

25 שנים לחוק זכויות החולה: נקודת המבט של בית החולים

עינב עצמונה ראש, סלמאן זרקא

רקע כללי

חוק זכויות החולה, שנכנס לתוקפו ב-1996, בא להסדיר את זכויות החולה בעת קבלת טיפול רפואי במוסדות הבריאות, ובכללם בתי החולים. החוק מדגיש את החשיבות של זכויות המטופל (החולה) על בסיס עקרונות מתחום האתיקה המקצועית [1], וכן את חשיבותן של סוגיות מתחום המוסר, הדת והמשפט. כמו כן הוא מגדיר את המסגרת החוקית והנורמטיבית של יחסי הגומלין בין המטפל למטופל ואת המסגרת המגינה על כבודו ופרטיותו של המטופל [2], ועוסק בין השאר בהבטחת טיפול מקצועי, איכותי ובטוח. החוק יונק את השראתו מחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, המתבסס על הערכים המגולמים במגילת העצמאות [3].

הטמעת החוק במסגרות של מערכת הבריאות ארכה שנים אחדות, משום שהיה צורך להסדיר תרבות טיפול עדכנית, גם אם חלקים בה כבר היו נהוגים במערכת הבריאות, לקבוע תקנות ונהלים חדשים, להדריך את הצוותים לפעול על פי החוק החדש, להכין את הטפסים החדשים מתוקף החוק החדש, למנות ועדות, ולהגדיר תהליכי עבודה ולהטמיעם בקרב הצוותים [4]. מכיוון שהחוק – ככל חוק, למעשה – נועד לספק פתרונות לסוגיות מורכבות בטווח הארוך, יש להמשיך לעבוד על ההתאמות במסגרות השונות של מערכת הבריאות כחלק מהתפתחות העשייה וכחלק מהשינויים המתרחשים במקצועות הרפואה. רוחו של חוק זכויות החולה משפיעה על מערכת הבריאות ועל נקודות המפגש בינה ובין החולה. ואולם החוק מכיל גם רכיבים המשפיעים במישרין על תהליכי העבודה היום-יומיים בבתי החולים בישראל:

1. עיגון ההליך של קבלת ההסכמה של החולה לטיפול רפואי בחקיקה, ובתוך כך הסדרת הפעולות הדרושות לשם קבלת ההסכמה בכתב (סעיפים 13, 14);

* ד"ר עינב עצמונה ראש, מרכזת היחידה לבריאות הטיפול וניהול סיכונים והממונה על פניות הציבור, המרכז הרפואי זיו; פרופ' סלמאן זרקא, מנהל המרכז הרפואי זיו, והפקולטה לרפואה ע"ש עזריאלי, אוניברסיטת בר-אילן.

2. הסדרה של מתן טיפול רפואי במקרים שאין הסכמה מצד החולה (סעיף 15);
3. קביעת מעמדה של הרשומה הרפואית וחובת הצוות לעגן בה את כלל העניינים שנבחנו ונשקלו בטיפול בחולה (סעיף 17);
4. קביעת הליכים לבדיקת מקרים שנדרשת בדיקה בעניינם באמצעות ועדות בדיקה (סעיף 21) וועדות בקרה ואיכות (סעיף 22).

ההתמקדות בתחומים אלו הביאה לכך שתהליכי העבודה מול המטופלים בבתי החולים חייבו שינוי והתאמה. גם אם בעבר לא נותח חולה לפני שהתקבלה הסכמתו הכתובה לניתוח, המצב כעת חייב לבחון את המידע שמועבר לחולה ואת הליך ההחלטה כדי לוודא הסכמה מדעת, שבעתיד אולי תיבחן גם בבית המשפט ותחייב הגדרות ברורות יותר של המידע שהועבר, טופס הסכמה מדעת והליכי ההסברה וקבלת ההסכמה מדעת.

מכיוון שהרשומה הרפואית מנוהלת בידי צוות בית החולים ובאחריותו, היא הפכה לכלי החשוב ביותר לתיעוד התהליכים השונים שעבר החולה וכן לשיח שהתנהל איתו ועם משפחתו. ניהול הרשומה בידי הצוות והטלת האחריות להליך עליו הם הכלי העיקרי בעת בריר תלונות ותביעות. חובות הצוות בניהול הטיפול ברורות; הצוות המטפל, ולא החולה, הוא שמחויב לוודא שכל התהליך נעשה כראוי, והוא שצריך להיות ער לכל השלבים, ובכללם לוחות הזמנים וזהות המשתתפים בטיפול.

החוק הסדיר את העברת המידע ששייך לחולה אליו והגדיר את המקרים שבהם הצוות סבור כי העברת המידע לחולה אינה רצויה. קונפליקט נוסף שהחוק הסדיר היה המורכבות במצבים שהחולה מסרב לקבל את הטיפול המומלץ. החוק פירט כיצד לנהוג במקרים אלו כדי שיישמר האיזון בין זכויות החולה לבין חובת המטפל להציל חיים ולעשות את הטוב למען החולה. כדי להגיע לפתרון טוב במקרים כאלה חייב החוק הקמת ועדה לזכויות החולה בכל בית חולים והגדיר את הרכבה, את תפקידיה ואת סמכויותיה. הוועדה יועדה לעסוק במצבים שבהם הצוות הרפואי ממליץ על טיפול אך החולה מתנגד. תפקידיה של הוועדה לבחון את תמונת המצב בכללה, לקיים שיח עם החולה ולנסות לשכנעו, ולתווך בין עמדת הצוות המטפל לעמדת החולה. ההתמודדות עם המשך סירובו של החולה לטיפול עוגנה בהמלצה לפנות לערכאות משפטיות. החוק הסדיר מענה במצב של סיכון חיים גם כאשר הסכמת החולה אינה ניתנת להשגה.

שינויים מבניים בבתי החולים בעקבות חקיקת החוק

בהתאם לחוק וברוחו הוקמו בבתי החולים ועדות וגופים למתן מענה לסוגיות שונות כדלקמן:

1. כחלק מנוהלי משרד הבריאות שנועדו לסייע ביישום החוק במערכת הבריאות חובה למנות בכל בית חולים ממונה על פניות הציבור. ממונה זה יהיה הגורם הבכיר שאליו מופנות תלונות מהציבור בעניינים שקשורים בזכויות ובפערים ביישום החוק מנקודת מבטו של המטופל. נוסף על מינוי ממונה זה הוקמו ומוסדו בבתי החולים יחידות לניהול סיכונים, איכות ובקרה, אשר לצד טיפול בתלונות הציבור ובתביעות נגד בית החולים הן

- עוסקות בתהליכים רבים, פרואקטיביים, לצמצום הסיכונים ולקידום תרבות של בטיחות בבית החולים – הכול כדי לוודא טיפול איכותי ובטוח למטופל, ברוח החוק.
2. בכל בית חולים הוקמה ועדת אתיקה [5] שתפקידה לטפל בהיבטים השונים הנוגעים להעברת מידע למטופל וכן במקרים של סירוב מצד מטופל לקבל טיפול רפואי. ועדת האתיקה מסדירה את ההליך שקשור בזכותו של כל חולה לקבל מידע על מצבו. במקרים חריגים, שבהם מתעוררת השאלה אם למסור למטופל מידע חלקי בלבד מתוך דאגה למצבו, שיקול הדעת אינו של המטפל והוועדה היא שצריכה להכריע בכך.
3. ועדות בדיקה וועדות בקרה ואיכות מוקמות אד הוק כדי לבחון מקרה יחיד או צבר מקרים. כך נוצר תהליך של למידה והפקת לקחים המשפר את איכות הטיפול הרפואי בחולים.
4. מתוך הבנה של חשיבות התיעוד הרפואי וקידום מעמדו הן ביום-יום והן בתלונות ובתביעות מצד המטופלים הוקמו בבתי החולים ועדות לבחינת הרשומה הרפואית ושיפורה. הונהג עיסוק רצוף ועקבי ברשומות כדי שהן יהיו מעודכנות בכל המקרים, ולכן אמינות, ויכילו את כל המידע על הטיפול בחולים.
5. מונה ממונה איכות שתפקידו לעבוד עם צוות רב-מקצועי לקידום המדיניות של איכות הטיפול הרפואי מעבר להליכי ניהול הסיכונים הרשמיים. ממונה האיכות פועל על פי המדיניות המקומית של בית החולים, ותפקידו ליישם את המדיניות ואת מדדי האיכות שקבע משרד הבריאות הן מול הצוותים במחלקות והן במסגרת ועדת איכות מוסדית.
- כאמור, הוועדות והליכי העבודה העדכניים נעשים בהתאם לחוק ולרוחו. להלן נעמיק ונדון בסוגיות חשובות שהחוק חידד.

הסכמה מדעת והזכות לאוטונומיה

ערך האוטונומיה מחדד את זכותו של המטופל לקבל החלטות הנוגעות לענייניו, מרצונו החופשי ובהתאם לערכיו. הצוות המטפל מחויב למסור למטופל את כל המידע הרפואי הדרוש לו לצורך קבלת ההחלטה בעניינו [5], קרי הסכמתו לטיפול המוצע. דרישה זו עוגנה בפרק ד לחוק זכויות החולה. חשוב להדגיש כי דרישה זו הייתה מעוגנת עוד טרם החוק – בתקנות בריאות העם, בהתייחסות להטמעת טופסי הסכמה מדעת [6]. במסגרת חידוד הנושא בחוק זכויות החולה הוגדרו שלושה רכיבים: חובת הגילוי והיקף המידע שיש למסור למטופל כדי שייתן הסכמה מדעת, תוכן המידע הרפואי שיש למסור לו, ומועד מסירת המידע. החוק גם הגדיר את המקרים הדחופים לקבלת טיפול רפואי מציל חיים על ידי החתמת שלושה רופאים על ההכרח והדחיפות. כמו כן הוא הגדיר את המקרים שבהם העברת מידע למטופל עלולה לסכנו ולכן נדרשת המעורבות של ועדת האתיקה, כפי שתואר לעיל. החוק קבע את אופן מתן ההסכמה ואת הפרוצדורות הספציפיות שבהן נדרשת הסכמה בכתב. עוד קבע החוק את האפשרות למינוי בא כוח מטעם המטופל שיהיה מוסמך להסכים במקומו לטיפול הרפואי. אמנם החוק לא התייחס לסוגיית הסירוב מדעת,

ואולם הפסיקה התייחסה לכך כנגזרת של ערך האוטונומיה, כשלנגד עיניה עומד הערך של הצלת חיים.

עוד קודם לחקיקת חוק זכויות החולה ובמהלך שנות השמונים והתשעים של המאה העשרים פירשה הפסיקה בהרחבה ובאופן שמעניק עליונות לזכות האדם לכבוד ולאוטונומיה את סוגיית ההסכמה מדעת על רכיביה ונסיבותיה השונים. הפרשנות התמקדה בעיקר בעילות של עוולת התקיפה – באשר ליסוד ההסכמה; עוולת הרשלנות – באשר לחובת הזהירות ויסוד הקשר הסיבתי בין התרשלנות מצד הצוות לבין הנזק שנגרם למטופל; ועוולת הפרת חובה חקוקה והפרת חוזה [7, 8]. יתר על כן, הלכת **דעקה** [9] יצרה תקדים בכך שהולידה באופן מהפכני ומרחיק לכת נזק לא מוחשי ובר פיצוי של "פגיעה באוטונומיה" אשר אינו תלוי בהוכחת קשר סיבתי או בקיומו של נזק גוף. המשמעות היא שלמטופל עומדת הזכות לתבוע ולקבל פיצוי בגין רשלנות רפואית רק מעצם העובדה שלא נמסר לו מידע רפואי גם אם הצוות לא התרשל בטיפול, ואפילו כאשר התוצאה הטיפולית הייתה מוצלחת. בסוגיה זו נשוב לדון בהמשך הדברים.

עניין ההסכמה מדעת נמצא בשיח מתמשך. הוא מתעדכן על פי הפסיקה או בהמשך לתלונות שעולות ממטופלים או משפחותיהם, לצד תשומת הלב של המטפלים כחלק מהגישה האקטיבית בניהול סיכונים. במשרד הבריאות ובמוסדות הרפואיים נכתבים ומתעדכנים מעת לעת חוזרים ונהלים [10], מתוך הדגשת הפרוצדורה הנדרשת, השימוש הראוי בטופסי ההסכמה לפרוצדורות המחייבות הסכמה בכתב, מהלך השיח עם המטופלים או נותני ההסכמה ותיעדודו ברשומה הרפואית [11]. כדי להטמיע בקרב הצוותים את חשיבות הדברים הנושא אף נכלל ברשימות תיוג ("צ'ק ליסט") שעניינן פרוצדורות כירורגיות ו/או פולשניות, דוגמת הכנה לניתוח, אימות נתונים (sign in) ופסק זמן (time out). פעולות אלו הן דוגמאות לקידום האיכות ולא רק לצד שקשור במניעת סיכון.

הרשומה הרפואית

פרק ה לחוק זכויות החולה מסדיר את זכויות המטופל ואת חובות המטפלים בסוגיית הרשומה הרפואית והמידע הרפואי. ההוראות נוגעות לחובת הצוות לניהול השוטף של הרשומה ולשמירה שלה (גם בפן הפלילי); לתוכן הרשומה הרפואית; לזכות המטופל למידע רפואי; לשמירת סודיות רפואית; ולמסירת מידע לאדם שאינו המטופל. בדיון שלנו נתייחס בעיקר לעניין התוכן וניהול הרשומה.

ובכן, אמנם החוק לא הגדיר את התוכן הספציפי שיש לכלול ברשומה, אך חוזרי המינהל הכללי קבעו ועדכנו קווים מנחים ואמות מידה לניהול רשומה [12].¹ קווים אלו מפרטים את רכיבי הרשומה מתוך הכרה בחשיבותם של אחידות הרישום, שיפור איכות הטיפול, שמירה על

1 חוזר המנהל הכללי מס' 9/2019 [12] עדכן וביטל חוזרים קודמים בנושא. ברקע לחוזר צוין כי הוא מתווה כללים אחידים וברורים לניהול רשומת המטופל באשפוז ובקהילה וכי הוא מותאם לשינויים במערכת הבריאות.

הרצף הטיפולי, טיוב הדיווח והתקשורת הבין-צוותית, קידום בטיחות הטיפול מבחינת היכולת לקיים בקרה ולתחקר אירועים חריגים, קידום המחקר הרפואי, וההקשר המדיקו-לגלי, שכן הרשומה היא ראיה משפטית בעלת משקל רב ובכוחה להכריע את הכף בעת התדיינות משפטית. הפרקטיקה מציגה שיטות וגישות שונות לניהול רשומה רפואית בין ובתוך בתי חולים וארגוני הבריאות השונים. על הצוות המטפל מוטלת חובת התיעוד ברשומה באופן שישקף את המהלך הטיפולי בזמן אמת. הפרתה של חובה זו נחשבת רשלנות, והיא פוגעת ביחסי האמון עם המטופל וגורמת נזק ראייתי שאינו בר תיקון ועל כן מעבירה את נטל השכנוע אל כתפי הנתבע. גישת הפסיקה מדגישה את החשיבות שבניהול נאות של הרשומה באמצעות מבחן הסבירות, במישור הטיפולי ובמישור המשפטי. לא אחת נפסקו פיצויים גדולים לטובת מטופל בגין הפרת חובה זו כאשר ההפרה הייתה קשורה ישירות במחלוקת [13].

אין ספק שנעשתה כברת דרך ארוכה בתחום זה, ולכאורה אפשר להבחין בשיפור ניכר בניהול הרשומה הרפואית. המציאות, לעומת זאת, מציגה לא מעט חסמים מערכתיים ושאלות מהותיות בנושא. במסגרת המאמצים לשפר ולטייב את הליך ניהול הרשומה הרפואית חל בשנים האחרונות מעבר מערכתי הדרגתי מרישום ידני לרישום ממוחשב. מטרתו למקד את הצוות בתוכן הנדרש באמצעות בניית רכיבי הרשומה במערכת ממוחשבת המותאמת להנחיות ולאמות המידה הנדרשות.

ועדות בדיקה וועדות בקרה ואיכות

ועדות הבדיקה מוקמות מכוח סעיף 21 לחוק על ידי מנהל המוסד הרפואי או מנכ"ל משרד הבריאות לשם בדיקת תלונה של מטופל או של נציגו או לשם בדיקת אירוע חריג שקשור במתן טיפול רפואי. ממצאיה ומסקנותיה של ועדת הבדיקה גלויים, אבל הפרוטוקול נתון לחיסיון יחסי. דהיינו, בנסיבות מסוימות מותר למסור אותו לצרכים של ניהול הליכים משמעותיים, הליכי חקירה או הליכים משפטיים, כאשר האיזון המתבקש כאן הוא בין האינטרס של המטפל להרגיש בטוח לבין האינטרס של המטופל בגילוי מלא שיסייע להגיע לחקר האמת ולממש את זכותו לדעת מה נעשה בגופו. לפיכך במניין השיקולים העומדים בבסיס החשיפה מובאים בחשבון מידת החיוניות והחשיבות של המידע, קיומה של תשתית ראייתית המצדיקה גילוי, קיומן של ראיות חלופיות שניתן להסתמך עליהן, והצורך בהסרת החיסיון לשם עשיית צדק [14].

ועדות בקרה ואיכות מוקמות מכוח סעיף 22 לחוק על ידי מנהל המוסד הרפואי או מנכ"ל משרד הבריאות לשם שיפור האיכות של הטיפול הרפואי ושירותי הבריאות. תוכנם של דיוני הוועדה וכלל מסמכיה מקבלים חיסיון מלא ומוחלט. החיסיון חל על הבחינה של תהליכי העבודה הרוחביים ועל זיהוי נקודות התורפה שבגינן המטופלים עלולים להיפגע. הסעיף קובע גם כי אם קיימת לכאורה עילה לנקיטת אמצעי משמעת כלפי מטפל, יובא הדבר לידיעת המנהל הכללי, וכי אם נמצאו ממצאים עובדתיים שאינם מתועדים ברשומה הרפואית, יש לתעדם – מה שעלול להפר או לסייג את אותו חיסיון "מוחלט".

מפסק דין **הר טל** [15], שניתן בשנת 2006, עולה כי יש חשיבות רבה להבחנה בין הוועדות הללו כאשר בוחנים את בחירת האמצעי הנכון. הסיבה לכך היא שפעילותן של הוועדות נבחנת על פי מבחן מהותי, שעלול להשפיע על יחסו של בית המשפט לעניין החיסיון. כלומר, אם ועדת איכות ובקרה דנה, בין היתר, גם באירוע הנוגע לעניינו של מטופל מסוים – אפשר לראות בה ועדת בדיקה ועל כן לשלול את החיסיון.

שאלת החיסיון נדונה בבית המשפט העליון עוד בתחילת שנות התשעים. נשיא בית המשפט העליון דאז, אהרן ברק, סבר כי האינטרס – של הפרט ושל הכלל – בחשיפת האמת גובר על האינטרס הגלום בהגנה על החיסיון של ועדות הבדיקה, וכי ראוי שוועדות אלו יתקיימו ויעשו את עבודתן גם בלי חיסיון, שכן הדבר מתבקש מחובתו האתית של הרופא וממהות מקצוע הרפואה [16]. באותה הרוח נראה כי גם בהליך החקיקה שנים אחדות לאחר מכן לא זכו ועדות הבדיקה בחיסיון חקיקתי מלא. עניין זה הקשה על פעילותן של היחידות לניהול סיכונים, המותנית בשיתוף הפעולה של אנשי הצוות, ותרם להתפתחותה של "רפואה מתגוננת", המביאה בחשבון בעת קבלת החלטה רפואית – לצד השיקולים הרפואיים המקצועיים – גם שיקולים משפטיים. לפיכך עלתה הקריאה להסדרה חקיקתית, שתאפשר בירור והגון של הליכים רפואיים, ולגיבוש דרכים שיאפשרו איזון ממשי בין הצורך לברר את האמת בלי לחפש אשמים לבין הצורך להטיל אחריות משפטית במקרים המחייבים זאת, או במילים אחרות, לא לשפוך את התינוק עם מי האמבט [8, 17].

ברזיס ואח' [18] סבורים כי מערכת הבריאות שואפת לשקיפות ומסתמכת עליה אך בה בעת משתמשת בה כדי להעניש את הצוות, דבר שלא יעלה על הדעת. לדידם, הליך משפטי בדרך כלל אינו אישי, והוא מכוסה על ידי המבטח; הליך פלילי, לעומת זאת, הוא נדיר. ואולם ההליך המשמעותי (בתוך המוסד הרפואי ומחוץ לו) הוא השכיח והפוגעני ביותר לצוות, עד כדי כך שהוא מעמיד את האינטרסים האישיים שלהם בסכנה ממשית. לפיכך אין מדובר במשבר של ריבוי תביעות, אלא במצב של אי-אמון ביחסי מטפל-מטופל. תרבות של שקיפות תתרום להשבת האמון וליצירת מערכת בטוחה יותר על ידי מתן הגנות ותמריצים לצוותים וכינון הליכים לגילוי יזום של מקרי תאונה או כשל רפואי, לצד שיח והידברות עם המטופלים לשם יישוב סכסוכים ובלי הזדקקות לבית משפט כגורם מתווך.

ניהול סיכונים בעידן שלאחר חקיקת חוק זכויות החולה

חוק זכויות החולה קידם במערכת הבריאות בכללה את ההתפתחות של תחום ניהול הסיכונים וכן את עיצוב המבנה הארגוני ואת הטמעת ההליכים שנועדו לקדם תרבות של איכות ובטיחות. הפעילות בתחום ניהול הסיכונים נועדה לזהות, למפות, להעריך ולהתמודד עם סיכונים באמצעות ניתוחם הן במישור הריאקטיבי והן במישור הפרואקטיבי, לצד מתן מענה לכשלים שעולים מהם, בדגש על גיבוש אסטרטגיה להפחתתם. התחום החל להתפתח בישראל בשנות התשעים, בתחילה כדרישת סף של החברות המבטחות. בחלוף הזמן הוא קיבל גם נופך של איכות ובקרה, והיום רוב הפעילות בהקשר הזה מתמקדת בהטמעת

אקלים ותרבות של בטיחות, שנקודת המוצא שלה היא שעשיית טעויות היא אנושית ושישנן טעויות הניתנות למניעה.² ההתמקדות היא בפן החינוכי, כלומר בהעלאת המודעות בקרב הצוותים לחשיבות הדיווח על אירועים חריגים או על "כמעט אירועים" ותחקורם כדי להפיק לקחים ולמנוע את הישנותם של מקרים כאלה.

דוח מבקר המדינה משנת 2012 [19] דן בין היתר בסוגיית הרשלנות הרפואית וניהול הסיכונים לאחר הנזקים שנגרמו למערכת הבריאות בעקבות העלייה המתמדת בהיקף התביעות נגדה ובעקבותיה בהוצאה הלאומית. הדוח הצביע על הגידול במספר התביעות ועל עלות הפרמיות לביטוח, על העלייה בהתנהלות על פי גישת הרפואה המתגוננת ועל החשש מביצוע פעולות מסוכנות, על הצורך בהסדרת הפעילות של היחידות לניהול סיכונים ובדיווח על אירועים חריגים למשרד הבריאות, על היעדר החיסיון המשפטי כאחת הבעיות העיקריות של ניהול הסיכונים במוסדות הרפואיים, על היעדר השיתוף במידע ובתקלות במישור הארצי, על מיעוט ועדות הבדיקה וועדות הבקרה והאיכות במוסדות הרפואיים, על הצורך בשימת דגש על איתור הכשלים המערכתיים לפני התרחשות האירוע (במקום חקירת תקלות שכבר התרחשו), ועל הצורך בהוראת נושא הבטיחות ברפואה בבתי הספר לרפואה. מבקר המדינה המליץ בדוח להקצות משאבים לרפואה במקום לבזבז אותם על התדיינויות משפטיות, ולהקטין את תופעת הרפואה המתגוננת ואת השפעותיה הכלכליות והרפואיות.

בתגובה לדוח המבקר פרסם מרכז המחקר והמידע של הכנסת בשנת 2017 מסמך שתואר את הטיפול של משרד הבריאות ברשלנות רפואית [20]. הממצאים הראו כי כמה מהפערים הוסדרו באמצעות כתיבת חוזרים ונהלים [21], וכי הוטמעה מערכת ממוחשבת לדיווח על אירועים חריגים ועל אופן הטיפול בהם במשרד הבריאות, בשיתוף עם ענבל, חברת הביטוח הממשלתית לניהול סיכונים ברפואה. המסמך הציג מודל חלופי לגישת דיני הנזיקין המקובלת במדינות אחרות – מודל ה"אין עוולה" (No Fault). לפי מודל זה, מתן פיצוי לנפגע אינו תלוי בהוכחת אשמה או רשלנות מצד המטפל. לאחדים מהנושאים שהעלה מבקר המדינה לא ניתן מענה או פתרון עד היום.

פערים ונושאים שמחייבים בחינה וטיפול

התבוננות מעמיקה במטרות חוק זכויות החולה כעבור 25 שנים מחייבת הבחנה בין תחומים חשובים ומהותיים לרוח החוק שטרם הוסדרו ובין "תופעות לוואי". אלה נוצרו עם הטמעת החוק, ובעיקר פגעו באיזון הנדרש בין זכויות המטופל לבין עבודת הצוות הרפואי. פעמים רבות, כאשר האיזון הזה מופר, הדברים מובאים להכרעה בין כותלי בית המשפט.

2 פרסום של ארגון הבריאות העולמי משנת 2019 הראה כי 50% מכלל הנזקים שנגרמים למטופלים בגין טעויות בטיפול הם בני מניעה. ראו World Health Organization. 10 facts on patient safety, August 26, 2019

1. המשפטיזציה (היתרה) של הקשר בין המטופל למטפל

בעקבות הסדרת נקודות המפגש שבין המטופל למטפל ושל תהליכי עבודה שונים יהיה אפשר להגיע לרמת בטיחות ואיכות טובות יותר ומאוזנות יותר בין השחקנים השונים במערכת הבריאות. הוא הדין בקונפליקטים המגיעים להתדיינות בבית המשפט [8, 17]. ביטויים רבים לקונפליקטים האלה נמצאים בספרות המקצועית, במאמרים רבים שנכתבו, בפסיקה ענפה ובהלכות של בית המשפט העליון בבחינת דין מחייב, בתיקוני החוק שנעשו במרוצת השנים ובכנסים ובדוחות של ארגונים ממשלתיים וגופים מקצועיים דוגמת נציב קבילות הציבור למקצועות הרפואיים, ההסתדרות הרפואית בישראל (ה"ר") והחברה הישראלית לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים ברפואה (נסב"ר).

רבים עוסקים בדיסוננס שבין שתי המערכות הללו – מערכת הבריאות ומערכת המשפט. מצד אחד, אין חולק על כך שמהותו של חוק זכויות החולה ברורה ומובנת ושהערכים המוגנים במסגרתו קדושים לכל אדם. מן הצד האחר נראה כי הסנקציות בגין הפרתו המופעלות בהליכים אזרחיים, משמעותיים ופליליים אינן אפקטיביות במבחן התוצאה ובמבחן שיפור איכות הרפואה. נראה גם כי יעילותו של ההליך המשפטי המתבקש בבחינת עילות התביעה, ההיבט הנזיקי והסעד מוטלת בספק ואף אינה מידתית [7, 8], בפרט לאורו של שיח מקצועי שמנסה להאדיר את הערך של הצלת החיים ובאותה נשימה "לקנות" סיכון (במסגרת הסדר פשרה למשל).

חרף השנים הרבות שחלפו מאז חקיקת החוק ולמרות התמורות שחלו עם ההתקדמות המרשימה במקצועות הבריאות בכלל ובמקצוע הרפואה בפרט, הכתיבה הענפה בנושא, התפתחות אמצעי התקשורת, המחלוקות והמטענים שהצטברו בקרב הציבור ואצל פרטים – למרות כל אלה עדיין נותרו שאלות רבות שיש לבחון אותן במונחים של סבירות ומידתיות, אף שאמות המידה לא תמיד ברורות והאמת הרפואית או העובדתית לא בהכרח עולה בקנה אחד עם האמת המשפטית.

2. מעמדן של ועדות הבדיקה וועדות הבקרה והאיכות ורכיב החיסיון

25 שנים לאחר חקיקת חוק זכויות החולה נראה כי עדיין אין תשובה לשאלה אם הושגה התכלית שלשמה נחקק החוק, וכי טרם נמצאה הנוסחה לאיזון הראוי בין זכויות המטופל לעבודת המטפל. פעמים רבות מקרים קשים ומורכבים יוצרים נורמות והנחיות חדשות על חשבון נפגעים רבים (מטופלים, בני משפחה, אנשי צוות), ולא בכדי הוכרו מטפלים המעורבים באירועים חריגים כקורבן שני [22]. אנשי הצוות מקדישים את חייהם לטיפול, להבאת מזון לחולים ולהצלת חיים, לעיתים אגב סיכון אישי, ועם זאת נאלצים להתמודד עם ביקורת קשה ולא־מידתית מצד הציבור ומערכת המשפט. ראינו כי בית המשפט מפעיל שיקול דעת רחב בפרשנותו לחוק וכי לקביעות ולתקדימים שנפסקים לחובת המוסדות הרפואיים בשם ההגנה על זכויות המטופלים, גם במצבים שלא הייתה בהם התרשלות מצד הצוות, יש השלכות קשות על התנהלות הצוות ועל ניהול המשאבים, עד כדי כך שבמקרים מסוימים עולה החשש שיש המנצלים את המצב לרעה.

להתערבות של בית המשפט בנעשה במערכת הבריאות יש השפעה מועילה בהרתעה מפני רשלנות ויש בה גם כדי לשמש אמצעי בקרה. ואולם לחץ יתר של מערכת המשפט על אנשי צוותים רפואיים עלול להביא עימו חיפוש אשמים, ריבוי מופרז של תביעות, אובדן אמון של החולים בצוותים המטפלים והיווצרות מתח ויריבות מיותרים בין המטפלים לבין עצמם [23]. יתרה מזו, עם התגברות הרפואה המתגוננת נוצר מצב פרדוקסלי, היות שרפואה מסוג זה עלולה לפגוע באיכות הטיפול הרפואי ובקידום והתפתחות הרפואה. לעיתים קרובות מדי קורה שהרופא והצוות המטפל משוכנעים שפעלו בצורה הטובה ביותר למען החולה, ולמרות זאת הם מרגישים מתוסכלים לנוכח החלטת בית המשפט או הליכי גישור ופשרה ואינם מצליחים להבין איך נוצר הפער בפעולותיהם וכיצד יש לנהוג כדי למנוע את המקרה הבא. מצב אבסורדי זה פוגע פגיעה קשה בנורמות של למידה מטעויות ומאירועים שקרו ובהנעה לשיפור מתמיד בתוך המערכת. מעבר להשפעה הקריטית על האמון של המטפלים במערכת, בעיקר במה שקשור בתביעות נגדם, מצב זה כרוך בעלויות מאמירות המושגות על מערכת הבריאות, ונראה כי אם הוא ימשך הוא ידלדל את מקורותיה הציבוריים ויגביר את הרפואה המתגוננת.

נוסף על הביקורת שעלתה בדוח מבקר המדינה משנת 2012 הוצגה בו שורה של הצעות לשינויים לצורך הקטנת ההוצאה בגין רשלנות רפואית, בהן ניהול תביעות משותף בתחום המיילדות, הקמת קפטיב לאומי (החלת כיסוי ביטוחי אחיד לרשלנות רפואית בכלל בתחום החולים), פיצוי ללא קביעת אשם בתחום ההיריון והלידה, הגבלת הפיצויים בגין כאב וסבל בתביעות רשלנות רפואית וקיצור תקופת ההתיישנות. עוד צוין בדוח כי אף שיש עלייה בהגשת תביעות בגין רשלנות רפואית, ועל אף ההצעות הרבות לפתרון והוועדות הרבות שפעלו בתחום, לא התקיים דיון ציבורי מעמיק בנושא על בסיס נתונים עדכניים ומקיפים, ומשכך לא התקבלו החלטות מעשיות ולא הוצעו פתרונות ישימים [19]. לעיתים מתקבל הרושם כי במערכת הבריאות יש נטייה "לרתום את העגלה לפני הסוסים". כלומר, הסדר הנכון הוא שתהיה הבנה שנדרשת הסדרה, וזו תוביל לשינוי יסודי בשיטה כך שהתועלת תעלה על הנזק, ולא להפך. מן הסתם, סביר להניח שהנושא יוסיף להעסיק אותנו גם בשנים הבאות.

3. הרשומה הרפואית

אין עוררין על חשיבותה של הרשומה הרפואית ועל כך שהיא שייכת למטופל בדיוק כפי שהיא שייכת למטפל ולמוסד. ואולם החשיבות הרבה שניתנה לרשומה מאז נחקק חוק זכויות החולה לא הביאה להסדרת הנושא. כך למשל ממשיכה להתקיים המציאות של ריבוי מערכות ושיטות לניהול רשומה, בעוד רישומים ידניים טרם חלפו מן העולם. מצב עניינים זה יוצר שונות רבה, פיצול רישומים וגישה מוגבלת למידע רפואי, ומכאן – פגיעה ברצף הטיפול ובאיכות הרשומה. יתרה מזו, הצוות המטפל נאלץ להקדיש זמן רב יותר לצורך רישומים רפואיים שלעיתים בא על חשבון פעילויות אחרות, ובכללן נוכחות ליד מיטת החולה. הדברים נכונים כפליים לנוכח העובדה שהחובה לנהל רשומה מלאה ומקיפה לא

תורגמה לתקנים נוספים של כוח אדם בצוות המטפל או בצוותים אחרים שהיו יכולים לסייע בכך. מצב זה יצר אתגר לא פשוט לצוות המטפל, בעיקר כאשר המטופלים הם מורכבים ועוברים בין מסגרות אשפוז (מחלקות, מכונים, יחידות, חדרי ניתוח ועוד) ומטפלים, ויש לא מעט כאלה.

הדיווחים מהצוותים המטפלים והבקורות על איכות הרשומה (למשל, במסגרת של ועדה מקומית המורכבת מצוות רב־תחומי) מציפים אל פני השטח תקלות נוספות שיש להן השלכות לא מבוטלות. למשל, תיעוד סותר מאת אנשי צוות ממגזרים שונים, שיוך שגוי (תיעוד תוכן רפואי שאינו תואם את מצבו הרפואי של המטופל), היעדר תיעוד מאת רופאים יועצים, היעדר תיעוד של שיקול הדעת הרפואי בבחירת התערבות רפואית כזו או אחרת, היעדר תיעוד של אבחנה מبدלת, הקפדה חלקית על מילוי טפסים מובנים ידניים, פערים בהליך ניהול הטיפול התרופתי (חתימות, חותמות, רישום לא ברור של הוראות למתן תרופות ועוד), פערים בתיעוד של השיח עם המטופל או עם משפחתו ושל מתן ההסברים שנדרשו במסגרת התוכנית הטיפולית, או לחלופין יתר תיעוד כמוטיב חוזר של רפואה מתגוננת. במישור המדיקו־לגלי תקלות אלו באות לידי ביטוי בעיקר כאשר תיק רפואי עולה להתדיינות משפטית, לפעמים שנים רבות לאחר מועד האירוע, מה שמקשה מאוד על ההגנה.

מקומה של הרשומה הרפואית הלך ונעשה מכריע בהתדיינות המשפטית, עד כדי יצירת תקדים מהפכני ומרחיק לכת של נזק לא מוחשי ובר פיצוי מסוג "פגיעה באוטונומיה" שאינה תלויה בהוכחת קשר סיבתי או בקיומו של נזק גוף (הלכת **דעקה** שתוארה לעיל המשמעות היא שלמטופל עומדת הזכות לתבוע ולקבל פיצוי בגין רשלנות רפואית רק מעצם העובדה שלא נמסר לו מידע רפואי אף שהצוות לא התרשל בטיפול ואף שהתוצאה הטיפולית הייתה מוצלחת. מצב זה הוא דוגמה נוספת לאיזון שיש לבחון – ואולי ציון 25 שנים לחוק הוא הזמן המתאים לכך – כדי שלצד היתרונות הברורים בהסדרת הרשומה הרפואית, ובכלל זה ההסכמה מדעת, תינתן הדעת ל"תופעות הלוואי" ולמשפטיזציה שמפרה את האיזון, ואשר לצד כיבוד זכויות המטופל מביאה לסחף שעיקרו עיסוק ברפואה מתגוננת והחלשת יכולת התחקור והלמידה במערכת. חיוני להכיר במרכזיותה של הרשומה הרפואית ולהקצות משאבים להכשרה ולטיפול כוח אדם מיומן שיעסוק בניהול התחום החשוב הזה, שהתפתח בישראל הן במערכת הבריאות הן בפסיקה.

4. ניהול סיכונים והבטחת הבטיחות של המטופל

למותר לציין כי תחום ניהול הסיכונים קיבל חיזוקים רבים בעידן חוק זכויות החולה. ואכן, הוקמו יחידות ונכתבו נהלים לקידום התחום. בבתי החולים הצוותים מונחים לדווח על אירועים שנצפית בהם תקלה או חריגה מן ההליך שמתווים החוק, החוזרים והנהלים הרלוונטיים. ואולם לשיפור מבורך זה לא הוקצו כוח אדם או משאבים טכנולוגיים שיכולים לטייב את הדיווח והתגובה או ליצור למידה רוחבית. הדרישות החדשות יוצרות עומסים כבדים על הצוותים המטפלים, הנאלצים פעמים רבות לבחור בין קיום קשר ישיר עם החולה

לבין מילוי טפסים במחשב כחלק מהדרישות של ניהול הסיכונים, הבטיחות והאקרדיטציה שהונהגה בבתי החולים.

5. הזכות לפרטיות ולצנעת הפרט

המחוקק פתח את חוק זכויות החולה בהצהרה שמטרת החוק לקבוע את זכויות האדם המבקש או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ופרטיותו. הזכות לפרטיות ולצנעת הפרט היא אחת מזכויות היסוד של האדם [3]. הפגיעה בה יכולה להתבטא בפרסום עניין הנוגע למצב בריאותו של אדם או בהפרת חובת הסודיות באשר לענייניו הפרטיים בטיפול הרפואי שהוא מקבל. תחום זה מקבל משקל רב היות שהטיפול שניתן תלוי במידה רבה בחשיפה של מידע אישי וסודי הן מצד החולה על עצמו והן מצד הצוות המטפל, ואף בחשיפתו הפיזית של החולה [5].

בהקשר זה, הפרקטיקה היום-יומית במוסדות האשפוז מציבה חסמים רבים, שכן קשה מאוד לשמור על פרטיותו וצנעתו של המטופל בתנאים הקיימים במערכת בכל מחלקותיה. לדוגמה, בביקור הרופאים או בהעברת המשמרת בין האחיות השיח והדיווח על מצבו של המטופל מתרחשים לרוב, ובלית ברירה, סמוך לשכניו לחדר. במערכת הבריאות הציבורית מאושפזים בדרך כלל שלושה חולים בחדר אחד, ובעיתות מצוקה אפילו ארבעה. באותו חדר נמצאים גם בני המשפחות של המטופלים כחלק מזכויותיהם לפי חוק זכויות החולה. במקרים קיצוניים יותר – שגם הם קיימים לצערנו – שבהם החולה שוכב במסדרון, מתרחשת הפרה קשה יותר של פרטיותו וזכויותיו. מצב זה אינו נחלתן של מחלקות האשפוז בלבד. הוא מתרחש גם במרפאות החוץ, ובעיקר במחלקות לרפואה דחופה, הבנויות בדרך כלל סביב אולם אחד גדול ששוכבים בו כל המטופלים ורק וילון מפריד ביניהם. הווילון נותן אולי תחושת פרטיות אך הוא אינו חוסם את הקולות ואת השיחה בין המטופל, משפחתו והצוות המטפל.

ההתמודדות עם האתגר הזה אינה נמצאת על סדר היום של תוכנית רב-שנתית כלשהי במערכת הבריאות, ומחלקות עם חדרים המיועדים לשהייה של כמה מטופלים יחד עדיין נבנות בימים אלה ממש; נבנים מעט מאוד חדרים למטופל יחיד, ואלה נותרו נחלתו של השירות הרפואי הפרטי, או שהם מיועדים לטיפול בחולים במחלות מידבקות או לכאלה הזקוקים לבידוד מסיבה רפואית אחרת. חשוב להקצות משאבים לשינוי תרבות ארגונית זו ולהתאימה לכוונת חוק זכויות החולה ולרוחו בכל הנוגע לפרטיות המטופל. הפסיקה אמנם לא התייחסה לעניין זה, אבל לאור השינוי במגמה בפסיקה אל עבר מתן עליונות לערך ההגנה על זכויות האדם – עד כדי כך שהפרתן עלולה להקים עילת תביעה עצמאית (כגון פגיעה באוטונומיה) בלי שיהיה צורך בהוכחת נזק או קשר סיבתי – המצב הזה צפוי להשתנות בעתיד.

דברי סיכום

במבט על 25 השנים שחלפו מאז נחקק חוק זכויות החולה, אפשר לקבוע בביורור כי תחום זכויות החולה השתפר והשתדרג לאין ערוך. השיפור ניכר הן במה שקשור למודעות של הצוות המטפל והן במה שקשור לתרבות העבודה בבתי החולים. התרבות הזאת השתנתה, והתרבות החדשה שצמחה במקומה שמה לה למטרה להבטיח את כבודו של החולה ואת זכויותיו והוטמעה בתהליכי עבודה רבים. רוח החוק, המעלה על נס את זכויותיו ופרטיותו של המטופל, שורה על בתי החולים בכל נקודות המפגש שבין המטופל למערכת ואף משמשת פנס שלאורו נבחנים פעילויות ושירותים נוספים שניתנים למטופל ולמשפחתו.

ואולם לצד כל השיפורים הללו יש גם כמה עניינים שהחוק לא נדרש להם, ונקודת הזמן הזאת היא הזדמנות טובה לבחון את הדברים מחדש. למשל, לעומת העיסוק הנרחב והמעמיק בזכויות החולה על כל היבטיהן, החוק כלל אינו עוסק בזכויות המטפל. יש צורך לבחון את האיזונים בהקשר הזה. מובן שאין בכך כדי לטעון ששמירה על זכויות המטופל פוגעת בזכויות המטפל; ועם זאת יש צורך – גם ברמה ההצהרתית וגם ברמת הפרקטיקה – לקדם את הנושא הזה, ובייחוד בכל מה שקשור לנקודות המפגש בין המטפלים והמטופלים, כמו השמירה על כבוד המטפל או אלימות כלפי מטפלים.

הנושא השני שמחייב בחינה מחודשת הוא נקודת האיזון בין זכויות המטופל לבין משאבי המערכת. הדרישה לכבוד ולפרטיות על פי חוק מחייבת שיפור בתשתיות של בתי החולים מבחינת מקומות מתאימים לעריכת בדיקות ולאשפוז חולים. העניין מחייב הקצאת משאבים רבים לשדרוג המצב הקיים בבתי החולים הציבוריים וכן עדכון של הסטנדרט לבניית מסגרות חדשות לאשפוז ולטיפול.

הנושא השלישי, ואולי החשוב ביותר, הוא האיזון שבין החובה לשמור על זכויות המטופל לבין היכולת של המערכת ללמוד ולהשתפר. הדבר חשוב ביותר בתחום הלמידה, בייחוד במקצוע שבו חלק ניכר מהלמידה מתרחש ליד מיטת החולה ובזמן הטיפול בו (סטודנטים, סטז'רים, מתמחים, משתלמים וכדומה). סוג מכריע נוסף של למידה הוא התחקור: כאשר תוצאי הלמידה אינם חסויים הדבר פוגע ביכולת התחקור – שכן היעדר חיסיון עלול לפגוע במטפל ולפיכך גם בהיענותו לתחקור – ובעיקר ביכולת ללמוד. יכולתו של המטפל להביא את כל הדברים שקרו במהלך הטיפול בחולה, לרבות הטעויות שאולי נעשו בדרך, לדיון מקצועי עם עמיתיו ועם הגורמים המקצועיים הבכירים ביותר – יכולת זו חשובה מאין כמותה, והיא קריטית ליכולת הלמידה של הצוות המטפל וליצירת תרבות למידה ומקצועיות שבסופו של דבר יביאו לשיפור הטיפול בחולה. הפגיעה ביכולת הלמידה והתחקור כתוצאה מכל אלה פוגעת בסופו של דבר באחת ממטרותיו העיקריות של חוק זכויות החולה – להביא לשיפור מתמשך באיכות הטיפול ובטיחותו.

העניין הרביעי שיש לתת עליו את הדעת הוא הרשומה הרפואית. תיעוד מהלך הטיפול ברשומה רפואית מחייב התייחסות מקצועית והקצאת משאבים טכנולוגיים ואנושיים לקידומה ולשיפוריה כדי שתהיה מקיפה, אמינה, וכמובן שקופה למטופל.

ואחרון, הדיסוננס הקיים היום בין האמת הרפואית לאמת המשפטית – מצב שבו יש פער בין התנהלות הצוות המטפל, שברוב המקרים של המקרים לא נפל דופי בעשייתם המקצועית, ובין ההחלטה המשפטית, העומדת על אמת משלה שאינה מתורגמת לשיפור הנדרש מהצוות המטפל, מביא לידי תסכול רב בקרב הצוותים המטפלים, ויש צורך בבניית מנגנונים שיסדירו זאת.

חוק זכויות החולה הביא למהפכה במעמדו של החולה ובזכויותיו בעת קבלת טיפול רפואי. ואולם על מנת שנוכל להגשים טוב יותר את מטרת החוק, המשותפת למטופל, למטפל ולכלל מערכת הבריאות, נראה שיש צורך בהקצאת משאבים ובבחינת תופעות הלוואי שנוצרו במרוצת השנים ומציאת פתרונות הולמים.

מקורות

1. רכס א' (עורך). אתיקה רפואית: כללים וניירות עמדה. רמת גן: ההסתדרות הרפואית בישראל, 2010.
2. חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.
3. חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו.
4. טבנקין ח', שטינמץ ד', חמייאסי פ', תמיר ע'. דעתם של רופאים על חוק זכויות החולה: ניתוח איכותי. הרפואה, 139:2000 (ג):88-90; בן חיים א', שדה צ', ילין נ'. יישום חוק זכויות החולה בבתי החולים, רפואה ומשפט, 2004:13-20.
5. כרמי א'. בריאות ומשפט, כרך א (עורך ותד מ' ס'), מהדורה שנייה. שריגים-ליאון: נבו, 2013.
6. תקנות בריאות העם (טופסי הסכמה), התשמ"ד-1984.
7. פייגין מ', חלמיש-שני ט', קפלן ע' (עורכים). ניהול סיכונים ברפואה. תל אביב: רמות, 2004.
8. זיידנבאום מ'. חוק זכויות החולה בפסיקת בית המשפט העליון: תריסר שנים לחוק. רפואה ומשפט, 2008:21-49.
9. ע"א 2781-93 מיאסה עלי דעקה נ' בית החולים "כרמל" חיפה, פ"ד נג(4) 526 (1999).
10. למשל, משרד הבריאות. חוזר המנהל הכללי מס' 20/96: הסכמת החולה לטיפול רפואי לאור חוק זכויות החולה. 11 באוגוסט 1996; חוזר מינהל הרפואה מס' 23/2010: שימוש בטופסי הסכמה בתהליך קבלת הסכמה מדעת לטיפול. 13 בספטמבר 2010.
11. Anandaiah, A., Rock, L. Twelve tips for teaching the informed consent conversation. *Medical Teacher*, 2018;41(4):465-470.
12. למשל, חוזר מינהל הרפואה מס' 26/2012: מכתב שחרור ממחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים מיום 20 בספטמבר 2012 מדגיש את חשיבות השמירה על רצף הטיפול והבטחת מתן טיפול איכותי ובטוח למטופל; וחוזר המנהל הכללי מס' 9/2019: אמות מידה לניהול רשומת מטופל במערכת הבריאות מיום 15 בדצמבר 2019 עדכן וביטל חוזרים קודמים בנושא.

13. דייויס י'. ראייתיות עמומה ועמימות סיבתית בתביעות רשלנות רפואית. רפואה ומשפט, 2005; 165:32-174.
14. בש"א (מחוזי ירושלים) 3956-00 **עזבון המנוחה בדיחי עליזה נ' הסתדרות מדיצינת הדסה** (2000).
15. ה"פ (מחוזי תל אביב-יפו) 201174-05 **רחל הר-טל נ' פרופ' שמעון פולק** (2005).
16. רע"א 94-12-14 **הסתדרות מדיצינית הדסה עין-כרם נ' עפרה גלעד**, מט(2) 516 (1995).
17. שרף ש'. משפטיזציה של מערכת הבריאות. רפואה ומשפט, 1999; 7:20-11; בר אשר ט'. האם התנהגות רופאים פוזלת לעבר "רפואה הגנתית"? רפואה ומשפט, 2000; 28:23-46.
18. ברזיס מ', סיגלר-הרכבי א', כספי ד', בנזימן י'. שקיפות לאחר טעות במערכת הבריאות: האם המשימה אפשרית. רפואה ומשפט, 2013 (חוברת מיוחדת: אתיקה ומשפט בבריאות); 93-98.
19. מבקר המדינה. דוח ביקורת שנתי 62. תביעות רשלנות רפואית, ביטוח, ניהול סיכונים והדין המשמעתי במערכת הבריאות. 2012; עמ' 193-282; וראו גם סהר א'. רשלנות רפואית בישראל: ממדי הבעיה. רפואה ומשפט, 2002; 16:27-34.
20. קוך דבידוביץ' פ'. טיפול משרד הבריאות ברשלנות רפואית בישראל. ירושלים: מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 2017.
21. משרד הבריאות. חוזר מינהל הרפואה מס' 11/2012: חובת הודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים. 9 במאי 2012; חוזר מינהל הרפואה מס' 35/2012: היחידה לבטיחות הטיפול בבית חולים, מבנה ותפקידים. 20 בנובמבר 2012; משרד הבריאות, נציב קבילות הציבור. פעילות וועדות בדיקה המתמנות ע"י נציב תלונות הציבור. 30 בדצמבר 2012.
22. צוקרמן ש'. הקורבן השני: לרפא את המרפא. קריית שדה התעופה: ענבל – היחידה לניהול סיכונים ברפואה, 2016; Wu AW. Medical error: the second victim. BMJ; 2000; 320:726-727
23. הכהן א'. החלוק הלבן והגלימה השחורה. בתוך: כהן א' (עורכת), רפואה בין השורות: רופאים, חברה, תרבות, ומה שביניהם. רמת גן: ההסתדרות הרפואית בישראל, 2009; עמ' 109-115.