפטי.

כל נבדק בוועדה ממלא טופס משוב שהוא יוצא (אני תיכף אציג את מספר השאלות והתוצאות), אנחנו מבררים עם רופאים, כמעט

כל תלונה. אנחנו קוראים להם, בודקים איתם, אנחנו משתדלים לגייס רופאים חדשים. השעינו מספר רופאים.

אנחנו, בעזרת ראש אגף הנוכחי שראה בזה דבר של חובה, זה מחשוב הוועדות הרפואיות. היום הוועדות הרפואיות עובדות עם תיק ידני, תיק קרטון וברגע שהוא תקוע באיזו נקודה מסויימת, לא ניתן לפתוח וועדות אחרות לאותו אדם. יש בזה קושי עצום, כי לא ניתן, נגיד, לצלם את התיק. אפשר לצלם אותו, רק לא ניתן אח"כ לחבר את כל התוצאות. הדברים מסתובבים ונעלמים, והפתרון לזה הוא רק מערכת מחשוב כזאת שתאפשר לנו לעבוד במקביל. זה כבר נעשה, ואנחנו מצפים שבמחצית שנה הבאה זה ייכנס לעבודה, ואז נוכל לקצר את זמני העבודה בוועדות, במאות אחוזים. נוכל לעבוד במקביל עם אותו נכה על מספר וועדות וגם להוציא את התשובות במהירות וגם להפיק סטטיסטיקות וחיתוכים שהיום אנחנו כמעט לא מסוגלים להפיק, מהמערכת המיושנת והמערכת הידנית. ממש, אנחנו כמעט לא יכולים להפיק שום דבר. יהיה תיק רפואי ממוחשב, שהרופאים לא יצטרכו להתמודד עם תיקים ששוקלים 60 ק', אלא היו"ר יוכל להעביר להם – או הנכה יוכל להעביר, מה שהוא יבחר לנכון, להציג את זה בפני הוועדה והוועדה תוכל לדפדף על המסך ולראות כל מה שהיא צריכה, שספציפי לוועדה בה היא דנה.

(מציג שקף) כאן מוצג ניתוח של תוצאות המשוב. כפי שאתם רואים, היו מספר שאלות על עצם תהליך הזימון לוועדה, הצגת שמות חברי הוועדה, הזמן להצגת הטיעונים והיחס שניתן בוועדה. וכפי שניתן לראות, מתוך סקאלה של 5, אנחנו נופלים במוצע 4,6 מתוך 5 ואנחנו מקווים להגיע ליותר. אנחנו חושבים שיש מה לעשות עוד הלאה.

(מציג שקף) כאן זה מספר דוגמאות שנכתבו ע"י הנכים. אני אלך

דווקא לדברים השלייליים, אתם יכולים לראות שהדברים השלייליים הפעם, לא דנים בנושאי יחס כמו שהיה בשנים שעברו, אלא יותר בדברים טכניים כמו 'חבל שלא ידעתי לאיזו וועדה אני מגיע'; 'קיבלתי זימון 3 ימים לפני' – כלומר לא מספיק זמן; הזימון מגיע צמוד ליום הוועדה; משך הזמן בזימון היה די ארוך; איחור של שעה וחצי. בקיצור, סוג התלונות השתנה מתלונות של יחס, לתלונות יותר טכניות, כשגם בזה אנחנו מקווים לעשות סדר וזה ישתפר מאוד, כשתוכנס המערכת הממוחשבת. זה יתן לנו אפשרות לנהל את זה הרבה יותר טוב. זהו.

פרופ' ערן דולב: אורי, תודה רבה. זה רפואה, ואני שמח לראות שבסה"כ אתם עוסקים פה, כמו שמוצג, בבעיות רפואיות פרופר. אני מזהה פה, 3 נושאים שעלולים להטריד אותי. קודם כל, שליש ערעורים – זה מאוד מעניין. ואם השליש הזה לא ישתנה, למרות שאתם עושים את כל השיפורים, זה מעניין מאוד כי זה יביע משהו של אי-שביעות רצון שאולי לא תלויה במקצוע, אלא בעובדות. יש ציפיות, וזה בסדר, אני אומר, אני מעלה השערה.

הנושא הרפואי של מחלות שמשנתנות, והגישה שמשנתנה אליהן, הוא מאוד חשוב. האם אתם תוקפים את זה בעזרת פאנלים של מומחים, או איך אתם עושים את זה?

ד"ר זנדבנק: ללא ספק. הוועדות רפואיות, מורכבות מאנשים-

פרופ' ערן דולב: אני ראיתי את השמות. כבוד יש שם.

ד"ר זנדבנק: אנשים בעלי מקצוע, עם התמחויות, אנחנו כמובן שמים במקרים שיש שם שאלה עקרונית. זה ברור שכל נושא של נכות מוסבת, מחלה שנובעת ממחלה, אז ללא ספק הדברים הולכים וגדלים. זה לא דבר שהוא סטאטי וברור שמה שנובע מסכרת, כבר כמעט כולם יודעים.

יש הרבה מאוד שאלות, שנובעות מאו טיפול תרופתי, פתאום מופיע משהו שבאחוז מאוד מאוד קטן פורסם בעולם, או מחלות, למעשה מחלות יותר מודרניות, שלא היו מוכרות בעבר, פתאום- כמו כרוניק פאטיג סינדרום וכל מיני דברים כאלה, שמסבכים,

פרופ' ערן דולב: יש לזה נכות?

ד"ר זנדבנק: כן, יש לזה נכות.

עכשיו, כמובן שבנושאים האלה, אם אין לנו את האנשים המתאימים, יש סמכות לוועדה לזמן יועצים. אנחנו מנצלים את זה, ומזמינים מומחים בשטח ועל סמך חוות הדעת של המומחים, הוועדה בסוף מחליטה אם להכיר בזה או לא.

פרופ' ערן דולב: אני מדבר על יוזמה. למשל, אתה נתת דוגמא מצויינת של אוטם בשריר הלב, שלא השאיר נזק, שהיום הגישה היא שונה לחלוטין. או, לימפומות מסויימות, שלפני 40 שנה היתה תמותה של 90%, והיום יש תמותה של פחות מ-5%. זה צריך לקבל ביטוי באיזשהו מקום.

ד"ר זנדבנק: הביטוי ממש מתקבל כבר, כי אנחנו כותבים ספר תקנות חדש, ושם אנחנו ניתן- גם הארגון, אני מאמין, לא חושב שצריך לתת מה שלא מגיע, ואנחנו גם משנים דברים לטובת הנכים. דבר ראשון, מי שעוסק בספר הזה, העבירו את זה לפרופ' שבכלל לא קשור ל"משהב"ט. בחרו פרויקטור, והוא מינה צוותים וזה גם יעבור לארגונים המקצועיים, דרך ההסתדרות הרפואית, ולמעשה המדינה הזאת קטנה ומספר הרופאים מוגבל, אז למעשה כולם יהיו מעורבים בזה. זה לא רופאים של משהב"ט, שכותבים את הספר הזה, אלא הם רק יעבדו לפי הספר הזה. והיתר, למעשה, יוכרע בידי כלל הרופאים בארץ באיגודים המקצועיים.

פרופ' ערן דולב: מה שמטריד אותי, זה הנושא שבאמת הוא לא רפואי פרופר, אלא

חישוב של הנכות המצטברת.

נראה מישהו שיש לו קטיעה, יש לו אחוז נכות מסויים, אבל אני מזהה פה שיכול להיות שיש בעיה בשמיעה פלוס בעיה בראיה פלוס בעיה בעור, פלוס בעיה רביעית: מחלה פנימית, שזה יתן לו את אותו מספר אחוזים.

ד"ר זנדבנק: נכון.

פרופ' ערן דולב: ומכיוון שיש שאיפה, מוצדקת, להגיע לאחוזים מסויימים שמקבלים כתוצאה מהטבות מסויימות, האם זה מתבטא באיזושהי צורה בעבודתכם, או נותנים את הדעת לזה?

ד"ר זנדבנק: עוד פעם, כפי שאמרתי, הוועדות הרפואיות גם נותנות את הדעת. אבל צריך להבין שוועדות רפואיות, בודקות רק נכים שלמעשה או אושרו ע"י קצין התגמולים, נכותם, או בנכויות מוסבות. עכשיו, השיקולים מאוד מקצועיים שם. אין שם שיקולים לכאן או לכאן. כל מי שבא לוועדה ונבדק, אם הוא צודק אז הוועדות מכירות בו, אם הוא לא צודק אז אומרים לו 'סליחה'.

פרופ' ערן דולב: המילה 'צודק' היא לא מתאימה,

ד"ר זנדבנק: מקצועית. זה עניין רפואי.

פרופ' ערן דולב: כלומר, אנחנו מדברים על מחלות ועל פגיעות. אנחנו לא מדברים על צדק, זה לא בימ"ש.

א. גורן, יו"ר: הוא עומד בקריטריונים.

ד"ר זנדבנק: עומד בקריטריונים רפואיים.

פרופ' ערן דולב: אמות מידה רפואיות,

ד"ר זנדבנק: נכון.

פרופ' ערן דולב: ולכן, שוב, יש דברים שהם ברורים. האם יש לכם איזשהם

שטחים אפורים שאתם מתלבטים יותר, בסיכומים של,

ד"ר זנדבנק: צריך להבין שהוועדה המחוזית, וועדה מדרג ראשון, היא פחות

נכנסת לעומק, מטבע הדברים. כי שם, בדרך כלל, זה ההתחלה.

אין לנבדק מספיק מסמכים, הוא עוד לא הלך להביא חוות דעת. בדרך כלל, בוועדה – למרות שעכשיו זה קצת משתנה, כלומר בתקופת עוה"ד – אבל בדרך כלל הדיון המעמיק הוא בוועדה העליונה, וההבדלים מתבטאים גם בזמן. כשמגיעים לוועדה העליונה, לפחות מספר חודשים אחרי הוועדה המחוזית. צריך להבין שהוועדת ערעורים העליונה, היא לא בודקת את הנכה רק על סמך המסמכים שהוא מסר לוועדה המחוזית. הנכה, שלא כמו בבתי המשפט הרגילים, יכול לבוא לוועדה העליונה ולהביא מסמכים חדשים לגמרי, שהוועדה המחוזית מעולם לא ראתה. ולכן, הוועדה העליונה, למעשה עושה עבודה של לא רק ערעור, אלא למעשה היא בודקת אותו והרבה פעמים מוצאים דברים שבכלל לא מצאו בוועדה המחוזית. יש לה גם תפקיד, לעזור לנכה. זה לא דומה לבתי משפט, אלא אם שם הוא פספס משהו, אומר לו הרופא 'אתה צריך לתבוע גם על זה, כי זה קשור לזה'. זה לא דומה לבתי המשפט, שאומרים 'בוא תשפוט אותו' ככה אני מבין, אז שופטים אותו על מה שהגישו את הזה.

שם, יש תפקיד לוועדה ומשהב"ט מעוניין בזה שיגדירו את המכסימום שניתן. ולכן, בוועדה העליונה הדיונים הרבה יותר מעמיקים. הולכים לספרות הזו, מצטטים, מזמינים מומחים. העסק מאוד מאוד רציני, וזו אחת הסיבות שגם לוקח יותר זמן בוועדה העליונה. ולמעשה, אם בוחנים את קביעות בתי-המשפט, כמעט ואין הערות מקצועיות רפואיות, אלא זה ברור שהמנדט של בתי המשפט, הוא לדון רק בדברים משפטיים ולא דברים רפואיים. אבל לא אחת, פה ושם, מעירים איזשהן הערות. אבל אני חושב, שהמקצועיות של הרופאים בוועדות העליונות והחדירה לחומר מסביב, ההתייעצות עם רופאים נוספים, אני

חושב שהיא טובה מאוד. כמובן, יש פה ושם פספוסים, אבל אני חושב שהיא טובה מאוד.

אסתר דומיניסיני: כמה רופאים יושבים בדרג ראשון, אחד?

ד"ר זנדבנק: בדרג ראשון, בדרך כלל לא יושבים פחות מ-2, אלא אם כן זו וועדה שהיא דורשת מכשירים כמו עיניים או אא"ג, אז הם נבדקים במקום, או שיניים – במקום שיש את המכשור. ואז, בחלק מהארץ, בחלק מביאים את התוצאות ודנים שם כמה שהם זה. ברוב המקומות קובע רופא אחד. ביתר המקרים, תלוי אם זה אורטופדיה יושבים 2, אם זה פסיכיאטריה משתדלים שישבו יותר.

אסתר דומיניסיני: ובעליונה כמה?

ד"ר זנדבנק: בעליונה חובה זה 3.

אסתר דומיניסיני: לאור העובדה שיש כ-25% עררים, מה תוצאות העררים? אתם יודעים?

ד"ר זנדבנק: אנחנו יודעים. רוב התוצאות זה מוחזר לדיון בוועדה. בתי המשפט לא נוקטים עמדה. רוב רוב המקרים, זה מוחזר לוועדה.

אסתר דומיניסיני: ואז, התוצאה?

ד"ר זנדבנק: ואז דנים. לא תמיד מקבלים את דעתי-ראיתם בעיתונות שתקפו אותנו, בלי צדק. ממש בלי צדק. התוצאות הן, בסופו של דבר, אחוז-אני לא יכול להגיד במדויק, אבל אחוז אני חושב, שבערך מ-10 עד 15%, אני לא רוצה להתחייב, משתנים הדברים. ומשתנים, לא שאומרים 'בוא ניתן לך אחוזים על מה שלא נתנו', אלא מסכימים שיש כאן עוד פיצול של נכות, אלא מוסף איזה סעיף שצריך להתמודד איתו. לא שההחלטה ממש לא נכונה, אלא שלא הסתכלו בצורה מורחבת על איזה סעיף נוירולוגי שמתווסף לזה.

אני לא רואה שהוועדות העליונות מפספסות רפואית. כמובן, כל

הערעורים והכל, תלוי בעוה"ד, מי שעומד מכאן ומי שעומד מכאן. אבל רפואית, אני לא רואה שם פספוסים גדולים. אביגדור קהלני: המשוב שאתם מציגים, נראה מאוד יפה, אבל שאלה מה המשוב אחרי זה, אחרי התוצאות – נראה לי שהיה משתנה לגמרי. שתי שאלות יש לי: 1. מקומם של עוה"ד בתהליך; 2. אתה פה הצגת לנו תמונת מצב שלך, כפי שהצגת. אם היית מתבקש לדבר בסעיף השלישי שלך, מה שנקרא 'דבר חופשי', מה היית אומר על השינויים או בקשות שלך לשינוי המצב?

ד"ר זנדבנק: לגבי הסעיף השלישי קודם, דבר ראשון אנחנו עובדים בעבודת צוות ולא- יש לנו שאיפות ואני פעם אמרתי, שברגע שהכל יהיה בסדר אז לי כבר אין מה לעשות שם. אנחנו שואפים להגיע לרמת רפואה הכי טובה שניתן, לרמת יחס הכי טובה שניתן, ולרמה כזאת שנגיע למצב שהנכים כולם יהיו מרוצים ולא יתאכזבו.

זה אומר שאנחנו צריכים להיות הרבה יותר ברורים. אנחנו צריכים להגיע לספר תקנות הרבה יותר רחב וברור, שגם אנשים שהם לא מקצועיים יוכלו להבין מתוכו מה נאמר בו. ואז כמות התלונות על קיפוח, תרדנה. כי היום עוה"ד מלהיבים את הנכים, והם כבר רצים לבתי החולים איך שנפצעים, כמו בסרטים מארה"ב, ומשכנעים משפחות שהנכות היא ברורה. נכים שהם 100 פלוס, בכלל אין וויכוח עליהם, לא צריכים להיות מיוצגים בוועדות הרפואיות לפחות. אני לא חושב שיש בכלל מקום. אני לא מתמצא ביתר הדברים. וועדות רפואיות, אני לא חושב שהוועדות חטאו או שהעו"ד עזרו למישהו בוועדות. זה רק נדמה לנכים.

א. גורן, יו"ר: אבל הם עוזרים בפורמליות, בהכנת הבקשות, ד"ר זנדבנק: עוה"ד באים לטעון בוועדות הרפואיות. אנחנו הכנסנו גם, שכל

מי שרוצה יכול לבוא לטעון. בזמנו לא נתנו לאנשים להיכנס לוועדות. אנחנו היום פתוחים. כל מי שרוצה או יודע משהו, יכול לבוא בפני הוועדה. הוא כמובן לא משתתף בדיון הפנימי של הוועדה, אבל הוא יכול לבוא ולטעון. יכול להביא את השכנים, את אשתו, את הילדים, את מי שהוא רוצה הוא יכול להביא. אנחנו בעד. אנחנו רוצים וגם אמרנו לכל המטפלים שלהם 'תבואו, תגידו. אתם הרי מכירים אותם, תבואו לוועדות'. בזמנו רופאים ועובדים סוציאליים וכדומה, אסור היה להם לבוא לתוך הוועדות. אנחנו פתחנו. אנחנו לא מחביאים שום דבר, כל מי שיודע משהו – שיבוא.

עכשיו, כמובן, המצב האידילי זה שכולם יקבלו את מה שהם חושבים שהם צריכים לקבל, ושאנחנו נעבוד נכון. זה הכל. ששני הצדדים יהיו הוגנים ואנחנו עושים מאמצים לקראת זה.

ד"ר גבריאל קלינג: לרופאים שיושבים בוועדות, יש איזושהי הכשרה מיוחדת, כדי ליישם את הידע הרפואי שלהם בקביעת דרגת נכות. כלומר, מלבד זה שהוא אורטופד מעולה, האם הוא עובר הכשרה כיצד נותנים דרגת נכות?

ד"ר זנדבנק: כן. הרופאים האלה של הוועדות, כשהם נכנסים לעבוד בוועדות, אנחנו בוחנים אותם לא רפואית. לא ברגע שיש לו רשיון הוא בסדר.

אנחנו שואלים עליהם, רואים קודם מי הבן-אדם, אם אין לו איזה נטיות מיוחדות שלא מתאימות להתעסק עם אוכלוסיה כל כך רגישה. אנחנו מאמינים שזו האוכלוסיה הכי יקרה שישנה במדינה, ושסור לי אולי להגיד, אבל שהם צריכים לקבל את היחס הכי טוב. לא רוצה להשוות אותם למוסדות אחרים, אנחנו חייבים לתת להם את היחס הכי טוב. עכשיו, רופאים שמתחילים לעבוד, מודרכים על-ידנו. כל רופא

שמתחיל לעבוד, מקבל הדרכה ממני. הוא מקבל גם ספר של הסברים והוא גם נמצא תחת חונך. אף פעם הוא לא יושב כבודד בוועדות הרפואיות. הוא לא יושב כרופא בודד כמעט אף פעם, אבל גם בבטחון, ב-6 חודשים הראשונים, הוא לא יהיה זה שמוביל את הוועדה, אלא הוא יושב עם הוועדה ולומד. יש לנו גם תוכנית, להצטרף, אם זה יתגשם, הביטוח הלאומי בזמנו יזם איזה מהלך לפתוח באוניברסיטה ב"ס להכשרת רופאי וועדות וכמובן שגם אנחנו נצטרף אם זה יקום. זה התחיל, ולצערנו נפטר המוביל של זה, פרופ' רים וזה כנראה יתפוש תנופה בעתיד הקרוב ואז כולם יוכשרו בצורה רשמית.

ד"ר גבריאל קלינג: מכאן באה השאלה שלי, משום שיש חוק לגבי הביטוח הלאומי. היום יש צורך בהכשרה ובהשתלמויות תקופתיות. הכל מכוח חוק.

ד"ר זנדבנק: ברגע שיתחילו שם ללמד, האוניברסיטאות. אנחנו עושים השתלמויות שלנו, יש לנו כנסים מקצועיים שהם כפי שאמרתי, בנושאים חוק ומשפט, הבנת התקנות. יש לנו כנס קרוב, והזמנו גם שופט שיבוא ויגיד מה הוא לא מרוצה,

ד"ר גבריאל קלינג: בוועדה המחוזית, אני מבין שיושב בדרך כלל רופא אחד? ד"ר זנדבנק: לא, יושבים שם בדרך כלל 3, אבל יכול עפ"י חוק לשבת אחד. בדרך כלל יושבים מ-2 ומעלה.

ד"ר גבריאל קלינג: מי קובע את התחומים שבהם, ד"ר זנדבנק: היו"ר. היו"ר עובר על התיק, רואה באיזה תחום התביעה ומה צריך לבדוק, והוא מתאים את סוג הרופאים המתאימים, לא שמית אלא סוג של רופאים, לוועדה. הוא אומר 'צריך אורטופד ידיים', אם צריך שם,

ד"ר גבריאל קלינג: כשתיארת את מצב התיקים, שטוב שיהיה משוב, שלגבי נכה אחד יש כמה תיקים וכמה וועדות רפואיות,

- ד"ר זנדבנק: כן. אנחנו מונעים את זה. היינו צריכים, למעשה, לפתוח מספר תיקים כדי שיוכל ללכת בו-זמנית לכמה וועדות. אנחנו לא יכולים לעשות את זה מבחינה מינהלתית, כי התוצאות לא תוכלנה להתחבר, כי הרי התוצאות נבנות אחת על השניה. ולכן, כרגע, אנחנו חייבים ללכת עם התיק ממקום למקום וזה מעכב. כשיהיה לנו מחשוב, התוצאות תוכלנה להתחבר וגם להתקזז בו-זמנית. היום אנחנו חייבים לעבוד בטור ולא במקביל.
- ד"ר גבריאלי קלינג: זאת אומרת, שיוכל להיות שאדם יבדק ע"י פסיכיאטר ויבדק ע"י אורטופד בנפרד?
- ד"ר זנדבנק: יכול להיות מצב כזה. אנחנו משתדלים, אם זה מספר פגימות, משתדלים לחבר פגימות שמשותפות. אנחנו לא נכניס עשר פגימות אורטופדיות ואורולוגיות, יחד עם בדיקה פסיכיאטרית. כי שם הבדיקה הפסיכיאטרית היא ארוכה ודורשת לפחות 3 פסיכיאטרים או 2 פסיכיאטרים, ולכן אנחנו לפי העניין, משתדלים כדי לא לטרטר את הנכה, להביא אותו לוועדה מורחבת ככל האפשר, כדי שתגמור מכסימום פגימות. כמובן לפי העניין.
- ד"ר גבריאלי קלינג: אמרת שהנכה נבדק. האם יש בדיקה פיזית שנעשית?
- ד"ר זנדבנק: כמובן, בדיקה גופנית.
- ד"ר גבריאלי קלינג: ויושבים רופאים מתחומים שונים, ואחד עושה את הבדיקה, שני מראה,
- ד"ר זנדבנק: אחד עושה את הבדיקה, כדי לא לפגוע בו. אחד. ותוצאות הבדיקה הוא מעביר לצוות.
- ד"ר גבריאלי קלינג: אני לא הבנתי, מה עושה עוה"ד בוועדה המחוזית? בוועדה העליונה זה ערעור, אני מבין,
- ד"ר זנדבנק: הוא יועץ של כל הוועדות, לאו דווקא של המחוזית.
- ד"ר גבריאלי קלינג: לא, אני דיברתי על עו"ד פרטיים.
- ד"ר זנדבנק: בוועדה המחוזית הוא מציג טיעונים. ככה זה, צריך להתפרנס,

הוא בא ומדבר מה שהנכה אומר. הוא אומר 'אני אגיד לכם כמה

זה קשה, הנכה לא רוצה לספר אבל זה ככה ככה ככה'.

ד"ר גבריאל קלינג: יש נכויות שאינן בספר?

ד"ר זנדבנק: יש נכויות מותאמות. אם לא מוצאים סעיף, מחפשים סעיף הכי

קרוב וכותבים שהוא מותאם.

א. גורן, יו"ר: רבותיי, אנחנו בפיגור, אז אילנה תעשי את זה קצר.

אילנה גיל: לי אין מה להציג, ד"ר אורי סקר את כל ה,

א. גורן, יו"ר: את מוותרת?

אילנה גיל: כן.

א. גורן, יו"ר: הסקירה שלו היתה מאוד ממצה ומאוד מעניינת, ובאמת, אני

כשופט, לא תמיד ראיתי את זה באור הזה שהצגת, ויפה. עבודה

יפה. ואת המחשוב, קוטי מה שאתה אומר. אם אתה צריך תקציב,

תגיד לנו, נסדר לך. תודה רבה ד"ר.

ד"ר זנדבנק: תודה לכם.

(תום הופעתו של ד"ר אורי זנדבנק)

א. גורן, יו"ר: נעבור לחלק הבא. אילנה, אני חושב שאת לא הצטערת שבאת

הנה. אני מודה לך שהגעת, ואתם יכולים להישאר כאן לשמוע, יש

לנו הופעה שניה היום של נציגי ארגון נכי צה"ל.