

אתיקה רפואית

כללים וניירות עמדה

עורכת: ד"ר תמי קרני 2018, 2023
עורך מייסד: פרופ' אבינעם רכס 2009, 2014

הלשכה לאתיקה



ההסתדרות
הרפואית בישראל
הלשכה לאתיקה

לתוכן העניינים

חזרה לתוכן העניינים



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association

ההסתדרות הרפואית בישראל

רח' ז'בוטינסקי 35, בניין התאומים 2

ת"ד 3566 רמת גן, מיקוד 5213604

טל' 03-6100444-03 פקס' 03-5753303

www.ima.org.il

אין לשכפל, להעתיק, לצלם, להקליט, לאחסן במאגרי מידע,
לשדר או לקלוט בכל דרך או בכל אמצעי אלקטרוני, אופטי,
מכני או אחר כל חלק שהוא מן החומר המופיע בספר זה.
שימוש מסחרי מכל סוג שהוא בחומר הכלול בספר זה אסור בהחלט,
אלא ברשות בכתב מהמוציא לאור ובעל הזכויות.

עריכה לשונית והגהות:

ספי שפר

עיצוב והפקה: סטודיו log

מהדורה ראשונה 2009

מהדורה שנייה מעודכנת 2014

מהדורה שלישית מעודכנת 2018

מהדורה רביעית מעודכנת 2023

כל הזכויות שמורות ©

**לנוחות הקוראים, הקוד כתוב בלשון זכר אך הוא מתייחס
במידה שווה לנשים ולגברים.**



חברי ועדת הכתיבה של כללי האתיקה הרפואית משנת 2009:

פרופ' אבינעם רכס – יו"ר

ד"ר ליאוניד אידלמן, ד"ר שלמה בירקנפלד, ד"ר אלינור גושן, ד"ר נעמה יפה, ד"ר סימונה נאור, פרופ' ראובן פורת, עו"ד אדוה פרי-אבישי, ד"ר יהושע צרפין, ד"ר תמי קרני, ד"ר עמוס ריטר, עו"ד גילי שיל"ת ביצוע מחקר רקע: עו"ד שרון בסן

הלשכה לאתיקה בשנים 2001-2005 (הוועידה ה-39)

יו"ר הלשכה: פרופ' אבינעם רכס

יועצים משפטיים: עו"ד אסף טוייב, עו"ד אדית בר-יוסף, עו"ד גילי שיל"ת

רכות הלשכה: איילת קולודיצקי

ד"ר בקר ברונו, ד"ר בשארה נחלה, ד"ר גושן אלינור, פרופ' גימון צבי, פרופ' דרזניק זאב, ד"ר הדרי עמרם, ד"ר הראל משה, ד"ר הלוי עמוס, ד"ר וייס מיכאל, ד"ר וינקלר אייל, ד"ר ז'נו פלדמן, פרופ' זמורה אהוד, ד"ר זהבה אלון, ד"ר חן ברוך, ד"ר חרמוני דורון, ד"ר טל ניר, ד"ר טייכר אבישי, ד"ר יפה-רונן נעמה, ד"ר לוי מרק, ד"ר לוי עזרא, פרופ' ליברגל מאיר, ד"ר מליטיאנו אריה, פרופ' מיכאל דן, ד"ר נוסנון אלחנן, ד"ר נאור סימונה, ד"ר סרפוב ישראל, פרופ' סקורניק יהודה, ד"ר פיינר מיכאל, פרופ' פייר זינגר, ד"ר פלוטקין גבריאל, פרופ' פורת ראובן, פרופ' פרפל צבי, ד"ר צנגן מרים, ד"ר קוליקבסקי צבי, ד"ר קוניצקי סרג'יו, ד"ר קיטאי יונה, ד"ר קרני תמי, ד"ר שטיינברג דן, פרופ' שני עדי, ד"ר שטינמץ דב, ד"ר שטרן מנחם.

הלשכה לאתיקה שנים 2005-2009 (הוועידה ה-40)

יו"ר הלשכה: פרופ' אבינעם רכס

יועצים משפטיים: עו"ד גילי שיל"ת, עו"ד אדוה פרי-אבישי

רכות הלשכה: דינה שמחי

ד"ר אור ג'קי, ד"ר אדלר אלכס, פרופ' ביבי חיים, ד"ר בנאין משה, פרופ' בס אריה, ד"ר בר שילון אסתר, ד"ר בר אריאל (סא"ל), ד"ר ברסוק דפנה, פרופ' בורנשטיין יעקב, ד"ר גושן אלינור, ד"ר הדרי עמרם, ד"ר הרדוף דניאל, ד"ר הראל משה, ד"ר הטב יוסף, פרופ' זינגר פייר, פרופ' זמורה אהוד, ד"ר חן ברוך, פרופ' טבנקין חווה, ד"ר טלמור רפאל, ד"ר יפה-רונן נעמה, ד"ר לוי מרק אלן, ד"ר לוי עזרא, פרופ' ליבוביץ ליאונרד, ד"ר לאופר יוסף, ד"ר מתוקי עמיקם, ד"ר מליטיאנו אריה, ד"ר מזר מריאנה, ד"ר נאור סימונה, ד"ר סולה מיכאל, פרופ' סייפן יואל, פרופ' סקורניק יהודה, ד"ר סרפוב ישראל, ד"ר סנדר בנימין זאב (סא"ל), פרופ' פוטשניק גד, פרופ' פורת אבי, פרופ' פורת ראובן, ד"ר פז יוסף, ד"ר פייר עמוס, ד"ר פלוטקין גבריאל, ד"ר צינמן מיכה, ד"ר צנגן דוד, פרופ' צ'רניאק אברהם, ד"ר קוליקובסקי הנריקה – צבי, ד"ר קלנר בנימין, ד"ר קרני תמי, ד"ר קורן יוסף, ד"ר קטן חיה, ד"ר קרייס יצחק, ד"ר קרפלוס גדעון, ד"ר ריטר עמוס, פרופ' ריאל אריה, פרופ' שני עדי.

הלשכה לאתיקה בשנים 2009-2014 (הוועידה ה-41)

יו"ר הלשכה: פרופ' אבינעם רכס

יועצים משפטיים: עו"ד גילי שיל"ת, עו"ד אדוה פרי-אבישי, עו"ד רויטל קדם

רכות הלשכה: דינה שמחי, קרן משיח-צוונג

ד"ר אדלר אלכס, פרופ' אהרנפלד מיכאל, ד"ר אולצ'ובסקי אלברטו, ד"ר אורן אריאל, ד"ר אורן מנחם, ד"ר אורקין-טישלר דיני, ד"ר אייליג ישראל, ד"ר אלהואשלה עלי, פרופ' אלידן יוסף, ד"ר אלן לוי מרק, ד"ר אקשטיין יוסף, פרופ' בוסקילה דני, ד"ר בלשר יורם, ד"ר בנאין משה, פרופ' בס אריה, ד"ר ברוך יצחק, ד"ר גבע יואב, ד"ר גולדשטיין ליאב, ד"ר גושן אלינור, ד"ר גרנט אסתר, ד"ר הדרי אלעד, ד"ר הדרי עמרם, ד"ר הלפרין מרדכי, ד"ר הרדוף דניאל, ד"ר זייליג גבריאל, ד"ר חן ברוך, פרופ' יהב יעקב, ד"ר יפה נעמה, פרופ' יפו אריאל, ד"ר כץ עידו, ד"ר לבון איתן, ד"ר מליטיאנו אריה, ד"ר מתוקי עמיקם, ד"ר נאור סימונה, ד"ר נמיר סודי, ד"ר סנדר זאב בנימין, ד"ר סרפוב ישראל, ד"ר עמית שרון, ד"ר ענתבי אייל, ד"ר פאוזנר דוד, ד"ר פדובה חגית, פרופ'



פוטשניק גד, פרופ' פורת ראובן, ד"ר פלוטקין גבריאל, ד"ר פליישר שפר ורד, ד"ר פלכטר שלמה, ד"ר צנגן דוד, פרופ' צ'רני נתן, ד"ר צרפין יהושוע, ד"ר קוליקובסקי משה, ד"ר קון מאוריצי, ד"ר קוסטינר משה, ד"ר קורן יוסי, ד"ר קליינבאום זכריה, ד"ר קלנר בני, פרופ' קפלן עופר, ד"ר קרני תמי, ד"ר קרפלוס גדעון, פרופ' רובינבאום, ד"ר ריטר עמוס, ד"ר שוורץ איוון, ד"ר שוורץ מרנינה, ד"ר שטיינר אבלין.

■ הלשכה לאתיקה בשנים 2014-2018 (הוועידה ה-42)

יו"ר הלשכה: ד"ר תמי קרני

יועצים משפטיים: עו"ד גילי שיל"ת, עו"ד קרן אלדר, עו"ד בני אבישר

רכות הלשכה: קרן משיח-צוונג

פעלו בלשכה: פרופ' אהרנפלד מיכאל, פרופ' אורביטו ראול, ד"ר אורקין-טישלר דיני, ד"ר אייליג ישראל, ד"ר איפרגן גל, ד"ר בנאין משה, ד"ר בן-ברוך נועה, ד"ר ברוקס רבקה, פרופ' ברשק איריס, ד"ר גבע יואב, ד"ר גולדשטיין לי-הילרי, ד"ר גולדשטיין ליאב, ד"ר גור שי, ד"ר גושן אלינור, ד"ר גנץ עופר, ד"ר גרנט אסתר, ד"ר דן עוזי, ד"ר הלר אליהו, ד"ר ולפיש יוסף, ד"ר ורדימון דוד, ד"ר זינגר אדר, ד"ר חן ברוך, פרופ' יהב יעקב, ד"ר יפה נעמה, פרופ' כהן אבנר-הרמן, ד"ר כפיר אל נילי רו, ד"ר כץ קוסטנטין, פרופ' לוי טליה, ד"ר לוין אברהם טל, ד"ר לוריה יואב, פרופ' להב מאיר, ד"ר מוטין מרינה, ד"ר מידובניק חנוך, ד"ר נאור סימונה, ד"ר נימן חיים, ד"ר נמיר סודי, ד"ר סגול אורי, ד"ר סרפוב ישראל, ד"ר פארן חיים, ד"ר פדובה חגית, פרופ' פורת ראובן, פרופ' פלג רוני, ד"ר פרץ שמעון, פרופ' קאופמן בלה, ד"ר קורן יוסף, ד"ר קון מאוריצי, ד"ר קלוט לב, ד"ר קליינבאום זכריה, ד"ר קריסטל שליט ארנית, ד"ר רוזוב אלכסנדר, ד"ר אבלין שטיינר, פרופ' שטראוס ישראל-דוד

■ הלשכה לאתיקה בשנים 2018-2023 (הוועידה ה-43)

יו"ר הלשכה: ד"ר תמי קרני

יועצים משפטיים: עו"ד בני אבישר

רכות הלשכה: קרן משיח-צוונג

פעלו בלשכה: פרופ' מיכאל אהרנפלד, ד"ר אלברטו אולצ'ובסקי, ד"ר ישראל אייליג, ד"ר יותם אלימלך, ד"ר רבקה ברוקס, פרופ' חיים ברקנשטט, ד"ר מדונה ג'ינו, ד"ר לי גולדשטיין, ד"ר ליאב גולדשטיין, ד"ר עופר גנץ, ד"ר אסתר דהאן, ד"ר רון דובינסקי, ד"ר נועה די-קסטרו, ד"ר עזי דן, ד"ר רו דקל, ד"ר אייל הלר, ד"ר שמואל הס, ד"ר יוסף ולפיש, ד"ר דרור וסרמן, פרופ' ישעיה וקסלר, ד"ר דוד ורדימון, ד"ר נועה זלצר, ד"ר סעדיה חורי, ד"ר ברוך חן, פרופ' מרסל טופילסקי, ד"ר נעמה יפה, ד"ר ישראל כץ, ד"ר מרדכי לובוצקי, ד"ר יואב לוריה, ד"ר אדוארד לינג, ד"ר צבי לנקובסקי, ד"ר בוריס זין, ד"ר מוחמד מוראד, פרופ' חנוך מידובניק, ד"ר סימונה נאור, ד"ר אורי נאמן, ד"ר אורי סגל, ד"ר דין עד-אל, פרופ' חיים פארן, ד"ר ויקטור פלדמן, ד"ר אשר פרסמן, ד"ר יוסף צוקלר, ד"ר מאוריצי קון, ד"ר גאלה קופרשלאג, ד"ר יוסף קורן, ד"ר אליעזר קלינבסקי, פרופ' דני רוזין, ד"ר נילי רו כפיר אל, ד"ר ולרי אדל שושן, ד"ר אבלין שטיינר, פרופ' ישראל שטראוס.



תוכן העניינים

11	פתח דבר - יו"ר הר"י
15	פרק א' - הקדמות
16	למה אתיקה רפואית?
18	למה מהדורות מחודשות של כללי אתיקה רפואית?
19	פרק ב' - הצהרת ז'נבה והשבועה הרפואית
20	הצהרת ז'נבה של ה-WMA
21	הצהרת הרופא (הצהרת ז'נבה של ה-WMA)
21	שבועת הרופא העברי
22	ערכי היסוד של האתיקה הרפואית
23	פרק ג' - חובות כלליות של הרופא
25	פרק ד' - כללי האתיקה הרפואית
28	ד. 1 יחסי רופא-מטופל
36	ד. 2 יחסי רופא-חברה
44	ד. 3 יחסי רופא-רופא
47	ד. 4 רופא, מדע ומחקר
51	ד. 5 הרופא והחברות המסחריות
54	ד. 6 הרופא והמערכת המשפטית
55	ד. 7 הרופא ואמצעי התקשורת
58	ד. 8 הרופא והמוסד הרפואי
61	פרק ה' - ניירות עמדה של הלשכה לאתיקה
62	1 מחלות הנפש ככל שאר מחלות האדם
	2 אתיקה רפואית והטיפול במטופלים בעלי מחלות חשוכות מרפא
63	וטיפולים חסרי תוחלת



66	3 בדיקה גופנית על ידי רופא באזורים נסתרים בגוף המטופל
68	4 האם רופא צריך ליידע כל עובר אורח כי אבחן בו חולי
69	5 טכנולוגיות חדשות - ה"סייפר" כמשל
70	6 האם חייב רופא לדווח לחוליו על מצב בריאותו?
71	7 חובת המנתח למנותח - ביקורת והמשך מעקב לאחר ניתוח
73	8 כללים לקביעת כשרות משפטית - המלצות ועדת היגוי, הר"י
76	9 טיפול למניעת הריון בנשים חסרות כשירות לקבלת החלטות מודעות
77	10 חוות דעת נוספת לחולה המאושפז
79	11 רפואה ואמונה בטיפול הרפואי
80	12 טיפול רפואי להעצמה קוגניטיבית
82	13 גבולות החובה בטיפול הרפואי
83	14 סיום יחסי רופא-מטופל ביוזמת הרופא
84	15 רופא רשאי להודיע למטופליו על מקום עבודתו החדש
85	16 על הרופא מוטלת החובה האתית לגלות לחולה כי חלה תקלה בטיפול בו
87	17 יחסי מין בין רופא ובין מטופל
89	18 קבלת תרומות מחולים ומטופלים
90	19 רישום תעודות מחלה
91	20 אישורי כשירות מטעם הרופא
93	21 האם זה אתי לשקר לטובת החולה?
94	22 שימוש מושכל בתרופות גנריות
96	23 אי-שוויון בבריאות בישראל
100	24 הטיפול בחסרי ביטוח רפואי
101	25 איסור השתתפות רופאים בחקירות ובעינויים
102	26 הפרדה ובידוד אסירים - ללא השתתפות רופאים
104	27 כבילת אסירים ועצירים בבתי החולים



105	28 האכלת שובתי הרעב
107	29 בריאותם של מהגרי עבודה
108	30 הבטחת שירותי רפואה ובריאות בעת הסכסוך המזוין הישראלי-פלסטיני
110	31 סירוס כימי של פדופילים
111	32 שיתוף פעולה בין מוסדות הרפואה לבין רשויות החוק
112	33 קביעת גיל עצמות של אדם לבקשת המדינה
114	34 הרופא כשדלן, לוביסט במסדרונות הכנסת ובמערכות הממשל בישראל
116	35 זכויות הקטין בטיפול רפואי
119	36 הדרת נשים במערכת הבריאות ובשירותי הרפואה
120	37 האכלה מלאכותית של חולה הנמצא במצב וגטטיבי קבוע
122	38 סחר באיברים ותרומת איברים*
124	39 השתלת איברים מנידונים למוות
126	40 רופאים בוועדות רפואיות
127	41 נוכחות עורך דין במהלך הבדיקה בוועדה רפואית
129	42 הסודיות הרפואית ופקיד השומה
131	43 בדיקת מטופלים על-ידי סטודנטים לרפואה
133	44 שקיפות בריאותם של מנהיגים לאומיים
134	45 אבחון אישים ציבוריים מכורסת הטלוויזיה ומהמדיה
135	46 הפיקוח הרפואי על כשירותם של נהגים
137	47 האם יש גבול לחובה הרפואית בפאנדמיה?
139	48 הנשמה וטיפול נמרץ בימי קורונה סוערים
142	49 ההיבטים האתיים באירוע רב-נפגעים*
146	50 תיירות רפואית
148	51 הפורום האתי המשותף של הר"י ושל חברות תיירות המרפא
154	52 שימוש מושכל בבדיקות דימות
156	53 תשובות דימות - המידע לרופא, לחולה, לשניהם?



158	54 רפואת "אנטי-אייג'נג"
159	55 שביתת נשק
161	56 אתיקה של שביתת רופאים כאמצעי במאבק מקצועי
163	57 מי ייקרא פרופסור
164	58 הרופאים הטובים ביותר
165	59 על המוקד: מערך אישורי הבדיקות והטיפולים בקופות החולים והרופא המטפל
167	60 העברת מידע לצוות רפואי על מחלה מידבקת
168	61 הרופא הבלתי-כשיר
169	62 איסור התעמדות בין רופאים
171	63 התנהלות רופאים במהלך שינוי מקום עבודה
173	64 חובת פרסום שמו של רופא שנמצא חייב בוועדת בירור של הלשכה
174	65 ניסויים קליניים
	66 הערות ההסתדרות הרפואית בישראל להצעת חוק ניסויים רפואיים
186	בבני אדם, התשס"ז-2007
189	67 ניסויים קליניים בבני אדם - "בעלי עניין" בניסויים קליניים
190	68 ניסויים קליניים בבני אדם - השימוש בפלצבו
191	69 מחקר גנטי באוכלוסיות גדולות
197	70 ניסויים בבעלי חיים
198	71 כללים אתיים בפרסום מדעי
202	72 קביעת מין היילוד תוך שימוש בהפריה חוץ-גופית
203	73 קניין רוחני במערכת הבריאות
	74 הרופא הממציא, היזם ונושא המשרה בחברה
205	העוסקת במכשור או בתרופה
207	75 כריית מידע רפואי: סכנות ואמצעי זהירות
	76 האמנה האתית המשותפת של ההסתדרות הרפואית בישראל ושל הארגונים היציגים
208	של חברות התרופות הפועלות בישראל
222	77 שימוש בקנביס במסגרת טיפול רפואי



225	78 הרופא כעד מומחה
227	79 רופא לא יפעל נגד מי שנמצא בטיפול
80	80 סודיות רפואית וחסינות רשומה רפואית בנושא הטיפול הנפשי בנפגעי אלימות ותקיפה מינית
228	
231	81 רפואה משפטית
233	82 הקלטת בדיקת מומחה רפואי על ידי הצד שכנגד-אסורה
236	83 רופא השוחה כנגד הזרם
237	84 צנעת הפרט בתקשורת
238	85 כללי אתיקה רפואית - התקשרות דיגיטלית ומדיה חברתית
247	86 Telemedicine [רפואה מרחוק]
248	87 פרסום ופרסומת*
252	88 איסור פרסום ברדיו או בטלוויזיה
253	89 שיווק המתחפש לאקדמיה
254	90 הרופא ברשת החברתית
256	91 רופאים בתקשורת חופש הביטוי מול כבוד המקצוע
257	92 שימוש במצלמות בחדרי מטופלים, חדרי בדיקה וחדרי ניתוח
259	93 מדדי איכות לרופאים
260	94 Whistle blowing: חושפי מעשי שחיתות במערכת הרפואה
262	פרק ו' - עמדות הלשכה לאתיקה
263	חיסוני שפעת ותג "מחוסן לרופא"
264	האם רופא רשאי לרשום לעצמו מרשמים והפניות
264	טיפול רופא בעצמו ובקרובי משפחתו
265	כשהרופא הופך לחולה - פרופ' אבינעם רכס
266	ניירות עמדה וקווים מנחים קליניים - ללא חסויות
	עמדת הלשכה לאתיקה של הר"י לגבי מעקבים
267	בסיוע גורמי ביטחון אחר מטופלים



269	באילו מצבים מותר/רצוי/אפשר להיעזר במצלמות האבטחה כאשר עושים תחקיר אפידמיולוגי?
270	בני משפחה של חולי קורונה מאושפזים המבקשים להתקין מצלמות ליד מיטת המאושפז
272	מכתב לגבי המגבלות המקצועיות במתן אישורי כשירות על ידי רופאים
273	הצהרה בדבר הקשר בין רופאים לחברות טבק ועמדתה הנחרצת במאבק בעישון ונזקיו
275	פרק ז' - כללי האתיקה של ה-WMA

חזרה לתוכן העיניינים



פתח דבר - יו"ר הר"י



הקוד האתי שלנו הרופאים ושל מקצוענו - הרפואה, מעוגן מקדמת דנא בשבועת היפוקרטס ובשבועות אחרות אותן נשבע כל פרח רפואה לפני כניסתו לתפקיד הייחודי של עיסוק ברפואה. שבועת הרמב"ם כמו גם שבועת הרופא הישראלי אותה טווה פרופ' היילפרין הן דוגמאות נוספות.

הקוד האתי מהווה למעשה אמנה חברתית מהיסודות החשובים בחברה על פיה, מחד גיסא החברה נותנת אמונה ברופאיה אשר יקדישו את יכולתם, ידיעתם והמידע שלהם לטובת הפרטים, ואילו הרופא מבחינתו מתחייב ליטול על עצמו את הקוד האתי, אשר התגבש ונוצר על ידי חבריו למקצוע ועל פיו הוא מקדיש את מקצועיותו וידיעותיו לטובת המטופל שלו, אשר טובתו גוברת על כל שיקול אחר.

הקשר הזה, מטופל-רופא עומד ביסוד מערכת הבריאות ומבוסס ברובו על הקוד האתי. אחד התוצרים החשובים ביותר של ההסתדרות הרפואית העולמית (WMA) בשטח זה, היא הצהרת ז'נבה, בנושא האתיקה של הרופאים. הצהרה זו, שבה מפורטים יסודות ההתנהגות האתית של הרופאים, גובשה ואומצה על ידי ההסתדרות הרפואית העולמית בשנת 1947, מייד לאחר מלחמת העולם השנייה ועם הגילוי המזעזע של האירועים במהלך המלחמה. אגב, עם המייסדים הייתה ההסתדרות הרפואית של ישראל. הדוגמא השנייה היא הצהרת הלסינקי, שאומצה בשנת 1962 באסיפה הכללית של ההסתדרות הרפואית העולמית בהלסינקי, אחרי מספר שנים של דיונים והתגבשות. הצהרה זו, המהווה אחד מעמודי התווך של הקוד האתי של הרופאים, מסדירה את היסודות האתיים של ניסויים בבני אדם; גם זאת, כריאקציה לפעילות המזעזעת של רופאים נאציים אשר ערכו ניסויים בבני אדם. הצהרת הלסינקי מהווה דוגמא מצוינת לדינאמיות שחייבת לאפיין את גיבוש כללי האתיקה בעולם משתנה ומתפתח. מאז שנוצרה, עברה הצהרת הלסינקי חמישה תהליכי שינוי מורכבים, מסובכים וארוכים, וזאת כדי להתאים את ההיבטים המעשיים שלה להתפתחות המחקר ברפואה, לרבות שינויים סוציולוגיים והבנת ההשלכות של ניסויים בבני אדם על טובתם ועתידם של נשואי המחקר.

בשנים האחרונות אנו עדים לשינויים מרחיקי לכת ביחסים שבין החולה לרופא. תהליך העצמת המטופל אופייני ומקביל להתפתחויות בחברה. זמינות המידע הרפואי באמצעות המדיה האלקטרונית, תקשורת ההמונים לרבות הטלוויזיה, שהייתה לגורם משמעותי בגיבוש הציפייה של המטופלים לתוצאות מיטביות של הטיפול בהם; הקלות הבלתי נסבלת של תביעות פיצויים על רקע של רשלנות רפואית כביכול, כאשר כל תוצאת טיפול שאינה טובה מזוהה עם הזנחה ורשלנות; ובעיקר, הלחצים הכלכליים על המערכת ובאמצעותה על הרופא הבודד. כל אלה ואחרים הפכו לגורמים משמעותיים. עובדה היא שאין מדינה המסוגלת לספק מתקציביה הציבוריים את כל מה שהרפואה המתפתחת והמתקדמת יכולה להציע למטופל. מערכת בריאות הפועלת תחת אילוצים כלכליים מעמידה בניסיון את יישומם של כללי האתיקה. בו-בזמן, נכנסים למשוואה זו חוקים והלכות כגון הזכות לבריאות, הנהיית מהגנה משפטית ונתפסת כזכות יסוד חברתית. לעיתים קרובות נמצאת זכות זו בין לחצים מנוגדים, כאשר מולה עומדת יכולתה המוגבלת של החברה לממן אותה. בנוסף, ישנן ההשלכות החברתיות הקשורות בזכותו של הפרט לקבל שירות רפואי, אשר באות על חשבון פרטים רבים אחרים שגם להם אותה זכות יסוד. עיקרון זה נמצא במרכזה של הדילמה הקשה ביותר בעת דיונים על עדכון סל התרופות והטכנולוגיות. דילמה זו באה לידי ביטוי בצורך להעדיף זכאות של קבוצת חולים קטנה לטיפול בעלויות עצומות, לעומת זכותו של ציבור גדול הרבה יותר לרפואה מונעת, שאמורה למנוע חולי ותחלואה.

נושא מרכזי אחר הנובע ומתגבר הוא התארכות משך חייהם של חולים במחלות כרוניות ושל חולים קשישים מאוד, כתוצאה משכלול והתפתחות האמצעים והטיפולים שהרפואה מעמידה לרשות החברה. וכך זוכה האתיקה הרפואית לדיון מתמיד עם התקדמות הטכנולוגיה שבשירות הרפואה, ובעקבות מקרים תקדימיים ויוצאי דופן המתאפשרים בשל שכלול שיטות ואמצעי הטיפול. כך יוצא שהדיון בעקרונות



ובכללי האתיקה הרפואית פורה בעיקר במדינות שבהן קיימת רפואה מפותחת ומתקדמת כדוגמת ישראל. באמצעות הלשכה לאתיקה, פועלת ההסתדרות הרפואית להטמיע בקרב הפרופסיה הרפואית את הכללים האתיים בכל דרך אפשרית. זאת, הן באמצעות קידום החינוך והמודעות להתנהגות אתית נאותה בקרב הרופאים במדינת ישראל, הן באמצעות דיון ואישור החלטות בנושאי אתיקה וכן כללים וניירות עמדה בנושאים אתיים והן באמצעות פעילות ציבורית, שמטרתה להשפיע על עמדות הציבור ועל חקיקה בנושאים הנוגעים למעמד הרופאים והרפואה בארץ בהקשרים האתיים. בנוסף, מקפידה הלשכה לאתיקה לדון באופן שוטף בתלונות בעלות היבטים אתיים כנגד רופאים או כנגד איגודים וחברות, והיא אינה נרתעת להעמיד לדין אתי רופאים אשר הפרו את כללי האתיקה.

לאור החשיבות הרבה שרואה ההסתדרות הרפואית בשמירה על כללי האתיקה, ונוכח העבודה הענפה והמעמיקה שנעשתה בשנים האחרונות בלשכה לאתיקה, בהובלתו של פרופ' אבינעם רכס, הוחלט לעדכן את הכללים האתיים, באמצעות ועדה מיוחדת שהוקמה לצורך כך. מסמך מרשים, מקיף וחשוב זה שגיבשה הוועדה לעדכון כללי האתיקה, כולל את כל השינויים וההתפתחויות הרבות שחלו בשנים האחרונות בשדה האתיקה הרפואית, פרי עבודתה הנאמנה של הלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית.

אני מבקש להודות בראש ובראשונה לפרופ' אבינעם רכס, יו"ר הלשכה לאתיקה, אשר עמד בראש הוועדה לעדכון כללי האתיקה הרפואית, על עבודתו המסורה והמקצועית, על השקעתו הרבה ועל ניצוחו והובלתו של מהלך מורכב ועדין ביותר זה, המהווה מלאכת מחשבת של ממש. עוד אבקש להודות לחברי הוועדה לעדכון כללי האתיקה, על תרומתם הרבה לגיבושו של מסמך זה, תוך דיונים ארוכים, סוערים ומעמיקים והשקעה של שעות רבות מזמנם, ממרצם וממחשבתם, וכן לכל מי שסייע בעבודתה של הוועדה. לתקשורת, לסוגיה השונים, תפקיד חשוב ומשמעותי בקוד האתי שלנו ובהתפתחותו. הדיון האתי הרפואי הינו דיון חוצה גבולות ומעודד על ידי התקשורת, הרואה בפומביות הדיון אג'נדה חברתית-פוליטית. הדיונים התקשורתיים הנסובים על שאלות אתיות שונות ומגוונות אינם עניינם הפרטי של העוסקים במקצועות הרפואה גרידא, כי אם עניין ציבורי המשותף לכולם. ההסתדרות הרפואית מאמינה, כי רק באמצעות עידוד השיח האתי והעלאת סוגיות רפואיות לסדר היום הציבורי, יוכל הציבור להביא עצמו לכדי הבנה של שאלות מוסריות כלליות ורחבות יותר, המשקפות עוצמה ופתיחות דעת של חברה מודרנית וטכנולוגית. באמצעות ליבון סוגיות אלו יוכל הרופא לרתום את הטכנולוגיה לצורכי מטופליו ולהשתמש בה בתבונה, ואילו המטופל יזכה ליהנות משירותי רפואה מתקדמים, איכותיים ואמפתיים יותר.

אנו מצפים כי כל רופא במדינת ישראל ישכיל להטמיע את אמות המידה האתיות המוצגות בכללי האתיקה המעודכנים, כי כללים אלו ישמשו את הרופא בעבודתו השוטפת, וכי תוכנם יהווה חלק בלתי נפרד מתוכנית הלימודים של הסטודנטים לרפואה. בנוסף, אנו מקווים, כי גם המטפלים וגורמי הרפואה האחרים, מלבד הרופאים, וכן הציבור הרחב הכולל את ציבור המטופלים, יתוודעו לתוכנם של כללי האתיקה המעודכנים, וכי יהיה בכוחם של כללים אלו – תוך תהליך דינאמי ומתמיד של עדכונים והתאמתם למציאות המשפטית – לשפר את יחסי האמון בין הצוותים הרפואיים לבין המטופלים, ולהביא לשיפור מתמיד של איכות השירות הרפואי.

ד"ר ליאוניד אידלמן

יו"ר הר"י הנכנס

(2018-2009)

ד"ר יורם בלשר

יו"ר הר"י היוצא

(2009-1995)

חזרה לתוכן העיניינים

מאז פרסום הקוד האתי המעודכן של ההסתדרות הרפואית בישראל בשנת 2009, חלו שינויים חברתיים ומקצועיים רבים. לקראת ועידת הר"י ה-43 מצאנו לנכון לעדכן ולקבץ את הכללים שהלשכה לאתיקה עבדה באחרונה על גיבושם. הקוד האתי מהווה בסיס לפעילות הרפואית בכל הדרגות והמקצועות הרפואיים, החל מהמעמד המרגש של כניסת הסטודנטים לרפואה למחלקות הקליניות ועד לפרישה לגמלאות ומעבר לכך, כל הזמן בו המתחייב והמתחייבת בשבועת הרופא עוסקים ברפואה. במהלך 40-50 השנים האלה אין יום בו לא עומדים בפני הרופא והרופאה אתגרים אתיים רבים, והקוד האתי אמור לשמש עבורם מורה נבוכים.

בוועידת הר"י הקודמת החלטנו לצרף ללשכה לאתיקה את כל הרופאים שהביעו רצונם לשמש כחברים בה ולתרום מזמנם, מניסיונם ומהשקפת עולמם לקידום הכללים האתיים ולהתאמתם למציאות המשתנה בקצב גובר והולך. קהילת הרופאים בישראל מתאפיינת בפסיפס גדול ומגוון. ההתמקצעות ברפואה מרקיעה שחקים, הרופאים מתרחקים זה מזו וזו מזה בתחומי ההתעניינות והעשייה היומיומית, אך המכנה המשותף נותר רחב ואיתן, ובו הכללים האתיים הם אבן יסוד.

בדרך כלל, מתאפיינים הדיונים האתיים בהיעדר אמת מוחלטת; ודווקא עקב כך, אין תחליף לקביעת הכללים על ידי הרופאים כפרופסיה. אין ספק שגם בעתיד יהיה צורך לדון על הכללים האתיים ולעדכן אותם בהתאם להתפתחויות ולאתגרים חדשים.

גם בזירה הבינלאומית מצאה לנכון ההסתדרות הרפואית העולמית לעדכן את שבועת הרופא, הנקראת "הצהרת ז'נבה". הגרסה העכשווית, העונה לדרישות התקופה, התקבלה בעצרת הכללית של הארגון בשנת 2017, לקראת ציון 70 שנה להצהרת ז'נבה הראשונה. הרופאים הישראלים מהווים חלק בלתי נפרד מהקהילה הרפואית הבינלאומית ועליהם להמשיך להיות בעמדה אתית שניתן להתגאות בה.

יחסי רופא-מטופל, רופא-רופא ורופא-חברה יעמדו לפתחה של הלשכה לאתיקה גם בעתיד, כפי שהם עלו בחריפותם בשנים האחרונות ועוררו דיונים ציבוריים תוססים. הרופאים הישראלים הוכיחו פעם אחר פעם את רמתם האתית, שאינה מסתפקת בעמידה בחוקים, ואף מחמירה ומתעלה מעבר לכך.

ברצוני להודות לחברי הלשכה לאתיקה על תרומתם לקידום הקוד האתי, ובראשם לד"ר תמי קרני, יו"ר הלשכה, על התגייסותה, מחויבותה ומסירותה בהובלת הלשכה ובכל הנוגע לנושא כה חשוב.

פרופ' ליאוניד אידלמן

יו"ר הר"י 2009-2018



פרק א' - הקדמות

למה אתיקה רפואית?

הרופאים לדורותיהם זכו תמיד למידה רבה של אוטונומיה מקצועית וחופש קליני מתוך ההכרה כי רק כך, כשהם משוחררים מלחצים מכל סוג שהוא, יוכלו לקבל את ההחלטות הרפואיות הנכונות והראויות ביותר לטובת המטופלים.

מכאן גם נגזרת החובה המוטלת על הקהילה הרפואית לפיקוח עצמי קפדני על ההתנהלות המקצועית והאתית של חבריה. התנהלות זו אמורה להיעשות על-פי הסטנדרטים הגבוהים ביותר האפשריים. כללי האתיקה הרפואית באים לאפשר פיקוח שכזה. הכללים נקבעים לכן על-ידי הרופאים למען הרופאים, על מנת להבטיח כי כל אחד מחברי הקהילה הרפואית והקהילה כולה יפעלו קודם לכל לטובת המטופל וישמרו בכך את אמון הציבור ברופאים.

כללי האתיקה של הרפואה, הנשענים על ערכי היסוד של הארגון, באים לפיכך להוסיף על כללי המשפט, התקנות וההוראות שנקבעו על-ידי המדינה וגופי השלטון שלה. מסגרת משפטית זו מציבה סף של התנהגות ראוי, הנדרש מכל רופא, בעוד כללי האתיקה קובעים דף הניצב גבוה במידה רבה מעל לסף זה. כללי האתיקה שואבים את כוחם מכלל קהילת הרופאים, אשר נתנה תוקף לקביעתם וקיבלה על עצמה לקיימם, והם מאפשרים לכן לפסול התנהגות מסוימת של רופא גם אם החוק אינו אוסר זאת.

הקוד האתי מגדיר לרופאים את חובותיהם כלפי המטופל, כלפי כלל החברה, כלפי חבריהם למקצוע וכלפי אותם גופים שעמם יש להסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) יחסי גומלין מקצועיים.

סך הכללים האתיים של הר"י מכונסים במסמך הצהרתי הנקרא "הקוד האתי". הקוד האתי מבטא את ערכי היסוד, הנורמות והסטנדרטים המקצועיים הבונים את "סדר היום" (אג'נדה) של הרופאים חברי הארגון ואת החזון החברתי והמקצועי שלהם. הקוד האתי מייחד ומעצב את הזהות והתרבות המקצועית של הרופאים מול כלל החברה ובעלי מקצועות אחרים. הקוד האתי מנחה את הרופאים להתנהגות ראוי, השומרת על ערכי היסוד של המקצוע, כבודו ומעמדו בחברה.

ארגון בעל קוד אתי המיושם באופן פעיל נתפס בעיני הציבור כארגון ראוי, הזוכה למידה רבה של אמון. לחברי הארגון, הרופאים, ניתנת לכן הרשאה חברתית להמשיך ולנהל את ענייניהם באופן עצמאי, בעוד שהתערבות השלטון בענייני הארגון פוחתת במקביל. אין ספק כי ארגון ראוי זוכה לתמיכה ציבורית נרחבת גם כשהוא בא לדרוש זכויות פרופסיונליות לחבריו.

אתיקה רפואית הינה דינאמית, ולפיכך גם הקוד האתי הינו מסמך דינאמי החייב להתייחס באופן רציף למציאות המשתנה שבה פועלים הרופאים. השינויים הדרמטיים שחלו ברפואה, בארץ ובעולם, בעשורים האחרונים מחייבים להגדיר מחדש את מעמדו ואת תפקידו של הרופא בחברה המודרנית. כוחות שוק כלכליים, היצע חסר גבולות של מידע רפואי ומעורבות חסרת תקדים של התקשורת ומערכת המשפט מעצבים מחדש את הקשר המסודרתי בין הרופא למטופל. הקוד האתי של הרופאים חייב אף הוא להשתנות ולשקף את עמדות הרופאים ואת מעמדם במציאות חדשה זו. הקוד האתי קובע ותוחם את "המקצוענות החדשה" של הרופאים, תוך שהוא מחפש בכל עת את האיזונים הנדרשים בין ערכים מתנגשים.

התרבות הרפואית החדשה הפכה את המטופל שותף בקביעת הטיפול הרפואי. מעמד זה נושא בחובו גם חובות, אך חוק זכויות החולה הגדיר את זכויותיו של החולה מבלי לקבוע, בה בעת, סייגים להתנהגותו. אמנם, אין זה ראוי כי נקבע כללים אתיים לציבור המטופלים, אך אנו מבקשים להשמיע בפני המטופלים את דעתנו ואת ציפיותינו בדבר התנהגותם הראויה.

בראש ובראשונה, אנו סבורים כי ראוי שהמטופל ישתף פעולה עם הרופא מתוך יושר, שקיפות, כבוד ואמון הדדיים, וכי יהיה הגון וישר ביחסיו עם הרופא ולא יסתיר מידע רפואי. ראוי כי המטופל יהיה שותף פעיל לרופא באחריות ובמחויבות למצבו הרפואי, תוך שמירה על תוכנית הטיפול כפי שסוכמה עם רופאו. אם סטה המטופל מתוכנית הטיפול, עליו להביא את הדבר לידיעת הרופא המטפל. במציאות של טכנולוגיה מתקדמת, חשוב כי

המטופל יכיר בקיומם של משאבים מוגבלים, בגבולות היכולת המקצועית של הרפואה והרופא, ובכך שהרופא איננו יכול לתת טיפול הנוגד את עמדתו המקצועית, את מצפונו או את אמונתו האישית. מערכת יחסים תקינה בין הרופא למטופל מחייבת כי המטופל לא ינהג באלימות מילולית או פיזית כלפי הרופא והצוות הרפואי, וכי יפעל למנוע אלימות כזו גם מצד בני משפחתו או מצד כל אדם אחר. בנוסף, חיוני כי המטופל לא יהיה מעורב בכל צורה שהיא במעשים של רמאות או בעבירה על החוק הקשורים ליחסיו עם הרופא, או בהפרה של כללי האתיקה הרפואית, ולא ינסה להדיח את הרופא לעבוד עבירות כאלו. בנוסף לכל אלה, מובן שעל המטופל להימנע גם מלהעמיד את בריאותם של אחרים בסכנה.

אם ישכילו המטופלים לפעול על-פי כללים אלו, אנו מאמינים כי יושג שיתוף פעולה טוב יותר בין הרופא למטופל, אשר עשוי לשפר גם את איכות הטיפול הרפואי.

הקוד האתי של הר"י נכתב באחרונה בראשית שנות ה-90 של המאה הקודמת על-ידי ד"ר רם ישי, ולא עודכן מאז ועידת הר"י ה-38 שהתקיימה בשנת 1995. נוצר לכן צורך דחוף לעדכן את כללי האתיקה ולהתאימם לצורכי השעה.

כתיבת קוד אתי עבור ציבור הרופאים הינה תהליך מורכב ורווי מתחים. הכתיבה משקפת את המתח הפנימי הטבעי והראוי הקיים בין הקטבים השונים של ארגון גדול ורב-פנים כמו הר"י. ניסוח הכללים מחייב להגיע, מתוך הסכמה הדדית, לאותם מלים ומשפטים המבטאים את נקודת האיזון ושיווי המשקל העדין של הכללים האתיים שמאחוריהם יכולים להתייצב כל חברי הארגון.

הייתה לי הזכות הנדירה להוביל את המהלך הרגיש הזה ולהביאו לידי סיום מוצלח. תודה שלוחה לד"ר יורם בלשר, יו"ר הר"י, ולעו"ד לאה ופנר, מזכ"לית הר"י, על הגיבוי והתמיכה ללא סייג בעבודת הוועדה לעדכון כללי האתיקה. תודה לחברי הוועדה על שעות רבות של דיונים נוקבים, על תבונתם ועצתם, שהביאו מסמך זה לצורתו הנוכחית, ובמיוחד לעורכות-הדין אדוה פרי-אבישי וגילי שיל"ת, היועצות המשפטיות של הוועדה, שעזרתן המקצועית לא תסולא בפז.

תודה מיוחדת שלוחה לחברי הלשכה לאתיקה אשר סייעו בליבון הסוגיות האתיות הניצבות בפני הרופאים וניסחו בתום דיונים נוקבים, מתוך סבלנות רבה והסכמה הדדית את ניירות העמדה המהווים את השלד עליו בנוי קוד אתי זה.

בשם חברי בלשכה לאתיקה ובוועדה לעדכון הכללים האתיים ובשמי אני, ברצוני להביע תקווה ומשאלה כי קוד אתי זה אכן ישמש מורה דרך לחברי הרופאים. רק אם נשכיל כולנו לכבד כללים אלו, נוכל להמשיך ולשמור על מעמדנו העצמאי בחברה ועל יכולתנו להמשיך ולהעניק טיפול רפואי חסר פניות לאלה הזקוקים לעזרתנו המקצועית.

פרופ' אבינעם רנס

יו"ר הלשכה לאתיקה

2014-2009

למה מהדורות מחודשות של כללי אתיקה רפואית?

האתיקה הרפואית, בדיוק כמו הרפואה, מתפתחת לפרקים. לעיתים משום שנוסף לנו ידע, ולעיתים כי נחשפנו לדילמות חדשות כאשר הקיים לא ענה על הצורך. במהלך תשע השנים האחרונות דנה הלשכה לאתיקה בעשרות נושאים; לחלקם נמצא מענה בקוד, ולחלקם מצאה הלשכה לאתיקה לנכון לנסח דפי עמדה נוספים. אין ספק כי הפנדמיה אשר נחשפנו אליה בשנת 2020 העמידה בפנינו שורה ארוכה של דילמות אתיות נוספות ומורכבות.

בשנת 2014, סמוך להוצאת המהדורה הקודמת של הקוד האתי, נחשפו רופאי ישראל לדילמה הנוגעת בהאכלה בכפייה של אסירים ועצירים שובתי רעב. אנו מחויבים לכללי האתיקה של ה-WMA ולכן עמדתנו הייתה ברורה. אני גאה בהישגיהם המרשימים של הרופאים אשר טיפלו בשובתי הרעב שאושפזו בבתי החולים ברחבי הארץ. אף שובת רעב לא הואכל בכפייה, כולם שרדו את השביתה ונשארו בחיים. הרופאים הועמדו בלחצים חברתיים ופוליטיים, מול חקיקת חוק אשר הר"י הגישה בג"ץ בגינו, ולא נכנעו. הרופאים שמרו על הסדר החברתי. הרופאים שמרו על תפקידם המסורתי כעומדים לימנים של כל בני האדם הנזקקים לטיפולם. הרופאים השאירו את עבודת השיטור, המאסר והמשפט לאלו שזה תפקידם בחברה. יו"ר הר"י ואנוכי עקבנו מקרוב אחר הנעשה, ליוונו את הרופאים בשטח, והיינו זמינים לכל שאלה בכל שעה, מה שאיפשר לנו לפתור בעיות רבות בעת התרחשותן. אנו עדיין בעיצומה של מערכה לאיזוק מידתי של אסירים ועצירים המאושפזים בבתי החולים.

דילמות חדשות עלו על שולחן הלשכה לאתיקה: הטיפול הרפואי מרחוק, המשתנה מיום ליום עם החידושים הטכניים במדיה הדיגיטלית; חידושי המדע בתחום הגנטיקה והתאמתם לצורך טיפולי ופרוגנוסטי; שאלת הסודיות הרפואית וגבולות האחריות על שמירתה מול איומי הסייבר.

המחקר הרפואי במגה דטה, הנאגר מתוך הרשומה הרפואית, מציף דילמה של קבלת הסכמת המטופלים לשימוש במידע האישי שלהם לצורך המחקר למול הצורך החברתי במציאת מזור. דילמה אשר בלטה במיוחד סביב פנדמיה של מחלה חדשה, שלא הייתה מוכרת לעולם הרפואה, וכמובן גם לא הטיפולים והדרכים למניעתה. היה הכרח לחלוק מידע מהימן ומהיר בין צוותי הרפואה בכל העולם.

רבות מהדילמות נותרו ללא פתרון, אך עצם החשיבה, ההבנה והגדרת הבעיות חשובות. הצהרת ז'נבה, המשמשת כ"חוקה", חודשה באוקטובר 2017 על ידי ההסתדרות הרפואית העולמית (יו"ר הר"י יושב במזכירות שלה, והר"י השתתפה בקבוצת העבודה מטעמה שערכה את הניסוח המעודכן). חברי הלשכה אישרו את ההצהרה, וכמו כן תרגמו את ההצהרה לעברית. במהדורה זאת נוסף את שבועת הרופא של הילפרין אשר חוברה לרגל סיום המחזור הראשון לרפואה בירושלים, ואת הצהרת ה-WMA באנגלית ובעברית. השינוי המרכזי בהצהרת ז'נבה עוסק בחובת הרופא לשמור על בריאותו ורווחתו, דבר המאפשר לו להגיש עזרה רפואית למטופלים רבים יותר. כמו כן הוגדרה מחדש שמירת כבוד עמיתים, כולל סטודנטים.

כללי אתיקה נוספו בהתאם לדפי העמדה החדשים, ונעשתה הערכה מחדש ובדיקת ההתאמה של דפי העמדה הקודמים.

אני מקווה כי השיח האתי הרפואי יעסיק יותר רופאים, וכי הספר ימשיך לשמש מורה דרך לרופאים העוסקים במלאכת האבחון והטיפול ובתפקידי המנהל הרפואי השונים.

ד"ר תמי קרני

יו"ר הלשכה לאתיקה

2023-2014



פרק ב' - הצהרת ז'נבה והשבועה הרפואית

הצהרת ז'נבה של ה-WMA

WMA Declaration of Geneva

Adopted by the 2nd General Assembly of the World Medical Association, Geneva, Switzerland, September 1948
and amended by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968
and the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983
and the 46th WMA General Assembly, Stockholm, Sweden, September 1994
and editorially revised by the 170th WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005
and the 173rd WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2006
and amended by the 68th WMA General Assembly, Chicago, United States, October 2017
14th October 2017

The Physician's Pledge

AS A MEMBER OF THE MEDICAL PROFESSION:

I SOLEMNLY PLEDGE to dedicate my life to the service of humanity;

THE HEALTH AND WELL-BEING OF MY PATIENT will be my first consideration;

I WILL RESPECT the autonomy and dignity of my patient;

I WILL MAINTAIN the utmost respect for human life;

I WILL NOT PERMIT considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, social standing or any other factor to intervene between my duty and my patient;

I WILL RESPECT the secrets that are confided in me, even after the patient has died;

I WILL PRACTISE my profession with conscience and dignity and in accordance with good medical practice;

I WILL FOSTER the honour and noble traditions of the medical profession;

I WILL GIVE to my teachers, colleagues, and students the respect and gratitude that is their due;

I WILL SHARE my medical knowledge for the benefit of the patient and the advancement of healthcare;

I WILL ATTEND TO my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard;

I WILL NOT USE my medical knowledge to violate human rights and civil liberties, even under threat;

I MAKE THESE PROMISES solemnly, freely and upon my honour.

הצהרת הרופא (הצהרת ז'נבה של ה-WMA)

נחבר למקצוע הרפואה
אני מתחייב, ביראה ובכבוד, להקדיש את חיי לשירות האנושות;
בריאותו ורווחתו של המטופל יהיו בראש מעייניי;
אכבד את עצמאותו וכבודו של המטופל;
אשמור על כבוד מרבי לחיי אדם.
לא אתן לשיקולים של גיל, מחלה או מוגבלות, אמונה, מוצא אתני, מין, לאום, השתייכות פוליטית, גזע, נטייה מינית, מעמד חברתי או כל גורם אחר - להשפיע על מחויבותי למטופל;
אכבד ואשמור סודות המטופל אשר הופקדו אצלי, גם לאחר מותו;
אעסוק במקצוע הרפואה באורח מצפוני ומכבד, ובהתאם לנוהג הרפואי הטוב;
אשמר את הכבוד והמסורת הנעלה של מקצוע הרפואה;
אחלוק למורי, לעמיתי ולתלמידי את הכבוד וההוקרה להם הם ראויים;
אחלוק את הידע הרפואי אשר רכשתי למען רווחת המטופל ולקידום הבריאות;
אקפיד על בריאותי, רווחתי וכישורי במטרה להעניק טיפול ברמה הגבוהה ביותר;
לא אשתמש בידע הרפואי שלי כדי לפגוע בזכויות האדם ובחירותו, אף לא תחת איום;
על כל אלו, אני מצהיר באופן חופשי, בכל ליבי ובכל מאודי.
תרגום: חברי הלשכה לאתיקה

שבועת הרופא העברי

פרחי הרפואה אתם ניצבים היום כולכם לפני מוריהם בדרכי הרפואה וחוקותיה לעברכם בברית הרפואה למען תקיימו את תורתה בכל מאודכם בשום שכל וביושר לבב ולמען קום דור רופאים דרוכי מעש ואמוני יעוד לעזרת האדם הדווי. וזאת הברית אשר אנוכי כורת אתכם היום לאמור:
על משמרתכם הופקדתם יומם ולילה לעמוד לימין החולה במצוקתו בכל עת ובכל שעה.
ושמרתם עד מאוד חיי האדם מרחם אמו והיה שלומו ראש חרדתכם כל הימים.
ועזרתם לאדם החולה באשר הוא חולה אם גר אם נכרי ואם אזרח אם נקלה ואם נכבד.
והשכלתם להבין לנפש החולה לשובב את רוחו בדרכי תבונות ובאהבת אנוש.
אל תמהרו להוציא משפט ושקלתם את עצתכם במאזני החכמה הצרופה בכור הניסיון.
שמרו אמונים לאדם שהאמין בכם אל תגלו סודו ואל תלכו רכיל.
יחכם לבכם גם לבריאות הרבים להעלות ארוכה למדווי העם.
תנו כבוד ויקר לרבותיכם שנחלצו להנחותכם במעגלי הרפואה.
תרבו חכמה ואל תרפו כי היא חייכם וממנה תוצאות חיים.
היזהרו בכבוד חבריכם כי בכבודם הם תכובדו גם אתם.
דברי הברית האלה קרובים אליכם מאוד בפיכם ובלבבכם לעשותם ועניתם כלכם אמן.
אמן כן נעשה
יהיה רצון שישגא פעלכם להאדרת מורשת הרפואה.
פרופ' ל. היילפרין, תשי"ב, ירושלים

ערכי היסוד של האתיקה הרפואית

אוטונומיה (Patient Autonomy)

אוטונומיה, משמעותה כי למטופל יש זכות מלאה לקבל החלטות, באופן חופשי ועצמאי, בדבר הטיפול הרפואי שיינתן לו ובדבר מתן הרשאה והסכמה מדעת קודם לתחילת הטיפול הרפואי בו. הסכמה כזו תינתן על בסיס מידע רפואי מלא שיימסר למטופל על-ידי הרופא ביושר, בשקיפות, באופן סביר ומאוזן. אוטונומיה משמעותה גם בזכות המטופל לדחות או לסרב להצעות רופאיו מבלי שהם יכפו עליו את דעתם. כיבוד עצמאותו של המטופל, משמעותו גם שמירה על כבודו באשר הוא אדם, והקפדה על פרטיותו ועל הסודיות הרפואית הנוגעת לו. הרופא יכבד זכות זו ויפעל יחד עם המטופל על-פיה.

מניעת נזק למטופל (Non-Maleficence)

מניעת נזק למטופל, משמעותה כי בטיחות המטופל ובריאותו עומדות כערך עליון ברפואה, וכי הרופאים יפעלו תמיד כך שלא ייגרם נזק למטופל, לא במכוון, לא עקב מעשה ולא עקב מחדל. החובה למנוע נזק מהמטופל, משמעותה גם כי הרופא הינו בעל הידע והכישורים הנדרשים לביצוע הטיפול הרפואי. מכאן גם נגזרת החובה המוטלת על הרופא ללימוד מתמיד ולאימון קבוע, על מנת לשמור על מידת המקצוענות הראויה.

הטבה עם המטופל (Beneficence)

הטבה עם המטופל, משמעותה כי הרופא יפעל תמיד לטובתו של המטופל ויעשה ככל יכולתו למנוע, להפחית או לסלק כל פגיעה קיימת בבריאותו של המטופל. הרופא ישקול בכל מקרה את מאזן התועלת והנזק הצפויים בטיפול הרפואי המוצע ואת התאמתו למטופל, ויבחר בדרך הנושאת את מרב התועלת האפשרית עבורו.

שוויון (Distributive justice)

שוויון ברפואה, משמעותו צדק חברתי, תוך מתן גישה שווה לכל אדם ואדם לאמצעי אבחון וטיפול רפואיים, תוך חלוקה צודקת של משאבים רפואיים מוגבלים ומניעת אפליה מכל סיבה שהיא. צדק חברתי, משמעותו גם כי הרופא ישקול את צורכי כלל החברה במשאבים רפואיים מוגבלים, בבואו לבחור טיפול רפואי למטופל הבודד.



פרק ג' - חובות כלליות של הרופא

1. הרופא ישים את טובתו של המטופל בראש מעייניו, קודם לכל עניין אחר.
2. הרופא יפעל, כמיטב יכולתו, על מנת לשמור ולשפר את בריאותם הגופנית והנפשית של המטופל כפרט ושל החברה ככלל.
3. הרופא יפעל על מנת לרפא את המטופל, להקל על סבלו, למנוע ממנו מחלות ולהקטין את נזקיהן, והכל תוך נקיטת טיפול רפואי מקצועי ועדכני ומתוך יחס של חמלה ושמירה על כבוד המטופל וזכויותיו.
4. הרופא יפעל בכל עת בצדק, בהגינות ובשוויון כלפי המטופלים ויימנע מאפליה מכל סיבה שהיא.
5. הרופא ישמור על פרטיות המטופל ועל הסודיות הרפואית שלו.
6. הרופא יפעל תוך כיבוד זכויות האדם והאוטונומיה של המטופל ולא ישתתף בכל פעולה המפרה זכויות אלו, באשר הן, למעט מקרים שבהם טובת המטופל מחייבת זאת.
7. הרופא לא ייקח חלק ולא יסייע בדרך כלשהי בעינויים, השפלה או פגיעה בכבודו של אדם, ובכלל זה, אדם הנמצא במסגרת כפויה.
8. הרופא ישמור על כבוד חבריו הרופאים, על כבודם של עובדי הרפואה האחרים, ויימנע מכל מעשה או מחדל בין במהלך עבודתו ובין מחוץ לה, העלול לפגוע בכבוד המקצוע.
9. הרופא יקפיד על רמה ויושרה מקצועית נאותות, יהיה הגון וישר בכל מעשיו ויפעל לשמור על ערכים אלו גם בין חבריו למקצוע.
10. הרופא ינהג בשקיפות, יפעיל שיקול דעת מקצועי ועצמאי, המשוחרר משיקולים זרים, ויימנע מניגוד עניינים אישי, מוסדי, כלכלי או אחר העלול להיות לו בעיסוקו ברפואה.
11. הרופא יתמיד בהתעדכנות מקצועית, בידע ובמיומנות, מתוך מחויבות לחינוך רפואי עצמי, ויפעל לקידום הידע הרפואי והמדעי של חבריו למקצוע, של הסטודנטים לרפואה ושל כלל החברה.
12. הרופא ימסור כל מידע רפואי ביושר ובשקיפות על בסיס הידע הרפואי המקובל.
13. הרופא יטפל בכל אדם הזקוק לעזרתו, אך בנסיבות ראויות רשאי הרופא שלא לטפל באדם מסוים, למעט במצבי חירום.
14. הרופא יכיר בחשיבות השתתפותו בכל פעילות שנועדה לשפר את בריאות הציבור ויפעל, כמיטב יכולתו, לקידום השוויון בנגישות של כלל החברה לטיפול רפואי ולחלוקה צודקת של המשאבים הרפואיים.
15. הרופא יכבד את החוק ויפעל מתוך אחריות ציבורית לעדכנו בכל מצב שבו טובת המטופלים מחייבת זאת.
16. הרופא לא יעסוק בעיסוק שאינו הולם את מקצוע הרפואה.
17. הרופא לא יעסוק בו-זמנית במקצועו ובעיסוק אחר, שאינו בתחום הרפואה, אם הדבר מעמידו בניגוד עניינים מכל סוג שהוא.
18. הרופא אחראי באופן אישי לעיסוקו המקצועי ולטיפול הרפואי הניתן על-ידו.
19. הרופא רשאי לפעול בכל שטחי האבחון והטיפול, בהתאם לניסיונו וליכולתו הרפואית. הרופא יכיר במגבלותיו המקצועיות ויימנע - פרט לנסיבות חריגות - מלנקוט פעולה רפואית אשר אינה בתחום יכולתו או הכשרתו הרפואית.
20. הרופא יהיה אחראי לשמירה על בריאותו האישית. רופא אשר חלה, יפנה לקבל סיוע רפואי מתאים על-ידי רופא אחר.
21. על הרופא להיות בעל מודעות לנושאים סביבתיים שלהם השפעה בריאותית על הדורות הנוכחים והבאים.



פרק ד' - כללי האתיקה הרפואית

רשימת הכללים האתיים:

ד. 2. יחסי רופא-חברה	ד. 1. יחסי רופא-מטופל
א. אי-שוויון ברפואה	א. שיתוף פעולה בין הרופא והמטופל
ב. איסור השתתפות רופאים בחקירות ובעינויים	ב. הזכות לקבלת טיפול רפואי
ג. איסור השתתפות רופאים בבידוד והפרדה בבתי הסוהר	ג. איסור אפליה
ד. כבילת אסירים ועצירים בבתי החולים	ד. מידע בדבר זהות המטפל
ה. איסור האכלת אסיר שובת רעב	ה. פרטיות המטופל וסודיות רפואית
ו. בריאותם של מהגרי עבודה	ו. מסירת מידע רפואי למטופל
ז. הבטחת שירותי רפואה ובריאות בעת הסכסוך המזוין הישראלי-פלסטיני	ז. הטיפול בחולה חשוך מרפא (סופני)
ח. סירוס כימי של פדופילים	ח. הסכמה מדעת
ט. שיתוף פעולה בין הרופא ורשויות החוק	ט. בדיקות באזורים אינטימיים בגוף המטופל
י. הרופא כשדלן, לוביסט במסדרונות הכנסת ובמערכות הממשל בישראל	י. מתן טיפול רפואי ללא הסכמת המטופל
יא. הטיפול בקטינים	יא. פנייה לעובר אורח אשר רופא מאבחן בו חולי
יב. טיפול באוכלוסיות פגיעות	יב. מסירת מידע בדבר טכנולוגיות רפואיות חדישות
יג. הדרת נשים	יג. מסירת מידע בדבר מצב בריאותו של הרופא למטופל
יד. האכלה מלאכותית של מטופל הנמצא במצב וגטיבי קבוע	יד. הזכות להמשך טיפול רפואי נאות
טו. סחר ברקמות ובאברים ותרומת אברים	טו. מינוי בא-כוח למטופל
טז. השתלת אברים מנידונים למוות	טז. טיפולים במטופלים חסרי כשירות
יז. הרופא בוועדה הרפואית	יז. חוות דעת רפואית נוספת למטופל
יח. הרופא מטעם גוף מעסיק	יח. רפואה ואמונה בטיפול הרפואי
יט. סודיות רפואית וחובות מיסוי רופאים	יט. העצמה קוגניטיבית על פי בקשת המטופל
כ. השתתפות סטודנטים לרפואה בבדיקת מטופלים	כ. סירוב הרופא למתן טיפול רפואי
כא. שקיפות בריאותם של מנהיגים לאומיים	כא. התחלה וסיום של יחסי רופא-מטופל ביוזמת הרופא
כב. אבחון דרך אמצעי תקשורת ומדיה חברתית	כב. הודעה למטופלים על שינוי מקום העבודה
כג. הפיקוח הרפואי על מצב בריאותם של הנהגים	כג. טעויות בטיפול הרפואי
כד. חובת הטיפול בפנדמיה	כד. איסור ניצול
כה. חובת הטיפול באירוע רב-נפגעים	כה. קבלת מתנות ותרומות ממטופלים
כו. תיירות רפואית	כו. רישום תעודת מחלה
כז. בדיקות דימות	כז. אישורי כשירות מטעם הרופא
כח. "רפואה" שאינה נסמכת ראיות	כח. איסור השקר לטובת המטופל
כט. השבתת מוסדות הרפואה	כט. השימוש בתרופות גנריות
ל. השימוש בתואר "פרופסור"	ל. קבלת תשלומים בטיפול פרטי
לא. רשימות תיוג של רופאים	

ד 3. יחסי רופא-רופא

- א. שמירת כבוד עמית למקצוע
- ב. מתן שירות רפואי לעמית למקצוע
- ג. עבודת צוות
- ד. שיתוף מידע בין מטפלים
- ה. מעבר מטופלים בין רופאים
- ו. איסור פיצול שכר (Fee Splitting)
- ז. העברת מידע לצוות רפואי בדבר מחלה
- ח. מידבקת
- ט. הרופא הבלתי-כשיר מבחינה בריאותית
- י. התנהגות בלתי נאותה
- יא. איסור התעמרות בין רופאים
- יב. איסור ניצול
- יג. חובת דיווח על אשמה פלילית או משמעטית
- יד. התנהלות רופאים במהלך שינוי מקום עבודה
- יז. חובת פרסום שמו של מי שנמצא חייב בוועדת בירור של הלשכה לאתיקה

ד 5. הרופא והחברות המסחריות

- א. כריית מידע רפואי
- ב. הקשר עם חברות מסחריות
- ג. השתתפות במחקר במימון חברה מסחרית
- ד. השתתפות בהרצאה במימון חברה מסחרית
- ה. השתתפות בוועדה מייעצת לחברה מסחרית
- ו. איסור קבלת מתנות מחברה מסחרית
- ז. איסור מכירה ופרסום של מוצרים מסחריים
- ח. איסור קבלת הטבות מחברות המייצרות קנאביס

ד 6. הרופא והמערכת המשפטית

- א. הרופא כעד מומחה
- ב. רופא לא יפעל נגד מטופל שלו
- ג. רפואה משפטית
- ד. הקלטת בדיקת מומחה רפואי

ד 7. הרופא ואמצעי התקשורת

- א. מסירת מידע רפואי לציבור הרחב
- ב. צנעת הפרט בתקשורת
- ג. רפואה מרחוק (Telemedicine)
- ד. פרסום ופרסומת רופאים
- ה. איסור הטעיית המטופל
- ו. איסור שימוש מטעה בתואר בפרסום ופרסומת
- ז. איסור פגיעה בציבור בפרסום ופרסומת
- ח. איסור פגיעה בכבוד המקצוע בפרסום ופרסומת
- ט. הרופא ברשת החברתית
- י. רופאים בתקשורת - חופש הביטוי מול כבוד המקצוע

ד 8. הרופא והמוסד הרפואי

- א. הרופא השכיר
- ב. סביבת העבודה של הרופא
- ג. מדדי איכות לרופאים
- ד. אחריות מנהלים
- ה. חושפי שחיתויות

ד 4. רופא, מדע ומחקר

- א. חקרים רפואיים בבני אדם - חובות כלליות
- ב. טובת המשתתף במחקר רפואי בבני אדם
- ג. עריכת מחקר רפואי בבני אדם
- ד. הסכמה מדעת במחקר רפואי בבני אדם
- ה. סודיות במחקר רפואי בבני אדם
- ו. גילוי נאות - בעלי עניין כלכלי במחקר רפואי בבני אדם
- ז. השימוש בפלצבו במחקר רפואי בבני אדם
- ח. דיווח במחקר רפואי בבני אדם
- ט. חופש אקדמי במחקר הרפואי
- י. מחקר גנטי באוכלוסיות גדולות
- יא. ניסויים בבעלי חיים
- יב. כללים אתיים בפרסום מדעי
- יג. קביעת מין היילוד
- יד. קניין רוחני

ד.1 | יחסי רופא-מטופל

א. שיתוף פעולה בין הרופא והמטופל

1. הרופא והמטופל יפעלו במשותף לייסוד מערכת אמון הדדי ביניהם ולהצלחת הטיפול הרפואי.

ב. הזכות לקבלת טיפול רפואי

1. הרופא יפעל למימוש זכותו של כל אדם לקבלת טיפול רפואי נאות על-פי ההסדרים הקיימים במערכת הבריאות בישראל.

ג. איסור אפליה

1. הרופא לא יפלה בטיפול הרפואי בין מטופל למטופל, לרבות מטעמי גיל, מין, נטייה מינית, מוצא, לאום, דת, מעמד חברתי, אישי או כלכלי, מוגבלות פיזית או נפשית, עמדותיו, אמונתו או דעותיו של המטופל, או מכל סיבה אחרת.

ד. מידע בדבר זהות המטפל

1. הרופא יציג עצמו בפני המטופל בצורה ברורה, לרבות בשמו המלא, בתוארו המקצועי ובמומחיותו הרפואית, ויפרט את תפקידו בהליך הטיפול.

ה. פרטיות המטופל וסודיות רפואית¹

1. הרופא ישמור על זכות המטופל לפרטיות ולסודיות פרטיו הרפואיים בכל שלבי הטיפול.
2. הרופא לא ימסור פרטים רפואיים של המטופל לאדם אחר, אלא על פי בקשתו או הסכמתו המפורשת של המטופל.
3. הרופא יודא כי הסכמת המטופל לחשיפת המידע ניתנה לאחר שהבין את משמעות הוויתור על הסודיות הרפואית שלו, ובכלל זה משמעות מסירת המידע לגורמים שלישיים. רופא מטפל המעריך כי חשיפת הרשומה הרפואית עלולה לפגוע במטופל, צריך לעשות כמיטב יכולתו לעצור את החשיפה, ובמידת האפשר – להסביר למטופל את ההשלכות בנושא.
4. הרופא יפעיל שיקול דעת, ולא ימסור ישירות לידי גורמים שלישיים רשומה רפואית הכוללת מידע שחשיפתו עלולה, לדעתו, לפגוע במטופל.
5. במקרים המתאימים, ידרוש הרופא מעורבות של בית משפט, אשר יוכל לדון בבקשה להסרת חיסיון בדלתיים סגורות; אז יוכל הרופא להסביר לשופט לעומק את רמת הסיכון למטופל.
6. הרופא ימסור פרטים רפואיים של מטופל על פי דין.
7. הרופא ימסור מידע רפואי של מטופל לצורך המשך טיפול רפואי על ידי מטפל אחר. הדבר יעשה תוך ידידוע המטופל.
8. הרופא רשאי למסור מידע רפואי לאדם אחר באישור ועדת האתיקה של המוסד שבו הוא עובד, ושלא בידיעתו של המטופל, אם מידע זה עלול להזיק למטופל.
9. הרופא ימסור מידע רפואי, בידיעתו של המטופל, גם ללא הסכמתו, אם המידע נדרש להגנה על בריאות הזולת או הציבור. הדבר יעשה באישור ועדת האתיקה של המוסד הרפואי.

1 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "מחלות הנפש ככל שאר מחלות האדם"

10. הרופא רשאי למסור מידע רפואי למוסד המטפל או לעובד של המוסד לצורך עיבוד מידע, תיקון או לשם דיווח עליו על פי דין.
11. הרופא רשאי למסור מידע רפואי לצורך פרסום מדעי, מחקר או הוראה, ובלבד שלא נחשפו פרטים מזוהים של המטופל.
12. הרופא ימסור רק את המידע הרלוונטי הנדרש, באופן מידתי ועל פי העניין, וימנע ממסירה גורפת של מידע רפואי.
13. הרופא ישמור על פרטיות המטופל ועל סודיות המידע הרפואי שלו גם בפני חבריו למקצוע, אם אינם מעורבים בטיפול בו.
14. הרופא ימנע מעיון בתיק רפואי, ממוחשב או שאינו ממוחשב, ללא הצדקה.
15. הרופא אינו משוחרר מחובת הסודיות גם לאחר מותו של המטופל.
16. הרופא ימנע, במקום פומבי, משיחה על אדם הנמצא בטיפולו.
17. הרופא יודא את בטיחות אחסון המידע הרפואי הנמצא בשליטתו תוך שמירה על כללי הסודיות הרפואית.

1. מסירת מידע רפואי למטופל

1. הרופא יהיה קשוב למטופל, יכבד את האוטונומיה שלו ואת זכותו לבחור את הטיפול הרפואי ואת אופן ביצועו.
2. הרופא יסביר למטופל, בשפה ברורה ועל פי יכולתו להבין, את מצבו הרפואי ואת אמצעי הטיפול האפשריים במצבו. הרופא יודא כי הסבריו אכן הובנו כהלכה על ידי המטופל.
3. הרופא יפרט בפני המטופל גם את אמצעי הטיפול הנדרשים לו, אשר אינם נכללים בסל הבריאות, אף אם הרופא מנוע, מסיבות מנהלתיות, מלתת אותם למטופל.
4. הרופא יסייע למטופל בבחירת ההליך הרפואי המתאים לו, תוך שימוש בידע המקצועי הנמצא בידו.
5. הרופא יכבד את זכותו של המטופל לעיין ולקבל, על פי הצורך, את העתק הרשומה הרפואית שלו.
6. הרופא רשאי שלא למסור מידע רפואי למטופל, אם לדעתו מידע זה עלול להזיק למטופל. החלטה בדבר אי-מסירת מידע רפואי למטופל מחייבת את אישור הוועדה האתית של המוסד הרפואי המטפל.
7. הרופא המפנה לבדיקה יעמוד על חשיבות הליווי והפרשנות המקצועית לכל תוצאה של הבדיקה. מומלץ כי הרופא המפנה יתאם מראש עם המטופל האם ברצונו לקבל את תשובת הבדיקה הספציפית ישירות ואם כן יציין זאת בהפניה לבדיקה.

2. הטיפול בחולה חשון מרפא (סופני)²

1. הרופא והמטופל במחלה חשוכת מרפא ישוחחו על שאיפות המטופל וציפיותיו מהטיפול מול היכולות המציאותיות של הרפואה, ויגדירו את מטרות הטיפול.
2. הרופא ישקול ויחליט על המשך הבריור והטיפול הנכונים ביותר עבור החולה, על פי הנחיות עדכניות בתחום המומחיות הרפואית, הידע המקצועי וניסיונו כרופא. בתוך כך יישקלו יתרונות מול תופעות לוואי בלתי רצויות. המשך טיפול שאינו יעיל וחסר תוחלת עלול לפגוע בחולה ואף לקצר את ימיו.
3. הרופא ישתף את המטופל ואת המלווים המשמעותיים בעיני המטופל בנתונים הרפואיים, מוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר הבנה, הסתגלות למצב וקבלת החלטות נכונה למטופל.
4. הרופא יפנה לטיפול משפר איכות חיים כאשר טיפול אחר הוא חסר תוחלת (טיפול פליאטיבי כנדרש במצבים שונים).

2 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "אתיקה רפואית והטיפול במטופלים בעלי מחלות חשוכות מרפא וטיפולים חסרי תוחלת"

ח. הסכמה מדעת

1. הרופא ימסור למטופל, בשפה ברורה ומובנת, פרטים על האבחנה הרפואית שלו ועל המהלך הצפוי של מחלתו, לרבות מהות הטיפול המוצע, הסיכויים, הסיכונים ותופעות הלוואי האפשריות. הרופא יציג למטופל את הטיפולים החלופיים האפשריים, על מנת לאפשר לו לקבל החלטה מושכלת בדבר המשך הטיפול שיינתן לו.
2. הרופא ימסור למטופל את המידע הרפואי בשלב מוקדם ככל האפשר ובאופן שיאפשר לו מידה מרבית של הבנת המידע, לשם קבלת החלטה בדרך של בחירה מרצון חופשי ועצמאי.
3. הרופא ייתן טיפול רפואי למטופל רק לאחר שהתקבלה הסכמה מדעת של המטופל לכך. הסכמה מדעת עשויה להינתן, על פי נסיבות הטיפול הרפואי, בדרך של התנהגות, בעל-פה, או בכתב.
4. הרופא יקבל הסכמה מדעת ייחודית ומפורשת, בכתב, בכל מקרה של ניתוח, טיפול או פעולה פולשנית, ובכל מקרה אחר המחייב על פי חוק.
5. הרופא יכבד את סירוב המטופל לקבל טיפול רפואי, ובלבד שהמטופל מודע לסיכונים שהוא נוטל על עצמו.

ט. בדיקות באזורים אינטימיים בגוף המטופל³

1. הרופא יגלה רגישות יתרה בעת בדיקה באזורים אינטימיים בגוף המטופל.
2. הרופא ידאג לפרטיות המטופל במהלך בדיקה רפואית ולאחריה (למשל באמצעות וילון או סגירת דלת).
3. הרופא יידע את המטופל לפני ביצוע פעולות רפואיות העלולות לגרום לכאב.
4. הרופא ימנע מהערות אישיות העלולות להיתפס כפוגעניות. יש לנהוג ברגישות מוגברת בעניין כאשר המטופל חשוף.
5. הרופא יסביר את ממצאי הבדיקה כאשר המטופל לבוש וישוב.

י. מתן טיפול רפואי ללא הסכמת המטופל

1. הרופא רשאי לתת טיפול רפואי דחוף בנסיבות של מצב חירום רפואי גם ללא הסכמתו של המטופל, אם בשל הנסיבות, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן לקבל את הסכמתו לטיפול. במקרים מסוימים הטיפול יינתן באישורם של שלושה רופאים, אלא אם נסיבות החירום אינן מאפשרות זאת.
2. הרופא רשאי לתת טיפולים רפואיים מסוימים למטופל אם מצבו הגופני או הנפשי של המטופל מונע ממנו מתן הסכמה מדעת לטיפול זה, אם לא ידוע לרופא כי המטופל או בא-כוחו או האפוטרופוס שלו מתנגד למתן טיפול זה, ואם לא ניתן להשיג את הסכמת האפוטרופוס לטיפול הנדרש.
3. הרופא רשאי לתת למטופל טיפול רפואי שיש לתיתו בהקדם, בניגוד לרצון המטופל, בנסיבות של סכנה חמורה לחייו ובאישור ועדת האתיקה של המוסד הרפואי.

³ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "בדיקה גופנית על ידי רופא באזורים נסתרים בגוף המטופל"

יא. פנייה לעובר אורח אשר רופא מאבחן בו חולי⁴

1. הרופא רשאי, אך אינו חייב, להסב את תשומת ליבו של עובר אורח לבעיה רפואית.
2. הרופא ישקול היטב האם יש סיכוי לשיפור איכות החיים והבריאות בבואו להחליט האם להסב תשומת לב של אדם שלא פנה אליו.
3. הרופא יפעל ברגישות יתרה ויפנה לאדם הזר בפרטיות, כאשר אין קהל שומע או צופה.

יב. מסירת מידע בדבר טכנולוגיות רפואיות חדישות⁵

1. הרופא ימסור למטופל בשקיפות מלאה פרטים בדבר הטכנולוגיות הרפואיות הקיימות הרלוונטיות למצבו, גם אם אין כלולות בסל שירותי הבריאות. הרופא ימסור מידע זה למטופל מוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר לו לקבל החלטה מושכלת בדבר הטיפול הרפואי שיינתן לו.
2. הרופא יחשוף בפני המטופל, בשקיפות מלאה, אינטרסים כלכליים שלו או של המוסד המטפל הקשורים בטכנולוגיה רפואית מסוימת חדישה, ככל שאלו קיימים.
3. הרופא המטפל לא יפעל כסוכן או מתווך של חברה מסחרית בשיווק טכנולוגיה רפואית חדשה ולא יקבל כל תמורה מהחברה המסחרית בשל עצם השימוש בטכנולוגיה רפואית מסוימת המומלצת על ידו, אלא אם היה שותף לפיתוח אותה הטכנולוגיה.

יג. מסירת מידע בדבר מצב בריאותו של הרופא למטופל⁶

1. רופא שהנו חולה אינו חייב לדווח למטופל על מצב בריאותו.
2. רופא שהנו חולה במחלה העלולה לסכן את המטופל יעמיד עצמו לבדיקה בפני ועדה רפואית של מומחים רפואיים בתחום מחלתו. ועדה זו תקבע על פי אמות מידה מקצועיות את יכולתו להמשיך ולעבוד.

יד. הזכות להמשך טיפול רפואי נאות⁷

1. הרופא המטפל ימשיך ביקורת ומעקב הנדרש לאחר ביצוע התערבות רפואית כלשהי.
2. הרופא יכבד את זכותו של המטופל לרצף טיפולי תוך שיתוף פעולה מלא בין הרופאים המטפלים בו.
3. הרופא יעביר למטפל האחר, בידיעת המטופל, את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו הנדרש לרציפות הטיפול.
4. הרופא המחליף עמית יקפיד להעביר לעמיתו את המידע הדרוש שהגיש למטופל בעת העדרו, אלא אם הביע המטופל את התנגדותו לכך.

טו. מינוי בא-כוח למטופל⁸

1. הרופא יכבד ייפוי כוח שניתן על ידי המטופל לנציגו על מנת שזה יהיה מוסמך לקבל החלטות רפואיות בדבר הטיפול הרפואי בו. ייפוי הכוח יכלול את הנסיבות והתנאים שבהם יהיה בא-הכוח מוסמך להחליט על הטיפול הרפואי במקום המטופל.

4 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "האם רופא צריך ליידע כל עובר אורח כי אבחן בו חולי?"

5 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "טכנולוגיות חדשות – ה'סייפר' כמשל".

6 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "האם חייב רופא לדווח לחוליו על מצב בריאותו?"

7 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "חובת המנתח למנותח – ביקורת והמשך מעקב לאחר ניתוח"

8 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "כללים לקביעת כשרות משפטית".

טז. טיפולים במטופלים חסרי כשירות⁹

1. טיפולים יינתנו ללא אפליה כלשהי, כגון השתייכות לקבוצה מסוימת, על רקע של מחלה מסוימת, אבחנה רפואית, מקום אשפוז וכיוצא באלה.
2. במטרה לשמר אוטונומיה בקבלת החלטות, יעשה מאמץ מיוחד להשגת הבנה ושיתוף של המטופל, או שיתוף פעולה עם מקבלי החלטה חלופיים.
3. החלטה וטיפול יעשו על בסיס הערכה אישית פרטנית ובהתחשב בצרכיו הרפואיים של המטופל.
4. ככלל, במצבים בהם לא ניתן לקבל את שיתוף הפעולה ואת דעת המטופל עצמו, תינתן עדיפות לטיפול זמני על פני טיפול קבוע ובלתי הפיך.

יז. חוות דעת רפואית נוספת למטופל¹⁰

1. הרופא יכבד את זכותו של כל מטופל, לרבות מטופל מאושפז, לחוות דעת רפואית נוספת.
2. הרופא יפנה את המטופל לאיש מקצוע אחר, אם התבקש לעשות כן, על בסיס האמון ביכולותיו ובשיפוטו המקצועי של המטפל האחר.
3. הרופא המטפל ישתף פעולה עם הרופא היועץ ויצג בפניו את כל המידע הרפואי הרלוונטי למטופל.
4. הרופא היועץ, בבית החולים, יציג עצמו כראוי בפני הרופא המטפל, הצוות הרפואי והמטופל.
5. הרופא היועץ, בבית החולים, יאפשר לנציג הצוות המטפל להיות נוכח בעת בדיקת המטופל.
6. הרופא היועץ, בבית החולים, יציג את מסקנותיו בכתב בפני המטופל ובפני הרופא המטפל לצורך המשך הטיפול הרפואי.
7. הרופא המטפל רשאי שלא לקבל את מסקנותיו של הרופא היועץ. היה כך - עליו להסביר למטופל את נימוקיו.
8. הרופא היועץ יכול להפוך לרופא מטפל לבקשתו של המטופל ובידיעתו של הרופא הראשון.

יח. רפואה ואמונה בטיפול הרפואי¹¹

1. הרופא יכבד את רצונו של המטופל לנהוג על פי אמונתו בהקשר לקבלת או אי-קבלת טיפול רפואי.
2. הרופא אינו מחויב לתת טיפול רפואי לבקשת המטופל, אם הטיפול עומד בסתירה למצפונם או לדעתו המקצועית של הרופא או בניגוד לידע הרפואי הכללי, גם אם הבקשה נובעת מאמונתו של המטופל.
3. הרופא יפעל למנוע טיפול שאינו טיפול רפואי מקובל, שמקורו באמונה, אם יש בטיפול זה כדי לסכן את המטופל עצמו, את המטופלים האחרים או את הצוות הרפואי, או אם הדבר בא על חשבון משאבים הנדרשים למטופלים אחרים.

יט. העצמה קוגניטיבית על פי בקשת המטופל¹²

1. הרופא רשאי להעניק רפואה מעצימה למטופל בריא וכשיר, באם יש בה תועלת והסיכון הטמון בה הוא שולי בלבד.
2. הרופא ישקול באופן מקצועי כל בקשה להעצמה של מטופל מתוך זהירות מיוחדת ולאחר קבלת הסכמה מדעת מפורשת.

⁹ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "טיפול למניעת הריון בנשים חסרות כשירות לקבלת החלטות מדועות"

¹⁰ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "חוות דעת נוספת לחולה המאושפז."

¹¹ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "רפואה ואמונה בטיפול הרפואי."

¹² לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "טיפול רפואי להעצמה קוגניטיבית."

כ. סידוב הרופא למתן טיפול רפואי¹³

1. הרופא רשאי שלא לתת טיפול רפואי לבקשת המטופל, אם הבקשה מנוגדת לעמדתו המקצועית, למצפנו או לאמונתו. בנסיבות אלו הרופא יפנה את המטופל, במידת האפשר, לרופא מתאים אחר.
2. הרופא יתנגד למתן טיפול רפואי הנכפה עליו מטעמים מנהליים או כלכליים, אם טיפול זה נוגד את עמדתו המקצועית או את מצפנו.

כא. התחלה וסיום של יחסי רופא-מטופל ביוזמת הרופא¹⁴

1. הרופא חייב בהגשת טיפול רפואי לכל אדם, בכל מקרה רפואי דחוף ובכל מקרה של הצלת נפשות.
2. הרופא רשאי שלא לקבל אדם לטיפולו או לסיים את הקשר המקצועי עם מטופל אם קיים משבר אמון המונע יצירה או המשך קשר זה, למעט במצבי חירום רפואיים.
3. הרופא רשאי להפסיק את הקשר המקצועי עם מטופל אם נחשף לאלימות מילולית או פיזית מצד המטופל, בני משפחתו או מי מטעמו.
4. הרופא רשאי לסיים קשר מקצועי עם מטופל, בידיעת המוסד הרפואי, אם המטופל אינו משתף פעולה עם הרופא באופן קבוע ובצורה המסכנת את בריאותו, או אם הוא מציג דרישות בלתי-ראויות בפני הרופא.
5. הרופא לא יסיים קשר מקצועי עם מטופל מכל סיבה המהווה אפליה.
6. הרופא לא יסיים קשר רפואי עם מטופל רק בשל העובדה שזה פנה לקבלת דעה נוספת ו/או טיפול מרופא אחר.
7. הרופא יודיע למטופל מראש על סיום הקשר המקצועי עמו, תוך מתן הסבר לכך. הרופא ייתן בידי המטופל את סיכום הנתונים הרפואיים המצויים בידו על אודות המטופל ויפנה אותו, ככל הניתן, לטיפולו של רופא אחר.
8. הרופא מחויב לרציפות הטיפול הרפואי במטופל, גם אם נותק הקשר המקצועי עמו, וישתף פעולה עם כל רופא אחר הנוטל גם הוא חלק בטיפול הרפואי במטופל.

כב. הודעה למטופלים על שינוי מקום העבודה¹⁵

1. הרופא יכבד את זכותו של המטופל לרציפות הטיפול הרפואי, ולפיכך יודיע לו מראש על השינוי הצפוי במקום עבודתו.
2. הרופא המועסק במסגרת מוסד או ארגון רפואי יודיע על השינוי במקום עבודתו באמצעות המעסיק. בהיעדר שיתוף פעולה מצד המעסיק, רשאי הרופא להודיע על השינוי מבלי לשדל את המטופל לעבור לטיפולו במקום עבודתו החדש.

כג. טעויות בטיפול הרפואי¹⁶

1. הרופא יסייע, כמיטב יכולתו, לשמירה על בטיחות המטופל ולמניעת טעויות בטיפול הרפואי.
2. הרופא יפעל לחינוך סביבתו המקצועית במטרה לשפר את בטיחות הטיפול באמצעות זיהוי, הפחתה ומניעה של טעויות במתן הטיפול הרפואי.
3. הרופא ידווח לגורם המקצועי המתאים על טעויות שהתרחשו בטיפול הרפואי. על הדיווח יחול חיסיון, ולא ייעשה שימוש לרעה במידע זה נגד הרופא המדווח או נגד איש צוות רפואה שטעה.

13 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "גבולות החובה בטיפול הרפואי".

14 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "סיום יחסי רופא-מטופל ביוזמת רופא".

15 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "רופא רשאי להודיע למטופליו על מקום עבודתו החדש".

16 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "על הרופא מוטלת החובה האתית לגלות לחולה כי חלה תקלה בטיפול בו".

4. הרופא יכבד את זכותו של המטופל לקבל מידע אמין ומלא בדבר נסיבות הטיפול שקיבל, לדבות טעות שחלה במהלך טיפול זה, אם יש לה השפעה בעלת חשיבות על מצב בריאותו של המטופל או על המשך הטיפול הרפואי בו.
5. הרופא יסביר למטופל את מהות הטעות שחלה בטיפול בו, את הצעדים הננקטים לתיקונה ואת המהלכים המבוצעים כדי למנוע הישנות טעות דומה בעתיד.

כד. איסור ניצול¹⁷

1. הרופא לא יפר את אמון המטופל ולא ינצל אותו לדעה מבחינה פיזית, נפשית או כלכלית. הסכמת המטופל לא תגרע מאחריות הרופא.
2. הרופא לא יקיים, גם לא בהסכמה, יחסי מין עם מי מטופליו בתקופת הטיפול ובמשך שנה לפחות מסיום הקשר הטיפולי. אם מדובר במטופל פסיכיאטרי, תימשך תקופת האיסור שלוש שנים לפחות.
3. הרופא לא יקבל במישרין או בעקיפין, למעט אם הוא יורש על פי דין, ירושה שציווה לטובתו מטופל שהיה בקשר טיפולי עמו, אלא אם כן חלפו לפחות שלוש שנים מתום הטיפול עד למועד שבו ציווה המטופל מרכושו לטובת הרופא. היה ולא חלפו המועדים הנ"ל והמטופל ציווה לייחד את ירושתו, חלקה או כולה, לטובת הרופא, על הרופא להסתלק מהירושה.

כה. קבלת מתנות ותרומות ממטופלים¹⁸

1. הרופא לא ינצל לדעה, בכל צורה שהיא, את מעמדו על מנת להשפיע על המטופל להעניק לו מתנה או תרומה.
2. הרופא לא יתנה את מתן הטיפול הרפואי, את תוצאותיו או את ביצועו על ידי מטפל מסוים בקבלת מתנה או תרומה.
3. הרופא רשאי לקבל מתנה שאינה בכסף ממטופל, אם זו ניתנה מתוך רצון חופשי של המטופל, אם היא סמלית וצנועה בערכה ואינה מעמידה את הרופא בניגוד עניינים מכל סוג שהוא.
4. הרופא רשאי לקבל תרומה ממטופל, אם זו ניתנה בתום הטיפול הרפואי, מתוך רצון חופשי של המטופל ובאמצעות המוסד הרפואי בו מועסק הרופא, ורק אם התרומה נועדה לקידום הרמה המקצועית של הרופא, לשיפור רמת הטיפול הרפואי הניתן למטופלים או לשיפור תנאי העבודה במרפאה או במחלקה.
5. הרופא לא יקבל מתנת כסף או תרומה לצרכיו האישיים.

כו. רישום תעודת מחלה¹⁹

1. הרופא הרושם תעודת מחלה המופנת לגורם שאינו רפואי יקפיד על סודיות תוכן המידע הרפואי וירשום בה רק כי "פרטי המחלה מתועדים ברישומים הרפואיים המצויים ברשותי".
2. הרופא הרושם תעודת מחלה יקפיד על עצמאותו המקצועית גם נוכח לחץ אפשרי מצד המטופל או בני משפחתו.
3. הרופא הרושם תעודת מחלה יימנע ממתן תעודה כזו באופן רטרואקטיבי, למעט בנסיבות מיוחדות ומוצדקות.
4. הרופא הרושם תעודת מחלה יימנע ממתן תעודה כזו מסיבות שאינן רפואיות.
5. הרופא הרושם תעודת מחלה יימנע ממתן תעודה רפואית לאדם בגין מחלתו של אדם אחר שאינו נשוא התעודה.

17 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "יחסי מין בין רופא ובין מטופל".

18 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "קבלת תרומות מחולים ומטופלים".

19 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "רישום תעודות מחלה".

כז. אישורי כשירות מטעם הרופא²⁰

1. בחתימה על אישור כשירות חלה על הרופא חובת אחריות בדיוק כמו בטיפול בכל בעיה רפואית המובאת לפתחו.
2. הרופא יהיה מעורב אך ורק באישורים העוסקים בנושאים רפואיים והמצריכים בדיקה רפואית ו/או תיאור המצב הבריאותי. אין זה מתפקידו של הרופא לאשש את הצהרות המטופל בעניינים החורגים ממצבו הרפואי.
3. באישור כשירות, צריך הרופא להכיר מקצועית מה נדרש מגוף או מנפש האדם בפעילות הרלוונטית אליה מתייחס האישור, על מנת לקחת חלק בעניין נשוא האישור.
4. על הרופא להכיר במגבלות הידע המקצועי שלו ולהפנות למומחה בתחום, כל אימת שאינו מכיר את הנדרש מבחינה רפואית לביצוע המטלה.
5. הרופא רשאי לסרב למתן אישור כשירות לפעילות המנוגדת לעמדתו המקצועית, למצפונו או לאמונתו.

כח. איסור השקר לטובת המטופל²¹

1. הרופא לא ימסור במתכוון מידע שגוי או מטעה, לכל אדם או גורם אחר, בדבר מצבו הרפואי של המטופל, בדיקות או טיפולים שלהם הוא זקוק גם אם הדבר נעשה, לכאורה, "לטובת המטופל".

כט. השימוש בתרופות גנריות²²

1. הרופא רשאי להתחיל טיפול בתרופה גנרית כל עוד היא נמצאה שווה ביעילותה ובבטיחותה לתרופת המקור המקבילה.
2. הרופא לא יחליף תרופת מקור בתרופה גנרית משיקולים כלכליים בלבד של גוף שלישי, ובמיוחד במקרים שבהם המטופל מאוזן תוך טיפול בתרופה בעלת טווח טיפולי צר.
3. הרופא רשאי להציע למטופל המאוזן בטיפול בתרופת מקור שימוש בתרופה גנרית, אם השתכנע כי אין בכך כדי לפגוע בבריאותו של המטופל, ולאחר שהתקבלה לכך הסכמת המטופל.

ל. קבלת תשלומים בטיפול פרטי

1. הרופא לא ישדל את המטופל לקבל טיפול פרטי.
2. הרופא יודיע מראש למטופל מהו התשלום שאותו הוא גובה תמורת מתן טיפול רפואי פרטי.
3. הרופא לא יגבה תשלום נוסף מהמטופל (כפל תשלום), במקום שבו גוף אחר משלם את מלוא הסכום בעבור הטיפול הרפואי.
4. הרופא יקבע את שכרו באופן סביר על פי מעמדו, מיומנותו המקצועית, סוג הטיפול הנדרש והיקף הזמן הנדרש לביצועו.

²⁰ לעניין זה, ראו נייר העמדה בנושא: "אישורי כשירות מטעם הרופא".

²¹ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "האם זה אתי לשקר לטובת החולה?".

²² לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "שימוש מושכל בתרופות גנריות".

2. ד | יחסי רופא-חברה

א. אי-שוויון ברפואה^{24 23}

1. הרופא יפעל, כמיטב יכולתו, על מנת להעלות את המודעות של מקבלי ההחלטות ואנשי מקצועות הבריאות לגבי המשמעויות החמורות - בריאותיות, כלכליות וחברתיות - הנובעות מאי-השוויון הקיים בישראל בנגישות לאמצעי אבחנה וטיפול רפואי.
2. הרופא יפעל, כמיטב יכולתו, על מנת לזהות ולצמצם מצבים של אי-שוויון ברפואה, ובמיוחד באזורי הפריפריה הגיאוגרפית.
3. הרופא החושש כי בטיחות המטופל או בריאותו נמצאות בסכנה בשל היעדר נגישות לטיפול רפואי, לצידוד או למשאבים, יתריע על כך בפני מקבלי ההחלטות ויסייע, ככל הניתן, בתיקון המצב.
4. הרופא החושש לניגוד אינטרסים בין טובת המטופל לבין שיקולי תקציב, יזכור כי חובתו הראשונית היא לספק למטופל את הטיפול הטוב ביותר שבנמצא.

ב. איסור השתתפות רופאים בחקירות ובעיניים²⁵

1. הרופא לא ישתתף בכל פעילות שיש בה עיניים, התאכזרות או השפלה של אדם אחר, ללא תלות באישומים נגד אותו אדם או במעשיו.
2. הרופא לא ייתן הרשאה רפואית לביצוע עיניים ולא יספק מידע רפואי, מכשור או תרופות לצורך כך.
3. הרופא יקפיד על חיסיון המידע הרפואי הנמצא ברשותו ולא יעשה בו שימוש לצורך עיניים או חקירות.
4. הרופא שהיה עד לחקירות או לעיניים המבוצעים בניגוד לאמנות הבינלאומיות, ידווח על כך לרשות המתאימה.
5. הרופא יקפיד על עצמאותו המקצועית בבחירת הטיפול הרפואי הנאות לעציר או לאסיר הנמצא באחריותו, מתוך שמירה על בריאותו הגופנית והנפשית של אותו האדם.

ג. איסור השתתפות רופאים בבידוד והפרדה בבתי הסוהר²⁶

1. הרופא לא ייתן כל הרשאה רפואית לבידוד או להפרדה של אסיר למטרות ענישה.
2. הרופא יקפיד על חיסיון המידע הרפואי הנמצא ברשותו ולא יעשה בו שימוש לצורכי אישור לבידוד או להפרדה, למעט לצורך הגנה על בריאות האסיר או אסירים אחרים.
3. הרופא יקפיד על עצמאותו המקצועית בבחירת הטיפול הרפואי הנאות לאסיר הנמצא בבידוד או בהפרדה, מתוך שמירה על בריאותו הגופנית והנפשית של אותו האדם.
4. הרופא המזהה סכנה מוחשית לבריאותו של אסיר, עקב הימצאו בתנאי בידוד או הפרדה, יפעיל את סמכותו המקצועית ויתריע בפני הגורמים המוסמכים, על מנת להביא לסיומן של הגבלות אלו לאלתר.

²³ לעניין זה, ראו נייר עמדה של הר"י בנושא: "אי-שוויון בבריאות בישראל".

²⁴ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "הטיפול בחסרי ביטוח רפואי".

²⁵ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "איסור השתתפות רופאים בחקירות ובעיניים".

²⁶ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "הפרדה ובידוד אסירים - ללא השתתפות רופאים".

ד. כבילת אסירים ועצירים בבתי החולים²⁷

1. הרופא ישמור על כבודו, פרטיותו ובריאותו של כל אדם הנמצא בתנאי מעצר או מאסר.
2. הרופא יכבד את זכותו של כל עציר או אסיר לקבל טיפול רפואי ככל אדם אחר, ללא כבילה לאזיקים.
3. הרופא יפעיל את סמכותו המקצועית לשחרור כבלי של עציר או אסיר הנמצא בטיפולו, למעט במקרים שבהם ישנה סכנה מיידית ומוחשית למטופל עצמו או לצוות הרפואי המטפל בו.

ה. איסור האכלת אסיר שובת רעב²⁸

1. הרופא יסביר לאסיר שובת הרעב את דבר הסכנה הממשית לחייו אם ימשיך בשביתה זו.
2. הרופא לא יפעיל לחץ בלתי־ראוי על אסיר שובת רעב על מנת להניא אותו מהחלטתו.
3. הרופא יודא, מדי יום, מה רצונו של אסיר שובת רעב באשר לטיפול שיינתן לו במקרה שיאבד את הכרתו. הדבר יתועד ברשומה רפואית אשר תישמר בסודיות.
4. הרופא יחליט על פי מיטב הכרתו ומצפונו הרפואי כיצד להמשיך ולטפל באסיר שובת רעב, לאחר שאיבד את הכרתו, מתוך שמירה על רצונו של האסיר שובת הרעב, כפי שזה הביע אותו בפניו במהלך שביתה הרעב.
5. הרופא לא ישתתף בהאכלה בכוח של אסיר שובת רעב.

ו. בריאותם של מהגרי עבודה²⁹

1. הרופא יפעל, כמיטב יכולתו, על מנת לאפשר למהגרי העבודה בישראל גישה לטיפול רפואי נאות, ועל מנת למנוע את ניצולם לרעה.
2. הרופא יטפל במצב חירום בכל מהגר עבודה, גם אם אין ברשותו כל אמצעי תשלום.
3. הרופא ישמור על הסודיות הרפואית של מהגר העבודה ככל מטופל, ובמקרים הדורשים זאת - גם על עצם זהותו של המהגר.

ז. הבטחת שירותי רפואה ובריאות בעת הסכסוך המזוין הישראלי-פלסטיני³⁰

1. הרופא ידאה בהספקת שירותי רפואה ובריאות לאוכלוסייה אזרחית, ישראלית ופלסטינית כאחת, ובטיפול בנפגעים ופצועים, חלק בלתי נפרד מהמחויבות המקצועית שלו לשמירת ערך החיים.
2. הרופא יעניק שירותי רפואה ובריאות לכל אדם, גם בעת סכסוך מזוין, כאשר הוא נדרש לכך בתוקף תפקידו.
3. הרופא ישמור על אוטונומיה מקצועית גם בתנאי לחימה ויהיה זכאי לחסינות מוחלטת, כל עוד הוא עוסק בעבודתו המקצועית בלבד.

ח. סירוס כימי של פדופילים³¹

1. הרופא יעריך את מצבו הרפואי של עבריין מין ואת התאמתו לטיפול תרופתי לדיכוי היצר המיני, באופן עצמאי, שאינו נגוע בניגוד עניינים מכל סוג שהוא.
2. הרופא לא ייתן טיפול תרופתי לדיכוי היצר המיני בניגוד למצפונו, אם לדעתו טיפול זה אינו מתאים לאותו עבריין מין.
3. הרופא ייתן טיפול תרופתי לדיכוי הדחף המיני רק לאחר שהתקבלה הסכמתו מדעת של המטופל מתוך רצון חופשי.

27 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "כבילת אסירים ועצירים בבתי החולים".

28 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "האכלת שובתי רעב".

29 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "בריאותם של מהגרי עבודה".

30 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "הבטחת שירותי רפואה ובריאות בעת הסכסוך המזוין הישראלי-פלסטיני".

31 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "סירוס כימי של פדופילים".

ט. שיתוף פעולה בין הרופא ורשויות החוק³²

1. הרופא יכבד את מעמדם המיוחד של מוסדות הרפואה כמקומות שבהם מוגן המטופל על פי כללי האתיקה הרפואית.
2. הרופא יכבד את הסודיות הרפואית ואת הפרטיות גם של שוהים בלתי-חוקיים ועבריינים בהיותם מטופלים.
3. הרופא יכבד במקביל את טובת כלל החברה וזכותה להגן על עצמה.
4. הרופא רשאי לסייע לגורמי הביטחון, על פי דרישתם, גם אם יש בכך כדי לפגוע בזכויותיו של המטופל, רק במקרים שבהם קיימת סכנת גבוהה שאם לא ייעשה כן ייגרם נזק לחברה על ידי אותו המטופל.
5. הרופא יפנה, בכל מקרה של ספק, אל בית המשפט על מנת שזה יכריע בין חופש הפרט וזכויותיו לבין טובת כלל הציבור.
6. הרופא רשאי לשקול על פי מיטב מצפונו, האם לשתף פעולה עם פענוח בדיקת גיל עצמות שלא מסיבות רפואיות, הנערכת לשוהים בלתי חוקיים בהתאם לבקשת המדינה, תוך התחשבות באמינות הבדיקה ובשימוש בקרינה מייננת.³³

י. הרופא כשדלן, לוביסט במסדרונות הכנסת ובמערכות הממשל בישראל³⁴

1. רופא יסכים לשמש שדלן (לוביסט) אך ורק במקרה שבו הוא מאמין כי יש יסוד מוצק ואמת מדעית בהצגת הדעה הרפואית בנושא.
2. הרופא המשמש שדלן בנושא שאינו רפואי ינקוט משנה זהירות וימנע מכל ניגוד עניינים עם עיסוקו ברפואה.

יא. הטיפול בקטינים³⁵

1. הרופא יגן על בריאותם, רווחתם וזכויותיהם של קטינים, מתוך התחשבות בצרכים הרפואיים והנפשיים המיוחדים להם ולמשפחתם.
2. הרופא יערב את הקטין בקבלת החלטה הנוגעת למצבו הרפואי בהתאם לדמת בגרותו ויכולתו הקוגניטיבית והמנטאלית. לצורך כך, ייתן הרופא לקטין מידע בדרך שיוכל להבין, יהיה קשוב לעמדותיו ויענה כמיטב יכולתו על שאלותיו.
3. הרופא יפעל לקבלת הסכמה מדעת של ההורים או האפוטרופוס של הקטין, למעט במקרים חריגים על פי חוק, או כאשר הפנייה אליהם מנוגדת לטובתו של הקטין או מעמידה את הקטין בסיכון. במקרה האחרון, יערב הרופא את הגורמים המקצועיים המוסמכים.
4. הרופא ינסה לעודד קטין המתנגד לשיתוף הוריו או אפוטרופוסו במצבו הרפואי לערוב בטיפול, אם הוא משוכנע כי הדבר הוא לטובתו של הקטין.
5. הרופא יפנה לרשויות המוסמכות על מנת לאפשר טיפול רפואי חיוני, על פי מיטב שיפוטו המקצועי, גם בניגוד לדעת הוריו של הקטין או אפוטרופוסו.

32 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "שיתוף פעולה בין מוסדות הרפואה לבין רשויות החוק".

33 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "קביעת גיל עצמות של אדם לבקשת המדינה".

34 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "הרופא כשדלן, לוביסט במסדרונות הכנסת ובמערכות הממשל בישראל".

35 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "זכויות הקטין בטיפול רפואי".

יב. טיפול באוכלוסיות פגיעות

1. הרופא יגן, ככל יכולתו, על בריאותם, רווחתם וזכויותיהם של אוכלוסיות רגישות או מיוחדות: קטינים, קשישים, חוסים, חסרי ישע או כל אדם הנמצא תחת מרות.
2. הרופא ישתף במידת האפשר את המטופל, הנמנה עם אותן אוכלוסיות, בקביעת הטיפול הרפואי בו. במקרים של אי-כשירות המטופל, יפנה הרופא לקבלת הסכמה מדעת של נציגו החוקי של אותו אדם לצורך מתן הטיפול הרפואי.
3. רופא החושש כי מטופל שהגיע לטיפולו היה או הנו מושא להתעללות, ינקוט את האמצעים העומדים לרשותו על מנת להגן עליו, וידווח על כך לרשויות המוסמכות בהתאם לנסיבות.

יג. הדרת נשים³⁶

1. הרופא לא ייתן ידו לתופעות של הדרת נשים במערכת הציבורית ובכלל זה כל מעשה הגורם אפליה, השפלה או ביזוי של אישה.
2. הרופא יעשה כמיטב יכולתו על מנת להוביל מהלכים חברתיים התורמים לשוויון בין המינים ויימנע ממתן הכרה או הסכמה לצעדים העומדים בניגוד לכך.

יד. האכלה מלאכותית של מטופל הנמצא במצב וגטטיבי קבוע³⁷

1. הרופא יסביר, לבקשת משפחת המטופל, את התועלת בהאכלה מלאכותית של מטופל הנמצא במצב וגטטיבי קבוע ואת הסיכונים והסיכויים בכך להמשך קיומו של המטופל.

טו. סחר ברקמות ואברים ותרומת אברים³⁸

1. הרופא יפעל, כמיטב יכולתו, לקידום החינוך וההסברה בקרב הציבור על מנת לעודד תרומת איברים מהמת לצורך השתלה.
2. הרופא יימנע מהפעלת לחץ מכל סוג כלשהו כדי להשיג הסכמה לתרומת רקמות או איברים.
3. הרופא לא יהיה מעורב באופן ישיר או עקיף, בכל צורה שהיא, בסחר של רקמות או אברים להשתלה.
4. הרופא לא יהיה מעורב בהשתלה של רקמה או איבר שהושגו באמצעות סחר באברים.

טז. השתלת איברים מנידונים למוות³⁹

1. הרופא לא ישתף פעולה, בכל צורה שהיא, בהשתלת איבר אם מקור הרקמה או האיבר המושתלים הוא באדם שנידון למוות.

יז. הרופא בוועדה הרפואית⁴⁰

1. הרופא החבר בוועדה רפואית יציג עצמו לנבדק, ויסביר את מעמדו ואת תפקידו בוועדה.
2. הרופא לא ישמש עבור אותו נבדק, בעת ובעונה אחת, כרופא המטפל וכרופא החבר בוועדה רפואית ויימנע מכל ניגוד עניינים.

36 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "הדרת נשים במערכת הבריאות ובשירותי הרפואה".

37 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "האכלה מלאכותית של חולה הנמצא במצב וגטטיבי קבוע".

38 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "סחר באיברים ותרומת איברים".

39 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "השתלת איברים מנידונים למוות".

40 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "רופאים בוועדות רפואיות".

3. הרופא החבר בוועדה הרפואית ינהג בכבוד תוך שמירת פרטיותו של הנבדק ותוך התחשבות במגבלותיו הגופניות והנפשיות.
4. הרופא החבר בוועדה הרפואית יגבש את דעתו בתום עיון בכל התייעוד הרלוונטי של הנבדק.
5. הרופא החבר בוועדה הרפואית יקבל החלטה מקצועית עצמאית ואובייקטיבית, שאינה כפופה למרותו או לצרכיו של המוסד שבו הוא עובד.
6. רופא מטפל לא ינחה מטופל לשנות את הטיפול הרפואי שאותו הוא מקבל, על מנת "להחמיר" את מצבו לקראת בדיקה בוועדה רפואית.
7. הרופא החבר בוועדה רפואית הסבור כי נוכחות עורך דין מטעם הנבדק במהלך הבדיקה הרפואית, עלולה לשבש את מהלכה או תוצאותיה, יודיע זאת לנבדק ולעורך הדין המלווה ויתעד בדו"ח הוועדה את הנימוקים לכך, על מנת לאפשר את המשך הבדיקה הרפואית.⁴¹

יח. הרופא מטעם גוף מעסיק

1. הרופא הפועל מטעמו של גוף מעסיק יבהיר לנבדק את זיקתו לגוף המעסיק, ולא ישמש בד בבד כרופא המטפל של אותו הנבדק.
2. הרופא הפועל מטעמו של גוף מעסיק, לא ימסור למעסיק פרטים על אודות מצבו הרפואי של הנבדק, אלא אם הסכים הנבדק לגלותם או אם הוא עושה זאת על פי דין.
3. הרופא הפועל מטעמו של גוף מעסיק לא יתערב בטיפול הרפואי הניתן לנבדק על ידי רופא מטפל, ויפנה ישירות לרופא המטפל כאשר מתגלה צורך בכך.

יט. סודיות רפואית וחובות מיסוי רופאים⁴²

1. הרופא חייב, כמו כל אזרח, לדווח לרשויות המס ולשלם מס כדין בגין התשלום אותו הוא מקבל ממטופליו.
2. הרופא חייב בשמירה על הסודיות הרפואית ובשמירה על כבודו ופרטיותו של המטופל. הסודיות הרפואית היא זכות המוקנית למטופל, והוא בלבד יכול להחליט לוותר עליה.
3. הרופא לא יבקש אישור ממטופל לוותר על סודיות רפואית לצורך פירוט בחשבונית, שכן הדבר מעמיד את המטופל במצב לא נוח ועלול לפגוע באמון שהוא נותן ברופאו. אין זה ראוי שמטופל יוותר על זכות יסוד, על מנת לקיים אינטרס שאינו נוגע לו.
4. הרופא, לצורך דיווחיו למס הכנסה, יציין את שם המשלם והסכום ששולם, אך לא יפרט בחשבונית את המחלות מהן סובל המטופל ואת מהות הטיפול אשר קיבל.

כ. השתתפות סטודנטים לרפואה בבדיקת מטופלים⁴³

1. הרופא, בהיותו מורה ומחנך, יעודד את השתתפות הסטודנטים במהלך הבדיקה והטיפול הרפואי.
2. הרופא יקבל מראש את הסכמת המטופל או נציגו החוקי לנוכחות הסטודנטים במהלך הבדיקה או הטיפול בו.
3. הרופא יחנך את הסטודנטים לשמירה על פרטיותו וכבודו של המטופל, במיוחד אם הנו בעל מוגבלות, חסר כשירות משפטית, מורדם או חסר יכולת להביע את דעתו.
4. הרופא יכבד את סירובו של המטופל לנוכחות סטודנטים במהלך בדיקה או טיפול, והסירוב לא ישפיע על איכות הטיפול שיינתן למטופל.

41 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "נוכחות עו"ד בוועדה רפואית".

42 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "הסודיות הרפואית ופקיד השומה".

43 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "בדיקת מטופלים על ידי סטודנטים לרפואה".

כא. שקיפות בריאותם של מנהיגים לאומיים⁴⁴

1. הרופא המטפל של מנהיג לאומי מחויב בסודיות רפואית כלפי המנהיג, ולא יעמוד בניגוד עניינים מול זכות הציבור לדעת על אודות מצבו הרפואי של המנהיג.
2. הרופא המטפל של מנהיג לאומי רשאי - בהסכמתו של המנהיג - למסור לציבור את המידע הרפואי הנוגע למצבו של המנהיג.
3. הרופא המטפל לא יכריע בדבר כשירותו הרפואית של המנהיג להמשיך ולשאת בתפקידו.
4. הרופא המטפל יפעל, בנסיבות המתאימות וכמיטב יכולתו, כדי לשכנע את המנהיג בדבר חובתו לעמוד לבדיקה בפני הגורם המוסמך שייקבע, על מנת שזה יעריך את כשירותו להמשיך ולשאת בתפקידו.
5. הרופא המטפל יפעל בנסיבות המתאימות וכמיטב יכולתו כדי לשכנע את המנהיג בדבר חובתו לגילוי המידע הרפואי לציבור הרחב, ובהיעדר הסכמה שכזו - יתריע הרופא על מצבו של המנהיג בפני הגורם המוסמך שייקבע.

כב. אבחון דרך אמצעי תקשורת ומדיה חברתית⁴⁵

1. רופא לא יאבחן אדם דרך אמצעי התקשורת או המדיה החברתית, ובכלל זה אישים פוליטיים וציבורים ולא יפרסם אבחנות כאלה ברבים.
2. רופא לא ישפיע על דעת קהל תוך ניצול הידע והמעמד שלו לשיון אבחנה למועמד או לפוליטיקאי נבחר.

כג. הפיקוח הרפואי על מצב בריאותם של הנהגים⁴⁶

1. הרופא חייב, על פי חוק ובהתאם לשיקול דעתו המקצועי, להודיע לרשות המוסמכת בדבר אי-כשירותו לנהיגה של מטופל. חובה זו נמצאת בסתירה לחובה הבסיסית של סודיות רפואית ומפרה אותה.
2. הרופא יודיע מראש למטופל על כוונתו להודיע לרשות המוסמכת על אי-כשירותו להמשיך נהיגה.
3. הרופא יפעל בדרכים ראויות, לרבות באמצעות נציגיו, לשינוי החוק כך שהחובה המשפטית לגילוי דבר אי-הכשירות לנהיגה תוטל על המטופל ולא על הרופא. שינוי כזה יחזק את האמון בין המטופל לרופא ויביא לשיפור הטיפול הרפואי במטופל.

כד. חובת הטיפול בפאנדמיה^{47 48}

1. הרופא יטפל בכל אדם, לרבות החולה במחלה מידבקת, גם בנוכחות של סכנה מוגברת סבירה לבטיחותו של הרופא, ולאחר שננקטו האמצעים הראויים להגנה עליו.
2. הרופא חייב בהגשת טיפול רפואי לכל אדם, בכל מקרה של פאנדמיה, כאשר נשקפת סכנה לציבור.
3. הרופא ימשיך במתן הטיפול הרפואי כל עוד שירותיו המקצועיים נדרשים.
4. הרופא אינו חייב לסכן את עצמו סיכון בלתי-סביר לשם מתן טיפול רפואי לאחר.
5. הרופא יאזן, בתנאים שבהם נשקפת לו סכנה מוחשית ומוגברת, בין התועלת המידית הצפויה למטופל הבודד, המסכן את הרופא, לבין היכולת לתת בעתיד טיפול רפואי לחולים אחרים והערך של שמירת חיי הרופא עצמו ובני משפחתו.

44 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "שקיפות בריאותם של מנהיגים לאומיים".

45 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "אבחון אישים ציבוריים מכורסת הטלוויזיה ומהמדיה".

46 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "הפיקוח הרפואי על כשירותם של נהגים".

47 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "האם יש גבול לחובה הרפואית בפאנדמיה?".

48 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "הנשמה וטיפול נמרץ בימי קורונה סוערים".

ראו לעניין זה גם את עמדות הלשכה לאתיקה אשר פורסמו בתקופת הקורונה המופיעות בסוף ספר זה

כה. חובת הטיפול באירוע רב-נפגעים⁴⁹

1. הרופא הנקרא לטפל באירוע רב-נפגעים ייתן את הטיפול הרפואי המרבי האפשרי למרב הנפגעים, בהתאם לקדימויות של מיון רפואי (טריאז') ועל פי הנסיבות.
2. הרופא ימלא את חובתו המקצועית, ככל שהדבר נדרש, אולם במקרה של סיכון אישי, יעריך בשיתוף הגורמים המתאימים את הסכנה שבכניסה למקום האירוע אל מול החובה להציל חיים, ויפעל בהתאם.

כו. תיירות רפואית^{50 51}

1. הרופאים ישאפו למצוא את נקודת האיוון הראויה בין שיפור איכות השירות הרפואי הציבורי באמצעים כלכליים שמקורם בתיירות הרפואית, לבין שמירת הזכות לבריאות והנגישות לבריאות של תושבי המדינה בסביבה של משאבים מוגבלים.
2. הרופאים לא יעדיפו טיפול בתיירים רפואיים על פני מתן שירותים רפואיים לתושבי המדינה.
3. הרופאים יקפידו כי מתן שירות רפואי במסגרת תיירות רפואית לא יגרום נזק לבריאותם של תושבי המדינה.
4. הרופאים יקפידו כי זכויות התייר הרפואי יישמרו וכי לא יופסק טיפול מציל חיים בתייר הרפואי.

כז. בדיקות דימות⁵²

1. הרופא יפנה את המטופל לבדיקות דימות כאשר הן מוצדקות במונחי סיכון מול תועלת ומתוך התחשבות בהשלכות הקרינה המינימלית המצטברת בבדיקות מרובות, הן עבור המטופל והן עבור כלל החברה.
2. הרופא יפנה את המטופל לבדיקות דימות בהוראה קלינית מפורטת ומנומקת לביצוע.
3. הרופא יידע את המטופל בדבר הסיכון הטמון בבדיקות דימות, כחלק מתהליך קבלת ההסכמה מדעת לביצוע.
4. הרופא המפנה יעמוד על חשיבות הליווי והפרשנות המקצועית לכל תוצאה של בדיקת הדימות. מומלץ כי הרופא המפנה יתאם מראש עם המטופל, האם ברצונו לקבל את תשובת הדימות המסוימת ישירות, ואם כן – יציין זאת בהפניה לבדיקה.
5. הרופא המבצע בדיקת דימות יחזיר את תשובתו לרופא המטפל.
6. הרופא המזהה מצב חירום יאפשר פנייה ישירות למטופל, למניעת עיכוב כלשהו.
7. הרופא הרדיוולוג יפעל מיידית כאשר אין רופא מטפל ויש צורך בבדיקות המשך, כגון בבדיקות סקר.⁵³

כח. "רפואה" שאינה נסמכת ראיות⁵⁴

1. הרופא יפעל, כמיטב יכולתו בקרב הציבור, על מנת למנוע תקוות שווא בדבר "רפואה" אשר אינה נסמכת ראיות, ויש בה לעתים גניבת הדעת והממון.
2. הרופא יפעל, כמיטב יכולתו בקרב הציבור, על מנת להזהיר מפני הטיפולים הניתנים ב"רפואה" שאינה נסמכת ראיות, שיש בהם כדי לפגוע בבריאות המטופל.

49 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "ההיבטים האתיים באירוע רב-נפגעים".

50 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "תיירות רפואית".

51 לעניין זה, ראו חוברת בנושא: "הפורום האתי המשותף של הר"י וחברות תיירות המרפא".

52 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "שימוש מושכל בבדיקות דימות".

53 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "תשובות דימות - המידע לרופא, לחולה, לשניהם?".

54 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "רפואת אנטי-אייג'ינג".

כט. השבתת מוסדות הרפואה^{56 55}

1. הרופאים רשאים לצפות כי החברה והמוסד הרפואי שבו הם עובדים יגנו עליהם באופן ראוי מפני אלימות פיזית או מילולית במהלך עבודתם הרפואית.
2. הרופאים רשאים, בהיעדר הגנה ראויה כזו, להשבית את שירותי הרפואה על מנת לעודד את דעת הציבור, המעסיקים והשלטון לפעול כנגד האלימות כלפי הרופאים ועובדי הרפואה האחרים.
3. הרופאים רשאים להשבית את שירותי הרפואה בתגובה לאלימות, באופן מידתי ושקול על מנת למזער את הנזק והסבל של כלל המטופלים.
4. הרופאים יקפידו על נקיטה בשביתה כאמצעי במאבק מקצועי כצעד אחרון תוך בחינת הנזק המשוער שייגרם לצדדים שלישיים מול התועלת לשובתים ולכלל החברה.
5. הרופאים יקפידו על מאבק מקצועי מידתי וזהיר הכולל בכל מקרה קיומם של שירותי רפואה החירום ושירותים חיוניים אחרים, קיומן של מערכות בקרה ובחינה של מקרים חריגים והימצאותם של אמצעי דוברות דרכם יועבר לציבור מידע עדכני בדבר השביתה.

ל. השימוש בתואר "פרופסור"⁵⁷

1. הרופא ישתמש בעבודתו הרפואית בתואר "פרופסור" אם הוא בעל מינוי זה באחת הפקולטות לרפואה בישראל, לרבות מעמד של פרופסור מן המניין או פרופסור חבר, במסלול האקדמי או הקליני.
2. הרופא ישתמש בעבודתו הרפואית בתואר "פרופסור אמריטוס" אם היה בעל מינוי פרופסור, כמפורט לעיל, ופרש לגמלאות.
3. הרופא ישתמש בעבודתו הרפואית בתואר "פרופסור" למשך שלוש שנים לכל היותר, אם היה בעל מינוי פרופסור, כמפורט לעיל, והוא במעבר בין שתי אוניברסיטאות בישראל.

לא. רשימות תיוג של רופאים⁵⁸

1. רשימות תיוג של רופאים המופיעות באמצעי התקשורת אינן מבוססות מדעית, עלולות להטעות את הציבור ולקפח רופאים טובים רבים אחרים.
2. הרופא יסביר לפונים אליו את מגבלותיהן של רשימות תיוג אלו.

55 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "שביתה נשק".

56 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "אתיקה של שביתה רופאים כאמצעי במאבק מקצועי".

57 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "מי ייקרא פרופסור?".

58 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "הרופאים הטובים ביותר".

ד.3 | יחסי רופא-רופא

א. שמירת כבוד עמית למקצוע⁵⁹

1. הרופא ישמור בכל עניין מקצועי על יחס של כבוד וחברות כלפי עמית למקצוע.
2. הרופא לא ייתן לדעותיו האישיות להשפיע על יחסיו המקצועיים עם עמיתיו למקצוע.
3. הרופא יימנע מלהעביר ביקורת על עמית למקצוע בלשון בוטה או מזלזלת.
4. הרופא יביע את דעתו בדבר טיפול רפואי שניתן על ידי עמית למקצוע בלשון עניינית, צנועה ומאופקת, הנסמכת על המידע הרפואי המקובל במועד שבו ניתן טיפול זה.
5. הרופא לא יתבטא בתקשורת באופן המעליב או המנגח רופא אחר.

ב. מתן שירות רפואי לעמית למקצוע

1. הרופא יפעל על פי המסורת המקצועית ויטפל ללא תמורה בעמיתיו למקצוע. הרופא רשאי לגבות שכר אם גורם שלישי נושא בעלות זו.

ג. עבודת צוות

1. הרופא העובד בצוות רפואי יהיה אחראי להתנהגותו המקצועית ולחלקו האישי בטיפול שהוא מעניק למטופל במסגרת אותו הצוות.
2. הרופא יכבד את כישוריהם ואת נסיונם של עמיתיו לצוות הרפואי, ויהיה נכון לקבל מהם עצה, ביקורת או תלונה עניינית.
3. הרופא יוודא כי חלוקת האחריות בין חברי הצוות לטיפול הרפואי מובנת לכל החברים בו.

ד. שיתוף מידע בין מטפלים

1. הרופא יאפשר תקשורת פתוחה ואמינה עם עמיתים לצוות הרפואי ועם רופאים אחרים המטפלים באותו המטופל בדרך היעילה ביותר, על מנת לקדם את הטיפול במטופל.
2. הרופא ישתף את עמיתיו בידע ובמיומנויות טיפול חדשים ובתוצאות של מחקרים.

ה. מעבר מטופלים בין רופאים

1. הרופא יימנע מכל פעולה שנועדה להעביר אליו מטופלים של רופא אחר. אם עזב המטופל מרצונו החופשי את הרופא האחד, רשאי הרופא השני לטפל בו.
2. הרופא המחליף רופא אחר בהיעדרו יפנה בחזרה את המטופל לרופא הראשון עם שובו, ויעביר לו את המידע הרפואי שנוסף בהיעדרו, אלא אם כן התנגד המטופל לכך.

ו. איסור פיצול שכר (Fee Splitting)

1. הרופא לא ידרוש, לא יקבל ולא ייתן כל דמי תיווך בשל הפניית מטופל לבדיקה, לאבחון, לטיפול, לקבלת מכתשור רפואי או בשל הפניה למקומות מרפא או למוסדות הבראה.
2. הרופא רשאי להקצות משכרו תשלום לרופא אחר, אם זה עזר לו בפועל ותרם חלק משמעותי באבחון או בטיפול הרפואי במטופל מסוים.

⁵⁹ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "על המוקד: מערך אישורי הבדיקות והטיפולים בקופות החולים והרופא המטפל".

ז. העברת מידע לצוות רפואי בדבר מחלה מידבקת⁶⁰

1. הרופא יפעל בשקיפות וביושר עם עמיתיו למקצוע.
2. הרופא לא יסתיר מעמיתיו למקצוע מידע רפואי רלוונטי בדבר מטופל הנמצא בטיפולו. חובה זו גוברת שבעתיים כאשר מדובר במחלה מידבקת, העלולה לפגוע בעמית או בצוות הרפואי.
3. הרופא יעביר לעמיתו מידע רפואי בדבר המטופל תוך זהירות והקפדה על פרטיותו הרפואית של המטופל.

ח. הרופא הבלתי-כשיר מבחינה בריאותית⁶¹

1. רופא שאינו כשיר מקצועית, מבחינה בריאותית, יימנע ממתן טיפול רפואי או מקבלת אחריות רפואית על בריאותו של המטופל, וידווח על כך לרשויות המוסמכות.
2. הרופא הבלתי-כשיר, לרבות רופא החולה במחלה מידבקת, יפנה במקרה הצורך לגוף המוסמך לקבוע את מגבלות תפקודו ואת אופן המשך עבודתו.
3. הרופא יידע את הרופא הבלתי-כשיר בדבר הספק שהתעורר לגבי כשירותו ויעשה כל מאמץ לסייע לו, לרבות בקבלת טיפול רפואי.
4. הרופא יפעל, במידת יכולתו, על מנת להגן על הציבור הרחב מפני רופא בלתי-כשיר.
5. הרופא ידווח לרשות המתאימה על רופא בלתי-כשיר, אם המשך עבודתו מהווה סכנה לבריאות הציבור, לאחר שהודיע על כך, מראש, לרופא הבלתי-כשיר.

ט. התנהגות בלתי נאותה

1. רופא המזהה התנהגות בלתי נאותה מבחינה אתית או מקצועית אצל חברו למקצוע, יתריע על כך בפני אותו אדם.
2. רופא המזהה התנהגות בלתי נאותה מבחינה אתית או מקצועית אצל חברו למקצוע, הנמשכת למרות התרעתו על כך בפני אותו אדם, ידווח על כך לגורם המוסמך.

י. איסור התעמרות בין רופאים ובצוותים הרפואיים⁶²

1. התעמרות במקום העבודה הינה אסורה ופוגעת בכבוד הרופא ובכבוד הצוות הרפואי ובתפקודו.
2. הרופא המנהל, כמו כל רופא עמית, יימנע מלבוזות ולהשפיל כל רופא אחר בשום צורה שהיא, לרבות באופן ההתבטאות כלפי הרופא או על אודותיו.
3. הרופא המנהל אחראי כי הרופא הכפוף לו יוכל לבצע את עבודתו, וכי לא ייפגעו הכשרתו הרפואית, כישוריו הרפואיים והרמה המקצועית שלו, ללא יצירת אווירה של הטלת אימה ותוך מתן דוגמה אישית, מוסרית ומקצועית.
4. הרופא יימנע מלהצטרף להתנהלות מתעמרת ברופא אחר ויעשה את אשר ביכולתו לתמוך ברופא הנפגע.
5. הרופא המזהה התנהלות העלולה להתפרש כהתעמרות, יעשה את אשר ביכולתו ליידע את הגורם המתעמר כי התנהלותו פסולה.

⁶⁰ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "העברת מידע לצוות רפואי על מחלה מידבקת".

⁶¹ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "הרופא הבלתי-כשיר".

⁶² לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "איסור התעמרות בין רופאים".

יא. איסור ניצול בין צוותים רפואיים

1. רופא לא ינצל לרעה מבחינה פיזית, נפשית או כלכלית רופא עמית או כל איש צוות אחר, על אחת כמה וכמה אם קיימים ביניהם יחסי כפיפות או מרות.
2. רופא יקפיד על התנהגות הולמת ומכבדת את מעמדו, וימנע מכל התבטאות או מעשה בעלי אופי מיני, מבזה או משפיל במקום העבודה.
3. רופא לא יקיים יחסי מין עם רופא עמית או איש צוות אחר, הכפופים לו או הנתונים למרותו.
4. רופא המזהה התנהגות לא הולמת של רופא עמית החורגת מהאמור לעיל, יתריע על כך, ובמקרים המתאימים ידווח להנהלת המוסד ו/או ללשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית.

יב. חובת דיווח על אשמה פלילית או משמעתית

1. הרופא יודיע לאיגוד המקצועי שאליו הוא משתייך אם הוא נמצא אשם בעבירה פלילית או משמעתית הקשורה לעיסוקו ברפואה, בין שנעברה בארץ או בכל מקום אחר.
2. רופא שהושעה על ידי ארגון או מוסד רפואי, או שהוטלו הגבלות על עיסוקו ברפואה, יודיע על כך לכל ארגון או מוסד אחר שבו הוא חבר או מועסק בעבודה רפואית.

יג. התנהלות רופאים במהלך שינוי מקום עבודה⁶³

1. הרופא רשאי לשנות מקום עבודתו.
2. הרופא המנהל יכבד את הרופא המשנה את מקום עבודתו ואת רצונו.
3. הרופא המשנה את מקום עבודתו יתריע על כוונתו לעזוב את מקום העבודה.
4. הרופא המשנה את מקום עבודתו יסייע, ככל הניתן, בהעברת מידע ובתמיכה מקצועית לעמיתיו הנשארים במוסד הרפואי או למחליפיו החדשים, לצורך המשך טיפול איכותי במטופלים.
5. הרופא לא יתבטא בתקשורת לצורך העלבה וניגוח הרופא המטפל, רופא המשנה את מקום עבודתו, רופא הממלא מקום, המנהל הרפואי ורופאים ככלל.
6. רופא הנחשף לניסיון למניעת העסקה של רופאים במוסדות ציבוריים, יתריע ויפעל למנוע זאת, ככל יכולתו, על מנת לאפשר מימוש הידע והניסיון הרפואי של הרופאים לטובת המטופלים.

יד. חובת פרסום שמו של מי שנמצא חייב בוועדת בירור של הלשכה⁶⁴

1. רופא שנמצא חייב בלשכה לאתיקה ונידון לעונש של השעיה או הרחקה מההסתדרות הרפואית בישראל, יפורסם שמו המלא באופן שבו תמצא לנכון הוועדה שדנה בעניינו.

⁶³ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "התנהלות רופאים במהלך שינוי מקום עבודה".

⁶⁴ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "חובת פרסום שמו של מי שנמצא חייב בוועדת בירור של הלשכה".

ד. 4 | רופא, מדע ומחקר

א. מחקרים רפואיים בבני אדם - חובות כלליות^{65 66}

1. הרופא יפעל לקידום הרפואה באמצעות מחקר רפואי בבני אדם וינהג במחקר על פי כל הכללים החלים עליו בהיותו רופא.
2. הרופא יערוך מחקר רפואי בבני אדם רק אם הוכשר לבצעו ולאחר שלמד את כללי האתיקה והמתודולוגיה של המחקר הרפואי שאותו הוא עורך.
3. הרופא יערוך מחקר רפואי רק בהתאם לעקרונות המדעיים המקובלים, לאור ידע רפואי ומדעי מבוסס קודם.
4. הרופא החוקר יידע את הרופא המטפל של המטופל המשתתף במחקר על עצם השתתפותו של המטופל במחקר, וימסור לו מידע בדבר מהות הניסוי ומטרותיו.
5. הרופא החוקר יודא כי הניסוי הרפואי שהוא עורך נרשם מראש באתר דיגיטלי, נגיש לציבור, וכי רישום זה כולל את כל המידע הרלוונטי העומד ביסוד המחקר.

ב. טובת המשתתף במחקר רפואי בבני אדם

1. הרופא החוקר מחויב בראש ובראשונה לטובתו של המשתתף במחקר. טובת המטופל קודמת לכל מניע אחר, לרבות טובת החברה בכללותה או המדע.
2. הרופא החוקר אחראי להגן על בריאותו ועל בטיחותו של המשתתף במחקר. חובה זו לא תוטל על המשתתף עצמו, אפילו אם נתן את הסכמתו לכך.
3. הרופא החוקר יודא כי התועלת הטמונה במחקר גוברת על הסיכון המשווער הטמון בו למשתתף, ויעשה ככל יכולתו על מנת למזער כל סיכון או נזק שעלול להיגרם למשתתף במהלך המחקר או כתוצאה ממנו.
4. הרופא החוקר יפסיק את המחקר אם יתברר כי המשכו עלול להזיק למשתתף בו.
5. הרופא החוקר לא יבצע מחקר באוכלוסייה רגישה, מיוחדת או כזו הנמצאת תחת מרות, אלא אם כן המחקר תורם לקידום הבריאות של אותה אוכלוסייה עצמה, ואם לא ניתן להשיג את מטרת המחקר אלא בהשתתפות אותה אוכלוסייה.

ג. עריכת מחקר רפואי בבני אדם

1. רופא המשמש חוקר ראשי במחקר רפואי יודא כי שלבי המחקר ינוסחו בבהירות בפרוטוקול המחקר.
2. הרופא החוקר הראשי יעביר את פרוטוקול המחקר לשם עיון, הערות והנחיה לוועדת ניסויים אתית בלתי-תלויה ועצמאית (ועדת הלסינקי).
3. הרופא החוקר יפעל בהתאם לפרוטוקול המאושר, ובכל מקרה של ספק יפנה לוועדת הניסויים האתית לקבלת הבהרות מתאימות.
4. הרופא החוקר יודא כי המחקר הרפואי מתוכנן ומבוצע בהתאם לכל הדרישות, החוקים והכללים האתיים, המקומיים והבינלאומיים, לרבות הצהרת הלסינקי, כפי שהם מתעדכנים מעת לעת, וכי המחקר עומד תחת ניטור וביקורת כנדרש.

65 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "ניסויים קליניים".

66 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "עמדת הר"י - הצעת חוק ניסויים רפואיים בבני אדם, התשס"ז-2007".

ד. הסכמה מדעת במחקר רפואי בבני אדם

1. הרופא יסביר, בלשון בהירה ומובנת, למטופל או למתנדב הבריא כי הוא משתתף במחקר, ויודא כי המשתתף מבין את מהות המחקר שבו הוא לוקח חלק. הרופא החוקר ימסור למשתתף במחקר את כל המידע בדבר מטרת המחקר ושיטותיו, וכן בדבר התועלת והסיכונים הצפויים במהלכו או בעקבותיו.
2. הרופא החוקר יסביר למשתתף על אודות טיפולים חלופיים, על יתרונותיהם וחסרונותיהם, ככל שהם קיימים.
3. הרופא החוקר יידע את המשתתף כי זכותו להימנע מלהשתתף במחקר, וכן לפרוש ממנו בכל עת, מבלי שהדבר ישפיע בכל צורה שהיא על המשך הטיפול בו.
4. הרופא החוקר יסביר למשתתף מהו הטיפול הרפואי שיקבל במקרה של פגיעה בבריאותו עקב הניסוי, ומי הגורם האחראי לטיפול זה.
5. הרופא החוקר יימנע מהפעלת לחץ או שכנוע מכל סוג שהוא, במישרין או בעקיפין, לרבות ניצול יחסי תלות או מרות, כדי להשיג הסכמה של אדם להשתתפות במחקר.
6. הרופא החוקר יודא, לפני תחילת הניסוי, כי המשתתף נתן הסכמה בכתב, מרצונו החופשי, מפורשת ומודעת להשתתף במחקר, לאחר שהבין את כל ההסברים שניתנו לו וקיבל מענה לכל שאלותיו.
7. הרופא החוקר יעדכן את המשתתף על כל מידע חדש הרלוונטי למחקר שבו הוא משתתף, לרבות תופעות לוואי חדשות שהתגלו במהלכו.
8. הרופא החוקר יודא כי במקרה של אי-כשירות חוקית של המשתתף במחקר, או כשאי-כשירות פיזית או נפשית אינם מאפשרים את קבלתה של הסכמה מודעת - תתקבל הסכמה מדעת מנציגו החוקי של המשתתף.
9. הרופא החוקר יפעל לקבלת הסכמה מדעת שתתבקש על ידי רופא אחר, בלתי תלוי, המכיר את פרוטוקול המחקר ושהנו הגורם המקצועי המתאים לכך, כשמדובר במטופל שיש ספק לגבי יכולת ההסכמה מדעת שלו, ובהיעדר נציגו החוקי.

ה. סודיות במחקר רפואי בבני אדם

1. הרופא החוקר יודא כי כל מידע הנוגע למחקר הרפואי, שיש בו להביא לחשיפת פרטי זהותו או מצבו הרפואי או הגנטי של המשתתף, יישמר בסודיות, ככל מידע רפואי אחר.

ו. גילוי נאות - בעלי עניין כלכלי במחקר רפואי בבני אדם⁶⁷

1. הרופא החוקר ימסור למשתתף במחקר מידע על אודות הגורם המממן של המחקר וכן גם אם הרופא עצמו מקבל תגמול כספי עבור עצם ביצוע המחקר.
2. הרופא החוקר, שהנו בעל עניין כלכלי במחקר רפואי, ימסור למשתתף - בשקיפות מלאה - את כל הפרטים הנוגעים למעורבותו האישית או למעורבות המוסד הרפואי באשר לאינטרסים הכלכליים העומדים ביסוד המחקר, לרבות קבלת תמורה מגורם כלשהו והסיבה לכך.

ז. השימוש בפלצבו במחקר רפואי בבני אדם⁶⁸

1. הרופא החוקר יתיר שימוש באינבו (פלצבו) במחקר רק אם לא קיימת כל שיטה טיפולית ידועה אחרת המוכחת מדעית.

⁶⁷ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "ניסויים קליניים בבני אדם - בעלי עניין בניסויים קליניים".

⁶⁸ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "ניסויים קליניים בבני אדם - השימוש בפלצבו".

2. הרופא החוקר יתיר שימוש בפלצבו רק אם נסיבות מתודולוגיות מיוחדות מחייבות זאת מבחינה מדעית, על מנת לקבוע יעילות או בטיחות של שיטה רפואית חדשנית, וזאת רק בתנאי שהמשתתף לא יהיה חשוף לכל סיכון משמעותי או נזק בלתי-הפיך עקב השימוש בפלצבו.
3. הרופא החוקר יקפיד כי לא ייעשה כל שימוש לרעה בשיטת הפלצבו.

ח. דיווח במחקר רפואי בבני אדם

1. הרופא החוקר ידווח למשתתף במחקר הרפואי על כל אירוע חריג המתקיים במהלך הניסוי הרפואי, שיש בו כדי להשפיע על בריאותו של המשתתף, וכן יודיע על כך גם לגורמים המתאימים, בהתאם לכל הכללים הקיימים.

ט. חופש אקדמי במחקר הרפואי

1. הרופא ישתתף במחקר רפואי רק אם נשמר בו החופש האקדמי. חופש זה משמעותו חופש בתכנון המחקר, גישה חופשית לכל המידע הרפואי שנאסף, עיבודו, והחופש לפרסם את תוצאות המחקר, לרבות תוצאות שליליות העולות ממנו.

י. מחקר גנטי באוכלוסיות גדולות⁶⁹

1. הרופא החוקר יידע את הציבור על אודות קיומו של מחקר גנטי הנערך באוכלוסיות גדולות, לשם שקיפות, פיקוח ודיון ציבורי, למעט מקרים שבהם יש בעצם הפרסום משום פגיעה אפשרית במשתתפי המחקר או באוכלוסייה הנחקרת.
2. הרופא החוקר יקפיד כי כל פרסום של תוצאות מחקר גנטי, הנערך באוכלוסיות גדולות, ייעשה מתוך רגישות מרבית, על מנת למנוע אפיון שלילי או הטלת דופי באוכלוסייה הנחקרת.
3. הרופא החוקר יידע את המשתתף במטרותיו המדויקות של המחקר ובהשלכותיו, אם יש כאלו, על הנחקר, על משפחתו וצאצאיו ועל קבוצת האוכלוסייה שאליה הוא משתייך.
4. הרופא החוקר יידע את המשתתף בתועלת האישית שעשויה לצמוח לו ולמשפחתו, ככל שקיימת כזו, כתוצאה מהשתתפותו במחקר.
5. הרופא החוקר יכבד את זכותו של המשתתף במחקר שלא לדעת מה היו תוצאות הניסוי והשלכותיהן עליו או על בני משפחתו.

יא. ניסויים בבעלי חיים⁷⁰

1. הרופא רשאי לפעול לקידום המדע והרפואה גם באמצעות ניסויים בבעלי חיים.
2. הרופא יערוך ניסויים בבעלי חיים בהיעדר חלופה אחרת ועל פי כל דין.
3. הרופא יעשה שימוש במספר המזערי הנדרש של בעלי חיים לביצוע המחקר, תוך מניעת סבל מבעלי החיים במהלך הניסוי ואחריו.
4. הרופא יפעל, כמיטב יכולתו, על מנת לקדם את הידע ושיתוף הפעולה של כלל הציבור והמחוקק בקיום ניסויים בבעלי חיים.

69 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "מחקר גנטי באוכלוסיות גדולות".

70 לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "ניסויים בבעלי חיים".

יב. כללים אתיים בפרסום מדעי⁷¹

1. הרופא יתייחס לפרסום המדעי כבסיס לטיפול עתידי במטופלים, ולפיכך ינהג משנה זהירות ויקפיד על דיוק ושלמות הפרסום מתוך יושר מקצועי ויושרה אישית.
2. הרופא המהפך בפרסום מדעי הנו מי שתדע תרומה ממשית להגיינת הרעיון הבסיסי העומד ביסוד המחקר או לעיצובו, לניתוח התוצאות או למתן משמעות או פירוש לתוצאות אלו; מי שכתב את המאמר או ערך בו שינויים מהותיים תוך מתן תוכן אינטלקטואלי חדש של ממש, ומי שאישר סופית את המאמר לפרסום.
3. הרופא המהפך חייב להיות שותף ממש בחלק נרחב של המחקר, כך שיוכל לעמוד לביקורת עמיתים למקצוע ולביקורת כלל הציבור על חלקים מהותיים של הפרסום המדעי.
4. הרופא לא יזכה למעמד של מחבר אך ורק בזכות מתן תמיכה כלכלית, איסוף סתמי של מידע או דגימות, או השגחה כללית גרידא.
5. הרופא המהפך יודא כי סדר המחברים בפרסום מדעי ייקבע מראש ובהסכמה בין החוקרים. מקובל כי בראש הרשימה יופיע שם המהפך שתדעו למחקר היתה המרבית והמכרעת ביותר, וכי המהפך האחרון יהיה החוקר הבכיר שבמעבדתו או בהשגחתו הישירה בוצעה עבודת המחקר.
6. הרופא המהפך חייב לקרוא בקפדנות את המאמר כולו קודם לפרסומו, ולהסכים עם צורתו ועם כל תוכנו.
7. הרופא המהפך לא ישלח מאמר לפרסום ללא ביקורת והסכמה של כל המחברים האחרים של אותו המאמר.
8. הרופא המהפך אחראי, אישית, לתוכן המאמר כולו ולמסקנותיו.
9. הרופא לא יהיה שותף לפרסום כפול או מקוטע של מאמר מדעי אשר פוגע באמת המדעית ומעוות אותה.
10. הרופא המהפך יצהיר כי המאמר הנמסר לפרסום הוא מקורי, וכי לא נמסר במקביל לפרסום לעיתון אחר, וכי המידע הרלוונטי לא פורסם כבר במקום אחר.
11. הרופא המהפך פרסום מדעי או מאמר מערכת או המשמש סוקר יחשוף בצמוד לפרסום, ביושר ובשקיפות, כל ניגוד עניינים אפשרי היכול להשפיע על שיקול דעתו.

יג. קביעת מין היילוד⁷²

1. הרופא יסייע בבחירת מין היילוד, כאשר היא נעשית על מנת למנוע מחלות גנטיות קשות או לצורך תכלית ראויה אחרת.

יד. קניין רוחני^{73 74}

1. הרופא יעודד את קידום המחקר הרפואי, ויראה בכך חלק מהמחויבות המקצועית שלו כלפי כלל החברה.
2. הרופא זכאי להיות מתוגמל על ידי מעסיקו באופן סביר, ראוי ובלתי מפלה ביחס לעמיתיו וביחס להסדרים הנהוגים בארץ ובחו"ל, בגין "אמצאת שירות" שהומצאה בזמן ובקשר עם עבודתו.
3. הרופא זכאי לשלב את עבודתו המחקרית בעבודתו הטיפולית, מבלי שהדבר יפגע בתנאי עבודתו.
4. הרופא הממציא או בעל העניין בחברה המפתחת יוכל להשתמש במוצר לטיפול במטופליו כרופא מטפל אך ורק אם המוצר עבר אישור כמקובל (FDA), האיחוד האירופי, משרד הבריאות וכיוצא באלה) ונמצא בשימוש שוטף על ידי הרופאים בתחום המקצוע הרלוונטי.

⁷¹ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "כללים אתיים בפרסום מדעי".

⁷² לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "קביעת מין היילוד".

⁷³ לעניין זה, ראו: "תמצית מנהלים - נייר העמדה של הר"י המתייחס לדוח ועדת ההיגוי הבין-משרדית להסדרת הקניין הרוחני במערכת הבריאות".

⁷⁴ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "הרופא הממציא, היום ונושא המשרה בחברה העוסקת במכשור או תרופה".

ד. 5 | הרופא והחברות המסחריות

א. כריית מידע רפואי⁷⁵

1. הרופא ישתף פעולה באיסוף מידע בדבר השימוש בתרופות שונות, על מנת לסייע בתכנון ובהפעלת משק הרפואה הלאומי.
2. הרופא ישתף פעולה באיסוף מידע בדבר השימוש בתרופות רק אם יעשה בצורה מלוקטת, בלתי-מזהה, השומרת על הפרטיות והאנונימיות הן של המטופל הבודד והן של הרופא הבודד.
3. הרופא ישתף פעולה באיסוף מידע בדבר השימוש בתרופות רק לאחר שהתקבלה ממנו, מראש, הסכמה מדעת בכתב, הכוללת את פרטי המידע הנאסף, מטרת האיסוף וזהות הגורם המשתמש במידע זה. הסכמה כזו תינתן לפרק זמן קצוב בלבד.
4. הרופא לא ישתף פעולה באיסוף מידע בדבר שימוש בתרופות, אם קיימת כוונה לעשות שימוש במידע הנאסף לצורך הפעלת לחץ כלשהו, גלוי או סמוי, על הרופא או על עמיתיו מתוך כוונה לשנות את התנהגותם המרשית.

ב. הקשר עם חברות מסחריות⁷⁶

1. הרופא רשאי לקיים קשר מקצועי נאות עם חברה מסחרית לצורך קידום הרפואה והמדע.
2. הרופא הנמצא בקשר עם חברה מסחרית יקפיד על חובתו הראשונית לטובת המטופל וימנע מכל מצב שיש בו ניגוד עניינים הפוגם במחויבות זאת.
3. הרופא הנמצא בקשר עם חברה מסחרית, ומזהה מצב של ניגוד עניינים בין החברה המסחרית והמטופל, יפעל לטובת המטופל.
4. הרופא ישמור על עצמאותו המקצועית ויושרתו האינטלקטואלית בכל מגע עם חברה מסחרית.
5. הרופא יחשוף קשר עם חברה מסחרית, אם קיים כזה, בכל מצב שבו עלול להיווצר הרושם כי קשר זה עלול להשפיע על עמדותיו או על דעותיו המקצועיות.

ג. השתתפות במחקר במימון חברות מסחריות

1. הרופא ייקח חלק בעריכת מחקר הממומן על ידי חברה מסחרית רק אם קיים בסיס מדעי סביר למחקר, ובתנאי שאושר על ידי הרשות האתית המוסמכת לכך.
2. הרופא יעמיד את טובתו של המטופל מעל כל אינטרס אחר הקיים במחקר.
3. הרופא יקח חלק בעריכת מחקר רק אם התקבלה כנדרש הסכמה מדעת של המטופל או של נציגו המוסמך.
4. הרופא ייקח חלק בעריכת מחקר הממומן על ידי חברה מסחרית רק אם המחקר נרשם כנדרש, מראש, באתר פומבי הנגיש לציבור.
5. הרופא המשתתף בעריכת מחקר הממומן על ידי חברה מסחרית, לא יקבל תשלום המותנה בתוצאות המחקר, למעט אם הוא שותף למחקר במעמד של ממציא או מפתח התרופה או האביזר נשוא המחקר.
6. הרופא לא יקבל תשלום בעבור עצם הפניית מטופלים למחקר.

⁷⁵ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "כריית מידע רפואי: סכנות ואמצעי זהירות".

⁷⁶ לעניין זה, ראו את האמנה האתית המשותפת של הר"י ושל הארגונים היציגים של חברות התרופות הפועלות בישראל.

7. הרופא לא ייקח חלק בעריכת מחקר הממומן על ידי חברה מסחרית, אם לא נשמר בו החופש האקדמי המלא, לרבות גישה חופשית של הרופא לכל המידע הנאסף והחירות לפרסם אותו בכל צורה ראויה, למעט בהגבלות סבירות שאינן פוגעות בבטיחות המטופלים.
8. הרופא יחשוף כל ניגוד עניינים אפשרי וכל קשר כלכלי הקיים בינו לבין החברה המסחרית, אשר המוצר שלה הנו נשוא המחקר.

ד. השתתפות בהרצאה במימון חברה מסחרית

1. הרופא רשאי להשתתף בהרצאה במימון חברה מסחרית, אם מטרתה העיקרית היא קידום הידע המקצועי של הרופא.
2. רופא המרצה במימון חברה מסחרית יחשוף בראשית דבריו את מהות הקשרים הכלכליים הקיימים, אם קיימים, בינו לבין החברה המממנת או בינו לבין כל חברה אחרת הרלוונטית לנושא ההרצאה.
3. רופא המרצה במימון חברה מסחרית יקפיד על האמת המקצועית, וימסור את דבריו בצורה אובייקטיבית, שקולה, הוגנת, ישרה ומלאה.
4. רופא המרצה במימון חברה מסחרית ישתמש בהרצאה בשם הגנרי של תרופה ולא בשמה המסחרי, ויציג בצורה אובייקטיבית, ישרה ושקולה גם את כל האפשרויות הטיפוליות האחרות הקיימות בהקשר לנושא ההרצאה.
5. הרופא רשאי לקבל תגמול סביב עבוד השתתפותו כמרצה בהרצאה במימון חברת תרופות, אם הכין ונתן הרצאה בעלת משמעות חינוכית בתחום שבו הוא מוכר כבר סמכא. הצגת הרצאה שהוכנה על ידי חברה מסחרית אינה נכללת בהרצאה זו. השתתפות כמאזין בהרצאה אינה יכולה לזכות את הרופא בתגמול כלשהו.
6. הרופא יקפיד על הוראות אלו גם בהקשר של הרצאה המוקלטת על ידו והמועברת בכל אמצעי דיגיטלי שהוא לקהל צופים בכל מקום אחר.

ה. השתתפות בוועדה מייעצת לחברה מסחרית

1. הרופא רשאי לשמש יועץ בשכר לחברה מסחרית, אם מטרתו היא לקדם את הידע הרפואי ואת דמת הרפואה.
2. הרופא רשאי לקבל תגמול כספי ראוי בעבור ייעוץ, העומד בהתאמה למעמדו המקצועי ולהיקף העבודה שנעשתה על ידו.
3. הרופא ישקול אם עבודתו בשכר עבור חברה מסחרית עלולה להשפיע על טיב ההחלטות הרפואיות שלו ועל עצמאותו. בכל מקרה של ניגוד עניינים, יכריע הרופא בעד עצמאותו המקצועית.

ו. איסור קבלת מתנות מחברה מסחרית

1. הרופא לא יקבל כל מתנה או טובת הנאה אישית מחברה מסחרית, למעט מתנות בעלות ערך שולי בלבד.
2. הרופא רשאי לעשות שימוש במתנה אם אינה אישית ונועדה לשפר את רמת הרופאים והרפואה במחלקה או במרפאה, לשפר את טיב הטיפול והשירות הניתן למטופלים, כל עוד אין בקבלת המתנה כדי לפגוע בעצמאות המקצועית של הרופא וחבריו למחלקה או למרפאה.

ז. איסור מכירה ופרסום של מוצרים מסחריים

1. הרופא לא יעסוק בכל צורה שהיא במכירה או בפרסום של מוצרים רפואיים במרפאתו, העלולים ליצור לחץ בלתי-ראוי על המטופל לצרוך מוצר רפואי מסוים.
2. הרופא לא יעסוק בכל צורה שהיא במכירה או בפרסום של מוצרים מסחריים, ולא יעמיד את שמו, תוארו האקדמי ומעמדו המקצועי לטובת אינטרסים כלכליים של כל גוף מסחרי שהוא.

ח. איסור קבלת הטבות מחברות המייצרות קנאביס⁷⁷

- הקאנביס הינו תכשיר שאינו מוגדר תרופה, מינונו והשפעותיו הטיפוליות אינן ברורות לחלוטין ודרך המתן השכיחה שלו ידועה כפוגעת בבריאות. הקאנביס מוגדר כסם מסוכן בספר החוקים של מדינת ישראל.
1. רופא אשר ממליץ או מאשר למטופל להסתייע בקנביס במסגרת הטיפול הרפואי נדרש להיות בעל תעודה מאשרת שעבר קורס לטיפול בקאנביס.
 2. הרופא נדרש להתעדכן באופן תמידי בתחום.
 3. הרופא לא יבקש או יקבל מחברות אלה חסויות לפרויקטים או כנסים רפואיים, מאחר ובמציאות הנוכחית בישראל, החברות המייצרות ומשווקות קנביס אינן מוגדרות כחברות תרופות.

⁷⁷ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "שימוש בקנביס במסגרת טיפול רפואי"

ד.6 | הרופא והמערכת המשפטית

א. הרופא כעד מומחה⁷⁸

1. הרופא יסייע לבית המשפט ולגופים המוסמכים להגיע להחלטה צודקת במקרה שבו נתבקשה חוות דעתו.
2. הרופא ישמש עד מומחה רק בנושא שהוא בתחום מומחיותו הרפואית, ורק במידה שהוא בקי בידע ובנוהלי הביצוע הרלוונטיים המקובלים בתחום זה, לרבות בתקופה הנוגעת למקרה הנדון.
3. הרופא יציג את עצמו, את כישוריו המקצועיים ואת מעמדו האקדמי בשקיפות וביושר, ויצוין אם הוא נמצא בניגוד עניינים עם מי מבעלי הדין.
4. הרופא ימסור באובייקטיביות, בהגינות ובכל האמת את כל המידע הרפואי והמדעי הנוגע למקרה הנדון.
5. הרופא יכתוב את חוות דעתו וימסור את עדותו בלשון עניינית, צנועה ומאופקת, המבוססת על עובדות בלבד ועל הידע הרפואי והמדעי.
6. הרופא רשאי לחלוק בחוות דעתו על חוות דעת רפואית אחרת. הדבר יעשה בלשון ראויה ומאופקת, מבלי להעביר ביקורת אישית על מומחים רפואיים אחרים.
7. הרופא רשאי לדרוש שכר ראוי עבור עבודתו, בהתאם למעמדו המקצועי, לזמן ולמאמץ שהושקעו בעבודה זו. שכר הטרחה לא יהיה מותנה בתוצאות ההליך המשפטי.

ב. רופא לא יפעל נגד מטופל שלו^{79 80}

1. הרופא לא יפעל נגד מי שהנו או שהיה מטופל שלו, ולא יעשה כל שימוש לרעת המטופל במידע הרפואי הנמצא ברשותו.
2. רופא יימנע ממתן חוות דעת רפואית נגד מי שהיה בטיפולו, אלא אם הדבר נעשה על פי צו בית המשפט.
3. הרופא הניצב מול מטופלו, כתוצאה מהליך משפטי או אחר, יעביר את הטיפול במטופל לרופא אחר.
4. הרופא יבקש את מעורבות בית המשפט, במקרים מתאימים, כאשר מתעוררת דרישה להסרת חיסיון רפואי של מטופלו, וישאף לקיום הדיון בדלתיים סגורות כך שיתאפשר לו להסביר לשופט את רמת הסיכון למטופל.

ג. רפואה משפטית⁸¹

1. הרופא המשפטי יקפיד על אובייקטיביות וישמור על שיקול דעת מקצועי ועל עצמאותו. רופא רשאי שלא לבצע פרוצדורה רפואית המבוקשת ממנו, אם הבקשה מנוגדת לעמדתו המקצועית, למצפנו או לאמונתו.

ד. הקלטת בדיקת מומחה רפואי⁸²

1. הרופא אינו מחויב להתיר הקלטה או צילום של הבדיקה הרפואית בניגוד לרצונו או אם הדבר מונע לדעתו ניהול תקין של הבדיקה.

⁷⁸ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "הרופא כעד מומחה".

⁷⁹ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "רופא לא יפעל נגד מי שבטיפולו".

⁸⁰ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "סודיות רפואית וחסיון רשומה רפואית בנושא הטיפול הנפשי בנפגעי אלימות ותקיפה מינית".

⁸¹ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "רפואה משפטית".

⁸² לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "הקלטת בדיקת מומחה רפואי ע"י הצד שכנגד - אסורה".

ד. | הרופא ואמצעי התקשורת

א. מסירת מידע רפואי לציבור הרחב

1. הרופא יקפיד בפרסום הרפואי, המיועד לציבור הרחב, על מסירת מידע מהימן מדעי ורפואי הקיים במועד הפרסום.
2. הרופא יקפיד בפרסום הרפואי, המיועד לציבור הרחב, על מתן תמונה מאוזנת ושקולה בדבר אפשרויות אבחון או טיפול אחרות הקיימות במחלה הנדונה.
3. הרופא יקפיד בפרסום הרפואי, המיועד לציבור הרחב, על השימוש בשם הגנרי ולא בשמות המסחריים של התרופה.
4. הרופא יימנע בפרסום הרפואי, המיועד לציבור הרחב, מהמלצה גורפת על תרופה או על אמצעי אבחון מסוים, המשרתת בכך אינטרסים כלכליים של גורם מסחרי.
5. הרופא ימסור בפרסום רפואי, המיועד לציבור הרחב, גילוי נאות של כל ניגוד עניינים אפשרי שבו הוא נמצא, לרבות כל זיקה או קשר כלכלי הקיים בינו לבין החברה המסחרית הקשורה לפרסום לציבור.
6. הרופא נושא באחריות לדברים המופיעים בשמו בפרסום הרפואי המיועד לציבור הרחב. לכן, הרופא יבדוק ככל האפשר, את הדברים המיוחסים לו בטרם הפרסום.
7. הרופא יעשה שימוש זהיר בהליך של חשיפת גילויים ושיטות חדשות דרך ערוצים לא רפואיים בפני הציבור.
8. הרופא המציג בתקשורת או בפני ציבור רחב דעה הפוכה או שונה מזו של הקהילה הרפואית, יציין בדבריו את המקובל ברפואה באותה עת.
9. הרופא ישקול האם יש בדבריו דבר הפוגע בכלל, כגון הפחדה או פגיעה בבריאות הציבור השומע אותו, וינהג באחריות מקצועית, במיוחד בעתות משבר בריאות.⁸³

ב. צנעת הפרט בתקשורת^{84 85}

1. הרופא יקפיד על פרטיותו של המטופל, לרבות באירועי פיגוע או אסון המוני שלגביהם קיים עניין לתקשורת או לציבור.
2. הרופא לא ישתף פעולה עם התקשורת בהפרת פרטיותו של המטופל, אלא אם התקבלה הסכמה מראש של המטופל לעניין זה. היה והמטופל אינו מסוגל למסור הסכמה שכזו, לא תופר פרטיותו בכל צורה שהיא.
3. הרופא המטפל בקטין לא יאפשר את חשיפתו לתקשורת, אלא אם התקבלה הסכמת שני הוריו לעניין זה.
4. הרופא יאפשר חשיפת מטופל לתקשורת, בהסכמת המטופל ובתנאי שלא ייפגע הטיפול הרפואי בו או באחרים, ושלא תיפגע פרטיותם של מטופלים אחרים.
5. הרופא לא ידרוש, לא יקבל ולא ייתן תמריצים מכל סוג שהוא על מנת לאפשר חשיפת מטופל לתקשורת.
6. הרופא יקפיד כי חינוך רפואי ו/או פרסום רפואי לציבור על ידי שימוש בצילום מטופלים או הקלטתם ייעשה תוך שמירה על פרטיות המטופל ובהסכמתו בלבד.

⁸³ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "רופא השוחה כנגד הזרם"

⁸⁴ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "צנעת הפרט בתקשורת".

⁸⁵ לעניין זה, ראו "כללי אתיקה רפואית, התקשרות דיגיטלית ומדיה חברתית"

ג. רפואה מרחוק (Telemedicine)⁸⁶

1. הרופא רשאי לקיים קשר רפואי מרחוק עם מטופל, תוך שימוש ברשת האינטרנט או בכל אמצעי קשר ראוי אחר.
2. הרופא נושא באחריות מקצועית גם לטיפול הניתן מרחוק.
3. הרופא יקיים קשר מקצועי מרחוק עם המטופל, תוך הקפדה על פרטיות המטופל ועל סודיות המידע הרפואי.
4. הרופא יימנע ממתן טיפול רפואי מרחוק למטופל שאינו מוכר לו, ויגביל את הטיפול בנסיבות אלו למתן עצות כלליות בלבד.
5. הרופא יימנע ממתן טיפול רפואי מרחוק בכל המקרים שבהם נדרשת בדיקה גופנית של המטופל או התרשמות בלתי-אמצעית ממצבו הנפשי.
6. הרופא רשאי לתת טיפול רפואי מרחוק למטופל המוכר לו, ובתנאי שמתן הטיפול מרחוק הנו סביר בנסיבות המקרה.

ד. פרסום ופרסומת רופאים^{87 88}

1. הרופא רשאי לפרסם את שמו ותוארו, הכשרתו הרפואית (לרבות התמחויות מוכרות), תחומי עיסוקו, תפקידיו, מקום עיסוקו, שעות הקבלה ודרכי ההתקשרות עמו.
2. הרופא נושא באחריות לכל פרסום שלו, או הנעשה בשמו או בעבורו, אף אם נעשה מטעמו של אחר, ויעשה כל שביכולתו למנוע פרסום שאינו נאות.

ה. איסור הטעיית המטופל בפרסום ובפרסומת

1. הרופא יודא כי המידע המפורסם על ידו הנו נכון וניתן לאימות, ויימנע מכל פרסום של מידע שגוי או חלקי המטעה את הציבור וממתן מידע פרסומי המתחזה כאובייקטיבי.⁸⁹
2. הרופא יימנע מציון שיעורי ההצלחה של הטיפול הניתן על ידו, ולא יפרסם התחייבות לתוצאות צפויות או לריפוי.
3. הרופא יימנע מפרסום הנותן שבח למיומנותו, לידיעותיו או לכישוריו.
4. הרופא לא יציין בפרסום את מעלותיו של טיפול רפואי מסוים מבלי לפרט במקביל את סיכונים ומגרעותיו.
5. הרופא לא יעשה כל שימוש בדמותם של אנשים מפורסמים וידועי שם או של אנשים הנחזים להיות מפורסמים, מטופלים או רופאים.

ו. איסור שימוש מטעה בתואר בפרסום ובפרסומת

1. הרופא יימנע משימוש במונח "מומחה" או "מומחיות" בנוגע לתחומים שאינם מוכרים בישראל על ידי המועצה המדעית כתחומי מומחיות.
2. הרופא העושה שימוש בתואר שאיננו ברפואה, יציין באופן מפורש את התחום האחר לאחר תוארו ברפואה, ובאופן שלא יביא אדם סביר להניח כי התואר הוא תואר ברפואה.
3. הרופא העושה שימוש בתואר ברפואה שניתן בחו"ל ולא הוכר בארץ, יציין במפורש את המקום והזמן שבהם ניתן התואר, באופן שלא יביא אדם סביר להניח כי התואר ניתן או הוכר בישראל.

⁸⁶ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "רפואה מרחוק (Telemedicine)".⁸⁷ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "פרסום ופרסומת רופאים".⁸⁸ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "איסור פרסום ברדיו או בטלוויזיה".⁸⁹ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "שיווק המתחפש לאקדמיה".

ז. איסור פגיעה בציבור בפרסום ובפרסומת

1. הרופא יימנע מכל פרסום העלול לפגוע בציבור המטופלים.
2. הרופא לא יעודד צריכה של טיפול רפואי שלא לפי התוויה רפואית.
3. הרופא לא ישדל קבלה של טיפול רפואי באמצעות יצירת חשש או הפחדה.
4. הרופא לא יעשה לצורך פרסומת עצמית כל שימוש באיברי גוף מוצנעים.
5. הרופא לא יכרוך מתן טיפול רפואי ברכישה או בקבלה של טיפול רפואי אחר.
6. הרופא לא יעשה כל שימוש, לרבות פרסום, במטופלים, גם בהסכמתם, ובכלל זה בשמם, בדיוקנם, בקולם, בהמלצתם או בחלקי גופם.

ח. איסור פגיעה בכבוד המקצוע

1. הרופא יימנע מכל פרסום שיש בו כדי לפגוע בכבוד המקצוע.
2. הרופא יימנע מפרסום תעריפים בגין טיפולים רפואיים ויימנע מפרסום בדבר הנחות, מבצעים או כל טובת הנאה אחרת תמורת קבלת הטיפול הרפואי.
3. הרופא יימנע מפרסום או מהשתתפות בפרסומת למוצרים מסחריים, רפואיים ושאינם רפואיים.
4. הרופא רשאי לקחת חלק בפרסום שמטרתו קידום בריאות הציבור, בתנאי שהמידע הנו מבוסס מדעית, ושלא נעשה שימוש בשם מסחרי של מוצר או של טכנולוגיה של חברה מסוימת.
5. הרופא יימנע מפרסום המשבח או מעודד קבלת טיפול רפואי במסגרת פרטית על פני טיפול רפואי במסגרת ציבורית.
6. הרופא יימנע מפרסום המביע זלזול, השמצה או שלילת כשירותו של רופא אחר.
7. הרופא יימנע מפרסום המדגיש בלעדיות או ייחודיות של מיומנות או שיטת טיפול.
8. הרופא לא יפרסם את עצמו ולא יתיר לאחר לפרסם אותו באמצעות חלוקת עלונים, טלמרקטינג, פרסום חוצות, סוכנים או תועמלנים.
9. הרופא יימנע מפרסום עצמי ברדיו ובטלוויזיה.

ט. הרופא ברשת החברתית⁹⁰

1. הרופא ישקול בזהירות האם ברצונו לשתף ברשת החברתית שלו אנשים הנמצאים בטיפולו הרפואי.
2. הרופא ידאג להפריד ברשת החברתית בין זהותו המקצועית לזהותו האישית.
3. הרופא יקפיד על התוכן המילולי והחזותי המתפרסם מטעמו ברשת החברתית ויפעל לשמירת המעמד המקצועי שלו בפרט ושל הרפואה בכלל.

י. רופאים בתקשורת - חופש הביטוי מול כבוד המקצוע⁹¹

1. לרופא קיימת הזכות לחופש ביטוי ככלל אזרחי המדינה.
2. הרופא ישקול את דבריו כאשר הוא מתבטא באמצעי התקשורת ובכלל, בבחינת "חכמים היזהרו בדבריהם" (אבטליון, משנה, מסכת אבות).
3. הרופא ינהג באחריות, בהתחשבות, בכבוד ובסובלנות בדיבורו בכלל, ובתקשורת בפרט.
4. הרופא יתבטא באיפוק בכל מסגרת הקשורה למקצועו או למקום עבודתו.
5. הרופא לא ינצל לדעה את מעמדו כאשר הוא מציג את דעותיו כמסתמך על עולם הידע שלו ברפואה.

⁹⁰ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "הרופא ברשת החברתית".

⁹¹ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "רופאים בתקשורת - חופש הביטוי מול כבוד המקצוע".

ד. 8 | הרופא והמוסד הרפואי

א. הרופא השכיר

1. הרופא השכיר המועסק על ידי מוסד או ארגון רפואי אינו משוחרר מחובותיו הרפואיות למטופל בשל הוראות מגבילות של המעסיק.
2. הרופא השכיר יפעל לטובתו של המטופל ויתריע, ככל שביכולתו, בכל מקרה שבו לדעתו הוראות מגבילות של המעסיק עלולות לפגוע בבריאותו של המטופל.

ב. סביבת העבודה של הרופא⁹²

1. לרופא נשמרת הזכות לקבוע את סביבת עבודתו.
2. הרופא רשאי לסרב לצילום או הקלטתו בזמן עבודתו בחדר ניתוח, בחדר הבדיקה וכיוצ"ב, אם הוא סבור כי הצילום או ההקלטה עשויים להפריע לו במהלך עבודתו.
3. הרופא יבקש הסכמה ברורה בכתב מהמטופל לצלם או להקליט הליך רפואי שבו עלולה להיפגע פרטיותו. ככלל, צילום או הקלטה בחדרי חולים, חדרי טיפולים, חדר רופא, חדרי ניתוח וכד' אסורים מפאת הפגיעה בפרטיות וסודיות המטופל.

ג. מדדי איכות לרופאים⁹³

1. הרופא יכבד הנחיות קליניות ומדדי איכות הנסמכים על ראיות מדעיות כאמצעים מקובלים לשיפור רמת הרפואה, ובלבד שלא ישמשו לצורך אמצעי אכיפה או ענישה כנגד הרופאים.
2. הרופא יפעל, במסגרת האיגודים המדעיים הנוגעים בדבר ובשיתוף המעסיקים, לפיתוח אמצעים אלו.
3. הרופא רשאי לקבל תמריצים, לרבות גמול כספי, על ביצועים קליניים העומדים במדדי איכות אלו, ובתנאי שיישום המדדים נעשה בהסכמה מראש בין הרופא והמעסיק.
4. הרופא לא יפעל בניגוד להנחיות קליניות או לכללי הרפואה הנאותים על מנת לקבל תמריץ כלשהו, לרבות גמול כספי.

ד. אחריות מנהלים

1. הרופא המנהל יהיה מחויב לטובת המטופלים במסגרת שהוא מנהל.
2. הרופא המנהל יפעל להטמעת הקוד האתי בקרב העובדים הכפופים לו.
3. הרופא המנהל יהיה אחראי להתנהלות האתית והמקצועית של הכפופים לו, גם אם אינו מעורב באופן ישיר בטיפול הרפואי הניתן על ידם.
4. הרופא המנהל יכבד את האוטונומיה האתית והמקצועית של כל רופא הפועל תחת מרותו.
5. הרופא המנהל יקדם תשתיות מידע ובקרה, באופן שיאפשרו לו להיות מודע וליטול אחריות לנעשה במוסד שהוא מנהל.
6. הרופא המנהל ישאף להעלאת הרמה המקצועית של הכפופים לו ויסייע בכך בכל דרך אפשרית.

⁹² לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "שימוש במצלמות בחדרי מטופלים, חדרי בדיקה, חדר ניתוח"

⁹³ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "מדדי איכות לרופאים".

ה. חושפי שחיתויות⁹⁴

1. הרופא יפעל לחשיפת דבר מעשה שחיתות במערכת הרפואית, שהובא לידיעתו.
2. הרופא יידע את המנהל הישיר העומד בראש המסגרת הניהולית במקום בו בוצע מעשה השחיתות וההסתדרות הרפואית תפעל להגן על חושף השחיתות, בשעת הצורך.
3. הרופא ישקול האם לשתף את המטופל במעשה השחיתות שחשף, על פי נסיבות העניין.

⁹⁴ לעניין זה, ראו נייר עמדה בנושא: "חושפי מעשי שחיתות במערכת הרפואה: Whistle Blowing".



פרק ה' - ניירות עמדה של הלשכה לאתיקה

1 | מחלות הנפש ככל שאר מחלות האדם

ספטמבר 2022

במהלך יולי 2022 דנה הלשכה לאתיקה בשאלה האם התיק הרפואי של חולה צריך להכיל גם את המידע הרפואי לגבי מחלה פסיכיאטרית שלו.

האם שונה מחלת הסוכרת ממחלת הסכיזופרניה? האם רופא המתכנן ניתוח תיקון בקע לחולה אינו חייב לקבל מידע מלא לגבי כל מחלותיו של החולה?

לכאורה, התשובה פשוטה. כאשר מדובר בטיפול באדם, כל מחלותיו, הטיפולים שהוא קיבל ומקבל, אלרגיות וכד', כולם רלוונטיים לתמונה רפואית שלמה. אלא שבמשך שנים רבות הושארו מחלות הנפש רחוק מעין המטפלים ומעין הציבור. בתי חולים לחולי נפש נבנו בנפרד מבתי חולים כלליים, מתקני אשפוז שימשו לאשפוזים ארוכים ומוקמו בנפרד ורחוק מאשפוזים כרוניים של מחלות אחרות.

בשנים האחרונות התעוררה ההבנה כי הריחוק פוגע במטופלי הנפש – משאיר אותם ב"חצר האחורית", תנאי האשפוז והטיפול הדרדרו וסטיגמה קשה ליוותה את המטופלים.

מדינת ישראל החליטה לפני מספר שנים לאחד את הטיפול בחולי נפש במסגרת קופות החולים, ולא על ידי משרד הבריאות, כפי שנעשה בעבר, כאשר האבחנה והטיפול הרפואי גלויים בתיק הרפואי לכל רופא המטפל באותו אדם.

השאלה שעומדת בפנינו עכשיו היא: האם ראוי כי יאוחד התיק במסגרת בתי חולים ציבוריים, כך שרופא הפוגש את המטופל בחדר מיון או במחלקת אשפוז יוכל לראות את כל ההיסטוריה הרפואית, כולל המחלות הפסיכיאטריות והטיפולים, עם פתיחת תיק החולה?

בפן הרפואי התשובה ברורה. חלק מהתרופות והטיפולים עלולים להיות בניגוד זה לזה, ויש להתחשב בכל הרקע הרפואי. חלק מהתלונות והאבחון עלולים להיות מוטים כאשר הרופא עובד בלא כל הנתונים, ומכאן נובעת חשיבות איחוד התיקים.

כמה מתוך תיק אבחון המחלה צריך להיות חשוף לכל המטפלים?

אבחנת מחלת הנפש נעשית פעמים רבות בזמן החרפת המחלה, בעת שלמטופל יש מחשבות מבולבלות, מרוץ מחשבות, דמיונות, תחושת רדיפה, כעס, דיכאון וכיוצ"ב. לאחר מתן טיפול רפואי או תרופתי, המטופל עשוי שלא לזכור או להבין מדוע אלו היו מחשבותיו. עולה השאלה האם אותן מחשבות של חולי צריכות להיות חשופות לעין כל רופא? או אולי מקומן להישאר ברישום סגור רק לעיני הרופא המטפל, כפי שמוצגות חלק מהאבחנות הרדיולוגיות, קרדיולוגיות וכד', המסוכמות בתיק החולה ולפעמים אין גישה לבדיקה עצמה? בהתייחס לסודיות רפואית, החובה האתית-רפואית והחוקית של הרופא היא לשמור על פרטיות המטופל לגבי כלל מחלותיו ובעיותיו אשר חשף בפני הרופא.

ה-WMA אף החמיר בהצהרת הרופא מאוקטובר 2017, וחייב את הרופאים לשמירת סודיות ופרטיות המטופל גם לאחר מותו.

לפיכך, בתום דיון מעניין, סיכמו חברי הלשכה לאתיקה את הכללים הבאים:

1. יש לפעול להסרת הסטיגמה של מחלות הנפש.
2. מחלת הנפש היא חולי ככל חולי אחר של האדם. התיק הרפואי צריך לכלול את כל הפרטים הרלוונטיים על אודות המטופל, שכן יש לכך חשיבות ביכולת להעניק טיפול רפואי רצוף ושלם למטופל.
3. חובת סודיות רפואית קיימת בכל מקרה לגבי כל מחלה והיא אינה נפרצת עקב חיבור הרשומות הרפואיות.
4. חובת המעסיקים השונים לוודא כי הרשומות הרפואיות הממוחשבות תישמרנה מאובטחות כנדרש.

2 | אתיקה רפואית והטיפול במטופלים בעלי מחלות חשוכות מרפא וטיפולים חסרי תוחלת

אוקטובר 2019

רקע

בשנים האחרונות נשאלתי כיו"ר הלשכה לאתיקה מספר פעמים על ידי רופאים בכירים, מובילי דעה בתחומים מקצועיים, "האם יש לנו דף עמדה אתי המנחה כיצד לטפל בילדים, זקנים או כל מטופלים הסובלים ממחלות חשוכות מרפא?" התגובה האוטומטית הייתה: בכל בעיה רפואית יש להסתמך קודם כל על הידע המקצועי בכל מקצוע רפואי, ולקבל החלטות על פי המקובל מבחינה רפואית מקצועית.

הדילמה אשר הוצגה בפניי על ידי הרופאים נבעה בחלקה מתחושת החמלה לחולה. לא מעט ציינו בפניי כי ההחלטות הרפואיות המתקבלות כאשר באים לטפל בחולים במחלות חשוכות מרפא והטיפולים המוכרים לנו למצבים אלו, חסרי התוחלת, נעשות לפעמים מסיבות לא ענייניות.

לעיתים מערבים בקבלת ההחלטות שיקולי חשש מתביעות משפטיות, היענות יתרה לבקשות משונות ולא מקצועיות של בני משפחה או קרובים המלווים את המטופל; קושי לבשר את הבשורות הקשות למטופל ולא להבין עלול לגרום למטופלים להמשיך טיפול אשר ידוע מראש כחסר תוחלת; ערבוב בין אוטונומיה של המטופל לקבלת החלטה מקצועית של הרופא; יצירת אשליות, אשר חלקן הן תולדה של "שיטוט" באינטרנט, מאחר שהמטופלים והקרובים להם מחפשים מידע שיסייע בידם להבין את המחלה, בתקווה למצוא את "פרח לב הזהב" אשר ירפא את היקרים להם; הבטחות לתרופות "מצילות חיים", הגדרה מסחרית אשר מוכרת היטב תרופות יקרות אולם חסרת תוכן מקצועי; אובדן האמון במקצועיות ובכוונות הטובות של הרופאים. כל אלה ועוד גורמים לבדיקות וטיפולים אשר ידוע לנו כי אינם עוזרים בהארכת חיים ואף עלולים לפגוע באיכות החיים. בלתי נמנע כי עקב תופעות הלוואי עלולות פעולות מסוימות אף לקצר את תוחלת החיים.

הבידור והטיפול חסר התוחלת פוגע בזכות המטופל לסדר את ענייניו בטרם לא יהיה מסוגל לכך, ומונע מיקיריו את הזכות להיפרד ולהמשיך את חייהם כראוי, ועוד.

החוק במדינת ישראל אוסר המתת חסד, והיא מהווה כיום עבירה פלילית. דף עמדה זה אינו תומך בהמתת חסד. **בדיונים המקדימים עסקנו בהבנה ובהכרה כי חולי ומוות מהווים פרק בחיי אדם, ואל לנו לעצום עיניים ולהתעלם מחוויות אנושיות קשות אלו.**

מצאנו כי בישראל, כמו במדינות אחרות בעולם, יש עלייה בשיעור הרופאים המוכנים, מצד אחד, לקבל המתת חסד, על מגוון צורותיה, כאפשרות טיפולית, ומאידך גיסא - רופאים הממשיכים בטיפולים עקרים, אשר עלולים לגרום סבל למטופל ללא תועלת, בדיקות וטיפולים אשר לא ברור האם הם מאריכי חיים או מקצרי חיים; לכן עלה הנושא לדיון בלשכה לאתיקה.

הדיון ודף העמדה מכבדים כמובן את קבוצת המטופלים המוגדרים ב"חוק החולה הנוטה למות", אשר מבקשים כי פעולות מסוימות לא ייעשו בהם.

כאשר המטופל יכול עדיין להביע את רצונותיו, או הוריו כאשר מדובר בילד, או מיופה הכוח המתמשך אותו מינה המטופל מטעמו לקבל החלטותיו כאשר לא יהיה מסוגל להביע את רצונו, ניתן לקבל החלטות טיפוליות משותפות. הבעיה מחריפה כאשר איננו יודעים כיצד המטופל רואה את המשך ניהול מחלתו, והמשפחה מביעה את רצונותיה, ולעיתים אנו שומעים רצונות סותרים של בני משפחה שונים, אשר אינם בהכרח מייצגים את דעת החולה.

אירוע שכיח, לצערי, בבתי חולים לראות רופאים היוצאים לברר עם המשפחה "האם לבצע החייאה?", או

ליתר דיוק – האם לבצע הכנסת צינור לקנה הנשימה (טובוס) והנשמה לאדם בסוף חייו. במצב בו כל רופא בר-דעת יודע כי הפעולה לא תועיל, לא תאריך חיים ובוודאי לא תשפר את איכות החיים. נבנתה אשליה בציבור הרחב, וכן בציבור המטפלים, כי כל אדם חייב לעבור בסוף חייו אינטובציה. זו שאלה מקצועית רפואית, אשר בתשובה לה יש להביא בחשבון נתונים רפואיים של המטופל ושל מחלתו הנוכחית, ולא להשאיר את דוק לבחירת יקיריו. יש לשקול סיכויים וסיכונים, בדיוק כפי שהדבר נעשה בכל החלטה על בדיקה או טיפול הנועד להקל על המטופל את סבלו ולהאריך את חייו ככל האפשר.

חייבים לזכור, כי המילה "החייאה" בציבור הרחב, משמעותה להחזיר לחיים אדם מת. משפחה אשר צריכה לענות על שאלה כזאת לרוב תאמר – כן. ולו רק משום שעלולים לטעות ולחשוב כי בתשובתם "לא לבצע החייאה" גרמו למות האב, האם או כל אדם יקר אחר. הנשמת החולה לא תמיד תאריך חייו, ובתנאים מסוימים עלולה להיחשב נזק כיוון שהתועלת אינה עולה על הכאב ואי-הנוחות הנגרמים למטופל. בנוסף, שימוש לא נחוץ ולא יעיל במתקנים, ציוד וכדומה עלול לפגוע במטופלים אחרים אשר משום כך הטיפול אינו זמין עבורם, ולו היה זמין היו מחלימים. בכך נפגע עקרון "הצדק החלוקתי". שיקול הדעת המקצועי צריך להוביל את הרופאים להחלטה הנכונה, אם מדובר בעזרה נשימתית לתקופה שבה החולה יתגבר על בעיה רפואית – אין ספק כי חייבים להנשימו; אולם אם הפעולה לא תפתור בעיה רפואית, ואולי תגרום למוות – אין הצדקה לבצעה.

דוגמאות נוספות: המשך טיפולים אונקולוגיים – כאשר קיים נזק מתופעות לוואי ואין השפעה על הגידול הממאיר או מתבצע ניתוח אשר לא יצליח לפתור בעיה רפואית חשוכת מרפא, בהתאם לעקרון האתי-רפואי "קודם כל לא להזיק".

ומובן מאליו שכאשר יש חשש כי עצם הטיפול יקצר את חיי המטופל – אסור לבצעו. בטיפול במחלות אלו יש לשלב טיפולים פליאטיביים, אשר מטרתם אינה ריפוי המחלה אלא הקלה על סימנים וסימפטומים שמהם סובל החולה, כגון כאב, בחילה, הקאות חוזרות והפרעה בשינה. וכל זאת, משיקולי נזק-תועלת בדיוק כפי שהדבר נעשה בעבודה הרפואית היומיומית.

קשה לנו, בני התמותה, להשלים עם המוות; אך החולי, הגסיסה והמוות הם חלק בלתי נפרד מהחיים. כל שנייה בחיי אדם יקרה, ותפקיד הרופא למנוע סבל ולאפשר למטופל וליקיריו פרידה מכבדת כאשר הוא מגיע לגבול היכולת המקצועית שלו.

מכשלה מרכזית העומדת בפני הרופאים היא העובדה שבמחלות מסוימות קשה עד בלתי אפשרי לקבוע מתי החולה חשוך מרפא.

לאחר דיון ארוך ומעמיק החליטו חברי הלשכה:

1. הרופא והמטופל במחלה חשוכת מרפא ישוחחו על שאיפות המטופל וציפיותיו מהטיפול מול היכולות המציאותיות של הרפואה, ויגדירו את מטרות הטיפול.
2. הרופא ישקול ויחליט על המשך הבירור והטיפול הנכונים ביותר עבור החולה, על פי הנחיות עדכניות בתחום המומחיות הרפואית, הידע המקצועי וניסיונו כרופא. בתוך כך יישקלו יתרונות מול תופעות לוואי בלתי רצויות. המשך טיפול שאינו יעיל וחסר תוחלת עלול לפגוע בחולה ואף לקצר את ימיו.
3. הרופא ישתף את המטופל ואת המלווים המשמעותיים בעיני המטופל בנתונים הרפואיים, מוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר הבנה, הסתגלות למצב וקבלת החלטות נכונה למטופל.
4. הרופא ימנע מלהסתיר או לייפות את מצב המחלה והיעדר טיפול מרפא, על מנת לשמור את האוטונומיה של המטופל.
4. הרופא יהיה מודע לערכים האישיים שלו עצמו, ויוודא מהם ערכי המטופל. בכל עשייה או אי-עשייה יהיה הרופא ער לשיקולים אלו בעת קבלת החלטות לגבי מטופל החולה במחלה חשוכת מרפא.

5. הרופא יאתר בסביבת העבודה שלו גורמים מקצועיים מתחומים שונים להתייעצויות שוטפות. בעיקר חשובה התייעצות כאשר קיים חוסר התאמה בין שיקולים מקצועיים, בקשות המטופל והערכים האישיים של הרופא.
6. הרופא ישאף לכוון החלטות עקרוניות לגבי טיפול במחלה חשוכת המרפא כדי שיתקבלו, מבעוד מועד, על ידי המטופל והמטפלים בו כאשר עדיין יש זמן למחשבה תחילה, בטרם אשפוז.
7. הרופא המטפל בילדים, נאמנותו צריכה להיות בראש ובראשונה לילד. יחד עם זאת, ההורים הם המטפלים האחראים לילד, וחשוב לטפל בסבלם ברגישות יתרה. (במצבים חריגים, שבהם חושש הרופא כי האפוטרופסים אינם משרתים את טובת הקטין, יש לנקוט אמצעים חוקיים).
8. הרופא יפנה לטיפול משפר איכות חיים כאשר טיפול אחר הוא חסר תוחלת (טיפול פליאטיבי כנדרש במצבים שונים).

3 | בדיקה גופנית על ידי רופא באזורים נסתרים בגוף המטופל

אוקטובר 2018

האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה כתב אמנה בנושא בדיקות גינקולוגיות. יו"ר האיגוד, פרופ' רוני מימון, וד"ר לנה שגיא דאין הציגו את המסמך בפני חברי הלשכה לאתיקה. בדיון אשר התקיים בלשכה לאתיקה מצאו החברים כי ראוי שהמסמך יחול על כל הבדיקות האינטימיות, כגון בדיקה רקטלית, בדיקת שדיים, בדיקת אשכים ואברי מין גבריים, בדיקות פולשניות כדוגמת קולונוסקופיה. חלק מחברי הלשכה אף חשבו כי כל בדיקה גופנית, שבה רופא בודק מטופל - ראוי להתייחסות זהה. במסגרת הדיון סברו חברי הלשכה כי נכון שהרופא יימנע ככל האפשר מהסחות דעת ומעיסוקים בעניינים שאינם נוגעים לבדיקה.

בהקדמה לאמנה כתבו הגינקולוגים:

בדיקה גינקולוגית הינה אחד ההליכים הנפוצים ברפואת נשים. מטרתה להעריך את בריאותם של אברי הרבייה ולאבחן חולי או גורמי סיכון שעלולים לגרום לכך. קיימות עדויות כי בדיקה זו עלולה להיות מלווה בחרדה של המטופלת, מבוכה ותחושה של אובדן שליטה, וכן אי-נוחות גופנית ולעיתים כאב תחושות אלה עשויות לגרום חוויה שלילית ואף טראומתית למטופלת, עד כדי הימנעותה מבדיקות אגניות בעתיד, על כל המשתמע מכך. לפיכך, בדיקות אלה מחייבות גישה רגישה ומכבדת מצד המטפל/ת. מחקרים רפואיים הוכיחו כי אחד הגורמים בעלי ההשפעה המכרעת על חוויית המטופלת בעת בדיקה גינקולוגית הוא טיב התקשורת בין הבודק/ת לבינה (7-8). תקשורת יעילה כוללת הסבר מקדים לגבי אופי הבדיקה, מתן הסבר על הנעשה תוך כדי הבדיקה, לרבות אזהרה לפני פעולות מכאיבות, והסבר על הממצאים בתום הבדיקה. בנוסף, יש חשיבות רבה להקפדה על פרטיות המטופלת, לרבות הפנייתה למקום מוסתר להפשטת בגדיה. הנחיות Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) מדגישות שבהיעדר אזור מתאים, על המטפל לעזוב את החדר לפני שהמטופלת פושטת את בגדיה (10). כמו כן, מספר איגודים ממליצים על כיסוי מתאים בעת הבדיקה וכן יידוע המטופלת על אפשרות נוכחותו של מלווה במהלך הבדיקה (10, 11).

חברי הלשכה לאתיקה מאמצים את ההמלצות לגבי בדיקה גופנית אינטימית:

לפני הבדיקה:

1. הרופא יסביר את מהות הבדיקה הצפויה ושלביה.
2. הרופא יידע את המטופל על זכאותו לנוכחות מלווה מטעמו במהלך הבדיקה (איש צוות או מלווה אחר).
3. הרופא ידאג לפרטיות המטופל בעת ההכנה לבדיקה.
4. הרופא ידאג להימצאות כיסוי מתאים טרם הבדיקה.

במהלך הבדיקה:

1. הרופא ידאג לפרטיות המטופל במהלך הבדיקה (למשל, באמצעות הצבת וילון מסביב למיטת הבדיקה או סגירת הדלת).
2. הרופא יכבד את זכותו של המטופל לבקש את הפסקת הבדיקה.

3. יש לדאוג לנוחות המטופל במהלך הבדיקה ולאחריה, במידת האפשר (למשל, הימצאות אביזרים לניגוב או ניקוי אם נדרש).
4. הרופא יידע את המטופל לפני ביצוע פעולות רפואיות העלולות לגרום לכאב.
5. הרופא יימנע מהערות אישיות העלולות להיתפס כפוגעניות. יש לנהוג ברגישות מוגברת כאשר המטופל חשוף.

בסיום הבדיקה:

1. הרופא יסביר למטופל את ממצאי הבדיקה כאשר המטופל לבוש וישוב.
2. יש להקציב זמן סביר לשאלות המטופל.

4 | האם רופא צריך ליידע כל עובר אורח כי אבחן בו חולי

פורסם בדצמבר 2017

ללשכה לאתיקה הופנתה השאלה: האם נכון שרופא המזהה חשד כלשהו לבעיה רפואית אצל אדם אקראי, יפנה מיוזמתו אל אותו אדם, יעיר לו ויזהיר אותו?

מצבים שכאלה עשויים להיות, לדוגמה, כאשר רופא רואה ברחוב גבר עם נקודת חן חשודה כמנלומה. האם הוא צריך לעצור את האדם ולהעיר לו על כך?

האם תירואיד מוגדל דורש כי הרופא יפנה לאדם ברחוב ויסב את תשומת ליבו לכך? היכן עובר הגבול? האם רופא צריך להזהיר נער מתבגר כי טיפול לא נכון בפצעי הבגרות שעל פניו עלול להותיר צלקות? האם יש מקום להתייחס למקרים כגון עישון והשמנת יתר?

מצד אחד, עומדים בריאותו של האדם, שיפור רווחתו ואף הצלת חייו; מהצד השני, עומדות זכותו לפרטיות ולסודיות והאוטונומיה שלו.

הדיון שהתקיים בלשכה לאתיקה בנושא הציף את האיוון הנדרש בין הערכים השונים, החשובים מאוד כל אחד בפני עצמו.

בדיון עלה כי נדרשים מהרופא רגישות ושיקול דעת בהחלטתו האם לפנות לאותו אדם, תלוי בחומרת הבעיה ובנסיבות. מקרה של סכנת חיים, כגון נגע בעור המעלה חשד לסרטן, כמובן חמור בהרבה מהדוגמה של פצעי בגרות העלולים להותיר צלקות אצל בני נוער, שעצם הפנייה אליהם בנושא עלולה להיתפס כפולשנית ומביכה עבורם.

ברור, כי שיקול הדעת צריך להיעשות בהתאם לחומרה ולנסיבותיו של כל מקרה ומקרה. ככל שעולות החומרה והסכנה, הנטייה תהיה כמובן ליזום פנייה מצד הרופא; ובקצה הסקאלה מצויים מקרי החירום המידיים, שבהם הרופא חייב להגיש עזרה.

אם הרופא מחליט לפנות לאדם ביוזמתו, עליו לעשות זאת בדרך עדינה, שתאפשר לאותו אדם שלא לקבל ייעוץ רפואי או טיפול שהוא אינו מעוניין בו, וזאת מתוך הכרה בזכותו לאוטונומיה.

כמו כן, יש לזכור כי למטופל החופש לבחור את חלופת הטיפול הרפואי שיקבל; מכאן שעל הפנייה להיות הצעה לגשת ולהיבדק אצל רופא כלשהו, לאו דווקא אצל הרופא הפונה, ואל לה להיות ניסיון לשידול או לשכנוע לקבל טיפול רפואי.

על פנייה שכזו יחולו הכללים לשמירה על פרטיותו של אותו אדם; מכאן, שבשל צנעת הפרט יש לפנות אל אותו אדם עצמו ולא אל קרוביו או אל אנשים אחרים (למעט מקרים שמדובר בחסר ישע, קטין וכדומה).

בתום הדיון בלשכה לאתיקה הוחלט:

1. ככלל, רופא רשאי, אך אינו חייב, להסב את תשומת ליבו של עובר אורח לבעיה רפואית.
2. רופא ישקול היטב האם יש סיכוי לשיפור איכות חיים ובריאות בבואו להחליט האם להסב תשומת לב של אדם שלא פנה אליו.
3. רופא יפעל ברגישות יתרה.
4. הרופא יפנה לאדם הזר בפרטיות, כאשר אין קהל שומע או צופה.

5 | טכנולוגיות חדשות - ה"סייפר" כמשל

פורסם בדצמבר 2004

רקע:

חברינו הקרדיולוגים מצאו עצמם לאחרונה, בעל כורחם, במרכז סערה ציבורית שבה נתבעו על חוסר רגישותם ואדישותם, לכאורה, למצוקות החולים הנמצאים בטיפולם. את מרב הביקורת ספגו הרופאים בהקשר לשימוש בתומכן החדש "סייפר", שאינו כלול בסל הבריאות (ראו "הדילמה של הקרדיולוגים", "הארץ" 24.8.04, מאת פרופ' מיכאל גליקסון ופרופ' צבי ורד). אך ה"סייפר" משל הוא לכל הטכנולוגיות החדשות המתדפקות על מפתן סל הבריאות וטרם זכו לעבור בו.

הרופא המטפל מוצא עצמו כלוא בדילמה קבועה שאין בכוחו לפתור אותה לשביעות הרצון של כל הנוגעים בדבר. מצד אחד מוטלת עליו החובה האתית והמשפטית להסביר לחולה כי קיים טיפול רפואי, תרופה או טכנולוגיה מתקדמת שהם, על-פי שיקולו המקצועי, הטובים ביותר למטופל ברגע נתון. מצד אחר, לעתים קרובות הטיפול המוצע אינו כלול בסל הבריאות והשימוש בו כרוך בהוצאה כספית ניכרת. את מצוקת המטופל וכעסו סופג לעתים הרופא התמים, המסמל בעיני החולה את עוולות המערכת הרפואית כולה. המצב מסתבך עוד יותר משום שבבתי החולים השונים קיימות הוראות שונות וכללים סותרים למי למשל מותר ורצוי להציע טיפול חדשני זה או אחר. הפתרון מצוי במשרד האוצר ובמשרד הבריאות. יש לקצר, ככל האפשר, את זמן ההמתנה ולהוסיף לסל טכנולוגיות חדשניות שיעילותן הוכחה ויש בהן כדי לשפר במובהק את בריאותם של המטופלים. עד אז, קבעו חברי הלשכה לאתיקה כללי התנהגות נאותה לרופאים הנמצאים בדילמה מסוג זה.

נייר העמדה:

1. המחקר הרפואי מניב כל הזמן אמצעי אבחון וטיפול חדשים.
2. לעתים חולפת תקופת זמן ממושכת בין הופעת טכנולוגיה רפואית חדשה, שהוכחה כיעילה, לבין הכללתה בסל הבריאות הלאומי.
3. בתקופת זמן זו אין קופות החולים מתוקצבות בגין הטכנולוגיה החדשה ואין הן משפות את המטופלים בטכנולוגיה זו.
4. הגילוי הנאות מחייב את הרופא ליידע את המטופל על קיום טכנולוגיה חדשה אף אם אין היא כלולה בסל הבריאות.
5. חובה זו נובעת מזכות החולה להיות שותף בקביעת הטיפול שיינתן לו.
6. המידע הרפואי הרלוונטי יימסר לחולה מוקדם ככל האפשר על מנת לאפשר לו שהות למחשבה ולהתייעצות, על-פי הצורך, ומתן של הסכמה מדעת.
7. המידע יכלול פרטים על יעילותו, בטיחותו ועלותו של הטיפול המוצע וכן פרטים דומים על חלופות טיפוליות.
8. המידע יכלול פרטים לגבי אינטרסים כלכליים, אם יש כאלה, של הרופא המטפל והמוסד הרפואי שבו יינתן הטיפול המוצע.
9. הרופא המטפל לא יפעל כסוכן או מתווך של חברה מסחרית.

6 | האם חייב רופא לדווח לחוליו על מצב בריאותו?

פורסם בדצמבר 2007

רקע:

פרשת ד"ר סרגיי פונטוס עדיין טרייה בזיכרון הציבורי. ד"ר פונטוס, מתמחה בהרדמה, נשא בתקופת עבודתו בבית החולים את נגיף הצהבת מסוג C Hepatitis, והיה מכור, כך על-פי כתב התביעה, לתרופות נרקוטיות. הוא נהג להזריק לעצמו תרופות אלו במהלך עבודתו, תוך שהוא עושה שימוש במזרק אחד לו ולחוליו גם יחד, וכך הדביק במחלתו כ-30 חולים שהיו בטיפולו.

אף שמקרה זה הינו חריג במיוחד ואינו משקף מציאות שכיחה ברפואה בארץ, עוררה הפרשה, כמו גם זו של מנתח הלב שחלה באיידס, דיון ציבורי ער. השאלות שעלו הן האם רשאי בית חולים להעסיק רופא, ובמיוחד בחדרי הניתוח, כאשר ידוע כי הוא חולה במחלה מידבקת, והאם יש ליידע את ציבור החולים בדבר מחלתו של אותו הרופא.

חוק זכויות החולה קובע, כי לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם נתן לכך הסכמה מדעת, ולאחר שהציגו בפניו את הסיכויים והסיכונים בטיפול המוצע. יש הסבורים, כי מצב בריאותו של המנתח חייב להיכלל במידע זה, כדי לאפשר לחולה להחליט אם להסכים כי רופא מסוים, וזה דווקא, יטפל בו. עוד סבורים המצדדים בגישה זו, כי גם אם לא הודבק החולה על-ידי רופא חולה, עצם הידיעה בדיעבד כי הרופא היה חולה במחלה מידבקת, והצורך של החולה לעבור בדיקות רפואיות תקופתיות כדי לוודא את מצב בריאותו - עלולים לגרום לחץ רגשי ונוק נפשי, שאותם יש למנוע מראש על-ידי גילוי נאות. רק כך יישמרו, לדעת הגורסים שקיפות מלאה, יחסי האמון בין הרופאים וציבור המטופלים.

מנגד, ניצבת זכותו של הרופא החולה לפרטיות, לכבוד עצמי ולחופש העיסוק ככל חולה אחר. פקודת הרופאים (נוסח חדש התשל"ז-1976) קובעת, כי "ראה המנהל (מנכ"ל משרד הבריאות - א"ר) כי רופא מורשה סובל ממחלה מסכנת (את הציבור - א"ר), רשאי הוא לדרוש ממנו להתייצב בפני ועדה רפואית לשם בדיקה". אם סברו המומחים באותה ועדה, כי אין במצבו הרפואי של הרופא משום סיכון החולים שבטיפולו, רשאי אותו רופא לסודיות רפואית ככל אדם אחר, ואין לחייב אותו לחשוף את מצב בריאותו בפני מטופליו. הטלת חובת גילוי גורפת כזו תהיה פגיעה בלתי מידתית ברופא החולה. אם הרשות המוסמכת קבעה כי רופא רשאי לעסוק ברפואה ללא הגבלה, הרי שפרטים על מצבו הרפואי של המטפל אינם בחזקת "מידע רפואי" הנדרש לחולה מתוקף "חוק זכויות החולה" כדי לקבל החלטה.

הידיעה, כי מצב בריאותו של הרופא החולה יישמר כמידע חסוי, תעודד רופאים חולים לדווח על מצבם הבריאותי ביוזמתם ומתוך רצון חופשי. בכך גם יתאפשר להם לקבל טיפול רפואי מוקדם ויעיל במחלתם. אין ספק, כי רק כך יישמר גם האינטרס הרחב של בריאות הציבור.

נייר העמדה:

1. רופא החולה במחלה מידבקת המסכנת את חוליו יימנע מממן טיפול רפואי או מקבלת אחריות רפואית לבריאותם.
2. רופא החולה במחלה מידבקת שאינה מסכנת את חוליו אינו חייב לדווח להם על מצב בריאותו.
3. ההחלטה על מידת הסיכון שיש במחלתו המידבקת של רופא מסוים לפגיעה בחוליו תיעשה על-פי אמות מידה מקצועיות המקובלות בארץ ובעולם.
4. בעמדה זו נשמר האיזון בין האינטרס הציבורי לקבלת טיפול רפואי בטוח מול זכות הרופא לפרטיות, לכבוד עצמי ולחופש העיסוק.

7 | חובת המנתח למנותח - ביקורת והמשך מעקב לאחר ניתוח

מרץ 2021

הדיון בנושא חובת מעקב רופא מנתח אחרי ניתוח, למשך הזמן ובתדירות הנדרשת לפי המקובלות בידע המקצועי, עלה בעקבות פנייה של רופא ממקצוע כירורגי אשר תיאר מצב שבו מנתחים מבצעים ניתוח, ובמכתב השחרור שולחים את המטופל למעקב לאחר שבוע אצל רופא ממקצוע כירורגי בקהילה. הבעיה אשר הטרידה את הרופא: אם קיימת חובה לראות את המנותח בתוך פרק זמן קצוב, המטופל נכנס כדחוף במרפאה עמוסה לעייפה. כאשר רופא אינו מודע מראש למספר המנותחים שיגיעו אליו למעקב ולא לאשר קרה בדיוק בניתוח של המטופל, נפגעת איכות הטיפול בו.

כיוון שבחינוך הרפואי עליו גדלתי ככירורגית נאמר "הזכות שנתן לך החולה לנתח את גופו כשהוא מורדם מחייבת אותך כלפיו לעולם" - נדהמתי נוכח הסיפור הנ"ל.

פניתי להתייעץ עם עמיתי הכירורגים, וסיפורים נוספים עלו. למשל, מטופלת אשר סבלה מסיבוכן לאחר ניתוח ונאמר לה בטלפון לפנות לבית חולים באזור מגוריה; המנתח לא יידע את עמיתיו כי מגיעה לטיפול המנותחת, ולא העביר להם את כל הסיפור הרפואי וסיכום הניתוח לצורך טיפול מיטבי בסיבוכן אשר אירע.

בדיון בלשכה לאתיקה סברו החברים, כי האחריות של המנתח כלפי המנותח שווה למחויבות כל רופא כלפי מטופלו. האתיקה הרפואית והמחויבות למטופל חלה על כל רופא בכל מסגרת עבודה שבה הוא עובד. כאשר יש צורך בביקורת לאחר ניתוח, חובתו של המנתח להיפגש עם המנותח עד תום הטיפול כמקובל לגבי הבעיה הרפואית המסוימת. אם מסיבה כלשהי הביקורת אינה יכולה להיעשות על ידי המנתח, הוא חייב לתאם את המפגש עם אחד מרופאי הצוות שלו (דבר שקורה במחלקות ציבוריות), או רופא בקהילה אשר נמצא בקשר קבוע עם המנתח או רק לצורך בדיקה בודדת חריגה.

במידה ולפי הידע המקצועי אין צורך בבדיקת מעקב - אין לשלוח המטופל למעקב עלום בקהילה.

נייר עמדה זה משלים את כללי האתיקה ביחסי רופא-רופא וכן את הנקודות הבאות ביחסי רופא-מטופל:

- שיתוף פעולה בין הרופא והמטופל - הרופא והמטופל יפעלו במשותף לייסוד מערכת אמון הדדי ביניהם ולהצלחת הטיפול הרפואי.
- הזכות להמשך טיפול רפואי נאות.
- התחלה וסיום של יחסי רופא-מטופל ביוזמת הרופא - הרופא מחויב לרציפות הטיפול הרפואי במטופל, גם אם נותק הקשר המקצועי עמו, וישתף פעולה עם כל רופא אחר הנוטל גם הוא חלק בטיפול הרפואי במטופל.

בדיון בלשכה לאתיקה נקבעו הכללים הבאים:

1. כללים אלה נכתבו ביחס לניתוחים, אך הם רלוונטיים ותקפים לכל טיפול רפואי המצריך ביקורת אחריו.
2. הביקורת לאחר ניתוח מהווה חלק בלתי נפרד מהטיפול הרפואי העיקרי.
3. האחריות להמשך המעקב והטיפול במנותח היא בראש ובראשונה של המנתח.
4. חובה על המנתח לבנות מערך ביקורת מסודר לאחר ניתוח, המותאם למסגרת עבודתו, על פי המרכיבים המקצועיים בתחומו.
5. חובה על המנתח לתאם את דרך המעקב לפני ביצוע הניתוח.
6. במצב שחלה התפתחות, תופעת לוואי בלתי רצויה, סיבוכן בניתוח או צורך באשפוז או ניתוח חוזר נדרשת מעורבות המנתח.

7. במקרים חריגים, בהם המנתח אינו יכול לקחת חלק בהמשך הטיפול או בניתוח החוזר לסיבוכן אשר אירע בניתוח הראשון, יעדכן את המנתחים בכל המידע לגבי הניתוח הראשון. (מקרים חריגים לדוגמה: חולה הנמצא במרחק רב מהמנתח, והסיבוכן דורש התערבות מהירה; אין למנתח קשר עם בית החולים המאפשר אשפוז וניתוח דחוף).
8. מגבלות, כאמור בסעיף 7, אשר ידועות לרופא המנתח מראש, יוצגו למטופל בטרם הניתוח הראשון על מנת שיקבל החלטה מודעת בעניין.

8 | כללים לקביעת כשרות משפטית - המלצות ועדת היגוי, הר"י

פורסם בפברואר 2017

רקע:

בתאריך 2.6.2015 התקיים בלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל דיון בנושא מתן חוות דעת לאפוטרופסות במדינת ישראל. הנתונים שהובאו בפני מליאת הלשכה הצביעו על עשרות אלפי אנשים שנמצאו בלתי-כשירים, וניטלת מהם האוטונומיה להחליט על גופם או על רכושם, לעומת שיעור קטן יחסית של מטופלים הנחשבים בלתי-כשירים במדינות אירופה.

בעקבות הדיון, סברו חברי הלשכה לאתיקה כי ייתכנו מצבים שנעשה בהם שימוש מופרז בקביעה כי אדם אינו כשיר להחליט על גופו; ולכן הוחלט על הקמת ועדה מקצועית, שתפרסם המלצות מדויקות ומצומצמות יותר בכל הנוגע להחלטות רפואיות אשר מצביעות כי אדם אינו כשיר. כמו כן נקבע, כי יש לייסד קורס הכשרה שיתווה את הקריטריונים הנאותים לנטילת זכותו של אדם על גופו ועל רכושו, מתוך כבוד והערכת החשיבות של הזכות לאוטונומיה.

הוועדה עבדה בחודשים ינואר עד מאי 2016 והסכימה על הדברים הבאים:

1. הבסיס לטיפול רפואי כלשהו הוא הסכמה מדעת של המטופל. בסיס זה מושתת על כללי האתיקה ועל חוק זכויות החולה. מכאן שרופא נדרש לוודא, כי המטופל כשיר לתת הסכמה מדעת, ובהיעדר כשרות לקבלת החלטות - יש למצוא גורם חלופי שיבוא בנעליו.
2. היעדר הכשרות לקבלת החלטות הינו מונח משפטי, אולם בפועל הקביעה מתבצעת על ידי רופאים אשר מפנים להמשך הדיון בבית המשפט.
3. עם ההזדקנות המואצת של האוכלוסייה, מתרבים האתגרים סביב כשרות משפטית ואפוטרופסות. בין האתגרים: עלייה בשיעור אנשים עם דמנציה והפרעות נפשיות (דיכאון, חרדה), ירידה בתפקוד ועלייה בשיעור חסרי הישע התלויים בזולת, הדרת זקנים בחברה ונקיטת יחס מתנשא כלפיהם, והיעדר מנגנונים מספיקים להגנה על חסרי הישע ושמירה על זכויות היסוד.
4. העקרונות הבסיסיים המנחים את הרופא כוללים את שמירת האוטונומיה של המטופל וזכותו לקבוע את העדפותיו, והחובה לדאוג לבריאותו ולרווחתו של המטופל. לעיתים קרובות מתנגשים עקרונות אלו ויוצרים דילמה אתית.
5. לאוטונומיה של הפרט בחברה מקום של כבוד, והיא מעוגנת גם ב"חוק יסוד כבוד האדם וחירותו".

חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות קובע:

"כל אדם כשר לזכויות ולחובות מגמר לידתו ועד מותו;

"כל אדם כשר לפעולות משפטיות, זולת אם נשללה או הוגבלה כשרות זו בחוק או בפסק דין של בית משפט; אדם שמחמת מחלת נפש או ליקוי בשכלו אינו מסוגל לדאוג לענייניו, רשאי בית המשפט להכריזו פסול-דין".

קיימים כלים ייחודיים להערכת כשרות לקבלת החלטות, השונים מהכלים הנהוגים לאבחון דמנציה, פיגור או

מחלות נפש. למשל, כלי מקובל בעולם הוא Aid to Capacity Evaluation : ACE¹, אך ישנם כלים רבים נוספים. כלי אבחון המתאימים להערכת התפקוד הקוגניטיבי אינם מתאימים בהכרח להערכת כשרות לקבלת החלטות.

עם מינוי אפוסטרופוס לאדם בגיר, הוא חדל להיות עצמאי מבחינה משפטית וענייניו מנוהלים על ידי אחר. המשמעות היא פגיעה קשה בחירותו ובפרטיותו.

עם החלופות לשמירה על אוטונומיה של האדם ללא צורך בהליך הפוגעני של אפוסטרופוס נמנים מיופי כוח שונים לטיפול רפואי (למשל, לפי "חוק זכויות החולה" ו"חוק החולה הנוטה למות"). מחקרים הדגימו, כי ייפוי כוח נאמן לרצונו של האדם הרבה יותר מקביעת קרוביו. נמצא כי הקרובים לנו ביותר "קולעים" לרצוננו בסוגיות רפואיות ב-30% מהמקרים בלבד. לפיכך מוצאת הוועדה, כי יש לעודד את הציבור למנות מיופה כוח כל זמן שהאדם כשיר.

הערכת כשרות

הערכת כשרות לקבלת החלטות כוללת:

מרכיבים חיוניים:

1. **הבנה** - היכולת להבין את המידע שנמסר (טיפול, ניתוח, מחקר וכו'), סיבוכים/סיכונים וסיכויים.
2. **הערכה** - היכולת להעריך את הרלוונטיות של המידע שנמסר לגבי בריאותו של המטופל עצמו.
3. **היגיון** - היכולת להשתמש במידע כדי לקיים תהליך קבלת החלטות הגיוני.
4. **ביטוי** - היכולת לבטא את החלטתו.

בנוסף:

5. אבחנה של פיגור שכלי, ירידה קוגניטיבית, דמנציה או מחלת נפש אינן מהוות בפני עצמן קביעה לאי-כשרות האדם לקבלת החלטות.
6. כשרות לקבלת החלטות תלויה בהחלטה עצמה. אי-כשרות לקבלת החלטה אחת אינה משליכה על אי-כשרות לקבלת החלטות אחרות. לכן כשרות צריכה להיבדק לגבי כל החלטה בנפרד.
7. כשרות לקבלת החלטות עשויה להשתנות עם הזמן.

הרופאים המעריכים כשרות

1. כאשר עולה החשד כי המטופל אינו כשיר לקבלת החלטות, נדרשת הערכה של מומחה - לפי הנחיות משרד הבריאות ובהתאם לתחום המומחיות וההכשרה. למטופל חולה נפש, ההערכה צריכה להינתן על ידי פסיכיאטר.
2. כאשר קבע המומחה כי המטופל אינו כשיר, נדרשת תעודת מומחה חתומה להגשה לבית המשפט לענייני משפחה, לצורך הוצאת צו מינוי אפוסטרופוס.
3. תעודת המומחה אמורה להכיל את מרכיבי הערכת הכשרות לקבלת החלטות ואת פירוט הדרך למסקנה כי יש צורך במינוי אפוסטרופוס.
4. בתקופת אשפוז, יש להגביל את התעודה לתקופת זמן האשפוז ואין לקבוע בשום אופן הערכה לעניין רכוש; שכן המצבים הרלוונטיים לקביעה עשויים להיות מוגבלים לתקופה זו בלבד.

צורך בהכשרה

ההסתדרות הרפואית בישראל, בהנהגת ועדת ההיגוי לנושא אי-כשירות, תייסד קורס הכשרה, המומלץ לכל בעלי המקצועות הרפואיים העוסקים בנושא. הקורס יכשיר רופאים מתחומי מומחיות אשר יכולים ומעוניינים לשמש בתפקיד. מעבר להכרת המחלות וההנחיות המקצועיות לנושא האבחון והבדיקות, יכלול הקורס תכנים הקשורים לטובת המטופל והנאמנות למטופל, בדגש על הכללים האתיים הרפואיים הרלוונטיים.

בעלי מקצוע

הוועדה סבורה כי **נטילת כשרות מאדם** יכולה להתבצע על ידי קביעת מומחה רפואי בלבד. מעורבות של בעלי מקצוע שאינם רופאים יכולה להיות בקביעה כי האדם כשיר (קביעה חיובית), כל עוד אין קביעה תקפה אחרת של מומחה רפואי, ובתנאי שעברו את קורס ההכשרה. יודגש, כי בעלי מקצוע שאינם רופאים **יחויבו** לעבור את קורס ההכשרה. יצוין עוד, כי העובדים הסוציאליים מעורבים בכל מקרה בהליכים המשפטיים, ולפיכך סבורה הוועדה כי את המעורבות בקביעת כשירות יש להשאיר לידי פסיכולוגים (מומחים בתחום הקליני או השיקומי) או אחים/אחיות מוסמכים.

רשימת מומחים

הוועדה סבורה, כי יש לגבש בהר"י רשימת מומחים שעברו את קורס ההכשרה. חברי הועדה: ד"ר תמי קרני, פרופ' ישראל שטראוס, ד"ר סימונה נאור, ד"ר איגור ברש, פרופ' צבי דוולצקי, ד"ר יורם מערבי, ד"ר אירנה סיבין, ד"ר לאה אהרוני, ד"ר ורה רוזנפלד, פרופ' יהודית אהרון-פרץ

9 | טיפול למניעת הריון בנשים חסרות כשירות לקבלת החלטות מודעות

ינואר 2023

השיקולים האתיים העומדים בבסיס מתן טיפול למניעת הריון לנשים שאינן כשירות לקבל החלטות אוטונומיות - לדוגמה, מטופלות החולות במחלות נפשיות או סובלות מפיגור שכלי ועוד - תלויות בנסיבות ובמצב האישי של המטופלת. ככלל, חשוב לכבד את האוטונומיה של המטופלת, ולהבטיח שכל ההחלטות הטיפוליות מתקבלות לטובתה. אם מטופלת אינה מסוגלת לקבל החלטות בשל מצבה הנפשי, יש להתיעץ עם מקבל החלטות חלופי בשמה, קרי אפוטרופוס או מיופה כוח. על ההחלטה להתבסס על מצב בריאותה הנפשי והפיזי של המטופלת, רצונות הרבייה שלה כפי שהביעה אותם, והסיכונים והיתרונות הפוטנציאליים של הטיפול. חשוב גם לספק למטופלת חינוך וייעוץ מקיף ולא שיפוטי לגבי אמצעי מניעה, כדי להבטיח שהיא תוכל לקבל החלטה מושכלת. מניעת הריון באופן זמני אפשרית על ידי טיפול תרופתי או התקן תוך רחמי, ובאופן קבוע הדבר אפשרי על ידי עיקור ניתוחי. ההמלצה על הטיפול נעשית בדרך כלל על ידי הגינקולוג/ית אליהם פונה המטופלת. ההחלטה תהיה על פי צורכי המטופלת, בשיתוף של המטופלת, הרופאים והרופאות המטפלים בה. לפעמים, גם אם המצב השכלי של המטופלת מעורער, עדיין אפשרי שיתוף פעולה מצידה בהחלטה זאת. במקרה כזה, יש לשתף ולקבל את העדפתה לטיפול. כאשר המטופלת סובלת ממחלות נלוות, מובן שיש צורך להתייחס גם לבעיות הרקע הרפואיות ולמצוא את הטיפול המתאים ביותר.

בתום דיון, הלשכה לאתיקה קבעה את העקרונות הבאים:

1. טיפול למניעת הריון יינתן ללא אפליה כלשהי, כגון השתייכות לקבוצה מסוימת, על רקע מחלה מסוימת, אבחנה רפואית, מקום אשפוז וכיוצא באלה.
2. במטרה לשמר את האוטונומיה של המטופלת בקבלת החלטות, ייעשה מאמץ מיוחד להשגת הבנה ושיתוף של המטופלת, או שיתוף פעולה עם מקבלי החלטה חלופיים.
3. החלטה וטיפול למניעת הריון, כמו כל טיפול רפואי אחר, ייעשה על בסיס הערכה אישית פרטנית.
4. החלטה וטיפול למניעת הריון ייעשו על פי צורכיה הרפואיים של המטופלת.
5. מן הראוי שההחלטות יהיו בשיתוף פעולה ושיקול דעת של רופאים מתחומים שונים.
6. ככלל, במצבים שלא ניתן לקבל את שיתוף הפעולה ואת דעתה של המטופלת עצמה, תינתן עדיפות לטיפול זמני על פני טיפול קבוע ובלתי הפיך.

10 | חוות דעת נוספת לחולה המאושפז

פורסם בפברואר 2004

רקע:

בלשכה לאתיקה התקבלו תלונות הנוגעות להתנהגותם המקצועית של כמה רופאים אשר הגיעו, כיועצים חיצוניים, לצורך מתן חוות דעת רפואית נוספת לחולים מאושפזים בבית חולים או במחלקות שאינם מקום עבודתם הקבוע של אותם יועצים.

ראוי להבהיר כבר בשלב מוקדם זה, כי כל חולה מאושפז או נציגו רשאים, על-פי חוק זכויות החולה ועל-פי התרבות הרפואית הנהוגה כיום, להזמין יועץ רפואי לפי בחירתם. על הצוות הרפואי מוטלת החובה לשתף פעולה עם אותו יועץ. עם זאת, יש לקבוע סייגים והוראות לעבודתו של היועץ ולשיתוף הפעולה שלו עם הצוות הרפואי המטפל בחולה. כל זאת כדי לשמור על בריאותו של החולה, מצד אחד, וכדי לשמור על כבודו ומעמדו של הצוות הרפואי, מצד אחר.

באחת התלונות התעוררה הסוגיה כי ראוי לתאם את עצם הביקור במחלקה המאושפזת. באותו מקרה דובר בעורך-הדין של המשפחה אשר הודיע, לדבריו, לצוות המחלקה על בואו של הרופא. למעשה, כך התברר לאחר זמן, הוא הודיע על הביקור רק לאחרות האחרות באותו יום, ואילו מנהל המחלקה, סגנו ומנהל בית החולים לא ידעו כלל על אותה התייעצות מיועדת. הרופא היועץ, מצדו, קיבל את הודעת עורך-הדין כפשוטה ולא טרח לבדוק בעצמו אם אכן נמסרה ההודעה על הביקור כנדרש, וכי אכן ניתנה ההסכמה לבואו על-ידי צוות המחלקה. מאחר שההתייעצות נדרשה סביב אשפוזו של חולה, אשר עמד באותו המועד במרכז של סערה ציבורית וויכוח נוקב על ההשלכות האתיות של הטיפול בו, ראתה הנהלת בית החולים בחומרה רבה את ההתייעצות שהתקיימה בלא ידיעתה והגישה תלונה ללשכה לאתיקה. חברי ועדת הבירור של הלשכה, אשר זימנו את הרופא לבירור, התרשמו כי פעל בתום לב וכי קיבל מידע מוטעה מעורך-הדין. עם זאת, סברו חברי הוועדה, כי היועץ היה חייב לתאם את הביקור בעצמו, ולפיכך החליטו לרשום לרופא אזהרה על מעשיו.

בתלונה אחרת התעוררה מחלוקת חריפה סביב הסוגיה האם יועץ שהגיע לבדוק חולה לבקשת המשפחה רשאי לכתוב את חוות דעתו בגיליון החולה. המחלוקת במקרה ספציפי זה החריפה שבעתיים, מאחר שהרופא היועץ העביר ביקורת על טיב הטיפול שקיבל אותו חולה ואף הציע טיפול אחר מטעמו. הצוות הרפואי באותה מחלקה סבר כי "תיקו הרפואי של החולה הוא בבעלות המחלקה", וכי הרופאים בה "אינם פקידי האמורים לבצע את דעת היועץ". אותם רופאים חשו כי האירוע כולו הביא ל"קרע ביחסי הרופא-חולה", והם דרשו התנצלות מאותו יועץ על עצם כניסתו למחלקה בשעות הערב, בלא ידיעתם, ועל כך שלא טרח ליידע מי מהם, בשיחה ישירה, על הממצאים ועל המסקנות שעלו באותו הביקור.

בעקבות תלונות אלו סברו חברי הלשכה לאתיקה, כי יש לכתוב כללים מחייבים להתנהגות ראויה של הרופא היועץ לחולה המאושפז. אנו מקווים כי פרסומם ויישומם ימנעו בעתיד תלונות דומות.

נייר העמדה:

1. חולה מאושפז או נציגו זכאים לבקש חוות דעת רפואית נוספת.
2. הצוות הרפואי יאפשר התייעצות זו על-פי בחירתו של החולה או נציגו.
3. הרופא היועץ יתאם מראש ובעצמו עם מנהל המחלקה או סגנו את מועד ההתייעצות.
4. בבואו למחלקה יציג הרופא היועץ את עצמו בפני הצוות הרפואי והסיעודי.
5. הרשומה הרפואית תועמד לרשות הרופא היועץ ועל-פי הצורך יקבל פרטים נוספים מהצוות הרפואי.
6. בזמן בדיקת החולה יאפשר הרופא היועץ את נוכחות איש הצוות הרפואי או הסיעודי של המחלקה המטפלת.

7. בתום הבדיקה, יסכם הרופא היועץ את ממצאיו, את מסקנותיו ואת המלצותיו בפני החולה או נציגו.
8. רשאי החולה או נציגו לקבוע אם בשיחת הסיכום עם הרופא היועץ יהיה נוכח גם נציג צוות המחלקה המטפלת.
9. הרופא היועץ יסכם בכתב את ממצאיו, את מסקנותיו ואת המלצותיו.
10. סיכום זה יינתן בידי החולה או נציגו ובהסכמתם גם למחלקה המטפלת.
11. הרופא היועץ יידע בעל-פה, בתום הביקור, את הצוות הרפואי בממצאיו, במסקנותיו ובהמלצותיו.
12. הצוות הרפואי ישקול את חוות דעתו של הרופא היועץ ויפעל, על-פי מיטב שיפוטו, לטובת החולה.

11 | רפואה ואמונה בטיפול הרפואי

פורסם ביוני 2006

רקע:

יכולתה של הרפואה לעזור ולרפא אינה מובטחת בכל מקרה ומקרה. ציבור הרופאים מודע היטב למגבלה זו, אך הקהל הרחב אינו מוכן, ברובו, לקבל מציאות זו. לפיכך, שכיח למצוא, במיוחד במצבים מסכני חיים, כי יש מטופלים, והקרובים להם, הפונים בעת צרה אל מחוץ למערכת הרפואה על מנת לקבל סיוע ועזרה. כך עלול הרופא למצוא עצמו מול עצות והוראות של איש דת או מול אמונות עממיות המנוגדות לידע המקצועי שלו או להשקפת עולמו. כיצד ינהג מנהל יחידה לטיפול נמרץ בשעה שהוא נדרש להתיר, ביחידתו, ביצוע טקס עריפת ראש של שבע יונים, על מנת להציל חולה אנוש הנמצא בטיפול? לא אחד מאיתנו, היה עד לדרישה כזו. (על-פי האמונה העממית, זה טיפול בדוק נגד צהבת קשה).

הספרות הרפואית מתייחסת לדילמה זו ברצינות רבה, ובשנים האחרונות התפרסמו מאמרים רבים בטובי העיתונים הדנים בנושא זה. כך גם התבשרנו לאחרונה, כי בית חולים גדול התחיל להפעיל "תמיכה רוחנית" בין כתליו, תוך שהוא מקדם יוזמה להפוך "תומך רוחני" למקצוע פארא-רפואי מוכר. אף כי אין כל הוכחה מדעית לכך שאמונה או תפילה נושאות בחובן סיכוי טוב יותר להחלמה בהשוואה לחולה שאינו מאמין, הרי שיש לאמונה זו ערך נפשי סובייקטיבי רב בעיני החולה המאמין, אותו יש לכבד גם אם לא באופן מוחלט.

"חוק זכויות החולה" ועקרון "אוטונומיית החולה על גופו" מקנים לו את החופש לבחור בטיפול מתוך האפשרויות העומדות בפניו – הן בגבולות הרפואה המסורתית והן מחוץ לה. כאמור, בחירה זו עלולה להתנגש, לעתים, בעקרון "האוטונומיה של הרופא", אף שזו לא הוגדרה מעולם בחוק. "אוטונומיית הרופא", לדעת חברי הלשכה לאתיקה, כוללת בין היתר את השקפת עולמו, את אמונתו האישית ואת עמדותיו המקצועיות. בדיון שהתקיים בלשכה לאתיקה ניסו חבריה לקבוע כללים להתנהגות רפואית נאותה במצבים ש"אוטונומיית החולה" מתנגשת ב"אוטונומיית הרופא" בגבול הברור שבין הרפואה המסורתית-מדעית לבין האמונה. להלן כללים אלה.

נייר העמדה:

1. עקרון "אוטונומיית החולה על גופו" מאפשר לחולה לקבוע את טיב הטיפול הניתן לו.
2. יש שחולים, הנמצאים במערכת רפואית, מעדיפים קבלת טיפולים שבהם שולט מרכיב של האמונה או הדת.
3. אמונה ודת משמשות מקור כוח ותקווה לחולה המאמין, ומכאן חשיבותן הסובייקטיבית להחלמתו של החולה.
4. רופא יאפשר לחולה לקבל שירותי אמונה או דת, אך אין הוא נדרש לתת אותם בעצמו.
5. ייתכנו מצבים, שבהם טיפולים אשר מקורם באמונה או דת עומדים בסתירה לעמדתו המקצועית של הרופא המטפל בפרט ובסתירה לידע הרפואי בכלל.
6. אין לכפות על רופא מתן טיפול כלשהו העומד בניגוד לשיפוט דעתו המקצועי או בניגוד למצפון.
7. עם זאת, יכבד הרופא את רצונו של החולה לכל טיפול כזה, כל עוד אין בקבלת בקשתו כדי לגרום נזק מידי לבריאותו של החולה, סכנה לבריאות החולים האחרים או לצוות הרפואי, וכל עוד אין הטיפול בא על חשבון המשאבים הרפואיים הנדרשים לחולים האחרים.
8. ככל הניתן, עדיף לשלב סעד רוחני ואמונותי בו-בזמן, ובנוסף לטיפול הרפואי השגורתי, מבלי להביא להתנגשות בין השניים.

12 | טיפול רפואי להעצמה קוגניטיבית

פורסם בפברואר 2011

רקע:

בני אדם תמיד סגדו ליופי האנושי. היופי מקנה יתרון דרוויניסטי בחברה האנושית. הוא מסמל נעורים, חיוניות ועוצמה וטומן בחובו סיכוי גדול יותר להצלחה בחיים.

כירורגיה אסתטית, הבאה לשמר את היופי ולהיענות בכך לדרישות הציבור, עוסקת ב"רפואה לא ריפויית". את הצורך בטיפול לא קובע הרופא המטפל, כמו בכל ענפי הרפואה האחרים, אלא המטופל עצמו. המטופל עושה זאת מתוך צורך סובייקטיבי הנובע מתפיסתו את דמות עצמו גם אם לעיני המתבונן האובייקטיבי אין מקום לשינוי כל שהוא בגופו. המטופל הוא גם זה הקובע את "הצלחת הטיפול" על פי שביעות רצונו מהתוצאה הסופית. הטיפול נועד על פי טבעו להפוך את המטופל למאושר יותר. האושר הופך לכן מוצר צריכה העובר, מעשה שיגרה, בין הספק לצרכן.

אך יכולת הרפואה אינה נעצרת בתעשיית היופי בלבד. כיום ניתן באמצעים רפואיים לשפר גם את היכולת המוטורית, היכולת הקוגניטיבית ואת מצב הרוח וההתנהגות לא רק של אנשים חולים אלא גם של אנשים בריאים. הלחץ על הרפואה והרופאים מצד אנשים בריאים הרוצים לרכוש יתרון חברתי גם בתחומים אלו הולך וגובר.

הדבר מחייב את הרופאים להגדיר לעצמם את תפקידם בחברה. האם תפקיד הרפואה הוא לרפא אנשים חולים או להפוך בני אדם בריאים לאלים? האם רשאים הרופאים לשפר ולהעצים את יכולתו הקוגניטיבית של אדם בריא על פי בקשתו.

מכאן עולות השאלות המתבקשות בדיון החברתי- האם ניתן לסטודנט בריא תרופה המשמשת לטיפול בחולים עם הפרעת קשב וריכוז (ADD) על מנת להגביר את יכולת הלימוד שלו ובכך נקנה לו יתרון על פני חבריו ללימודים? האם ניתן לאדם קשיש הסובל מידידה בזיכרון, שהיא טבעית ושכיחה בגילו, תרופה המשמשת לטיפול בחולי אלצהיימר גם מבלי שהוא חולה במחלה זו? האם ניתן למתמחה ברפואה תרופה המעודדת ערנות בזמן תורנות הלילה שלו כדי להגביר את ערנותו ולהפחית את הסיכוי כי יטעה במהלך התורנות הארוכה והתובענית?

המצדדים ב"רפואה מעצימה" סבורים כי לכל אדם שמורה הזכות להגשמה עצמית בכל דרך, כל עוד אין בכך פגיעה באחרים. השיפור באיכות החיים על פי המצדדים אינו נמדד על פי מדדי מחלה בלבד וכי הגבול בין מחלה לבריאות אינו חד. בהישמעו לבקשת המטופל לרפואה מעצימה פועל הרופא לטובתו של המטופל והוא אינו מפר בכך את האיוון החברתי מאחד והחברה האנושית אינה שוויונית מלכתחילה.

המתנגדים ל"רפואה מעצימה" טוענים כי אם יישמו הרופאים גישה זו באופן גורף יחול שינוי שלילי באופי החברה: העשירים יוכלו לממש רפואה זו ולהפוך, הם וצאצאיהם, חכמים יותר ולכן גם עשירים יותר. לדעת השוללים ייווצר לחץ חברתי נרחב לשימוש בתרופות אלו שאת ניצניו אנו רואים כבר היום- שימוש שכיח בריטלין בקרב סטודנטים בריאים. יתר על כן גם המעסיקים עלולים לדרוש שימוש בתרופות מעוררות ומחדדות המחשבה כמו גם רשויות המדינה לרבות כוחות הביטחון הצבא והמשטרה. קיים עוד חשש כי בהיפתח צוהר ולו הקטן ביותר תפעלנה חברות התרופות את "כוחות השוק" ותעודדנה את השימוש בתרופות אלו על חשבון משאבים כלכליים מוגבלים.

בניסיון לאזן בין קטבים אלו ניסחו חברי הלשכה לאתיקה את נייר העמדה המצורף.

נייר העמדה:

1. התפקיד המסורתי של הרופא והרפואה הוא לשמור על בריאות המטופל ואיכות חייו. מטרת הרפואה המודרנית היא לשפר את איכות החיים של המטופל גם שלא במצבי חולי.
2. הגדרת המושג בריאות ואיכות החיים מתחשבת בתחושתו הסובייקטיבית של המטופל לגבי מצבו, בהתאם להשקפה זו החברה מקבלת לדוגמה את הרפואה הקוסמטית המשנה לעיתים את מראה האדם על פי בקשתו ורצונו.
3. הרפואה מסוגלת כיום להעצים גם את היכולת הקוגניטיבית של אנשים בריאים אך זקוקה "להרשאה חברתית" לעשות כן.
4. "רפואה מעצימה" היא לכן אחת אם יש בה תועלת למטופל בריא והסיכון הטמון בה הוא שולי.
5. יחסי רופא מטופל מתקיימים גם בתנאים של "רפואה מעצימה" והם כפופים לכל כללי המקצוע.
6. הרופא יבחן באופן מקצועי כל בקשה להעצמה של מטופל אך אינו חייב לקבלה.
7. הרופא ישקול את הבקשה לאור העובדה כי הוא נותן תרופה באינדיקציה שאינה רשומה (OFF-LABEL).
8. הרופא יחתים את המטופל על הסכמה מדעת לכל טיפול העצמה אשר במהלכו תיערך הערכה תקופתית של יעילות הטיפול ונחיצותו כמקובל.
9. מתן תרופות בתנאים של "רפואה מעצימה" אסור בהקשר לחסרי כשירות משפטית.
10. "רפואה מעצימה" תעשה על חשבון המטופל ועלותה כלכלית לא תושט על כלל החברה.

13 | גבולות החובה בטיפול הרפואי

פורסם במאי 2007

רקע:

לפני שנים מעטות סערה הקהילה הרפואית בבריטניה, בעקבות ניתוח של כריתת רגל בריאה אשר ביצע רופא אורתופד לבקשתו של חולה, אשר דרש את הניתוח מאחר שראה את רגלו הבריאה כגוף זר, שאינו שייך לו ואף פוגע באיכות חייו. המקרה עורר ויכוח סוער שעסק בהיבטים שונים אשר נגזרים ממנו, החל מהאבחון הנידולוגי של "תסמונת האיבר הזר" וכלה באבחנות פסיכיאטריות מובהקות של "תסמונת מינכהאוזן" ו-Apotemnophilia (אהבת אמפוטנציה). צד אחר של הוויכוח התמקד בתפקידו של הרופא המנתח בכריתה מוזרה זו ובפן האתי של מעשיו. מכאן קצרה הדרך לשאלה המתבקשת – האם חייב רופא למלא כל בקשה של מטופל לכל טיפול רפואי שהוא, או שמא עליו להגבילו; ואם כן, מהו הגבול שעליו להציב לו.

בישראל עלתה סוגיה זו לדיון רחב לאחר פטירתה של אישה, שילדה בניתוח קיסרי, ללא הצדקה רפואית. אמנם, האישה דרשה אותו במפורש ונתנה אישור מראש וכדין לביצועו, אולם סיבוך ידוע אך נדיר ביותר של אותו ניתוח הביא למותה. כמו באנגליה, גם כאן העלה המקרה שאלות בדבר האיזון הנדרש בין רצונותיה של היולדת לבין חובתו, לכאורה, של הרופא למלא אחריהם, או זכותו לסרב להם.

חוקי המדינה עיגנו את זכויות האדם הבסיסיות ואת האוטונומיה השלמה שלו על גופו. כך נקבע, כי לחולה זכות סירוב מוחלטת לקבלת טיפול רפואי, אך הזכות לקבל טיפול רפואי היא מוגבלת בשל אינטרסים אחרים, לרבות חוקים שקבעה המדינה, וכן האוטונומיה של הרופא וזכותו שלא לתת טיפול רפואי הנוגד את מצפונו האישי או את עמדתו המקצועית, להוציא מצבי חירום מסכני חיים.

בניתוח קיסרי הנעשה לבקשת היולדת ללא סיבה רפואית באים לידי התנגשות אינטרסים נוגדים: מחד גיסא – עקרונות החופש, הכבוד והאוטונומיה של האישה, המביעים את זכותה לקבוע מה יעשה בגופה וכיצד תביא את צאצאיה לעולם; מאידך גיסא, אין חובה אתית או משפטית המוטלת על הרופא לבצע כל דרישה של היולדת. הרופא רשאי לשמור לעצמו את חופש הבחירה ולהחליט האם להיעתר לדרישת היולדת לקבל טיפול רפואי שהוא, לדעתו, בלתי ראוי מבחינה מקצועית או אתית.

בנייר העמדה המצורף קבעו חברי הלשכה לאתיקה את הנסיבות שבהן רשאי הרופא לסרב לתת טיפול רפואי לבקשת המטופל.

נייר העמדה:

1. טיפול רפואי מיטבי מבוסס על שותפות מלאה של המטופל והרופא כאחת.
2. חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו וחוק זכויות החולה מקנים למטופל את החופש לבחור את חלופות הטיפול הרפואי שיקבל. זכות זו אינה מוחלטת, והיא מוגבלת.
3. על הרופא לא מוטלת חובה אתית או משפטית לבצע כל דרישה של המטופל, למעט טיפולים דחופים מצילי חיים.
4. רופא חייב לסרב לבקשת המטופל לקבל טיפול רפואי הנוגד את חוקי המדינה.
5. רופא רשאי לסרב לבקשת מטופל לקבלת טיפול רפואי, אם טיפול זה נוגד את עמדתו המקצועית או את מצפונו.
6. על הרופא לנסות ולהניא מטופל מקבלת טיפול שאין לו, לדעת הרופא, הצדקה רפואית.
7. בחינת בקשתו של המטופל תיעשה על-ידי הרופא באופן מקצועי, ללא כל שיקול זר.
8. חופש הבחירה של הרופא שלא לתת טיפול ללא הצדקה רפואית משמר את האוטונומיה והיזורה המקצועית שלו.

14 | סיום יחסי רופא-מטופל ביוזמת הרופא

פורסם בספטמבר 2009

רקע:

הקשר המקצועי בין רופא למטופל מחייב שותפות תוך אמון הדדי מלא. למרבה הצער לא תמיד עומד קשר זה במבחן המציאות. לרוב המטופל הוא זה המביע את אי שביעות רצונו מהרופא-מאופיו, מהתנהלותו המקצועית או האנושית או גם מעצם הטיפול הרפואי הניתן על ידו. לעיתים דווקא הרופא הוא זה המבקש לסיים קשר מקצועי עם מטופל. בניגוד לחופש הניתן למטופל בבחירת הרופא שיטפל בו חופש הבחירה הניתן לרופא בבחירת מטופליו הוא מוגבל יותר. נוצר צורך לכן לאזן אסימטריה זו בקביעת כללים אתיים המתירים לרופא, בנסיבות מיוחדות ומוצדקות לסיים ביוזמתו את הקשר המקצועי עם המטופל.

נייר העמדה:

1. על הרופא מוטלת החובה לתת עזרה רפואית למטופל כל עוד המטופל זקוק לעזרה זו.
2. בתנאי חירום חובה זו היא מוחלטת.
3. יש נסיבות שבהן רשאי הרופא לסיים קשר רפואי קיים עם מטופל.
4. נסיבות כאלו לדוגמה הן מטופל אלים, מטופל שאינו מציית להוראות רפואיות או מטופל הבא בדרישות יתר מופרזות אל הרופא.
5. סיום הקשר אפשרי גם עם פרישת הרופא לגמלאות, מעבר הרופא לאזור גיאוגרפי אחר או שינוי תחום העיסוק ברפואה.
6. יש לוודא כי בריאות המטופל לא תיפגע במהלך ניתוק הקשר הטיפולי.
7. יש להודיע מראש לחולה על ניתוק הקשר הטיפולי ולאפשר לו להיערך לקראתו.
8. במידת האפשר יש לסייע לחולה במציאת רופא מחליף.
9. בהסכמת החולה יש להעביר את הרשומה הרפואית לרופא המחליף.

15 | רופא רשאי להודיע למטופליו על מקום עבודתו החדש

פורסם ביוני 2006

רקע:

ד"ר ב' סיים את עבודתו בבית חולים מסוים לאחר 24 שנות עבודה ולאחר שהפסיד במכרז לניהול המכון שבו עבד. סיום העבודה היה מלווה בצלילים צורמים, והיה צורך בהתערבות של יו"ר ועד הרופאים שם ויו"ר הר"י, על מנת להסדיר את תנאי הפרישה. מספר חודשים אחר כך התחיל ד"ר ב' לעבוד בבית חולים אחר, משם שלח מכתב לכל מטופליו מבית החולים הקודם, המודיע להם על מקום עבודתו החדש ואף מציע ביקור ראשון חנם במקום עבודתו החדש.

הנהלת בית החולים הראשון התלוננה בפני הנהלת בית החולים השני על מכתב זה. בתגובה, שלחה הנהלת בית החולים השני מכתב התנצלות, ששוגר אף הוא למטופליו הקודמים של ד"ר ב'. בנוסף, שלח ד"ר מ', שנבחר למנהל המכון שבו עבד ד"ר ב' בבית החולים הראשון, מכתב משלו לכל אותם מטופלים. במכתב זה נטען, כי התנהלותו של ד"ר ב' אינה עולה בקנה אחד עם כללי האתיקה המקובלת. על כך הגיש ד"ר ב' תלונה ללשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית, בטענה שהמכתב פגע בשמו הטוב.

ועדת הבידור של הלשכה לאתיקה מצאה כי התלונה מוצדקת, אך גם כי הקובל עצמו עבר עבירה אתית. הוועדה דחתה תלונה נגדית על "גניבת חולים" או שימוש ברשימת חולים ללא רשות, אך מצאה פגם במכתבו של ד"ר ב', המציע ביקור ראשון חנם. ועדת הבידור החליטה, בין היתר, כי ד"ר ב' יתנצל בכתב בפני ד"ר מ' והנהלת בית החולים הראשון על נוסח המכתב, ממנו משתמע לכאורה שידול חולים למעבר לבית החולים החדש; ואילו הנהלת בית החולים הראשון וד"ר מ' יפרסמו, מצדם, התנצלות על המכתב שבו נאמר כי ד"ר ב' לא נהג על-פי כללי האתיקה.

ד"ר ב' אכן התנצל כנדרש, אך ד"ר י', מנהל בית החולים הראשון, ערער על החלטת ועדת הבידור. ועדת הערעור של הלשכה לאתיקה חזרה ואישרה את החלטתה של ועדת הבידור כי במכתבו של ד"ר ב', ממקום עבודתו החדש, יש משום שידול חולים למעבר למרפאתו החדשה, ובכך יש עבירה אתית. עוד אישרה הוועדה את ההחלטה הקודמת, כי פנייתו הישירה של ד"ר מ' למטופליו של ד"ר ב' – בנוסח שנכתבה – מהווה הלעזה על חבר למקצוע וראויה גם היא לגינוי. כמו כן הוברר, כי בנוסף למעשיו המפורטים לעיל, מסר ד"ר מ' במהלך אירועים אלה פרטים "לא מדויקים" לבית החולים השני באשר להסכם סיום עבודתו של ד"ר ב' בבית החולים הראשון. לגבי ד"ר י', מנהל בית החולים הראשון, קבעה ועדת הערעור, כי לא נעברה על-ידו כל עבירה אתית, וכי אין לה סמכות לקבוע האם בית החולים כמוסד עבר עבירה שכזו.

הן ד"ר ב' והן ד"ר מ' נענשו ב"אזהרה" על-ידי ועדת הערעור של הלשכה לאתיקה. הוועדה החליטה, כי פרטי הפרשה יפורסמו ללא ציון שמות המעורבים בה. עוד החליטה הוועדה, כי הנושא יובא לדיון בפני מליאת הלשכה לאתיקה. בעקבות הדיון שהתקיים בלשכה, הוחלט לפרסם את נייר העמדה שלהלן.

נייר העמדה:

1. זכות החולה היא לקבל טיפול רפואי רצוף וסדיר.
2. זכות זו טומנת בחובה גם את הזכות לקבל טיפול רפואי מרופא אישי קבוע.
3. מכאן נגזרת גם זכותו של החולה לדעת להיכן עבר לעבוד הרופא שטיפל בו עד כה.
4. ידיעה זו תאפשר לחולה קבלת "החלטה מדעת" היכן, כיצד ועל-ידי מי ימשיך לקבל את הטיפול הרפואי הנדרש לו.
5. מכאן נגזרת גם חובתו של המעסיק להודיע, בתוך זמן קצר וסביר, למטופליו של רופא המשנה את מקום עבודתו על שינוי זה.
6. היה והמעסיק אינו מקיים חובה זו, רשאי הרופא לפנות למטופליו ולהודיע להם על השינוי שחל במקום עבודתו.

16 | על הרופא מוטלת החובה האתית לגלות לחולה כי חלה תקלה בטיפול בו

פורסם במאי 2004

רקע:

דו"ח ה-Institute of Medicine אשר התפרסם בארצות-הברית בשנת 1999 הכה גלים בעולם כולו. מהדוח התברר כי יותר אנשים מתים בבתי החולים בארצות-הברית מטעויות במהלך הטיפול הרפואי מאשר בתאונות דרכים, מסרטן או מאיידס. העניין הציבורי שהתעורר בנושא היה עצום, וטעויות רפואיות הפכו נושא "חם" במישור החברתי, המשפטי, המינהלי והאתי. אין פלא כי התערבות הרשויות הרגולטוריות היתה גורפת ומהירה והביאה לתחילתו של שינוי מעמיק ויסודי, גם אם אטי, בדרך שבה מתנהלת הרפואה בארצות-הברית. בעקבות הרפואה האמריקנית משתנה גם הרפואה בעולם המערבי כולו.

רפואה אינה מדע מדויק, ואין היא יכולה לערוב להצלחה מוחלטת בכל טיפול וטיפול. תקלות בטיפול רפואי הן בלתי נמנעות לעתים, ולא כל משגה או תקלה בטיפול הרפואי מהווים בהכרח רשלנות רפואית. עבודות מחקר רבות מורות כי הרוב הגדול של החולים רוצה לדעת על כל טעות ותקלה, ולו גם קלת ערך, שהתרחשה במהלך הטיפול הרפואי. עם זאת, עבודות מחקר אחרות, רבות גם הן, מורות כי אנו, הרופאים, נוטים להעלים מידע מהחולים שלנו, ואין אנו נוטים לחשוף טעויות שעשינו. פער זה, הנגלה במהירות בפני החולה, פוגם קשות ביחסי האמון בינו לבין הרופא, והוא שעומד ביסודן של מרבית התביעות בגין רשלנות רפואית המוגשות נגד הרופאים. מרבית החולים התובעים מבטאים תחושות של כעס, מרירות, בגידה והשפלה כאשר הם חשים כי מידע חיוני מוסתר מהם. רובם אף מוכנים להודות כי לא היו תובעים את הרופא לו בזמן אמת היה מתייחס אליהם בהגינות וביושר, תוך מתן הסבר מלא ואמין והתנצלות כנה על שהתרחש.

זכותו המשפטית של כל אדם "לדעת מה הטיפול שהוא עומד לקבל ומה הטיפול שהוא כבר קיבל - אירועים, מעשים, מחדלים והוראות שהביאו אותו למצב בו הוא נתון עכשיו לאחר הטיפול" (כבוד השופט אהרון ברק, פסק דין "הדסה נגד גלעד"). בד בבד, קיימת חובה אתית למסור לחולה על כל טעות שחלה בטיפול בו, ואשר יש לה השפעה על בריאותו או על המשך הטיפול בו. גילוי כזה עומד בהתאמה מלאה לעקרונות האתיים הבסיסיים ביותר - הוא נעשה לטובת החולה, מונע ממנו נזק נוסף, משמר את האוטונומיה שלו בבחירת המשך הטיפול הרפואי ומבטא את השקיפות והיושר הנדרשים בקשר המקצועי והאנושי עמו. ההשקפה הפרגמטית גורסת בנוסף, כי גישה פרואקטיבית של גילוי יזום מפחיתה את העוינות כלפי הרופא, מפחיתה את הרצון לתבוע אותו בגין רשלנות ומונעת חשיפה ציבורית סנסציונית, הגורמת תמיד נזק לרופא.

חסמים מרובים קיימים בדרך אל תרבות החשיפה המלאה של טעויות ברפואה. האווירה הציבורית היא של "האשם, הכלם והענש" את הרופא ששגה. בצדק רב חוששים הרופאים כי כל גילוי כזה יביא מיד בעקבותיו פרסום שלילי, אובדן מוניטין, אובדן מעמד מקצועי, אובדן חולים ותביעת רשלנות רפואית, בצד הליכים משמעותיים ומשפטיים, שמחירים עלול להיות קשה מנשוא. חובה עלינו ליצור גישה חברתית חדשה, שבה יוכל הרופא לדווח בחופשיות על כל טעות שעשה, בלי שיועמד בהכרח לדין. רק כך נוכל, בסופו של דבר, לשפר את רמת הרפואה בארץ ולשמור ביתר שאת על שלומם של החולה המופקד בידינו.

נייר העמדה:

1. הרפואה אינה מדע מדויק, ואין היא יכולה לערוב לתוצאה חיובית בכל טיפול.
2. לפיכך תקלה בטיפול רפואי היא לעתים בלתי נמנעת. תקלה משמעותה תוצאה שלילית, בלתי מכוונת ובלתי צפויה במהלך טיפול רפואי.
3. לא כל משגה או תקלה בטיפול הרפואי מהווה בהכרח רשלנות רפואית.
4. לפיכך הודאה בתקלה בטיפול אין משמעותה הודאה ברשלנות רפואית.
5. זכותו של החולה לדעת מהו הטיפול הרפואי שקיבל. זכות זו נגזרת מזכותנו לדעת על עצמנו, כביטוי לאוטונומיה של הרצון הפרטי של האדם וכבודו.
6. גילוי נאות של תקלה בטיפול ישמר את האמון ההכרחי ביחסי רופא-חולה.
7. בכל מקרה של תקלה בטיפול בחולה, אשר יש לה השפעה על בריאותו או על המשך הטיפול בו, יש ליידע את החולה בדבר תקלה זו.
8. גילוי התקלה לחולה ייעשה מוקדם ככל האפשר, תוך הבעת אמפתיה וצער על התקלה שהתרחשה.
9. הגילוי ייעשה על-ידי הרופא האחראי, והוא יכלול מידע ששייב על השאלות: מה קרה, מתי קרה, כיצד קרה, ואילו צעדים ננקטו כדי שתקלה כזו לא תישנה בעתיד.
10. הגילוי יכלול גם מידע לגבי השפעה אפשרית של התקלה על בריאותו של המטופל ועל הצעדים הננקטים כדי לתקן תקלה זו.
11. נטילת אחריות אינה הודאה באשמה; לפיכך, הרופא המדווח יימנע מהצהרה או הסכמה לכך שהוא, או רופא אחר או המוסד הרפואי, אשמים בתקלה שהתרחשה.
12. יש לקבוע כללים מתאימים וליצור תרבות חברתית וארגונית של שקיפות ודיווח מלא לחולה במקרים של תקלה בטיפול הרפואי.

17 | יחסי מין בין רופא ובין מטופל

פורסם באוגוסט 2002

רקע:

הלשכה לאתיקה דנה באחרונה במקרה של רופא שהואשם בבית משפט השלום בהטרדה מינית של אישה שהיתה בטיפולו.

מפרוטוקול בית המשפט עולה כי "בשעה שהמתלוננת היתה בדרכה החוצה מהקליניקה לאחר שהחלה לפתוח את הדלת בידה האחת והפריחה לו נשיקה באוויר, נשק הנאשם את המתלוננת על פיה ובאחת מידיה אחז בשדה וזאת ללא הסכמתה".

בית המשפט גזר על הרופא שישה חודשי מאסר על תנאי למשך שלוש שנים, קנס על סך 1,500 ש"ח או 20 ימי מאסר תמורתו, פיצוי כספי בסך 2,000 ש"ח לקרן נפגעות תקיפה מינית וצו שירות לתועלת הציבור בהיקף של 100 שעות.

חברי הלשכה לאתיקה סברו כי יש לנקוט צעדים משמעותיים גם במישור האתי כלפי רופא שנמצא אשם בבית המשפט בהטרדה מינית של מטופלת. נבחרה ועדה של שלושה חברים, וזו נפגשה עם הרופא ושמעה את גרסתו למקרה. בתום הפגישה ולאחר דיון החליטה הוועדה ברוב קולות להעניש את הרופא. מליאת הלשכה לאתיקה קיבלה את המלצת הוועדה כלהלן:

- א. הרופא הנאשם יורחק מההסתדרות הרפואית למשך שלושה חודשים.
- ב. יינתן פרסום לפסק הדין של בית המשפט וכן להליכים המשמעותיים בלשכה לאתיקה.
- ג. לא יפורסם שמו של הרופא הנאשם.

בכך קבעה הלשכה לאתיקה תקדים חשוב, על אף העובדה כי העונש שנקבע בלשכה נראה על פניו קל יחסית. הלשכה קבעה כי ציבור הרופאים רואה בחומרה התנהגות מעין זאת, וכי לא יהסס להרחיק מקרבו רופאים שיואשמו בעבירות מין ביחסיהם עם מטופליהם.

מליאת הלשכה לאתיקה קיימה במקביל ובהמשך למקרה זה דיון עקרוני ביחסי מין בין רופא ובין מטופל גם כשאין בהם אלמנט של "תקיפה" אלא "הסכמה", לכאורה, מצד המטופל או המטופלת.

הנחת היסוד היא כי בקשר רופא-מטופל אין למעשה הסכמה מלאה ואמיתית מצד המטופל לקיום יחסי מין עם הרופא, מאחר שיחסי הכוחות ביניהם אינם שווים. קיימת תלות חד-צדדית של החולה ברופא. הדבר בולט במיוחד בפסיכיאטריה ובגינקולוגיה, שם נוצרת אינטימיות נפשית או גופנית בין הרופא לבין המטופל או המטופלת. עבודות מחקר מצביעות כי כעשרה אחוזים מהרופאים מדווחים על קיום יחסי מין עם מטופל. עבודות מחקר אחרות מצביעות בבירור על נזק נפשי שנגרם לאותם חולים מקיום קשר כזה.

בעבודת מחקר ידועה נשאלו רופאים פסיכיאטרים על חולים הנמצאים עתה בטיפול, ושהיו חשופים ליחסי מין עם רופא קודם; הרוב הגדול של הרופאים שנשאלו סבר כי יחסים קודמים אלו הזיקו למטופל, אך רק מיעוט קטן מהם דיווח על כך לרשות המוסמכת. רופאים נוהגים כמעשה שגרה להגן על חבריהם למקצוע. עלינו, ציבור הרופאים בישראל, לקבוע לעצמנו מהן אמות המידה הראויות במישור האינטימי שבין רופא ובין מטופל. עלינו לתת לכללים אתיים אלו פרסום מרבי ובמידת הצורך גם לאוכפם. כללי הלשכה לאתיקה בעניין קשר מיני עם מטופל באים למלא צורך זה.

נייר העמדה:

1. קשר מיני בין רופא ובין מטופל הנמצא בטיפולו אינו אתי ועלול לגרום נזק למטופל, ולפיכך הוא אסור.
2. קשר מיני בין רופא ובין מטופל שהיה בטיפולו עלול אף הוא להיות לא אתי ולגרום נזק למטופל. נדרשת אפוא תקופת צינון של שנה לפחות לפני קיום קשר מיני בין רופא ובין מטופל שהיה בטיפולו.
3. קשר מיני בין רופא ובין מטופל שהיה בטיפולו אינו אתי בכל עת, אם הרופא מנצל לרעה במהלכו אמון, מידע, דגש או השפעה שנרכשו במהלך הקשר המקצועי שהיה לו עם אותו מטופל.
4. לפני קיום קשר רומנטי או מיני בין רופא ובין מטופל שהיה בטיפולו, על הרופא לשקול השפעה שלילית אפשרית של קשר כזה על מצבו הנפשי של המטופל. במקרה של ספק מומלץ כי הרופא יתייעץ עם אחד מעמיתיו.
5. נודע לרופא על קיום קשר מיני, כאמור בסעיף 3 בין מטופל הנמצא עתה בטיפולו ובין רופא אחר, חובה עליו לדווח על כך לרשות המוסמכת, בכפוף לקבלת הסכמת המטופל לגילוי זה. על הרופא לעודד את המטופל לדווח בעצמו על הקשר המיני שהתקיים עם הרופא האחר.

18 | קבלת תרומות מחולים ומטופלים

פורסם בספטמבר 2005

רקע:

לאחרונה הוגשה תביעה משפטית, יוצאת דופן באופיה, נגד רופא מנתח, על-ידי עמותת ידידי בית החולים והנהלת בית החולים שבו עבד הרופא. על-פי כתב התביעה, נדרשו הנתבעים להחזיר למשפחתו של חולה שנפטר כשלושה חודשים לאחר הניתוח את סכום התרומה, שאותה על-פי לשון התביעה - נתן המנוח לרופא כדי להבטיח כי הוא ולא אחר אכן ינתח אותו.

עוד מפורט בכתב התביעה, כי סמוך למועד התרומה היו החולה ובני משפחתו "שרויים במתח ובחרדה וחששו לחיי המנוח אם הניתוח לא יעלה יפה, וכי היו במצב נפשי שכזה שהיו מוכנים לתת ממון רב רק כדי להבטיח כי אותו רופא מסוים ינתח את המנוח וכי אם יתרחש סיבוך בניתוח יעמדו ניסיונו הרב ומיומנותו של הנתבע להצלת חיי המנוח".

עוד נאמר בכתב התביעה, כי המנוח ובני משפחתו "לא היו מודעים כי מתן תמורה כספית על ידם, בגין הניתוח, בין בתשלום ישיר למנתח ובין כתרומה לעמותת ידידי בית החולים, הינו מעשה אסור עפ"י החוק והוא בגדר מתן שוחד".

הפרשה כולה זכתה לתהודה רבה בעיתונות והביאה את מנהל בית החולים להשיב את התרומה למשפחתו של המנוח. בדבריו הדגיש אותו מנהל, כי לא ניתן לקיים מרכז רפואי בארץ בלא תרומות מחולים, אשר באמצעותן משפרים את התנאים למאושפדים, מממנים אנשי צוות נוספים ורוכשים ציוד רפואי מתקדם, כך גם נעשה בכספי אותה תרומה. מאידך גיסא, הבהיר המנהל כי אין הוא רוצה לקבל תרומה שלא ניתנה בלב שלם ומתוך רצון חופשי. בכך באה פרשה זו לידי סיום.

נייר עמדה:

1. מוסדות רפואה נסמכו בכל הדורות על מתן תרומות. יש מקום לתרבות פילנתרופית זו גם כיום.
2. מתן התרומה ייעשה מתוך רצון חופשי של התורם וביוזמתו.
3. במקרה של חולה מאושפד, תינתן התרומה בתום האשפוז והטיפול הרפואי שקיבל.
4. אין להפעיל לחץ, בכל צורה שהיא, על המטופל כדי לזכות בתרומה.
5. אין להתנות ביצוע טיפול רפואי, את תוצאותיו או את זהות המטפל בקבלת תרומה.
6. התרומה תיעשה באמצעות הנהלת המוסד הרפואי, תוך ניהול רשומה מסודרת ומתן קבלה כחוק לתורם.
7. התרומה תשמש לקידום רמתם המקצועית של הרופאים, לשיפור השירות הניתן למטופלים או לשיפור תנאי העבודה במחלקה או במרפאה.
8. תרומה לא תשמש לצרכיו האישיים של מקבל התרומה.

19 | רישום תעודות מחלה

פורסם באוקטובר 2006

רקע:

מתן "אישורי מחלה" מהווה מטלה כבדה, המוטלת בעיקר על רופאי המשפחה. כתיבת אישורים אלו גוזלת נתח ניכר מזמנם היקר ויוצרת, לעתים, חיכוך בין הרופא למטופליו. בפנייה שנעשתה ללשכה לאתיקה שאלה רופאת משפחה, כיצד עליה לנהוג כאשר היא נדרשת, לדוגמה, לאשר "ימי מחלה רטרואקטיביים". ברור, עם זאת, כי לא ניתן להזמין בפועל כל חולה בשפעת למרפאה, כדי לתעד את מחלתו בזמן אמת.

נציגי איגוד רופאי המשפחה שהוזמנו לדיון בלשכה לאתיקה הציגו שורה נוספת של דילמות אתיות, הקשורות במתן אישורי מחלה: האם יש לחשוף את האבחנה הרפואית בכל אישור הניתן למעסיק? האם ניתן לתת אישור על ימי מחלה גם שלא בנוכחות המטופל? האם ראוי לתת אישורי מחלה לאדם מסוים בגין מחלה בפועל של בן משפחה אחר? האם צריך הרופא לעסוק בזיהוי מתחזים או להאמין לכל מטופל בכל מצב? האם חייב הרופא להתריע בכל מקרה של חשד לניצול לרעה של המערכת על-ידי המטופל?

לסוגיות אתיות אלו קיים פן כלכלי מוחשי ביותר, שכן לאישורים אלו יש ערך כספי ברור, המהווה לא פעם מקור התנגשות בין דרישתו הנחרצת של המטופל לקבל את האישור המיוחל לבין מצפוננו המקצועי של הרופא. רופאי משפחה הפועלים בקרב קהילות מוגדרות עומדים דרך קבע תחת איום ממשי "לאבד מטופלים", עד כדי פגיעה בפרנסתם, באם יתעקשו לעמוד על דעתם ויסרבו להעניק את אישור המחלה. הדרישה הגוברת מצד המעסיקים לספק תעודה רפואית בגין היעדרות העובד מהעבודה תורמת לתהליך השלילי, שבו הרופא הופך, שלא מרצונו, לשופט המוסרי של מטופליו.

רבים מרופאי המשפחה היו מעדיפים, לפיכך, לא להיות מעורבים כלל בכתיבת "תעודות מחלה". ניתן לפתור בעיה זו על-ידי שינוי מהותי במערכת היחסים בין ציבור המעסיקים לציבור העובדים באמצעות הגדרה או הרחבה של "ימי הצהרה", שבהם ידווח העובד על מחלתו מבלי להזדקק לאישור רפואי דווקא. במקביל יש לעודד מתן גמול כספי ממשי למי שלא ינצל ימים אלו. גישה זו, המחייבת חשיבה חדשה ומהפכנית, תביא לשיפור הקשר והאמון ההדדי בין הרופא למטופליו.

נייר העמדה:

1. "תעודת מחלה" היא מסמך המשקף מצבי מחלה על-פי שיקול דעתו של הרופא.
2. מתן תעודות מחלה הוא חלק מתפקידו של הרופא, היוצר עומס רב על זמנו המקצועי.
3. מתן תעודת מחלה לגורם שאינו רפואי עלול לפגוע בפרטיותו של החולה.
4. לפיכך בתעודת מחלה הניתנת לגורם שאינו רפואי ניתן לרשום, לבקשת החולה, בסעיף האבחנה כלהלן: "בשל מחלה מתועדת בתיק הרפואי".
5. לתעודות מחלה הנמסרות לגורמים רבים במקביל יש לעתים משמעות כלכלית ומשפטית רבה.
6. מתן תעודות מחלה יוצר לעתים מתח רב ביחסי רופא-חולה, באשר הוא עלול ליצור ניגוד עניינים בין דרישתו של החולה לשיקול דעתו של הרופא.
7. יש להימנע ממתן אישורים רטרואקטיביים, למעט בנסיבות מיוחדות, ובאם השתכנע הרופא כי יש מקום לאישור כזה.
8. אין לתת תעודות מחלה מסיבות לא רפואיות.
9. אין לתת תעודת מחלה לבן משפחה אחד בשל מחלתו של בן משפחה אחר.
10. מוצע להרחיב את השימוש ב"ימי הצהרה" תוך תמריצים למי שאינו מנצל ימים אלו.

20 | אישורי כשירות מטעם הרופא

פורסם בפברואר 2015

רקע:

הרופא, מתוקף תפקידו והכשרתו, הוא המכיר את גוף האדם, פעילותו התקינה, החולי והשפעתו על המטופל ויכולותיו הגופניות והנפשיות. לכן נראה לכאורה, בדרך הטבעית ביותר, כי על הרופא מוטלת החובה "לאשר" את יכולותיו של האדם לעמוד במטלות שונות.

בלשכה לאתיקה הוצגו דרישות לאישורי כשירות בנושאים מגוונים, חלקם מעוגנים בחקיקה, כמו חוק מכוני כושר הקובע בסעיף 1.4.1 כי "מכון כושר יקבל מתאמן קבוע רק לאחר שהמציא לו תעודה רפואית המאשרת את כשירותו מבחינה רפואית להתאמן במכון כושר ואשר ניתנה במהלך 90 הימים שקדמו למועד בקשתו של המתאמן להתקבל כמתאמן קבוע במכון הכושר"; או חוק עבודת הנוער הקובע בסעיף 11.א. כי "לא יועסק נער אלא אם כן נבדק בדיקה רפואית, ורופא המשפחה שבדק אותו נתן אישור רפואי להעסקתו".

במקרים אחרים מדובר בטופסי כשירות פיזית, ולעיתים נפשית, שונים בקרב עובדי משחטות, מאמצי ילדים, עובדי הוראה, מועמדים לפקולטה לרפואה, משתתפים באירועי ספורט, צלילה ונופש וכיו"ב. קבוצה נוספת של אישורי כשירות קשורה למתן אישורים למעצר או למאסר, שהינם בעייתיים בפני עצמם.

בדיון הלשכה לאתיקה הפרדנו בין מקצועיותו של הרופא בקשר לקביעת מצבו הבריאותי של הנבדק, לבין יכולת הניבוי שלו בנוגע לביצוע מטלות שונות או השתתפות באירועים.

לצורך מתן אישור הכשירות, נדרשת לא רק הערכת מצבו הבריאותי של המטופל בעת הבדיקה והגבלות הנובעות מבעיות רפואיות אשר עלולות להחמיר את מצבו, אלא גם היכרות של הרופא עם הדרישות הגופניות והנפשיות הקיימות בפעילות המסוימת שלגביה מבוקש האישור.

הדברים אינם פשוטים ודורשים רמת מקצועיות מתאימה.

לדוגמה: אישור כשירות לחדר כושר דורש, מצד אחד, בדיקת מצבו הרפואי הנוכחי של המטופל, אולם מהצד השני נדרש הרופא לדעת מה יעשה אותו מטופל בחדר הכושר; ואינה דומה הליכה מתונה של 2 ק"מ לריצה מהירה של 10 ק"מ בעלייה. האם רופא המשפחה מכיר באמת את ההבדלים בין הפעילויות המוצעות בחדר הכושר ואת הדרישות שלהן, או שרק רופא בעל הכשרה בתחום הספורט יכול לתת מענה מתאים?

מומחים בתחום טוענים, כי יש לחלק את הסיכונים הבריאותיים לבעיות בריאות המסכנות חיים בספורט ומתייחסים בעיקר לאירוע לב חד כדוגמת אוטם שריר הלב או דום לב (במאמץ או אחריו), ולבעיות שאינן מסכנות חיים הקשורות בעיקר לבעיות אורתופדיות במערכת השריר והשלד. ארגונים שונים בעולם חלוקים בדעותיהם לגבי הבדיקות המקדימות הנדרשות לחדר כושר. ארגוני הלב האמריקאיים ממליצים על בדיקת מאמץ לפני קבלת אישור לחדר כושר לאדם חולה סוכרת או לכל גבר מעל גיל 45 ולכל אישה מעל גיל 55, ואילו הארגון האמריקאי לרפואת ספורט ממליץ לכל אדם באשר הוא לעבור בדיקת מאמץ אם הוא מעוניין לעסוק בפעילות גופנית בעצימות גבוהה או בינונית, ללא קשר למחלותיו או לגילו.

וזה רק דוגמה אחת מני רבות לסוגי האישורים הנדרשים ולבעייתיות העשויה לנבוע מהם.

לגבי הנושא הרחב של "אישור כשירות" למאסר/מעצר, ישנן מגבלות נוספות הנובעות ממחויבות הרופא למטופל ומהכלל הבסיסי הקובע כי רופא לא יפעל לדעת מטופלו. הלשכה לאתיקה כבר פרסמה בעבר נייר עמדה, לפיו רופא לא ייתן כל הרשאה רפואית לבידוד או להפרדה של אסיר למטרות ענישה. תפקידו של הרופא הוא לבדוק את האסיר ולקבוע את מצבו הבריאותי, תוך שמירה על עצמאותו המקצועית של הרופא ומתן אחריות לרווחת המטופל.

נייר העמדה:

1. בבסיס אישורי הכשירות הניתנים מטעם רופא, צריך לעמוד שיקול דעת רפואי ובדיקה מקצועית של האם ומה נדרש מבחינה רפואית לצורך העניין בשלו מבוקש האישור מהמטופל.
2. בחתימה על אישור כשירות, חלה על הרופא חובת אחריות בדיוק כמו בטיפול בכל בעיה רפואית הבאה לפתחו.
3. יש להפריד בין אישור בריאות, המהווה תיאור המצב הבריאותי של המטופל בזמן הבדיקה, לבין מתן אישור כשירות לביצוע/ להשתתפות במשימות בהן יעמוד המטופל.
4. הרופא יהיה מעורב אך ורק באישורים העוסקים בנושאים רפואיים והמצריכים בדיקה רפואית ו/או תיאור המצב הבריאותי. אין זה מתפקידו של הרופא לאשש את הצהרות המטופל בעניינים החורגים ממצבו הרפואי.
5. ככלל, יש לשאוף כי הנוסח של אישורים למיניהם יהיה אחיד ויתמקד באישור תקינות המצב הבריאותי הנוכחי ובתיאורו, ולא במצב עתידי או במתן הכשר לביצוע פעילות מסוימת בעלת מאפיינים כאלו ואחרים.
6. באישור כשירות צריך הרופא להכיר מקצועית מה נדרש מגוף האדם או מנפש האדם, על מנת לקחת חלק בעניין נשוא האישור.
7. על הרופא להכיר במגבלות הידע המקצועי שלו ולהפנות למומחה בתחום כל אימת שאינו מכיר את הנדרש מבחינה רפואית לביצוע המטלה.
8. רופא לא יאשר אוטומטית את הכשירות, כאשר אין בידו הידע המקצועי הנדרש הקשור לעניין.
9. הרופא רשאי לסרב למתן אישור כשירות לפעילות המנוגדת לעמדתו המקצועית, למצפנו או לאמונתו.
10. בדיקת רופא לכשירות תיעשה לפי כללי האתיקה ובתנאים נאותים כגון: שמירה על הפרטיות וקבלת הסכמת המטופל לבדיקה.
11. הרופא ידאג לטפל או להפנות את הנבדק לטיפול רפואי מתאים, כל אימת שאיתר בעיה רפואית במסגרת הבדיקה לאישור כשירות.

21 | האם זה אתי לשקר לטובת החולה?

פורסם בפברואר 2005

על פניו דיון בלשכה לאתיקה בשאלה זו נשמע מופרך. הרי מצד אחד עצם השאלה מעלה אפשרות כי רופאים משקרים, וזה רע. מצד אחר ברור, כי לעולם לא יוכלו חברי הלשכה להסכים לדבר שקר מסיבה כלשהי. שקר הוא תמיד שקר, וככזה אי-אפשר לקבלו.

ולמרות הכל, המציאות המשתנה סביבנו כפתה עלינו דיון בשאלה עדינה זו. חיפוש קצר במאגרי המידע מעלה מיד רשימה ארוכה של מאמרים בעיתונים הרפואיים המכובדים ביותר, אשר נותנים במה לסוגיה זו ולמגוון דעות אשר למרבה הפלא לא כולן פוסלות שקר שכזה.

הנימוקים שבהם נתלים מצדדי השקר הם ברורים וחדים: הרופא מחויב בראש ובראשונה לטובת המטופל אשר לבריאותו הוא אחראי. מערכת הבריאות אינה שוויונית ואינה צודקת, והיא מקפחת דרך קבע את העניים ואת הזקנים. לפיכך מותר לשקר ל"מערכת" לטובת אותם חולים ולתקן בכך את עוולות "המערכת". יש בכך פיזור צודק של העושר בין העשירים והעניים. מותר לשקר, לפי אותה דעה, אם החולה אינו יכול לשלם עבור הטיפול הנדרש, שלו אין תחליף יעיל אחר, ואם בהיעדר טיפול זה תיפגע בריאותו של אותו מטופל. מצדדי השקר רואים בחברות הביטוח הרפואי "אויב" המסתיר מהחולים את הפרטים הקטנים בפוליסות הביטוח שהן מוכרות לציבור, ולפיכך מוצדק ונכון לשקר להן. העובדה כי המטופל הוא ישות ממשית הנמצאת בחדרו של הרופא, בעוד שחברת הביטוח היא דמות ערטילאית לא מוחשית, מסייעת אף היא בהשלמת דבר השקר.

היקף הבעיה בארץ אינו ידוע. ההערכות בספרות המקצועית לגבי הנעשה בארצות-הברית מצביעות על כך שנתקי "השקר הלבן הקטן" מגיעים לכדי 80 מיליארד דולר מדי שנה! תוצאות הסקרים שם מעוררות שאלות אתיות קשות. 30%-50% מהרופאים הודו, על-פי אותם סקרים, כי רימו לפחות פעם אחת את "המערכת" לטובת המטופל שלהם. חלקם הגזימו בתיאור חומרת המחלה כדי למנוע שחרור מוקדם מבית החולים. חלקם שינו אבחנה או בדו מלבם סימפטומים וסימנים שאינם קיימים כלל, כדי להבטיח למטופל החוזר כספי מחברת הביטוח שלו. אך גם לשקר זה יש אתיקה משל עצמו. הרופאים, באותם סקרים, הודו כי יהיו מוכנים לשקר לטובת המטופל אם מדובר בטיפולים חיוניים, מצילי חיים. אחדים מהם הביעו נכונות לשקר גם כאשר מדובר היה בניתוחים קוסמטיים כמו יישור האף לדוגמה.

בצד כל אלו יש אישורים ומכתבים רפואיים שרוממים הרופאים כלאחר יד, ובהם יש "יישור פינות" המקנה למטופל עוד כמה ימי מחלה לא מוצדקים, נכות מדומה בוועדה רפואית ואפילו דחייה במועד טיסה מסיבה רפואית לכאורה.

שוללי השקר טוענים מנגד, כי שקר פסול מעיקרו בכל מצב. הטענה המרכזית בפי השוללים היא כי הקשר בין הרופא למטופל יסודו ביושר ואמת בין השניים, וכי שקר, המניב למטופל תועלת שלא היה זוכה בה ביושר, הופך אותו לעבריינין ושותף לדבר מרמה. רופא משקר נתפס על-ידי המטופל כאדם לא אמין. לפיכך שקר עבור המטופל יכול להפוך במהירות גם לשקר נגדו. בטווח הארוך ייגרם בכך הרס בלתי נמנע באמינותו של הרופא ובאמון שרוחש לו המטופל.

שקר בדיווח הרפואי עלול להטעות רופאים אחרים המטפלים בחולה ויהרוס גם את האמינות ההדדית בקרב ציבור הרופאים עצמם. יתר על כן, אם תשתרש בכלל החברה הידיעה כי רופאים משקרים, יביא הדבר לפגיעה אנושה באמון הציבור הרחב בקהילת הרופאים. חברות הביטוח לא תוכלנה להישאר אדישות לשקרים אלו, והן תגברנה את אמצעי הפיקוח והבקרה על עבודתם של הרופאים. הרופאים יאבדו בסופו של יום עוד נתח מעצמאותם הקלינית, מגאוותם המקצועית וממעמדם החברתי. מהלך כזה יוביל בהכרח להסטת משאבים מתרופות וטיפולים לאמצעי ניטור ואכיפה, ושוב נצא מפסידים. האמצעים הכספיים שיעמדו לטובת המטופלים ילכו ויצטמצמו, וחוזר חלילה במעגל שוטה שאין לו סוף. שקר תמיד יטאטא את הבעיות האמיתיות אל מתחת השטיח, יעכב וימנע דיון ציבורי בבעיות הכואבות של ניהול משק הרפואה הלאומי.

אין זה מפליא כי בתום הדיון המרתק שהתנהל בלשכה בנושא זה סברו כל המשתתפים בו כי לשקר אין רגליים, וכי מוטב כי לא נתיר לו לדדות אל בין שורותינו.

22 | שימוש מושכל בתרופות גנריות

פורסם בנובמבר 2007

רקע:

התרבות הרפואית ההיפוקרטית המסורתית, שעליה התחנכו דורות של רופאים, היתה זו של מחויבות מוחלטת לחולה הבודד. תרבות זו היתה חופשית משיקולים של "הקצאת משאבים" או של "צדק חלוקתי". אלה מהווים כיום אבן יסוד למציאות הכלכלית והאתית, הפוסט-היפוקרטית, של הרפואה בת ימינו. אין לנו עוד חופש כלכלי מוחלט בניהול בזבזני של הטיפול בחולה הבודד, משום שבכך אנו פוגעים באינטרס הרחב יותר של שימור הבריאות של כלל הציבור.

שלא בטובתו, נקלע לכן הרופא בעידן הנוכחי לכפל זהויות, העלול לפגוע במעמדו החברתי - מחד גיסא, הוא סוכנו המובהק של החולה, והוא אמור לפעול לטובתו בכל דרך אפשרית; מאידך גיסא, חייב הרופא לפעול גם כסוכנה של כלל החברה המגבילה את החופש של הפרט לקבל כל טיפול ובכל מחיר.

הרגע שבו רושם רופא תרופה למטופל מדגיש קונפליקט זה בצורה ברורה וחדה. חברות התרופות מפתחות כל הזמן תרופות חדשות, "אתיות" בהגדרתן, אשר פיתוחן הממושך מחייב השקעות עתק, ותקופת הפטנט המגן עליהן מוגבל לשנים ספורות. משום כך, אין זה מפתיע, שמחיר תרופות אלו מרקיע שחקים. חברות תרופות אחרות מתמחות בהכנת העתקים של תרופות המקור, והן מזדרזות להכניסן לשוק ביום שפגה ההגנה על תרופת המקור. מאחר שחברות אלו פטורות מפיתוח תרופות אלו מבראשית, הן יכולות להציב בשוק תרופה "גנרית", שהיא זולה בהרבה מהתרופה "האתית". שימוש בתרופות גנריות הוא, לפיכך, אינטרס חברתי רחב, המשרת את טובת הציבור בכך שהוא מוזיל את ניהול משק הרפואה הלאומי.

לקופות החולים יש אינטרס מובנה להשתמש בתרופות זולות ככל האפשר. עלינו לכבד אינטרס כלכלי זה כל עוד תרופת התחליף זהה בפעילותה לתרופת המקור, וכל עוד מדיניות זו מתבצעת באופן הראוי. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 קובע כי "שירותי הבריאות הכלולים בסל... יינתנו בישראל לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה... והכול במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים". "איכות סבירה", לדעת הקופות, משמעה שהן יכולות להחליף בין התרופות כל עוד אין חלופה זו גורמת נזק לחולה, ורציפות הטיפול נשמרת. היה והוכח כי תרופה מסוימת עדיפה מבחינת החולה, מחויבת הקופה לתת לחולה את התרופה המיטיבה עמו יותר.

לא תמיד השכילו הקופות לשמור על מחויבות זו. כולנו זוכרים מספר נסיונות נואלים של קופות החולים לשנות את תרופות המקור באופן גורף, ללא שיקול דעת, באוכלוסיות שלמות של חולים אשר מצבם הרפואי היה מאוזן. החולים נדרשו לעבור לשימוש ב"תרופות מטרה" של הקופה, שהן תמיד זולות מהתרופות הנוכחיות - בין שהתרופה הנוכחית היא אתית או תרופה גנרית אחרת, אך יקרה יותר. אין כל בעיה רפואית, מוסרית או אתית, להתחיל במתן תרופה גנרית לחולה חדש, מתוך ידיעה שהתרופה החלופית זהה בפעילותה לתרופת המקור, אך אין זה ראוי שהקופה תכפה על הרופא להחליף טיפול קיים בחולה מאוזן מתוך שיקולים כלכליים.

זהירות מיוחדת נדרשת במקרים שבהם מקבל המטופל תרופה בעלת "טווח טיפולי צר", שבה הרמה הרעילה המזערית היא כפולה של הרמה הטיפולית המזערית, וכל סטייה מטווח צר זה עלולה לגרום נזק. כך, לדוגמה, הן התרופות נוגדות האפילפסיה או התרופות האנטי-אדיתמיות.

חברי הלשכה לאתיקה קוראים למשרד הבריאות להכין, בשיתוף האיגודים המדעיים של הר"י, רשימת תרופות בקבוצה זו, אשר כל שינוי בשימוש בהן ייעשה רק באישור מפורש של הרופא.

לבסוף, יש להזכיר כי על-פי פקודת הרוקחים (נוסח חדש), התשמ"א-1981, רשאי הרוקח למכור לצרכן צורה מסחרית של תרופה גנרית השונה מזו שהתווה הרופא במרשם. זאת, אלא אם כן הורה הרופא במפורש במרשם, כי יש לנפק את התרופה בשמה המסחרי בלבד. לא תמיד מקפידות הקופות על נוהל זה, ולא קיים כלל מנגנון המודיע לרופא כי המטופל שלו קיבל תרופה אחרת מזו שהוא בחר בה לטיפול. יש לחזור ולהתריע על ליקויים מערכתיים אלו ולפעול לתיקונם, תוך הבנה כי הרופא אינו יכול לשאת באחריות לתוצאות השימוש בתרופה שלא נבחרה על-ידו.

נייר העמדה:

1. על הרופא מוטלת החובה להעניק לכל אחד ממטופליו את הטיפול הרפואי המיטבי האפשרי.
2. בעשותו כן, מוטלת במקביל על הרופא גם החובה לשמר את טובת הכלל.
3. השימוש בתרופות גנריות מוזיל את עלויות משק הרפואה בארץ, והוא ראוי לכן מבחינה אתית.
4. השימוש בתרופות גנריות ייעשה בתנאי שלא יפגע בבריאותו של המטופל.
5. אין מניעה להתחיל טיפול בתרופה גנרית, בתנאי שנבדקה ונמצאה זהה בפעילותה לתרופת המקור.
6. ככלל, אין להחליף, משיקולים כלכליים של גורם שלישי, תרופה קיימת, אתית או גנרית, שבסיועה הושג איזון טיפולי.
7. על אף האמור לעיל, רשאי רופא להציע לחולה מאוזן להחליף תרופת מקור בתרופה גנרית, אם השתכנע כי אין בכך כדי להזיק למטופל, ובתנאי שהתקבלה הסכמה מדעת, חופשית מלחצים, מצד המטופל.
8. אין להחליף, משיקולים כלכליים של גורם שלישי, תרופת מקור שהיא בעלת "טווח טיפולי צר" בחולה שבו הושג איזון טיפולי. על רשויות הבריאות של המדינה להכין רשימת תרופות השייכות לקבוצה זו.
9. בכל מקרה שהנחיות הקופה לבחירת תרופות מתנגשות בשיקול הדעת המקצועי של הרופא, לגבי מטופל מסוים, יש לקיים מנגנון ערעור שבו תישמע דעתו של הרופא ותכובד.
10. אם ניתנה לחולה תרופה אחרת מזו שרשם הרופא, וההחלפה נעשתה בלא ידיעתו, אין זה ראוי כי הרופא יישא באחריות רפואית לכך.

23 | אי-שוויון בבריאות בישראל

מתוך נייר העמדה של הר"י שפורסם בפברואר 2008

אי-שוויון בבריאות קיים בין קבוצות אוכלוסייה שונות במדינת ישראל והולך ומתרחב בשנים האחרונות. ההסתדרות הרפואית בישראל מכירה במשמעות האישית, והחברתית-כלכלית החמורה של אי-השוויון בבריאות ובשירותי הבריאות, ורואה זאת כחובתה להתריע על התוצאות החמורות של המשך המצב הנוכחי אשר מחייב התערבות מיידית לטווח ארוך.

אי-השוויון מתבטא, בין היתר, במדדים הבאים:

- בתוחלת החיים (קצרה ב-3-4 שנים באזורי הפריפריה בדרום ובצפון המדינה לעומת המרכז; ב-4-5 שנים יותר ארוכה ביהודים לעומת לא יהודים).
 - שיעורי תמותה כללית קשורים ברמת השכלה (גבוהים משמעותית בבעלי 0-8 שנות לימוד לעומת בעלי 13 שנות לימוד ויותר).
 - בתמותת תינוקות (בנוסף לעובדה שהתמותה באוכלוסייה הלא יהודית נשארת פי 2 מהיהודית), תמותת התינוקות שנולדו לנשים עם השכלה נמוכה מאוד גבוהה פי 4.6 מהתמותה בקרב אלה שאמותיהם בעלות השכלה אקדמית. לפני כמה שנים היחס היה פי 3.5.
- המצב דומה גם בשיעורי תחלואה כך למשל, השכיחות של מחלת הסוכרת הנה משמעותית גבוהה יותר בקרב בעלי מעמד חברתי/כלכלי נמוך.
- בחולים אלו רמת איוון המחלה נמוכה יותר לעומת בעלי המעמד הגבוה. הרגלי בריאות, למשל שיעורי עישון גבוהים יותר בקרב עובדי הצווארון הכחול ובקרב בעלי ההשכלה הנמוכה. אנו גם עדים להיענות נמוכה יותר לבדיקות אבחון מוקדם שיכולות להציל חיים (סרטן השד וסרטן המעי הגס), מתבצעות בשיעור נמוך יותר באוכלוסיות ברמה כלכלית נמוכה וכן בקרב בעלי זיקה חזקה לדת.
- נוסף לפערים הגדלים במצב הבריאות, קיימים גם הבדלים משמעותיים בזמינות ובנגישות לשירותי בריאות איכותיים. למשל, באיזורי הפריפריה בצפון ובדרום יש פחות מיטות כלליות ל-1,000 איש וכן פחות מיטות ושירותים למצבים מיוחדים (כגון טיפול נמרץ ילדים, עמדות לרפואה דחופה, עמדות לדיאליזה ואחרים).
- אלו מהווים רק חלק קטן מהנתונים המעידים על אי-שוויון בבריאות בישראל. פערים אלו לא רק קיימים, אלא גם מתרחבים למרות העקרונות של "צדק, שוויון ועזרה הדדית" שנקבעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. לאי-השוויון בבריאות משמעות חברתית (פגיעה בלכידות החברתית של קבוצות אוכלוסייה), מוסרית (פגיעה בעקרון השוויון והצדק החברתי) וכן כלכלית (לפרט, למשפחה, למערכת הבריאות ולחברה הישראלית בכללותה).
- אין ספק שהפער החברתי-כלכלי הגואה במדינה, הבא לידי ביטוי במיוחד בהבדלים בין הפריפריה למרכז, הנו הגורם העיקרי להתפתחות ולהתרחבות הפערים בבריאות. על כן, שינוי המדיניות החברתית-כלכלית הקיימת יחד עם השקעה גדולה בחינוך, יביאו לצמצום אי-השוויון במדדי הבריאות. שינוי מהותי זה הנו מחוץ לתחומי אחריותה של מערכת הבריאות. עם זאת, למערכת הבריאות על כל מרכיביה, בשיתוף פעולה הדוק עם מערכות אחרות, ותוך קבלת המשאבים הדרושים, יש את המוכנות, היכולת והאחריות לפעול וכן להביא לצמצום הפערים בבריאות.
- לאור העובדה שהמשמעות החמורה ביותר לאזרחי המדינה של אי-שוויון כלכלי וחברתי הנה בפערים במצב בריאותם (כולל עודף תמותה ותחלואה), ההסתדרות הרפואית בישראל מכירה בצורך הדחוף לפעול לצמצום הפערים הבריאותיים ומקבלת על עצמה לקחת חלק פעיל, ביחד עם גורמים אחרים, בהובלת תהליך של שינוי אשר ייטיב עם כלל אוכלוסיית המדינה.

המלצות הוועדה לדרכי פעולה לצמצום פערים בבריאות

להביא להכרה של המדינה, על מוסדותיה, ובמיוחד של משרדי הבריאות והאוצר, בצורך לשנות סדרי עדיפויות כדי לגרום לצמצום אי-שוויון חברתי כלכלי בכלל ואי-שוויון בבריאות בפרט. על מקבלי ההחלטות להבין את המשמעויות החמורות (בריאותית, מוסרית, כלכלית וחברתית), לפרט ולכלל, של המצב הקיים. על המדינה להכיר בצורך החיוני בהשקעת מאמץ ואמצעים להקטנת הפערים החברתיים, הכלכליים והאזוריים ועל ידי כך לצמצם את אי-השוויון בבריאות.

למערכת הבריאות, ולמשרד הבריאות בראשה, אחריות להתמודד עם ההשלכות הבריאותיות של אי-שוויון חסרתי-כלכלי ולקחת תפקיד מרכזי בייזום פעילויות אשר מטרתן צמצום הפערים הקיימים. זאת על ידי:

א. הקמת מסגרת קבועה (אגף) במשרד הבריאות, או לחלופין מועצה (רשות) לאומית נפרדת להקטנת אי-השוויון ואיזה צדק בבריאות.

המשימה הראשונה של המסגרת הזו תהיה בהכנת תוכנית רב-שנתית כוללת עם קביעת יעדים מוגדרים בתוכן ובזמן וכן בקביעת המשאבים הדרושים להשגת יעדים אלו. למסגרת חדשה זו יוקצו המשאבים הדרושים לסיקור מתמשך של קיום פערים, קביעת עדיפויות להקטנתם והמשאבים לפיקוח על ביצוע המשימות. יופיע פרסום שנתי המסכם את "אי-השוויון בבריאות בישראל" אשר יהווה הערכה של שינויים בהיקף הפערים וישקף את התוצאות של פעולות ההתערבות.

ב. צמצום הפערים בתשתיות הפיזיות וכן בזמינות, בנגישות ובאיכות שירותי הבריאות בין אזורים גיאוגרפיים (צפון/דרום ומרכז) וגם בתוך ריכוזי אוכלוסייה גדולים (פריפריה של ערים גדולות) המהווים מחסום משמעותי למתן שירותי בריאות שוויוניים ואיכותיים לאוכלוסיות שונות. לשם כך יש הכרח בהעדפה מתקנת באזורים פריפריים, שמטרתה צמצום הפערים בתשתיות ובשירותים בין האזורים בארץ וכן צמצום הפערים בכמות ובאיכות כוח אדם מקצועי.

ג. להשגת יעד זה על המסגרת החדשה (סעיף א לעיל) לבצע, ביחד עם ספקי השירותים, מיפוי זמינות ונגישות של כל קבוצות האוכלוסייה בגילאים השונים לשירותי בריאות ראשונים, שניוניים, אשפוז כללי, גריאטרי, נפשי ושיקומי ברחבי הארץ. עדיפות בתהליך זה תינתן לאי-השוויון בין יישובים בפריפריה למרכז ולשכונות בעלות מעמד סוציאקונומי נמוך בתוך הערים הגדולות.

ד. יש לקבוע מפתחות המתייחסים למינימום שירותים הדרושים לגודל אוכלוסייה, וכן מפתחות דיפרנציאליים לקבוצות אוכלוסייה עם צרכים מיוחדים בתחום הבריאות.

ה. העלאת המודעות של אנשי מקצועות הבריאות למשמעות החמורה של אי-השוויון בבריאות. עליהם קיימת האחריות לפעול בשני מישורים כדי:

- להכיר ולאחר את קיום הסיכון הבריאותי של אי-שוויון חברתי-כלכלי-תרבותי כדי לפעול למניעת התוצאות הבריאותיות.
- להקדיש מאמצים גדולים יותר לשם אבחון וטיפול בקבוצות פגיעות באוכלוסיה (למשל באיזון מחלות כרוניות) כדי לצמצם את הנזק הבריאותי.

ו. הקטנה למינימום של חסמים כלכליים העומדים בפני האוכלוסייה לשם קבלת שירותי בריאות:

- ביטול דמי השתתפות עצמית בשירותי מניעה (כגון: אגרת טיפות חלב, בדיקות אבחון מוקדם הקיימות בסל, חיסונים, יעוץ דיאטטי לחולים כרוניים ובעלי השמנת יתר).
- ביטול או הקטנה משמעותית של דמי ההשתתפות העצמית לתרופות/ בדיקות לחולים כרוניים, במחלות כגון: סוכרת, יתר לחץ דם, אי-ספיקת לב כרונית, מחלות ממאירות.
- ביטול או הקטנה משמעותית של דמי ההשתתפות העצמית לאנשים בעלי צרכים מיוחדים, כגון בעלי מוגבלויות ונכים, או ניצולי שואה.
- ביטול דמי ההשתתפות העצמית לתרופות לילדים מתחת לגיל 6 שנים.
- לחלופין, בשלושת הסעיפים הקודמים תהיה ההשתתפות תלויה הכנסה.

- הכללת טיפולי שיניים (אשר יוחלט עליהם על ידי מומחים) לילדים עד גיל 6 ולמבוגרים מעל גיל 70 בסל ללא השתתפות עצמית (או תלוי הכנסה).
- צמצום החסם התרבותי על ידי התאמת האספקה של השירותים לרקע התרבותי של קבוצות האוכלוסייה השונות.

מידע

- בכל שירותי הבריאות השילוט יהיה בעברית, ערבית ואנגלית וכן בשפות נוספות (למשל רוסית, אמהרית) בהתאם להרכב אוכלוסיית היעד.
- כל חומר הסברה יסופק בעברית ובערבית וכן בשפות נוספות (למשל רוסית, אמהרית, אנגלית) בהתאם לאוכלוסיית היעד.
- בהכנת חומר הסברה (טכני ובריאותי) יותאמו התוכן ודרך הגשתו לרקע התרבותי של אוכלוסיית היעד תוך שיתוף אנשים מאותה קבוצת אוכלוסייה.
- כל שירות בריאות יספק שירות תרגום בעברית, ערבית, רוסית ואנגלית על ידי אדם מצוות השירות אשר עבר הכשרה בנושא "תרגום רפואי מקצועי".
- אם אוכלוסיית היעד קטנה מאוד, יש לנהוג בהתאם לכתוב בסעיף הבא.
- לגבי שפות אחרות תהיה זמינות של תרגום טלפוני עם שירות מוכר (אם הצורך לשפה אחרת הוא משמעותי, תישקל אפשרות הכשרת עובד במוסד).
- בכל שירות ייאספו נתונים על שפת הדיבור וההשכלה במטרה לאתר אנשים או קבוצות בעלי צרכים מיוחדים.
- ההסברה לקבוצות אוכלוסייה שונות (במיוחד החלשות) תותאם לרקע תזונה התרבותי שלהן במטרה להקנות ידע ומיומנויות, לקדם הרגלי חיים קרובים מקדמי בריאות, כגון מניעת/הפסקת עישון, מניעת השמנה, הרגלי נכונים, פעילות גופנית, מניעת תאונות בילדים, הקטנת נישואי ומתן חיסונים.

הכשרת אנשי מקצוע

- א. לימוד נושא "אי-שוויון בבריאות" (היקף, חומרה, משמעות בריאותית וכלכלית לפרט/למשפחה / למערכת הבריאות/ולחברה בישראל, סיבות, צורך בצמצום ודרכים לצמצום), וכן הקניית כלים לכשירות תרבותית בכל המסגרות האקדמיות בתחום הבריאות (רפואה, סיעוד, עבודה סוציאלית, מנהל, תזונה, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכו').
- ב. הוראת נושא "אי-שוויון בבריאות" (היקף, חומרה, משמעות בריאותית וכלכלית לפרט/למשפחה/ למערכת הבריאות/ולחברה בישראל, סיבות, צורך בצמצום ודרכים לצמצום), וכן הקניית כלים לכשירות תרבותית, בכל ההתמחויות הרפואיות וזאת על ידי השתתפות מתוכננת בזמן ההתמחות. הנושא יכלל בבחינות שלב א' ו-ב' בכל מקצועות הרפואה.
- ג. פיתוח והכשרה תוך שירות לכל אנשי מקצועות הבריאות העובדים במערכת, בנושא "אי-שוויון בבריאות" (היקף, חומרה, משמעות בריאותית וכלכלית לפרט/למשפחה/למערכת הבריאות/ולחברה בישראל, סיבות, צורך בצמצום ודרכים לצמצום) וכן הקניית כלים לכשירות תרבותית.
- ד. מינוי איש מקצוע מתאים אשר יהיה אחראי על תכניות הכשרה תוך שירות ויהווה כתובת ותמיכה לאנשי המקצוע בכל מסגרת.

הפריפריה

מהנתונים שנכללו במסמך זה ברור שגם אי-השוויון בבריאות וגם בנגישות ובאיכות של שירותי הבריאות גדול יותר משמעותית בפריפריה הגיאוגרפית של מדינת ישראל. בנוסף נקודת הפתיחה, מבחינה חברתית-כלכלית, הנה גרועה יותר באזורים הרחוקים מהמרכז.

ליתר דיוק, השילוב של מצב בריאות גרוע יותר, שירותי בריאות דלים יותר, ומעמד חברתי-כלכלי נמוך לעומת מרכז הארץ, מוביל בבירור למסקנה שקיימת עדיפות ברורה להתייחסות מיוחדת ודחופה לאזורים אלו.

ההעדפה המתקנת הדרושה צריכה לבוא לידי ביטוי ב:

- תגבור תשתיות השירותים (מיטות כלליות, יחידות מתמחות בבתי חולים).
- שחרור תקנים לפיתוח שירותים חיוניים (כגון טיפול נמרץ לילדים) החסרים בפריפריה וכן להכשרת כוח אדם מקצועי לאישם.
- נוסף לאמצעים התשתיתיים יש לתמרץ אנשי מקצוע איכותיים לעבוד בפריפריה וגם להישאר שם.
- הדרך לביצוע היא גם על ידי חלוקה אחרת של המשאבים התקציביים העומדים כיום בידי מערכת הבריאות וגם על ידי הקצאה מכוונת מועדפת לשירותי בריאות בפריפריה.

כללי

- צמצום פערים בבריאות דורש התייחסות רב-מערכתית, ובמיוחד שיתוף פעולה של תחומי הבריאות/חינוך/רווחה/אוצר/הגנת הסביבה/השלטון המקומי.
- צורך בהקניית ידע ומיומנויות לכלל האוכלוסייה בנושאי בריאות וחולי מגיל צעיר כדי לפתח את אחריות האדם לבריאותו.
- צמצום באי-השוויון בבריאות יושג על ידי תכנון משולב של פעולות קידום, מניעה, טיפול ושיקום.
- מדיניות של צמצום אי-השוויון תנחה את עבודתם של כל מערכות הבריאות, קופות החולים ובתי החולים.

כרופאים בישראל אנו מהווים רק מרכיב אחד מכלל המערכת. יוזמת ההסתדרות הרפואית עשויה להביא לשינוי הנדרש במערכות אחרות ועל ידי כך להביא לצמצום משמעותי באי-שוויון בבריאות. לכן קיים צורך בקביעת מדיניות כוללת בנושא אשר תוביל לפעילות מתואמת של מערכת הבריאות ומערכות אחרות. ההסתדרות הרפואית בישראל תתמוך ותשתף פעולה עם הגורמים הנוגעים בדבר כדי להשיג שיפור בבריאות האוכלוסייה כולה ולצמצם את אי-השוויון בבריאות בישראל.

24 | הטיפול בחסרי ביטוח רפואי

פורסם במרץ 2017

רקע:

רופאים מבתי חולים ציבוריים בצפון הארץ הציגו בפני חברי הלשכה לאתיקה התלבטויות ושאלות אתיות, המתעוררות במהלך הטיפול בפצועים הסורים המגיעים לישראל. הדיון בלשכה הורחב לכלל האנשים חסרי ביטוח רפואי, חלקם שוהים בלתי חוקיים, מסתננים או פליטים. באמנות הבין-לאומיות יש הסכמים לגבי מתן טיפול רפואי, והמחויבות שונה ממדינה למדינה, בהתאם לשירות הרפואי הניתן לאזרחים. במדינות כמו ישראל, בהן קיים חוק בריאות ממלכתי, יש פרק זמן שלאחריו זכאים "חסרי הביטוח הרפואי" לשירות רפואי ברמות שונות. בארה"ב לדוגמה, נכללה אוכלוסייה זו בתוכנית "אובמה קייר". ברמה התיאורטית, יכולים השוהים לרכוש ביטוחי בריאות פרטיים, אולם מצבם הכלכלי בדרך כלל ירוד ואינו מאפשר זאת. בנוסף להיעדר תקשורת הנובע ממגבלות השפה ומחסור היכרות של מערכת הבריאות המקומית, נפגעת איכות השירות הרפואי אותם מקבלים אנשים אלה במדינות שונות. מההרצאות ששמעו חברי הלשכה לאתיקה ומהדיון שנערך בעקבותיהן, עולה כי הרופאים במערכת הבריאות הציבורית בישראל מטפלים בכל מטופל הפונה לשירותם באופן שווה ובהתאם לבעיה הרפואית.

השאלות שעלו עסקו בשאלות הבאות:

- רמת הטיפול - האם נדרש טיפול הומניטרי או טיפול שיקומי המשכי?
- האם הטיפולים יכללו טיפולי חירום להצלת חיים או תוכנית טיפולית מלאה? מה מידת המשכיות הטיפול כאשר המטופל חוזר לארצו, או אינו מגיע להמשך הטיפול בארץ בשל בעיות חוקיות.
- שאלה קשה נוספת עסקה במחסור במיטות: כיצד ניתן לספק שירות רפואי איכותי וזמין לאוכלוסייה המקומית? האם נכון לטפל ב"זרים" על חשבון מתן טיפול רפואי לאזרחי המדינה, ולמנוע מהם מלקבל את הטיפול כפי שנקבע בחוק הבריאות הממלכתי.

נייר העמדה:

1. רופא חייב להגיש טיפול רפואי במצב חירום מציל חיים לכלל נזקק.
2. רופא ישראלי יגיש טיפול ללא אפליה, לכל חולה הפונה אליו.
3. הרופא יתכן טיפול ראוי לכל חולה בהתאם לנסיבות חייו של המטופל בתיאום עמו, על פי יכולתו ואפשרותו להגיע לטיפולים.
4. רופא ישראלי יצייד מטופל שאינו מתגורר בישראל במכתב שחרור באנגלית (אפשרי ללא פרטי זיהוי המקור) המפרט את בעיותיו הרפואיות, הטיפול אותו קיבל והמלצות טיפול ההמשך, בדיוק כמו כל מטופל אחר; דבר המאפשר למטופל לקבל טיפול המשכי במדינה אליה הוא מגיע.
5. הלשכה לאתיקה קוראת למדינת ישראל לאפשר את הטיפולים בחסרי ביטוח רפואי, כך שלא תיפגע היכולת הכלכלית והרפואית של בתי החולים הציבוריים לטפל באזרחי המדינה.

25 | איסור השתתפות רופאים בחקירות ובעינויים

פורסם בדצמבר 2007

רקע:

הצהרת טוקיו של ההסתדרות הרפואית העולמית (WMA) משנת 1975, אשר עודכנה פעמיים בשנים 2006-2005, אוסרת השתתפות רופאים בחקירות ובעינויים מכל סוג שהוא. הצהרה זו נסמכת על הידיעה כי מקצוע הרפואה משרת את האנושות מתוך גישה הומנית, אשר נועדה לשמר ולשקם את הבריאות הפיזית והנפשית של כל אדם באשר הוא אדם, ולהקל כל סבל ואי-נוחות שבהם הוא נמצא. זאת ללא תלות בכל גורם שהוא. המחויבות העליונה של הרופא לחיי אדם, כבודו ורווחתו מודגשת שבעתיים בתנאים של איום על ערכים אלה. כמה אמנות בינלאומיות והצהרות אתיות נוספות של גופים בינלאומיים גדולים מתייחסות אף הן לאיסור זה. ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י), בהיותה חברה ב-WMA, מקבלת על עצמה את תוכנה של הצהרת טוקיו, ומאשררת את גירסתה האחרונה מחודש מאי 2006 כפי שהיא מופיעה להלן.

נייר העמדה:

1. רופא מחויב, כאדם וכרופא, לכבד את כבודו העצמי של כל אדם אחר.
2. רופא לא ישתתף בכל פעילות שיש בה עינויים, התאכזרות או השפלה של אדם אחר, ללא תלות במעשיו של אותו אדם, באשמה המיוחסת לו או באמונתו.
3. רופא לא ייתן הרשאה רפואית לביצוע עינויים ולא יספק מידע רפואי, מכשור או תרופות לצורך כך.
4. רופא הבודק עציר או אסיר, אשר עלול גם לעמוד בפני חקירה או עינויים, יקפיד במיוחד על חסיון המידע הרפואי שהועמד לרשותו, ולא יעשה בו כל שימוש לצורך החקירה או העינויים.
5. רופא שהוא עד לחקירה או לעינויים, המתבצעים בניגוד לאמנות הבינלאומיות, ידווח על כך לרשות המתאימה.
6. רופא לא יהיה נוכח במקום שבו מתבצעים חקירה או עינויים.
7. רופא יקפיד על עצמאותו המקצועית בבחירת הטיפול הרפואי הנאות לעציר או אסיר הנמצא באחריותו, מתוך אחריות לרווחתו הגופנית והנפשית של אותו אדם.
8. אסיר הבוחר בדרך של שביתת רעב, והרופא השתכנע, לאחר שהסביר לאסיר את התוצאות האפשריות של ההחלטה, כי ההחלטה נעשתה לאחר שיקול דעת ומתוך תובנה - לא יזון בכוח. את כשירותו של האסיר לקבל החלטה כזו יאשר גם רופא עצמאי נוסף.
9. ההסתדרות הרפואית בישראל מתחייבת לתמוך בכל רופא אשר ישמור על כללים אלו.

26 | הפרדה ובידוד אסירים - ללא השתתפות רופאים

פורסם במאי 2009

עדכון נייר עמדה דצמבר 2020

רקע:

בידוד אסיר או הפרדתו משאר הכלואים נהוגים בבתי הכלא בישראל. פעולת הבידוד נעשית לצורך ענישה מיוחדת של האסיר, לצורך הגנה עליו מפני אסירים אחרים או לצורך הגנה על המדינה. פעולת ההפרדה משמעותה מניעת מגע אנושי עם אסירים אחרים, ולעתים גם עם סגל בית הסוהר. מהנתונים שנמסרו לחברי הלשכה לאתיקה עולה, כי מבין כ-20,000 האסירים במדינת ישראל מצויים כ-150 בבידוד או בהפרדה.

בידוד או הפרדה למשך 48 שעות הם בסמכותו של מפקד בית הסוהר. משך זמן ארוך יותר מחייב פסק דין משמעותי, באישור קצין בעל דרגה המקבילה לזו של אלוף משנה. בידוד או הפרדה למשך יותר מחצי שנה מחייבים אישור בית המשפט. הפרדת אסיר גוררת במקביל אובדן זכויות נוספות בבית הכלא, כמו שימוש בטלוויזיה או בטלפון, עישון או קבלת מבקרים.

בידוד או הפרדה לזמן ממושך עלולים לגרום לנזק נפשי קשה לאסיר - בין אם סבל ממחלה נפשית קודם למאסר ובין אם לאו. מוסכם על הכל, כי בידוד או הפרדה ממושכים מעבר לפרק זמן מסוים עלולים לגרום נזקים נפשיים בלתי הפיכים.

ההחלטה על הכנסת אסיר לבידוד או להפרדה אינה רפואית באופיה, אך פקודת נציבות שירות בתי הסוהר קובעת, כי "החזקת אסיר בתא בידוד מחייבת בדיקת רופא, או בהיעדרו, בדיקה על-ידי חובש". עוד קובעות התקנות, כי אסיר בבידוד יהיה זכאי ל"ביקור חובש מדי יום ולביקור רופא לפחות אחת לשבוע". יש לתעד ביומן הבידוד את מועד הביקור, בציון שם המבקר וממצאיו.

התקנות קובעות בנוסף, כי ניתן להפסיק עונש בידוד על-פי "קביעה רפואית של רופא - ובהיעדרו, של חובש - כי תנאי החזקתו הנוכחיים אינם מתאימים למגבלותיו הרפואיות". יש ולאסיר מסוים נדרשת, בנוסף לבדיקה הרפואית השגרתית, גם בדיקה על-ידי רופא פסיכיאטר. בדיקה כזו אינה מבוצעת באופן שיטתי לפני הבידוד, כדי שלא תתפרש כמתן "אישור כשירות" להפרדה.

כמה רופאים פסיכיאטרים, החברים בארגון "רופאים לזכויות אדם", פנו לפני חודשים מספר לאיגוד הפסיכיאטרי בישראל בבקשה כי "ינסח את עמדתו בנדון באופן פומבי, וזאת על מנת לשמור על זכויות הכלואים המוחזקים בהפרדה, על בריאותם ועל כללי האתיקה". חברי האיגוד הפסיכיאטרי מצידם סברו, כי "מדובר בנושא כללי, עקרוני, אשר העמדה כלפיו צריכה להיקבע על-ידי הר"י".

הלשכה לאתיקה קיימה לכן דיון בנושא זה בהשתתפות ד"ר אלכס אדלר קרפ"ר שב"ס, ד"ר משה בירגר מנהל השירות הפסיכיאטרי בשב"ס, עו"ד דינה ליהמן היועצת המשפטית של שירות בריאות הנפש בשב"ס, וד"ר עדי דורון נציג האיגוד הפסיכיאטרי. בתום הדיון ניסחו חברי הלשכה את נייר העמדה, הבא לאזן בין צורכי המדינה להגן על בטחונה ועל בטחון האסירים - לבין החובה לשמור על בריאות האסירים ועל כבודם.

נייר העמדה:

1. הפרדה ובידוד נהוגים בבתי הסוהר בישראל כאמצעי ענישה או כאמצעי הגנה על האסיר או המדינה.
2. להפרדה או לבידוד ממושכים יש השפעה שלילית על בריאותו הגופנית והנפשית של האסיר.
3. רופא לא ייקח כל חלק, פעיל או סביל, בפעולה ענישתית של אסיר.
4. רופא לא ייתן הכשר רפואי לביצוע הפרדה או בידוד.
5. רופא הבודק אסיר העלול לעמוד בפני הפרדה או בידוד יקפיד במיוחד על החיסיון הרפואי, ולא יעשה כל שימוש במידע שבידו שלא לצורך רפואי.
6. רופא הבודק אסיר הנמצא בהפרדה או בבידוד יקפיד על עצמאותו המקצועית בבחירת הטיפול הנאות, מתוך אחריות לרווחתו הנפשית והגופנית של אותו אסיר.
7. רופא המזהה סיכון מוחשי לבריאותו של אסיר עקב הימצאו בתנאי הפרדה או בידוד, יפעיל את סמכותו המקצועית על מנת לסיים הגבלות אלו לאלתר.
8. ההסתדרות הרפואית בישראל קוראת למנכ"ל משרד הבריאות ולרשויות המדינה להעביר את רופאי השב"ס אל משרד הבריאות, על מנת למנוע את ניגוד העניינים המובנה שבו הם נתונים.

בהתאם להצהרת ההסתדרות הרפואית העולמית בנושא החזקה בבידוד, דרבן, דרום אפריקה, מאוקטובר 2014, אשר עודכנה בטביליסי, גיאורגיה, באוקטובר 2019, אימצה מליאת הלשכה לאתיקה של הר"י את הסעיפים הבאים כחלק מנייר העמדה:

- * אין להחזיק אדם בבידוד לפרק זמן ממושך, העולה על 15 ימים. כמו-כן, אין לשחרר אסיר בבידוד לפרק זמן קצר וקצוב מתוך כוונה להחזירו לבידוד מיד לאחר מכן באופן שיעקוף את מגבלת השהות הנ"ל.
- יש לאפשר לאסיר המצוי בבידוד מידה סבירה של קשר אנושי משמעותי סדיר.
- * יש לאסור בידוד של ילדים, נשים הרות, נשים אשר ילדו ב-6 החודשים האחרונים, נשים עם תינוקות ונשים מניקות, וכן כלואים עם בעיות נפשיות, שכן הן עלולות להחמיר עקב בידוד.
- * שרותי בריאות למבודדים (ובכלל) צריכים להינתן בסביבה המכבדת את פרטיותם וכבודם של המטופלים.

27 | כבילת אסירים ועצירים בבתי החולים

פורסם בדצמבר 2008

רקע:

יש במקצוע הרפואה מחויבות ייחודית לדאוג לרווחתו הפיזית והנפשית של כל אדם באשר הוא אדם, ללא כל תלות במעשיו או במעמדו בחברה, וזאת תוך שמירה על כבודו ועל פרטיותו. מחויבות זו בולטת פי כמה בתנאים של מאסר או מעצר, שבהם יש איום מוחשי על ערכים אלה בשל הצורך של כלל החברה להגן על עצמה מפני פורעי חוק למיניהם.

כיצד אפוא ינהג רופא, הנדרש לטפל באסיר או בעציר המובאים אליו לבית החולים כשהם אזוקים? רשויות החוק כבר מצאו כי נתקיימו בהם נסיבות המחייבות להחזיקם מאחורי סורג ובריח. נסיבות אלה מתקיימות גם בהיכנסם לבית החולים, ולפיכך כבילה בבית החולים היא תחליף ראוי למאסר. יחד עם זאת, עלינו לזכור כי אמנם החופש נשלל מהאסיר ומהעציר, אך אין בכך כדי לקחת מהם גם את כבודם.

מתן טיפול רפואי כשהאדם אזוק הוא ללא ספק פגיעה בכבודו ובפרטיותו. הכבילה גורמת סבל ולעתים גם נזק, והיא עלולה גם לפגום באיכות הטיפול הרפואי. עצם ההסכמה לטפל באדם כבול עלולה להתפרש כאילו הרופא הפך חלק ממערכת האכיפה, וזנח את כללי האתיקה של הרפואה לטובת השלטון.

הכללים האתיים המובאים כאן מגשרים, לדעת חברי הלשכה לאתיקה, בין המחויבויות הסותרות של הרופא – המחויבות לטיפול באסיר או בעציר הבודד, ומנגד המחויבות הרחבה לבטחונה ולשלמותה של כלל החברה. בפני חברי הלשכה עמדו נייר עמדה קודם בנדון של הלשכה לאתיקה בהרכבה הקודם מיום 6.8.1997, דוח הוועדה לבחינת נוהלי כבילת אסירים ועצירים בבתי החולים, בראשותו של המשנה ליועץ המשפטי לממשלה דאז, מני מזוז, אשר פורסם בדצמבר 1998, והנחיות מינהל הרפואה במשרד הבריאות (44/2005) מיום 30.11.2005.

נייר העמדה:

1. על הרופא מוטלת החובה האתית לשמור על כבודו, פרטיותו ובריאותו של כל אדם ולמנוע ממנו סבל וייסורים. חובה זו מודגשת שבעתיים בתנאים של מאסר או מעצר.
2. מאידך, חובה אתית זו מתנגשת לעתים בצורך של כלל החברה להגביל את חופש הפרט כדי להגן על עצמה.
3. הכלל הוא כי כל אסיר או עציר זכאים להיבדק ולקבל טיפול כמו כל אדם אחר, ללא כבילה לאזיקים.
4. הסמכות לקביעת הצורך בכבילת מטופל הנמצא במשמורת מסורה בידי רשות אכיפת החוק שבחזקתה נמצא המטופל.
5. הכבילה אינה מעשה שגרה, והיא ננקטת רק בהיעדר אמצעי אחר, פחות בחומרתו.
6. כבילה אינה תחליף לחסר בכוח-אדם הנדרש לשמירת המטופל.
7. אם הכבילה מונעת טיפול רפואי, מסכנת את חיי האזוק או עלולה לגרום לו נזק ממשי ובלתי הפיך, ישוחרר המטופל מכבליו גם במחיר הסיכון הכרוך בכך.

28 | האכלת שובתי הרעב

פורסם בפברואר 2005

רקע:

שביתת הרעב של האסירים הבטחוניים, אשר התקיימה לזמן קצר לפני חודשים מספר בבתי הכלא בישראל, הביאה את הלשכה לאתיקה לדון במעמדו ובתפקידו של הרופא המופקד על בריאותו של שובת הרעב הנמצא באחריותו המקצועית.

מדרך הטבע, מדובר בסוגיה חברתית רגישה במיוחד שבה מתנגשים לעתים ערכים נעלים של זכות האדם על גופו מול אלו של עמדות פוליטיות, לאומיות או דתיות ורצון לגבור על השובת בכל מחיר. הואיל ומדובר לרוב באסירים שחירותם ניטלה מהם, מחריפה השאלה האתית הרפואית שבעתים. בארץ הדילמה קשה אף יותר, משום שעקרון קדושת החיים גובר, בחלק מהחברה בישראל, על כל ערך אחר, לרבות זה של חירות הפרט. בתגובה לביקשת המדינה התירה כבוד השופטת שרה סירוטה בשנת 1996 להאכיל בכוח קבוצת שובתי רעב מחסידי של עוזי משולם. בכך סטה בית המשפט מהגישה הביו-אתית המקובלת במערב. בהתנגשות הבלתי נמנעת בין פגיעה בכבודם של האסירים לבין שמירה בכוח על חייהם, הכריע בית המשפט בזכות לחיים (ה.פ. 829/96-א מיום 9.5.1996).

האכלה בכוח של שובת רעב נחשבת לצורה של עינוי. בהצהרת טוקיו משנת 1975 של ה-World Association Medical העוסקת באיסור של השתתפות רופאים בעינויים נאסר גם על הרופאים לקחת חלק בהאכלה כפויה כזו.

אירועים דרמטיים במספר מדינות בעולם - באירלנד, בטורקיה ובדרום אפריקה - שם מתו שובתי רעב שהתמידו בשביתתם, הביאה בשנת 1992 את ההסתדרות הרפואית העולמית לכתוב את הצהרת מדריד, העוסקת כולה בתפקידו ובאחריותו של הרופא המטפל בשובת רעב. בתום הדיון בנושא אימצו חברי הלשכה לאתיקה, בשינויים קלים, את עיקריה של הצהרת מדריד.

נייר העמדה:

1. שובת רעב הוא אדם כשיר, אשר הביע את רצונו שלא לקבל מזון ו/או נוזלים לתקופה בלתי מוגבלת, מתוך ידיעה כי הדבר עלול לעלות לו בחייו.
2. על הרופא לקבל מידע רפואי מלא על שובת הרעב ולערוך לו בדיקה רפואית מלאה בתחילת שביתת הרעב.
3. על הרופא להסביר לשובת הרעב את הסיכונים הכרוכים בשביתה כזו, לרבות החשש כי השביתה עלולה לעלות לו בחייו.
4. על הרופא להודיע לשובת אם יהיה מוכן לקבל את בקשתו לסרב לכל מזון ו/או נוזלים, לרבות הזנה מלאכותית, אם ישקע למצב של חוסר הכרה.
5. אסור לרופא להפעיל לחץ מכל סוג שהוא במטרה להניא את שובת הרעב מהמשך שביתתו.
6. רופא לא ישתתף בהאכלה בכוח של שובת רעב.
7. רשאי שובת הרעב לקבל "דעה רפואית שנייה", ורשאי השובת לבקש כי הרופא השני יהיה זה שיטפל בו. אם שובת הרעב הוא אסיר, יתואם עניין זה עם רופא בית הכלא.
8. רשאי הרופא להציע לשובת הרעב כי ימשיך טיפול בתרופות, אם קיבל השובת כאלו טרם החל בשביתתו, וכי יסכים לקבל נוזלים במרוצת שביתת הרעב.
9. רשאי הרופא לדרוש, במקרים של לחץ סביבתי, לבודד את שובת הרעב מחבריו - השובתים האחרים.

10. על הרופא לוודא מדי יום כי השובת מוכן ורוצה להמשיך בשביתתו, וכי החלטה זו התקבלה מתוך רצון חופשי ובהיעדר לחץ חיצוני כלשהו.
11. על הרופא לוודא מדי יום כיצד רוצה שובת הרעב כי יטפלו בו אם יאבד את הכרתו. הרופא יתעד מידע זה ברשומותיו, ואלה תישמרנה חסויות.
12. היה ואיבד שובת הרעב את הכרתו ואינו יכול עוד להביע את רצונו - חופשי הרופא להחליט על-פי מיטב הכרתו ומצפונו כיצד להמשיך ולטפל בשובת, מתוך שמירה מרבית של עמדותיו ורצונו של השובת כפי שהביע אותן בפניו במהלך השביתה.
13. על הרופא להודיע למשפחתו של שובת הרעב על עצם השביתה, אלא אם כן נאסר הדבר במפורש על-ידי השובת עצמו.

29 | בריאותם של מהגרי עבודה

פורסם במרץ 2003

רקע:

פיגוע ההתאבדות הכפול במדרחוב בנווה שאנן שבדרום תל אביב בינואר 2003 כפה עלינו, הרופאים, להביט במציאות חדשה במלוא כיעורה. בפיגוע קשה זה נהרגו 23 איש, ונפצעו יותר ממאה אחרים. בין ההרוגים והפצועים ישראלים בצד עובדים זרים שזו להם סביבת מגוריהם ועבודתם. בשעה שאת הישראלים מיהרו צוותי ההצלה להעביר לבתי החולים, העדיפו העובדים הזרים, אף שהיו פצועים וזבי דם, להסתתר בפינה בטוחה מאימת המשטרה. החשש כי יעצרו ויגורשו מהארץ כחלק מהגירוש ההמוני שהוכרז נגדם גבר אפילו על הצורך בטיפול רפואי דחוף. גם הכרזת הנדיבה של שר הפנים בשעתו אלי ישי, כי לפצועי הפיגוע ולבני משפחותיהם יינתנו אישורי שהייה זמניים, לא הפיגה את החשש של קהילה זו. רבים מעובדים זרים אלו נמנעו גם מלהגיע אל בתי החולים שם אושפזו מקצת חבריהם בשל החשש מפני הגירוש. זה היה שיא חדש ומכוער של אי-שוויון בנגישות ובמימוש אמצעי בריאות ורפואה בחברה הישראלית.

כחודש לאחר אירוע זה קיימה הלשכה לאתיקה דיון בעניין מעמדם של מהגרי העבודה בישראל. חברי הלשכה סברו כי עליהם להשמיע עמדה נחרצת בעניין זכויות האדם הבסיסיות של מי שנמצא בתחתית הסולם החברתי בארץ. בדיון השתתפו גם נציגי הארגונים המסייעים לעובדים הזרים - "קו לעובד" ו"רופאים לזכויות אדם". בתום הדיון אימצו חברי הלשכה לאתיקה את נייר העמדה כדלקמן.

נייר העמדה:

1. הגירה לצורך עבודה היא תופעה כלל עולמית שאינה ניתנת לפתרון באמצעים מנהליים בלבד.
2. נוכחותם בארץ של מאות אלפי מהגרי עבודה מחייבת התייחסות של מוסדות המדינה לזכויות האנוש הבסיסיות של עובדים אלו, לרבות רווחתם, בריאותם ומצבם הרפואי.
3. למצבם הבריאותי של מהגרי העבודה השפעה ישירה על בריאות כלל האוכלוסייה. מכאן מוטלת חובה כפולה על הרשויות לדאוג לבריאותם של מהגרים אלו.
4. יש לקבוע תנאי מחיה ועבודה נאותים ולאוכפם כדי למנוע ניצול לרעה ותחלואה של מהגרי העבודה.
5. יש ליצור מסגרת חוקית נאותה שתאפשר לכלל המהגרים גישה חופשית לשירותי רפואה, תוך גביית מס בריאות מהם.
6. על כל רופא מוטלת החובה האתית להעניק טיפול רפואי דחוף, גם למהגרי עבודה שאין להם כל ביטוח רפואי.
7. טיפולים רפואיים במהגרי עבודה שאינם נחשבים לטיפולים דחופים נתונים לשיקול דעתו של הרופא גם אם אין הם מכוסים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
8. כחלק משמירת הסודיות הרפואית תישמר גם זהותו של מהגר העבודה הפונה לקבלת טיפול רפואי.
9. הלשכה לאתיקה קוראת לרופאים חברי הר"י להתנדב ולתרום מנסיונם המקצועי לטובת מהגרי העבודה בישראל.

30 | הבטחת שירותי רפואה ובריאות בעת הסכסוך המזוין הישראלי-פלסטיני

פורסם ביוני 2002

רקע:

המציאות הפוליטית המתפתחת סביבנו כופה עלינו לדון בסוגיות מוסריות ואתיות קשות מאוד של מתן שירותי רפואה ובריאות לאוכלוסייה הערבית בגדה וברצועת עזה. צורכי ההגנה והביטחון של מדינת ישראל מתנגשים בתנאי הסכסוך האלים הקיים בינינו לבין הפלסטינים עם מתן חופשי של שירותים אלו.

דווקא עתה, שעה שאנו קוברים מדי יום את מתנינו, קורבנות תמימים של טרור חסר רסן, קשה עד מאוד לדבר על זכויות אדם של הפלסטינים. עם זאת, על ההסתדרות הרפואית לישראל, בהיותה ארגון מקצועי חסר צביון פוליטי, לגבש את עמדתה בנושא רגיש זה. עליה לתת פומבי לעמדה זו ולפעול לקידומה, כל זאת מתוך האזיון הנדרש בין הצרכים המנוגדים של שתי האוכלוסיות. צורך דחוף זה הודגש אף יותר בעקבות פניות מרובות אל הנהלת הר"י הן של רופאים מן השורה והן בעקבות פניות של ארגונים לזכויות אדם בארץ ואיגודי רופאים בחו"ל, לרבות פנייה של ההסתדרות הרפואית העולמית.

הנהלת הר"י הקימה אפוא ועדה מיוחדת לשם כך. המנדט שניתן לוועדה היה להיפגש עם הגורמים הנוגעים בדבר ולגבש מסמך שלאחר אישורו על ידי המוסדות המתאימים בהר"י, יהיה מסמך העמדה הרשמי של ההסתדרות הרפואית בישראל בעניין זה.

חברי הוועדה נפגשו עם נציגי הצלב האדום הבין-לאומי, עם נציגי הארגון "רופאים לזכויות אדם" וכן עם אלוף עמוס גלעד, מתאם הפעולות בשטחים. בפגישה עם האלוף גלעד נכחו מלבד אנשי המטה שלו גם קצין רפואה ראשי ונציג הפרקליט הצבאי הראשי.

נייר העמדה שמופיע להלן משקף את עמדת חברי הוועדה כפי שהתגבשה בתום פגישות אלו ולאחר דיון ממצה בין חבריה.

נייר העמדה:

1. ההסתדרות הרפואית בישראל היא ארגון עצמאי, בלתי תלוי, א-פוליטי, המייצג את כלל רופאי מדינת ישראל, יהודים וערבים כאחד.
2. ההסתדרות הרפואית בישראל חוזרת ומדגישה כי היא רואה בחיים ערך עליון ומחויבת לערך זה כלפי כל אדם ואדם, ללא הבדל דת, גזע ולאום.
3. ההסתדרות הרפואית בישראל מחויבת לכל האמנות הבינלאומיות ולכל ההצהרות של ההסתדרות הרפואית העולמית, לרבות אלה הנוגעות לשמירת חיי אדם.
4. ההסתדרות הרפואית בישראל רואה באספקת שירותי רפואה ובריאות לאוכלוסיה אזרחית, ישראלית ופלסטינית, ובטיפול בנפגעים ופצועים, חלק בלתי נפרד מהמחויבות לשמירת ערך החיים.
5. ההסתדרות הרפואית בישראל מביעה שביעות רצון ממחויבות צה"ל, כפי שהובאה בפניה על-ידי נציגיו הרשמיים, להבטיח את שירותי הרפואה והבריאות גם בזמן סכסוך מזוין.
6. ההסתדרות הרפואית בישראל קוראת לשלטונות צה"ל מתוך מחויבות זו ובהתאם לפסיקת בג"ץ, לנקוט את כל האמצעים האפשריים כדי להבטיח את הפעילות החיונית של בתי החולים בפרט ושל שירותי הרפואה בכלל, לרבות באזורי הלחימה. הנחיות ברוח זו יש להעביד ולממש עד לרמת החייל הבודד בשטח.
7. ההסתדרות הרפואית בישראל מגנה בכל תוקף ובשאת נפש את השימוש בטרור בכלל ואת השימוש בפצצות אנושיות בפרט, שכל כוונתם הרג חסר הבחנה של אזרחים חפים מפשע וזריעת פחד בהמון.
8. ההסתדרות הרפואית בישראל מגנה בתוקף את השימוש הנפשע באמבולנסים לצורכי טרור וחבלה, וקוראת לכל גורמי הרפואה באשר הם שלא לתת ידם לשימוש זה.

9. ההסתדרות הרפואית בישראל מגנה בתוקף כל הגבלה, חסימה או ניסיון להפריע, שלא לצורך, לפעולת צוותים רפואיים במהלך פעולתם המקצועית.
10. ההסתדרות הרפואית בישראל מביעה צער עמוק על אובדן חיי אדם, נכות וסבל הנגרמים לשני העמים במהלך הסכסוך הנוכחי, ומודאגת מהעתקת זירת הלחימה למרכזי האוכלוסיה האזרחית התמימה.
11. ההסתדרות הרפואית בישראל מחזקת את ידם של הצוותים הרפואיים, באשר הם, העוסקים בהצלת חיי אדם ובטיפול בקורבנות הסכסוך, לא אחת תוך נטילת סיכון אישי.
12. ההסתדרות הרפואית בישראל חוזרת ומדגישה כי כל מערך רפואי זכאי לחסינות מוחלטת ולחופש פעולה מלא, כל עוד הוא עוסק בעבודתו המקצועית בלבד.
13. ההסתדרות הרפואית בישראל ערה לצורך שבאיזון בין הבטחת שירותי בריאות ורפואה לבין צורכי הביטחון, וקוראת לשלטונות הצבא לשמור בקפידה על איזון זה.
14. ההסתדרות הרפואית בישראל קוראת לשני הצדדים להפסיק לאלתר את הסכסוך המזוין הגורם לשפיכות דמים, לאובדן חיי אדם ולסבל רב לכל תושבי האזור, ולהביא לפתרון הסכסוך בדרכי שלום.

31 | סירוס כימי של פדופילים

פורסם במאי 2009

רקע:

עבירות מין הן מהעבירות הקשות ביותר שעימן מתמודדת כל חברה. קשות במיוחד הן עבירות המין המופנות כלפי קטינים וילדים. על אף העובדה כי פדופיליה יסודה ככל הנראה ביולוגי, והיא מתבטאת בהפרעה בשליטה על הדחף המיני, הרי שמבחינה משפטית נקבע כי אין בכך כדי לפטור את הפדופיל מאחריות משפטית למעשיו. חברות שונות בעולם התמודדו עם פדופיליה במרוצת השנים בכמה אופנים. מעבר לעונש המאסר ננקטו אמצעים פיזיים ותרופתיים להפחתת הדחף המיני של העבריינים, החל מסירוס פיזי של כריתת האשכים וכלה בטיפול תרופתי ממושך, שנועד להפחית את רמת הטסטוסטרון בדמו של הפדופיל.

חשיפת הרשת הפדופילית הגדולה שפעלה לאחרונה בארץ חידדה שוב את הדיון הציבורי בעבירה קשה זו. הצעות חוק שהוגשו לאחרונה לכנסת מעניקות סמכות לבית המשפט "לצוות על מתן טיפול תרופתי לעברייני המין בנוסף לכל עונש" (הצעת החוק של ח"כ אלי אפללו), או "להשאירו בכלא לפרק זמן של עד 20 שנה או עד שיסכים לעבור טיפול להורדת הדחף המיני והפחתת הסיכון הכרוך בשחרורו" (הצעת החוק של ח"כ יובל שטייניץ).

מאחר שטיפול תרופתי זה שנוי במחלוקת ואף נושא בחובו סיכונים בריאותיים למטופל, נוצר צורך ברור למצוא את נקודת האיזון בין החובה לשמור על הגנת הציבור לבין החובה לשמור על בריאות העברייני. גם אם נקבל את הטענה, כי בהתנגשות האינטרסים טובת הקורבן קודמת לטובת העברייני – עדיין יש לתחום גבולות לטיפול התרופתי להפחתת הדחף המיני, המוצע כיום כ"ברירת טיפול כפוי" לעבריינים אלה.

נייר העמדה המצורף מבטא את דעת חברי הלשכה לאתיקה, לאחר דיון ממושך שהתקיים בנוכחות מומחים לאנדוקרינולוגיה העוסקים בתחום זה ובהשתתפות רופאים ופסיכיאטרים העובדים בשירות בתי הסוהר בישראל.

נייר העמדה:

1. עברייני מין, ובמיוחד אלה מביניהם המאובחנים כפדופילים או כבעלי סטיות מיניות אחרות, עלולים לגרום נזק גופני ונפשי קשה וממושך לקורבנות התקיפה.
2. כדי להגן על הציבור מפני עברייני מין, עומדים עבריינים אלה לדין פלילי על-פי חוקי המדינה.
3. הצעות חוק שהוגשו לאחרונה לכנסת ישראל ממליצות להעניק סמכות לבתי המשפט לצוות, בנוסף לעונש בדין הפלילי, גם על מתן טיפול תרופתי בכפייה לדיכוי הדחף המיני של עברייני מין.
4. טיפול תרופתי לדיכוי היצר המיני הוא פעולה רפואית שנויה במחלוקת – הן מבחינת ההתוויות והן מעצם היותה נושאת בחובה סיכונים לבריאות המטופל.
5. הערכת מצבו הרפואי של עברייני מין והתאמתו לטיפול תרופתי לדיכוי היצר המיני תיעשה על-ידי רופא באופן עצמאי, שאינו נגוע בניגוד עניינים מכל סוג שהוא.
6. רופא לא ייתן טיפול תרופתי לדיכוי היצר המיני בניגוד למצפון, אם לדעתו טיפול זה אינו מתאים לאותו עברייני.
7. טיפול תרופתי לדיכוי הדחף המיני יינתן רק לאחר שהתקבלה הסכמתו מדעת של המטופל ומתוך רצון חופשי.
8. מטרת הטיפול התרופתי לדיכוי הדחף המיני היא למנוע עבירות מין נוספות בעתיד, ואין להשתמש בטיפול זה לצורך קיצור תקופת המאסר או קבלת חופשות.
9. עברייני מין הסובל מפדופיליה יהיה רשאי לפנות ביוזמתו, מתוך בחירה חופשית, אל בית המשפט בבקשה להמיר חלק מתקופת המאסר אשר הוטלה עליו בקבלת טיפול תרופתי לדיכוי הדחף המיני.

32 | שיתוף פעולה בין מוסדות הרפואה לבין רשויות החוק

פורסם באוקטובר 2006

רקע:

אל הלשכה לאתיקה הוגשה פנייה, שעיקרה השאלה מהו האיזון הנדרש בין זכויות החולה המאושפז בבית החולים לבין זכות החברה להגן על עצמה. הפנייה התייחסה לאירוע שהתרחש בבית חולים מסוים, שאליו התקבל לטיפול עציר פצוע לאחר שנעצר בחשד להצתה של משרד ממשלתי. העציר קיבל טיפול רפואי מלא, כשהוא תחת משמורת, אך לקראת שחרורו פנתה המשטרה להנהלת בית החולים בבקשה שלא לשחרר את העציר ולהחזיקו באשפוז רפואי מלאכותי נוסף. כוונת המשטרה היתה לאפשר שימוש בשיטות חקירה מוסוות, בהיותו עדיין בבית החולים, על מנת לדלות ממנו מידע הקשור במעשה הפלילי אותו ייחסה לו המשטרה. מנהל בית החולים, אשר פנה ללשכה לאתיקה, כתב, כי לבית החולים יש אינטרס ברור וטבעי לשתף פעולה עם המשטרה ולסייע לה בחקירת פשעים נגד החברה, אך מאידך גיסא עולה השאלה של הפרת הכללים האתיים המגינים על זכויות החולה ועל פרטיותו.

היבט אחר של אותה סוגיה עלה מתלונה שנשלחה אל הלשכה לאתיקה על-ידי גוף ציבורי, העוסק בזכויות התושבים הזרים השוהים בישראל. על-פי תלונה זו, פנה מנהל בית חולים אחר, ביוזמתו, לשלטונות ההגירה והזמנים לחקור תושבת מדינה זרה שהגיעה לבית החולים לצורך טיפול רפואי דחוף. פעולותיו של אותו מנהל פגעו, לדעת המתלוננים, ביכולתו של בית החולים להגן על זכויות מטופליו ועל יכולתם לפנות אליו בעת מצוקה רפואית.

תלונה זו מזכירה את האירוע המצער בינואר 2003, כאשר רבים מהעובדים הזרים, חלקם שוהים ללא אשרה, שנפצעו באירוע החבלני בדרום תל-אביב נמנעו מלפנות לטיפול רפואי בבתי החולים, מחשש שיוסגרו שם לידי רשויות ההגירה. בכך הם סיכנו באופן מוחשי את חייהם ואת בריאותם. בכללי האתיקה המופיעים כאן ניסו חברי הלשכה לאתיקה למצוא אותו איזון עדין בין החובה לשמירת זכויות המטופל, מצד אחד, ובין החובה לשמר, מצד שני, את זכותה של החברה להגן על עצמה.

נייר העמדה:

- יש לראות במוסדות הרפואה מקום, אשר המטופל בהם מוגן על-פי כללי האתיקה הרפואית.
- לפיכך, גם שוהים בלתי חוקיים ועבריינים זכאים להגנה על זכויותיהם ולפרטיות בהיותם מטופלים במוסד רפואי.
- הגנה זו אינה מוחלטת, והיא נסוגה לעתים מפני טובת החברה וזכותה להגן על עצמה.
- לפיכך, ישתף המוסד הרפואי פעולה עם גורמי הביטחון בפגיעה בזכויותיו של המטופל רק במקרים שיש בהם ודאות סבירה שאם לא ייעשה כן, ייגרם נזק לחברה על-ידי אותו מטופל.
- הקביעה של מידת האיזון בין חופש הפרט וזכויותיו לבין טובת כלל החברה מסורה בידי בית המשפט ואינה נתונה בידי הרופאים.
- לפיכך, בכל מקרה של ספק, שבו נדרשים הרופאים לפגוע בזכויות הפרט של המטופלים על-ידם לטובת כלל החברה, יש לפנות לבית המשפט, על מנת שיכריע בסוגיה זו.

33 | קביעת גיל עצמות של אדם לבקשת המדינה

פורסם בנובמבר 2012

רקע:

בפני הלשכה לאתיקה הוצגה השאלה כיצד ינהג רופא כאשר הוא נדרש לבקשת המדינה לפענח בדיקת גיל עצמות של קטין, שווה בלתי חוקי, וזאת על מנת לקבוע את גילו הכרונולוגי ולהכריע בכך כיצד תנהג המדינה באותו קטין.

בשנים האחרונות חלה עליה מהירה במספרם של שוהים בלתי חוקיים הנמצאים בארץ, חלקם במשמורת כאשר מתנהלים נגדם הליכים משפטיים בדבר שהותם הלא חוקית כאן. רבים מאותם שוהים אינם נושאים כל תיעוד היכול להעיד על גילם הכרונולוגי נתון לו יש משמעות משפטית רבה ביותר. המדינה, באמצעות משרד המשפטים קבעה ב-10.6.2007 "נוהל הערכת גיל ביולוגי של בני נוער וצעירים אגב הליכים משפטיים בנוגע לשהייה שלא כדין בישראל".

על פי נוהל זה ניתן לקבוע את גילו הביולוגי של אדם באחת משלוש האפשרויות: בדיקה גופנית של הנבדק על ידי רופא מומחה באנדוקרינולוגיה של ילדים, הערכת צילום רנטגן של כף היד או על ידי הערכת מצב התפתחות השיניים על ידי צילום רנטגן אורטופנטוגרמי של המשנן.

עוד קובע הנוהל כי הבדיקות תבוצענה רק לאחר קבלת צו בית המשפט או צו מ"בית הדין לבקורת משמורת שוהים שלא כדין" וכי בדיקות הרנטגן של כף היד או השיניים תערכנה רק אם לא ניתן לקבוע "ברמת סבירות גבוהה" את הגיל שלא באמצעות צילום שכזה. חובה על פי הנוהל לתת לנבדק לפני ביצוע הבדיקות מידע, על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996, בדבר סוגי הבדיקות ומטרתן ולקבל את הסכמתו להיבדק.

בפנייה ללשכה לאתיקה הוצג מקרה בו הועבר שווה בלתי חוקי על ידי שוטרים ממתקן כליאה אל בית חולים סמוך מתוך בקשה לבצע צילום רנטגן של כף היד על מנת לקבוע את גילו. לבקשה לא צורף צו של בית המשפט או בית הדין, לא צורפה "הסכמה מדעת" ולא צורף דו"ח המאשר כי מוצתה קודם לכן וללא הצלחה בדיקה גופנית של אותו שווה על ידי אנדוקרינולוג של ילדים.

בדיון שהתקיים בלשכה לאתיקה הציג ד"ר גדעון פלוסר, מומחה ברדיולוגיה אבחנתית, מנהל היחידה להדמיית השלד במרכז הרפואי "סוראסקי" את עיקרי חוות דעתו הרפואית אשר ניתנה מטעם "המוקד לסיוע לעובדים זרים" בתביעה נגד המדינה בדבר קטין שנשלח לביצוע בדיקת רנטגן של כף היד על מנת לקבוע את גילו.

הבדיקה בה נעשה שימוש לצורך הערכת גיל העצמות מסתמכת על אטלס גיל העצמות של Greulich אשר ראה אור בשנת 1959 ואשר מבוסס על צילומים שבוצעו בשנות ה-30 של המאה הקודמת על מאות ילדים לבנים מאיזור העיר קליבלנד במדינת אוהיו שבארה"ב. הצילומים המובאים באטלס אמורים לייצג את ממוצע התפתחות העצמות בגילים השונים.

כבר במהדורה הראשונה של האטלס נוספה הערת הזהרה כי אין לצפות שהסטנדרט הרנטגני יתאים לקבוצות אחרות. לדברי העורכים יש שונות רבה בממצאים בין קבוצות אתניות שונות. אין ספק כי ממרחק של כ-80 שנה ובהתחשב בשינויים העצומים שחלו במצב התזונה והבריאות באוכלוסיות השונות רחוק האטלס מלתת תשובה מדעית מהימנה על גילו של הנבדק.

הזהרה זו נכונה שבעתים ביחס לקטינים, שוהים בלתי חוקיים, הבאים לישראל מארצות מוכות רעב כבד וחולי המשנים באופן מובהק את קצב ההתבגרות הביולוגית של אותו קטין.

על פי הנתונים המובאים באטלס עצמו גם כאשר מדובר באוכלוסייה הספציפית אליה מתייחס הספר, קיימת סטיית תקן גבוהה. כך לדוגמא כשמדובר בגיל 17 סטיית התקן היא 16 חודש. דהיינו אפילו באוכלוסייה עליה

נערך המחקר טווח הגילאים האפשרי על פי האטלס לקטין שגילו לכאורה 17 שנה נע בין 15 שנה ו-8 חודשים ועד 18 שנה ו-4 חודשים. נתונים אלו אושרו במחקר לפיו נמצאה התאמה בין הגיל הכרונולוגי לבין גיל העצמות רק ב-20-30% מהנבדקים.

אין ספק כי מדובר באמצעי אבחנה שאבד עליו הכלח אשר מהיימנותו המדעית מפוקפקת ביותר. הסיבה היחידה לקיומו היא כי לא ניתן כיום, מתוך ידיעת הנזק שבקרינה מייננת, לערוך צילומי רנטגן של אלפי ילדים בריאים לצורך קביעת סטנדרט חדש.

חרף כל זאת משרד הפנים ומשטרת ההגירה מסתמכים באופן בלעדי על בדיקת גיל העצמות לצורך קביעת גילם של שוהים בלתי חוקיים. כתוצאה מכך הועברו לא פעם קטינים, שהבדיקה הראתה לכאורה כי הם בגירים, אל בית כלא שם הם מוחזקים במעצר בתנאים קשים יחד עם בגירים.

מדינות רבות במערב, העומדות כמו ישראל בפני בעיית הגירה לא חוקית הפסיקו לחלוטין להשתמש בצילום כף היד כאמצעי לקביעת גיל המהגר או שקביעת הגיל נעשת במקביל גם באמצעים נוספים לרבות בדיקות השיניים וראיון פסיכולוגי.

יש לבחון מחדש את המדיניות הלאומית בקביעת גילם הכרונולוגי של השוהים הבלתי חוקיים. כל רופא מצידו רשאי לקבוע כיצד ינהג מקצועית במקרה כזה כל עוד לא שונתה מדיניות זו.

נייר העמדה:

1. בדיקת גיל העצמות של קטינים על מנת לקבוע את גילם הכרונולוגי נסמכת על אטלס צילומי רנטגן שנערך לפני כ-80 שנה באוכלוסייה הומוגנית של ילדים לבנים במערב התיכון בארה"ב.
2. תקפותו המדעית של האטלס כיום, ביחס לאוכלוסיות אחרות השונות באופן כל שהוא מאוכלוסיית המדגם, מוטלת בספק רב.
3. בדיקת גיל העצמות אינה מדויקת בקביעת גילו הביולוגי של הנבדק והמתאם לגילו הכרונולוגי נמוך ביותר וכל זאת תוך סטיית תקן גבוהה.
4. השימוש קרינה מייננת לצורך צילום רנטגן אסור כאשר אין בו תועלת לנבדק. הדבר חמור במיוחד כאשר מדובר בקטינים.
5. אין להשתמש בקרינה מיננת לצילום שלא למטרות רפואיות מבלי לקבל הסכמה מדעת הניתנת מתוך רצון חופשי.
6. כאשר מוגשת בקשה לביצוע בדיקת גיל העצמות על המבקש לפרט את הסיבה בגינה נדרשת בדיקה זו.
7. בדיקת גיל העצמות לצורך קביעת גילו של אדם תיעשה רק על פי צו של בית המשפט, במצורף להסכמה מדעת חתומה על ידי הנבדק.
8. פענוח בדיקת גיל העצמות שלא מסיבות רפואיות נתון לשיקול דעתו ומצפונו של כל רופא ורופא.

34 | הרופא כשדלן, לוביסט במסדרונות הכנסת ובמערכות הממשל בישראל

פברואר 2022

פעילותם של השדלנים בכנסת מוסדרת בפרק י"ב בחוק הכנסת, התשנ"ד-1994. על פי ההגדרה שבחוק, שדלן הוא "מי שדרך עיסוקו או בתמורה למען לקוח, נוקט פעולות לשכנע חבר כנסת בקשר להצעות חוק ולחקיקת משנה בכנסת או בוועדותיה, להחלטות הכנסת וועדותיה ולמינוי או לבחירה של אדם לתפקיד על ידי הכנסת או על ידי גוף שנציג הכנסת חבר בו". להגדרה זו ישנם חריגים, כגון מי שנוקט פעולה למען מעסיקו במסגרת עבודתו או מי שממלא תפקידים מסוימים בשירות המדינה. מומלץ לכל רופא לקרוא את החוק בטרם יופיע כלוביסט - החוק הוא הסף, והאתיקה היא הרף. יובהר כי עקרונות נייר עמדה זה נכונים ורלוונטיים לפעילות מהסוג האמור, הן כלפי חברי כנסת והן כלפי גורמי ממשל נוספים מקבלי החלטות, מגבשי מדיניות וכיוצא באלה.

הרופא עלול להימצא בניגוד עניינים בין האינטרסים של הגוף אותו הוא מבקש לייצג בפני הכנסת לבין חובתו לאמת המקצועית ולעקרונות האתיקה הרפואית, ובהם עשיית הטוב למטופלים, אי-גרימת נזק, חלוקה צודקת של משאבי הבריאות במדינה ועוד.

האם ראוי כי רופא יופיע כלוביסט?

ישנם קולות בישראל הטוענים כי אין לכך מקום. רופאים לא מעטים מופיעים בכנסת, בפני שרים ומקבלי החלטות. לעיתים הם מוזמנים כנציגים של ארגונים שונים (למשל, כבעלי תפקידים במערכת הבריאות או כנציגי הר"י ואיגודיה המדעיים), ופעמים אחרות הם מופיעים בכנסת כשדלנים בעניינים שונים. הופעתם עשויה להיות בתפקידם כרופאים לצורך קידום תכני רפואה, ולפעמים בתוקף עשייה אחרת, שאינה נוגעת לעיסוקם ברפואה. לאחר דיון בנושא, חברי הלשכה לאתיקה מחזיקים בדעה כי אין זה מוצדק להצר צעדיו של רופא בעשייה. יחד עם זאת, לעמדת חברי הלשכה, נכון לקבוע ולהדגיש את החובות האתיות המיוחדות של רופא המייצג עיסוק או עמדה רפואיים בפני הרשויות.

לפיכך קבעו חברי הלשכה:

א. כללי:

1. הצגת נקודת המבט הרפואית למוסדות השלטון בישראל היא מחויבות אזרחית ומוסרית המוטלת על הרופא בהיותו בעל מקצוע בתחום זה. הצגת העמדה הרפואית תשמש ותסייע לחברי הכנסת, שרי הממשלה ומקבלי החלטות לקבוע כללים נכונים ותואמים את העמדה הרפואית.
2. רופא יסכים לשמש שדלן (לוביסט) אך ורק במקרה שבו הוא מאמין כי יש יסוד מוצק ואמת מדעית בהצגת הדעה הרפואית בנושא.
3. הצגת העמדה הרפואית תהיה מקצועית, אמינה וחסרת פניות, הנשענת על בסיס מדעי ועל סטנדרטים רפואיים מקובלים. אסור שעמדה מוצגת תהיה מוטה עקב התועלת הצפויה למשלם השכר לשדלן.

ב. כישורים נדרשים מהרופא המשמש שדלן:

1. בנושא רפואי, הרופא השדלן יהיה בעל ידע וניסיון רלוונטיים לנסיבות הנושא אותו הוא מבקש להציג.
2. רופא יגלה צניעות, ינהג בזהירות ובאחריות וימנע מהצגת נושא רפואי שאינו מתחום עיסוקו המקצועי.
3. הרופא השדלן בנושא שאינו רפואי יפעל באופן המכבד את עצמו, את חבריו הרופאים ואת מקצוע הרפואה. ככל שפעילותו כשדלן אינה נוגעת לנושאים רפואיים, הרופא לא יעשה שימוש בתוארו או

מעמדו כרופא לצורך קידום מטרות אלו.

4. רופא המשמש שדלן בנושא שאינו רפואי ינקוט משנה זהירות וימנע מכל ניגוד עניינים עם עיסוקו ברפואה.

ג. גילוי נאות:

1. בפתח דבריו, רופא המציג עמדה למקבלי החלטות וקובעי מדיניות יציין באופן ברור את פרטי זיהויו, את הכשרתו ומעמדו המקצועי והאקדמי.
2. הרופא השדלן יציין אם יש או היה לו עניין אישי בנושא, מטעם מי הוא פונה או נוכח בדיון, והאם הוא מקבל, יקבל או קיבל תמורה בעבר מצד גוף בעל עניין בנושא. כמו כן, הרופא יגלה כל קשר העלול להעלות חשש כלשהו לניגוד עניינים, על מנת שהנוכחים בדיון יפעילו שיקול דעת בהתייחס לתוכן דבריו.

ד. הנחיות לרופא השדלן:

1. הרופא השדלן ימסור באובייקטיביות, בהגינות וביושרה את כל המידע הרפואי והמדעי הנוגע למקרה הנדון, יביע דעתו בנושא, ובאם דעתו שונה מהדעה הרווחת המקובלת בתחום, יציין גם את דעת הרוב בעולם הרפואה.
2. הרופא השדלן יסתמך על ספרות רפואית, יצרפה או יציין מראה מקום בצורה ברורה ונכונה כמקובל.
3. הרופא השדלן יביע דעתו בלשון עניינית, צנועה ומאופקת. הרופא השדלן רשאי לחלוק על דעות רפואיות אחרות, אולם אין להעביר ביקורת אישית על מומחים רפואיים אחרים. הדיון יהיה לגופו של עניין ולא לגופם של עמיתים.

35 | זכויות הקטין בטיפול רפואי

פורסם בדצמבר 1997

חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996, הינו חוק חלוצי, אשר עיגן בדין זכויות מגוונות של החולה בישראל, ביניהן הזכות לקבל טיפול רפואי, הזכות לסרב לטיפול רפואי והזכות לסודיות רפואית.

אולם, למרות התייחסות לנושאים רבים ושונים, אין התייחסות בחוק לזכויות של קטין בעניינים רפואיים. כתוצאה מכך, המצב החוקי של מטופלים קטינים אינו ברור, ולרופאים נגרמת אי-ודאות באשר להתנהגותם. המצב המשפטי של קטינים במדינת ישראל מוסדר בחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, הקובע כי "אדם שלא מלאו לו 18 שנה הוא קטין". לפיכך, אין להתייחס לילד עד גיל 18 כבוגר על-פי דין. אולם, אין הבדל משמעותי בין נער בגיל 17 לגיל 18. למרות שיש צורך בהגדרת גיל של קטין ובוגר, כשמדובר בענייני בריאות ולפעמים אפילו בענייני חיים ומוות, לדעתנו אין זה מן הראוי לקבוע גיל שרירותי שבו יכול מטופל לקבל טיפול רפואי או לסרב לו.

יש לציין, שבמדינת ישראל בעיה זו קשה עוד יותר. אין היגיון במצב שבני נוער בגיל 17 או 18 מגויסים לצבא אך אינם יכולים לקבל, למשל, אמצעים למניעת הריון.

הבעיה לגבי התייחסות לקטינים במסגרת הרפואית מתבטאת בנושאים שונים וכוללת תחום רחב של נסיבות רפואיות. בכל אחד מתחומים אלה יש שיקולים שונים, אך שיקול משותף לכולם הוא התחשבות מסוימת ברצון הקטין, במיוחד בבני נוער.

במקרים של בדיקה וטיפול שגרתיים (למשל, כאב גרון), שבהם קיימת סבירות שילד יגיע לבדיקה ללא ליווי הורים, יש חזקה שההורים מסכימים לטיפול. לעומת זאת, אם הטיפול מסוכן או יש לרופא חשש כי הילד איננו מספיק מבוגר לדאוג להמשך טיפולו, יש לערב את הוריו. לא מדובר כאן בגיל מסוים - הכל תלוי בבגרות הנער ובהבנתו.

בארצות-הברית יש מושג ברוב המדינות של "הקטין הבוגר" (minor mature) שמעניק לקטינים מעל גיל מסוים (בדרך כלל 14 או 15) זכויות לקבלת טיפול רפואי על-פי הסכמתם בלבד, אם הרופא המטפל משוכנע שהקטין מבין את הסיכונים והיתרונות הכרוכים בטיפול, והטיפול יועיל לקטין ולא למישהו אחר. בכמה מדינות, כגון קליפורניה, לא מתייחס החוק לגיל אלא לסוג הטיפול (כגון: טיפול ברבייה, שימוש בסמים) ולפרטי הילד (מצב משפחתי, עצמאות כלכלית וכיו"ב).

מתן אמצעים למניעת הריון היא נקודה מיוחדת בתוך הנושא הרחב. באפריל 1997 הוגשה לכנסת הצעת חוק פרטית לתיקון חוק הכשרות המשפטית. על-פי הצעה זו, רופא יהיה רשאי לתת לקטינה מעל גיל 15 טיפול רפואי למניעת הריון גם ללא הסכמת הוריה או נציגיה (כמובן, הרופא לא חייב לעשות כן, אם לדעתו הנערה אינה מספיק מבוגרת להתמודד עם הטיפול).

יצוין כי בתחילת 1998 המליץ היועץ המשפטי לממשלה שלא לשנות בינתיים את המצב הקיים, שבו רופאים נותנים לקטינים אמצעי מניעה ללא קבלת הסכמת ההורה או האפוטרופוס, והמדינה אינה מתערבת.

שיטה זאת היא בהתאם למה שקיים במדינות אחרות, המאפשרות לבנות מעל גיל מסוים לקבל גולות למניעת הריון בלא צורך בהסכמת הוריהן. אולם, כאמור, קביעת גיל שרירותי בעצם מתחמקת מן הבעיה. התבגרות היא תהליך, ולא מקרה-חד-פעמי. לא ניתן לצפות על-פי גיל בלבד את בגרותו של קטין. כללי האתיקה צריכים להעריך כל מצב לחוד, לפי העניין, ולהשתמש בגיל שרירותי רק בתור מנחה.

יש לציין, כי על-פי החוק הישראלי, קטינה איננה חייבת בהסכמת נציגיה כדי להפסיק הריונה, אם נתקיימו שאר התנאים הנדרשים בחוק. וכך, לא סביר להתיר לקטינה להפסיק את הריונה ללא הסכמת נציגיה, ומצד שני לא לתת לה למנוע את ההריון בלי לערב הורה.

זכותו של קטין לסרב לטיפול רפואי

בית המשפט העליון קבע כי "לכל אדם בישראל ולקטינים, כמובן, בכלל זה נתונה הזכות לסרב לטיפול רפואי".

כדי לסרב לטיפול רפואי, על המטופל להבין את אופי הטיפול, את יתרונותיו וסיכונים. ניתן לערב קטין בטיפול במידה הראויה לגילו ולהתבגרותו, כלומר אין לתת מידע רפואי לילד בן 8 באותה מידה כמו לנער בן 16. עם זאת, הזכות לסרב לטיפול רפואי הינה מסובכת ותלויה בנסיבות העניין, כגון סוג המחלה, הסיכונים שבטיפול, הסיכויים להחלמה גמורה, וכמובן - בגרות הקטין. יש לציין שבגרותו של נער מושפעת על-ידי הנסיבות שבהן הוא חי. ילד שחולה במחלה כרונית, או במחלה קשה וסופנית, מתבגר בדרכ כלל מהר יותר, והחלטותיו דומות יותר להחלטות מבוגר.

זכות הורים לסרב לטיפול רפואי לקטין

על-פי חוק הכשרות, חייבים הורים "לנהוג לטובת הקטין כדרך שהורים מסורים היו נוהגים בנסיבות העניין". ברוב המקרים סביר להניח שהורים יפעלו לטובת ילדיהם, אך לפעמים אין זה כך. כשהורה או אפוטרופוס מסרב להסכים לטיפול בקטין, והרופא משוכנע שמניעת הטיפול עלולה לסכן את חייו של הקטין, או לדרדר את מצבו הבריאותי באופן חמור שאין להחזירו לאחור, ואין תחליף מקובל בספקטרום של טיפול רפואי, הרופא יכול לבקש אישור מבית המשפט לבצע את הטיפול הנדרש.

סודיות

על-פי סעיף 19 לחוק זכויות החולה, כמו גם בפקודת הרופאים סעיף 36, חלה חובת הסודיות על הרופא בנוגע לכל מטופליו. אולם החוק אינו מתייחס לקטין במפורט. אם קטין מבקש סודיות, רצוי שהרופא ישתדל לשכנע אותו לערב הורה, וינסה לברר למה הילד אינו רוצה לערב הורה ולתקן תפיסות מוטעות שאולי גורמות להתנגדותו.

עם זאת, חייב הרופא להיות מודע לעובדה, שיש מצבים כגון התמכרות לסמים, ענייני מין ואלימות, שלפעמים התערבות הורה לא תועיל ואפשר שאף תזיק.

אם הרופא משתדל לשכנע את הקטין לערב הורה, והקטין בכל זאת מסרב, מבחינה אתית יש מקרים שרצוי כי הרופא יטפל בילד וישמור על הסודיות, הכל לפי שיקול דעת הרופא ובהתאם לנסיבות העניין, לאחר ששקל את הנזק שייגרם מאי-שמירת הסודיות. כמו כן, במקרים שאפשר להפר סודיות אפילו עם מבוגר, או במקרים שיש לרופא חשש חזק שהילד אינו מספיק מבוגר לתת הסכמה מודעת לטיפול, או שבלי הדרכת ההורים עלול להיגרם נזק חמור לבריאות הילד, הרופא יכול לגלות מידע שהגיע אליו תוך כדי טיפול או ייעוץ רפואי, אולם קודם לכן יסביר לילד את נימוקיו להפרת הסודיות.

עמדת ההסתדרות הרפואית העולמית

בכנס ה-50 של ההסתדרות הרפואית העולמית, שהתקיים באוטווה שבקנדה באוקטובר 1998, אומצה הצהרה לזכות הקטין לטיפול רפואי.

ההסתדרות הרפואית בישראל היתה שותפה פעילה בעריכת נוסח ההצהרה, המתייחסת לעקרונות כלליים כמו גם לעקרונות ספציפיים, כגון איכות הטיפול, הסכמה, גישה למידע, סודיות ואשפוז בבית חולים. העקרונות זהים בחלקם למבוגרים ולקטינים, למשל הזכות לקבלת טיפול באיכות גבוהה, בלי אפליה. עם זאת, ישנם עקרונות המיוחדים לקטינים, בהתחשב בעובדה שטיפול בקטינים הוא אינו טיפול במבוגרים נמוכים, אלא מצריך גישה קלינית ואישית אחרת. לכן, ההצהרה קוראת לרופאי הילדים לקבל הכשרה מתאימה לטיפול בצרכים הרפואיים, הנפשיים וההתפתחותיים של ילדים ומשפחותיהם.

גם בטיפול בקטינים, לא ניתן להתייחס לכל קטין בצורה זהה, אלא יש להבחין בין קטינים על בסיס גילם ובגרותם. לכן, יש לפעול על-פי העיקרון שצריך לערב קטינים בטיפולם, כולל העברת מידע וקבלת הסכמתם.

אולם עיקרון זה תלוי ביכולת הילד להבין, להחליט ולהתמודד. קיימת גם השאיפה לערב את ההורים, אך במקרים שהילד מספיק מבוגר, וסוג הטיפול אינו מורכב ומסוכן, יש לכבד את זכות הקטין לסודיות ולא לערב את הוריו. במצבים שבהם ההורה מתנגד לטיפול, שאין לו אלטרנטיבה מקובלת, ושבלעדיו בריאות הילד תסתכן, יש לקבל אישור משפטי לבצע את הטיפול.

סיכום

לדעת הר"י, חסרה התייחסות ספציפית לגבי זכויות קטינים בטיפול רפואי. החוק, כפי שהוא כיום, אינו מעניק לקטינים שום זכויות. חוסר זה הוא בעוכרינו, שכן הוא מוביל לוויכוחים בתוך המשפחה ובין המשפחה לבין הצוות המטפל.

בעידן הטכנולוגיה של היום, בו בני נוער גולשים באינטרנט, מבינים את מצבם אף מעבר למה שאנו משערים ומשתפים פעולה בטיפול בהם, נראה תמוה למנוע מהם אפשרות להביע את רצונם לגבי הטיפול ולהתחשב ברצונם.

קביעה שרירותית של גיל לגבי טיפול רפואי אינה מתאימה, גם משום העובדה שכל ילד צריך להיבחן לפי יכולתו ובגרותו להבין את מצבו ואת האלטרנטיבות הטיפוליות העומדות בפניו. דבר זה יכול להיבחן בנקל על-ידי הרופא המטפל, ויש לתת לרופא את האפשרות להחליט האם לתת לילד את מה שהוא דורש, או לא. כמובן, יש לשאוף תמיד לקבל הסכמה גם מהורי הקטין, אך לעתים לטובת כולם רצוי לפסוח על הסכמה זו. לנוכח כל אלה, יש לדעתנו לבחון בצורה מעמיקה את היכולת לאפשר לקטינים לקבל טיפול רפואי, או לסרב לו, גם ללא הסכמה מדעת של הוריהם ומבלי שהדבר ייחשב עבירה על החוק עבור הרופא המטפל.

36 | הדרת נשים במערכת הבריאות ובשירותי הרפואה

פורסם בינואר 2012

רקע:

לאחרונה נודע כי בטקס ציבורי של הענקת פרסים לחיבורים מדעיים בתחום הרפואה וההלכה שנערך בחסות משרד הבריאות ובנוכחות סגן שר הבריאות, הודרו בצורה משפילה רופאה ואחות מהשתתפות בטקס. בטקס שנערך בבית החולים "שערי צדק" בירושלים, התבקשו השתיים, ממקבלות הפרס, לשבת ביציע שלא בין הגברים מקבלי הפרס ולא לעלות לבמה לקבלתן בשל נוכחותם של רבנים באירוע. הדרישה הובאה לידיעת הרופאה והאחות במקום האירוע, דקות ספורות לפני תחילתו, ואף כי השתיים הרגישו שלא בנוח הן נענו לדרישה זו.

ארגוני נשים, לשכת האתיקה של האחיות ונשיאת אוניברסיטת בן גוריון הביעו בפני הלשכה לאתיקה של הר"י את מחאתן על מה שהתרחש באותו טקס.

בנוסף נודע ללשכה לאתיקה על קיומו של כנס בנושא פוריות ובריאות האישה, ממנו הודרו נשים מרצות, רופאות מומחיות בתחומן, אשר נתבקשו למצוא מרצים גברים שיופיעו במקומן.

חברי הלשכה לאתיקה שמעו את הרופאה מקבלת הפרס שלא הורשתה לעלות לבמה בטקס הממלכתי ודנו בתופעה המתפשטת של הדרת נשים על רקע מקרים שונים שהתפרסמו לאחרונה בתקשורת.

חברי הלשכה לאתיקה מודעים לכך כי מדובר בתהליך חברתי רחב ועמוק של הקצנה דתית החורג מעבר למסגרת הרפואית. יחד עם זאת, חשים חברי הלשכה כי מחובתם להביע עמדה נחרצת כנגד הדרת נשים בכלל, ובפרט כשהיא מתרחשת במערכת הבריאות, כמפורט בנייד העמדה הבא.

נייר העמדה:

1. הדרת נשים הנה תופעה פסולה העומדת בניגוד לערך השוויון ולערכי הדמוקרטיה ופוגעת לפיכך בכבוד האדם.
2. הדרת נשים במערכת הרפואית יכולה להתבטא בקבלת שירות רפואי, במתן שירות רפואי, בפרסומים רפואיים, בכנסים, בקבלת פרסים על הישג מקצועי, בקבלת תפקיד במערכת הרפואית וכד'.
3. הרופא לא ייתן ידו לתופעות של הדרת נשים במערכת הרפואית ובכלל זה כל מעשה הגורם אפליה, השפלה או ביזוי של אישה בין שהיא מטופלת ובין שהיא רופאה.
4. הרופא, לדבות המנהל הרפואי, יעשה כמיטב יכולתו על מנת לשמש דוגמה, יוביל מהלכים חברתיים התורמים לשוויון בין המינים וימנע ממתן הכרה או הסכמה, בין במעשה ובין בשתיקה, לצעדים העומדים בניגוד לעקרון זה.
5. הרופא לא ישתתף בכל אירוע רפואי או מדעי בו מתקיימת הדרת נשים, בין שהן מטופלות ובין שהן רופאות.

37 | האכלה מלאכותית של חולה הנמצא במצב וגטטיבי קבוע

פורסם באוגוסט 2005

רקע:

מותה המתקשר של טרי שיאבו בארצות-הברית לפני שבועות ספורים הביא לסיומה פרשה אנושית סבוכה וממושכת. טרי סבלה מדום לב ונוק מוחי איסכמי קשה, שבעקבותיו נותרה במצב של "צמח" במשך כ-15 שנה. חייה היו תלויים בצינור ההזנה אשר סביבו התנהל מאבק משפטי נוקב בין בעלה שרצה בניתוקו והוריה שהתנגדו לכך. המאבק פילג את אזרחי ארצות-הברית לשני מחנות קנאים לעמדותיהם: מחד רפובליקנים שמרנים ודתיים המתנגדים לניתוק, ומאידך דמוקרטים חילונים וליברלים הקוראים למלא את בקשת הבעל. המחלוקת הגיעה עד לקונגרס ולבית הלבן, אך נסיונות ההתערבות משם לא צלחו ואף זכו לביקורת ציבורית נוקבת. בית המשפט התיר לבסוף לנתק את טרי מצינור ההזנה, והיא נפטרה כשבועיים מאוחר יותר מבלי שחזרה להכרתה. מעולם לא היתה בארצות-הברית התנגשות כה עזה בין פוליטיקה, דת ורפואה אשר זכתה לכיסוי תקשורתי כה נרחב. הדי המחלוקת ימשיכו להדהד עוד זמן רב וישנו, קרוב לוודאי, את החקיקה הקיימת שם בעניין "קדושת החיים".

הצעת החוק "החולה הנוטה למות" המונחת עתה על שולחנה של הכנסת בישראל מקדמת מאוד את זכות האדם על גופו ומקנה מעמד משפטי מחייב ל"צוואה בחיים", המבטאת את רצונו של אדם כיצד ינהגו בו לעת מותו. הצעת החוק אף מתירה שלא להאכיל בכפייה חולה "כשיר" שהביע את התנגדותו לכך, והכל בתנאי כי הוא "נוטה למות" וימיו ספורים. חוק זה אינו עוסק בחולה "שאינו נוטה למות", ולפיכך לא היה ניתן, לדוגמה, ליישב לאורו את פרשת שיאבו.

האכלה כפויה של חולה הנמצא במצב וגטטיבי קבוע (Presistent Vegetative State - PVS) אינה משפרת את הפרוגנוזה של חולה כזה, והיא מאריכה את חייו מעבר לגבול הטבעי של מחלתו לעתים בניגוד מפורש לרצונו או לרצון בני משפחתו.

חברי הלשכה לאתיקה, אשר הקדישו לסוגיה זו מספר ישיבות, התירו הפסקת הזנה בחולה הנמצא במצב וגטטיבי קבוע מתוך השקפת עולם הרואה בכך "מיתת חסד" פסיבית שאינה מתערבת במהלך הרגיל של המחלה וממלאת אחר רצונם של החולה ובני משפחתו.

חשוב להבהיר כי נייר עמדה זה בא להשפיע על התהליך החברתי ועל עמדת המחוקק בסוגיה רגישה זו. בפסק דין בעניין הגברת גמליאל לובצקי שהיתה במצב של "צמח", התיר כבוד השופט משה טלגם ז"ל בתפקידו כסגן נשיא בית המשפט המחוזי דאז (ה"פ 10403/99 מיום 15.4.1999), שלא להאריך את חייה באופן מלאכותי ולהפסיק את ההזנה המלאכותית שבה ראה "טיפול עקר". דעתו אז היתה כי "לא הפסקת הטיפול תגרום למותה של החולה אלא מצבה החולני הסופני". המדינה ערערה על פסיקה זו, ובית המשפט העליון הפך בהחלטתו (ע"א 3031/1999 מיום 30.5.1999) את החלטת בית המשפט המחוזי. שופטי בית המשפט העליון סברו כי לא הוכח במידה מספקת שהחסויה הסכימה מראש שיפסיקו להזינה אם תיקלע לנסיבות שבהן היא נמצאת. כמו כן סברו השופטים, כי לא הוכח די מבחינה רפואית כי מצבה של החסויה הוא "בלתי הפיך" וכי אינה יכולה לחוש בכאב וסבל עקב ההרעבה. מסיבות אלו ראו השופטים לנכון לדחות את בקשת בנה של הגברת לובצקיף להורות לרופאים המטפלים באמו להפסיק את ההזנה המלאכותית הניתנת לה.

בשנים שחלפו מאז אותה פסיקה חל שינוי איטי אך ברור בעמדת הציבור, המחוקק ובית המשפט בסוגיות הסבוכות של ההחלטות הרפואיות ב"קץ החיים". דעת החולה ומשפחתו נשמעת היום יותר מבעבר והנכונות לבוא לקראתם ברגעים קשים אלו גדולה מבעבר.

נייר העמדה, יחזק מגמה זו עוד יותר ויאפשר לנו, הרופאים, לקבל הכרעה קשה זו, של הפסקת ההזנה, בחסות החוק.

נייר העמדה:

1. "מצב וגטטיבי קבוע" (PVS) מאופיין בשימור פעולת גזע המוח, בעוד קליפת המוח אינה פעילה עוד.
2. בהיעדר פעילות בקליפת המוח אין, למיטב הידע הרפואי, "הכרה" וממילא אין יכולת לחוות כאב או סבל.
3. חולה במצב וגטטיבי יכול להתקיים תקופות ממושכות, כל עוד יקבל הזנה מלאכותית לרבות נוזלים ומזון.
4. למתן מזון ומים יש ערך רגשי, סמלי ודתי המייחד אותו משאר הטיפולים הרפואיים. יחד עם זאת, זהו טיפול רפואי העומד למבחן יעילות ותועלת כמו כל טיפול רפואי אחר.
5. טיפול רפואי שאינו מביא כל תועלת לחולה ב-PVS מותר להפסיקו אם זה רצונו של החולה, כפי שהוא נתן לכך ביטוי קודם, או על-פי בקשת נציגו המוסמך על-פי חוק.
6. הפסקת הזנה בחולה שאובחן כ-PVS מותרת בתנאי כי רופא מומחה בניירולוגיה, בנוסף לרופא המטפל, אישר את האבחנה הרפואית ולאחר שהתקבלה גם ההסכמה של ועדת האתיקה המוסדית.
7. יש לפעול ברמה הלאומית להקמת ועדות אתיות בקהילה, על מנת לענות על צורכי אותם חולים המטופלים במסגרת ביתית.
8. כללים אלו מתירים לרופא לקבל את בקשת החולה או נציגו המוסמך, אך אין הם מחייבים אותו לפעול בניגוד למצפונו.
9. היה והרופא המטפל אינו יכול לקבל את בקשת החולה או נציגו המוסמך להפסקת ההזנה, יעביר את החולה לטיפולו של רופא אחר.

38 | סחר באיברים ותרומת איברים*

פורסם באוגוסט 2003

רקע:

הסוגיה הרגישה של סחר באיברים אינה יורדת מבמת הדיון הציבורי, ומעת לעת היא נדחקת לקדמת הבמה. נושא זה מעורר באופן טבעי רגשות עזים וטיעונים נוקבים, ויוצר צורך דחוף לגשר בין עמדות סותרות ובלתי מתפשרות. מחד גיסא, יש הכרח לפתור את בעיית החולים הממתינים להשתלה, ומאידך גיסא קשה, ואולי בלתי אפשרי, לקבל את הרעיון כי מותר לסחור באיבריו וברקמותיו של אדם.

הצורך באיברים להשתלה עולה בהרבה על ההיצע הקיים בתרומה מן המת. כך לדוגמה, בארץ יש כ-600 איש הממתינים להשתלת کلیה, בשעה שמספר ההשתלות המבוצעות בפועל אינו עולה על כ-110 ניתוחים בשנה. רשימת הממתינים גדלה ב-10-20 אחוזים מדי שנה. אין זה מפתיע כי חלק מהחולים הממתינים נפטרים בטרם זכו להשתלה הגואלת.

עד כה תרומת איבר באה מתורם מת או מקרוב משפחה חי, והיא נעשית על בסיס אלטרואיסטי טהור ללא כל תגמול כספי ישיר או עקיף. מאחר שגם כאן עולה הביקוש על ההיצע, פונים הנוקמים להשתלה מתוך הכרח נואש גם לתורמים אחרים, זרים ולרוב אנונימיים להם לחלוטין, מתוך רצון לרכוש איבר מגופם. כך, כאשר יש קונה הפוגש במוכר נוצר שוק שחור בקנה מידה עולמי, שחלים עליו כל הכללים של היצע וביקוש והוא חוצה גבולות ומדינות. חולה במדינה אחת עשוי לפנות למתווך הנמצא במדינה שנייה. זה מצדו יאתר תורם במדינה שלישית, ואילו הניתוח עצמו יתבצע במדינה רביעית. הכל מתבצע בהסתר, או לפחות בעצימת עין של הרשויות, ותמיד נגד חוקי כל המדינות המעורבות. כסף רב ביותר מחליף ידיים במהלך מורכב זה, שממנו נהנים המתווך, הרופא המנתח, בית החולים ותורם האיבר. זה האחרון מקבל לרוב סכום זעיר ושולי מסך הכסף העובר בעסקה. הוראות ראש מינהל הרפואה במשרד הבריאות (68/97) אוסרות כל סחר באיברים ואוסרות במקביל השתלת איברים שנתקבלו תמורת תשלום. רופא העובר על הוראות אלו מסתכן בהליכים משמעתיים ופליליים נגדו עד כדי אובדן רשיונו לעסוק ברפואה. גם נייר העמדה של הלשכה לאתיקה של הר"י (דצמבר 1997) אוסר לסחור באיברים ולהשתמש בהם ברוח עמדת משרד הבריאות. זו גם העמדה המקובלת בכל המדינות בעולם המערבי, לרבות כל הארגונים הרפואיים הבינלאומיים.

ברוח זו הגישה הממשלה לכנסת את הצעת החוק לתיקון פקודת בריאות העם (מס' 13) התשנ"ב-1991. על-פי הצעה זו, מוטל איסור על מכירה ועל קנייה של איברים. העסקה עצמה בטלה, והצדדים לה אחראים בפלילים. אך המציאות כופה עלינו דיון חוזר בסוגיה זו. קיים הכרח דוחק למצוא פתרון דחוף למצוקתם של החולים ולצורך הנואש שלהם באיברים להשתלה, שאינו בא לידי פתרון במצב הנוכחי. רבים הקולות הקוראים לאחרונה להחיר סחר באיברים, מתורם חי, בתוך מסגרת לאומית שבה לא יתאפשר סחר ישיר בין הצדדים, וכי הדבר ייעשה באמצעות ארגון מרכזי. ארגון זה יהיה אחראי למתן התמורה לתורם, והוא שיעביר את האיבר הנתרם למי מהממתינים להשתלה אשר לו מתאים איבר זה ביותר.

בית המשפט העליון נדרש לשאלה זו בדיון בודד (בג"ץ אטרי, מ"י. 161/94) שבו דחה את בקשתו של העותר כי בית המשפט יורה לשר הבריאות להתקין תקנות שיתירו לתובע למכור کلیה, ולפתור בכך את בעיותיו הכלכליות. בית המשפט קיבל את עמדתו של שר הבריאות כי ראוי שסוגיה סבוכה ורגישה זו תבוא לידי פתרון בחקיקה ראשית המקפלת בחובה משפט, מוסר ואתיקה.

על רקע זה, השלים לא מכבר משרד הבריאות "הצעת חוק השתלת איברים, התשס"ג-2002", המתירה בנסיבות מוגדרות מתן פיצוי, בנטילת איבר מתורם חי, בגין הוצאות הכרוכות בביצוע הפעולות הרפואיות, ובכלל זה ביטול הזמן, אובדן הכנסה והפסד זמני של כושר ההשתכרות. סכום הפיצוי ישולם לתורם על-ידי המרכז הלאומי להשתלות. בנוסף, חל איסור מוחלט על כל צורה של תיווך בין תורם לנתרם. הדיון החברתי בהצעה זו רק החל. הלשכה לאתיקה קיימה דיון ממושך בנושא הסחר באיברים, מתוך מגמה למצוא את האיזון המוסרי והאתי

הנדרש בין צורכי החולים והנזקקים להשתלה לבין הנזק האפשרי למוכרי האיברים ולמשמעות החברתית הרחבה יותר של קיום סחר שכזה. עמדתם של מרבית חברי הלשכה לאתיקה כפי שהתקבלה בדיון הממושך מופיעה בדפים אלו. חברי הלשכה מודעים לעובדה כי עמדה זו מבטאת נקודת איזון עדינה בין גישות סותרות; פשרה בין מאזני רווח והפסד, חלקם מוחשיים ומיידים וחלקם ערטילאיים, הנוגעים לערכי מוסר חברתי מופשט הקובע את מהות חיינו כחברה אנושית. הואיל וערכים אלו אינם מוחלטים, אלא עשויים להשתנות בעתיד, ראוי כי עמדה זו של הלשכה תבוא לדיון מחודש בעתיד.

נייר העמדה:

1. תרומת איברים היא חובה מוסרית המוטלת על כלל החברה.
2. על רשויות המדינה לפעול לחינוך ולהסברה בקרב הרופאים והציבור בעניין זה.
3. ראוי כי תרומת איברים תיעשה מתוך אלטרואיזם בלבד.
4. במקרה של תרומה מן המת, רשאית המדינה לפצות את משפחת התורם.
5. התרומה והפיצוי ייעשו באמצעות ארגון ארצי מרכזי.
6. לא יתקיים קשר ישיר בין משפחת התורם והמקבל.
7. פיצוי זה ייעשה במתן הטבות רפואיות-כלכליות ולא בתשלום כספי ישיר.
8. סחר באיברים מתורם חי יוצר אפליה מעמדית, אינו אתי ולפיכך פסול מעיקרו.
9. לפיכך אין למכור או לקנות איבר מגופו של אדם חי.
10. רופא לא יהיה מעורב באופן ישיר או עקיף בקנייה או במכירה של איברים.
11. רופא לא יבצע ניתוח השתלה של איבר שנקנה מתורם חי.
12. עמדה זו תעמוד למבחן חוזר אם ישתנו החקיקה או עמדות הציבור.

* יש לקרוא נייר עמדה זה בכפוף לחוק ההשתלות, התשס"ח-2008

39 | השתלת איברים מנידונים למוות

פורסם בינואר 2007

רקע:

הדיון הציבורי המתמשך בעניין סחר באיברים אינו דועך, והוא ממשיך ומתקיים מתוך מתח פנימי שאינו ניתן, על פניו, לגישור. מצד אחד, קיימת חובה חברתית מובהקת וברורה לפתור בדחיפות המרבית האפשרית את מצוקתם של החולים הממתנים להשתלת איברים החיוניים לבריאותם ולהמשך חייהם. מאידך גיסא, לא ניתן לפתור מצוקה זו על-ידי מסחר בחלקי גופו של אדם אחר והטלת מום גופני בו.

מצוקת החולים היא אמיתית, ואין איש המטיל בה ספק כלשהו; אך המודעות החברתית בישראל לתרומת איברים לאחר המוות היא נמוכה עד כאב. אין זה מפליא כי במציאות המרה, שבה מספר התרומות "מן המת" אינו מתקרב לצרכים הדחופים של החולים, פונים אלו לתרומות "מן החי", לרוב במדינות מחוץ לישראל, ומעוררים בכך ויכוח אתי נוקב בדבר סחר באיברים.

סחר באיברים "מן החי" מנוגד לנורמות האתיות והמשפטיות בכל המדינות בעולם המערבי, אשר מגינות על עמדה זו בחקיקה או בהנחיית ובנורמות רפואיות מחייבות. גם הגופים הרפואיים הבינלאומיים, לרבות WMA, WHO ומועצת האיחוד האירופי, קיבלו החלטות ברורות השוללות על הסף סחר באיברים. נייד העמדה של הלשכה לאתיקה אשר פורסם זה מכבר גורס, כי סחר באיברים "מן החי" אינו אתי, והוא פסול מעיקרו. נייד עמדה זה אף אוסר על הרופאים להיות שותפים בכל צורה שהיא ברכישה, במכירה או בהשתלה של איבר שמקורו בסחר כזה.

הצעת חוק איסור סחר בבני אדם (תיקוני חקיקה) התשס"ז-2006, שעברה בקריאה שנייה ושלישית בכנסת בחודש אוקטובר 2006, אוסרת אף היא בסעיף 12 לחוק, "סחר בבני אדם" לצורך "נטילת איבר מאיברי גופו". החוק קובע עונש מאסר של 16 שנים על עבירה זו.

לאחרונה, עלתה לדיון סוגיית השתלת איברים בסין, שם מתקיים - על-פי עדויות של ארגונים בינלאומיים לזכויות אדם - סחר באיברים שמקורו באסירים שהוצאו להורג ואשר תרמו, לכאורה, את גופם להשתלה טרם ההוצאה להורג. סין היא המדינה היחידה בעולם המתירה סחר באיברים הנלקחים מאסירים שהוצאו להורג. מספר הנידונים שם למוות הולך וגדל, ועל-פי אותן עדויות - מתנגדי השלטון מהווים חלק משמעותי מהנידונים למוות. התיאורים שניתנו בקונגרס האמריקאי מפי פליטים מסין מצביעים על שיטה שלטונית מפותחת, שבה נוטלים חלק בתי המשפט, בתי הסוהר ובתי החולים, ואשר כל מטרתה העברה יעילה של איברים מגופו של הנידון למוות אל הנתרם, הממתין לאיברים אלו מבעוד מועד על שולחן הניתוחים בבית החולים הקרוב לבית הסוהר. כסף רב מחליף במהירות ידיים רבות סביב אותו אסיר אשר "תרם" את איבריו. כל מי שהיה בקרבתו של אותו אסיר ושלט בגורלו נהנה מאותו שלל מפוקפק. האם אמנם יש מי שמאמין, כי תיתכן בכלל הסכמה חופשית של נידון למוות, הכלוא בתא צר ונתון כולו לחסדי הסוהרים?

כל עוד מוטל צל כבד זה על הנעשה בבתי הסוהר בסין, מוטב לנו כי לא ניקח כל חלק בסחר באיברים שמקורו שם.

נייר העמדה:

1. מצוקה מתמשכת של חוסר באיברים להשתלה היא מציאות מרה, המקצרת את תוחלת החיים של החולים הממתינים להשתלת איברים.
2. מצוקה זו דוחקת את החולים למדינות שונות בעולם, בניסיון להשיג שם את האיבר הנדרש.
3. סחר באיברים להשתלה נוגד את כללי האתיקה, המוסר והחוק המקובלים בכל העולם הנאור.
4. יש עדויות על קיומם של מקומות, שבהם התפתח סחר באיברים שמקורם באסירים שהוצאו להורג.
5. כאשר קיים חשש, כי ההוצאה להורג נעשתה על מנת לקצור איברים להשתלה, אין לראות בהסכמת הנידון לתרומת איבריו לאחר המוות כאילו ניתנה מתוך רצון חופשי.
6. לפיכך, אין לשתף פעולה בהשתלת איברים במקרים שקיים חשש כי ההוצאה להורג נעשתה לשם קצירת אותם איברים.

40 | רופאים בוועדות רפואיות

פורסם בספטמבר 2008

רקע:

בלשכה לאתיקה, כמו גם בעיתונות הכללית, התקבלו תלונות מצד הציבור הרחב בדבר התנהלותן הלקויה, לכאורה, של הוועדות הרפואיות במוסד לביטוח לאומי ובמשרד הביטחון. עיקר הקובלנה היא על בדיקה קצרה, מזלזלת ומשפילה, המתנהלת מבלי שניתנת לנבדק האפשרות להציג את עמדתו כראוי, ומתוך אווירה חשדנית כלפי הנבדק. עוד עולה טענה קבועה, כי מאחר שהרופאים מקבלים את שכרם מהמוסד שבשמו הם פועלים, הרי הם מצויים בניגוד עניינים, מאבדים את עצמאותם המקצועית ונענים לתכתיבי מזכירי הוועדות, עובדי המוסד, ופועלים לכאורה שלא על-פי אמות המידה המקצועיות האובייקטיביות.

מנגד טוענים רופאי הוועדות, כי רבים המקרים שבהם הנבדקים מעצימים ומאדירים את תלונותיהם, ולעתים אף מתחזים בפועל - כל זאת על מנת לזכות בפיצוי כספי על נכות שאינה קיימת. עוד עלתה הטענה, כי היו מקרים שבהם רופאים המטפלים באותם נבדקים מנחים אותם, ערב הוועדה הרפואית, להפסיק או לשנות את הטיפול הרפואי שהם מקבלים - על מנת להחמיר את מצבם הרפואי לקראת הבדיקה בוועדה הרפואית מתוך כוונה לזכות בנכות מרבית.

יש להדגיש כי הוועדות הרפואיות הן גוף מעין שיפוטי, המחויב לתהליך קבלת החלטות אשר כלליו נקבעו בפסיקה. יתר על כן, יש לראות בוועדות אלה גופים עצמאיים, שתפקידם לפסוק בדבר זכויותיהם הרפואיות של הנבדקים, מבלי שהרופאים חברי הוועדות כפופים למרותו של המוסד שבו הם עובדים, והם אינם חייבים לו חובת נאמנות. לפיכך על הרופאים בוועדות אלה לפעול על-פי אמות מידה מקצועיות ועצמאיות לחלוטין. הלשכה לאתיקה קיימה דיון בנושא, בהשתתפותם של ד"ר מריו סקולסקי, הרופא הראשי של המוסד לביטוח לאומי, ועו"ד לאה דקל-גרינבלט, המייצגת תובעים בוועדות רפואיות.

נייר העמדה:

1. ועדות רפואיות הן גופים מעין סטטוטוריים, שתפקידם להכריע במחלוקות רפואיות בין המבוטחים לבין המוסד שבו הן פועלות.
2. רופאי הוועדה הרפואית יתייחסו אל הנבדק כאל אדם עם מוגבלות אף בטרם נקבעה מוגבלותו.
3. הבדיקה הרפואית תיערך תוך שמירת פרטיותו של הנבדק וכבודו ומתוך התחשבות מדבית במהלך חייו התקין.
4. תינתן לנבדק האפשרות הראויה להציג את עמדתו.
5. ההחלטה הרפואית תינתן לאחר שיערכו איסוף, בחינה וסיכום של הנתונים הרפואיים.
6. ייערך פרוטוקול המשקף את עיקרי הדיון שהתקיים בוועדה, ותינתן הנמקה גלויה ומובנת להחלטה שהתקבלה.
7. רופאי הוועדה יקבלו החלטה מקצועית עצמאית ואובייקטיבית, שאינה כפופה למרותו של המוסד שבו הם עובדים.
8. הקפדה על אי-תלותן של הוועדות הרפואיות היא תנאי חיוני למילוי תפקידן וייעודן.
9. אין זה ראוי כי רופא מטפל ינחה מטופל להפסיק או לשנות את הטיפול הרפואי אותו הוא מקבל, על מנת "להחמיר" את מצבו לקראת הבדיקה בוועדה רפואית.

41 | נוכחות עורך דין במהלך הבדיקה בוועדה רפואית

פורסם בינואר 2013

רקע:

לאחרונה דנה הלשכה לאתיקה בסוגייה של נוכחות עורך דין במהלך הבדיקה בוועדה רפואית. הנושא הגיע לדיון לאחר שבמקרה מסויים התחולל ויכוח קשה ולא נעים בין רופאי הוועדה לבין עורך דין מסויים שהופיע בפניהם יחד עם המטופל-לקוחו. הויכוח נסב על מידת ההתערבות הראוייה של אותו עורך דין במהלך הוועדה הרפואית ועל עצם נוכחותו בה.

הוועדה הרפואית פועלת כגוף מעין שיפוטי ולפיכך זכאי כל אדם מתוקף כללי הצדק הטבעי ומתוקף החוק להיות מיוצג בה על ידי עורך דין. גם הוראות מינהל רפואה במשרד הבריאות, חוזר 40/2001, קובעות כי "כל אדם זכאי לנוכחות אדם נוסף, איש צוות רפואי או אדם אחר, על פי בחירתו, בעת ביצוע בדיקה גופנית". האמור מתייחס אמנם באותו חוזר לעניין "בדיקה גופנית בתחום צנעת הפרט" אך הנחייה זו תקפה, על פי התרבות הרפואית הנוהגת כיום, בכל בדיקה רפואית שהיא. הדבר נכון שבעתיים כאשר מדובר בנכים או באנשים חסרי כשירות משפטית אשר אינם יכולים לעמוד, כנדרש, על זכויותיהם במעמד הוועדה הרפואית.

כל אלו נועדו על פי הנטען לסייע בשמירה על זכויות האדם המיוצג, להבטיח את הגינות ההליכים הנעשים מולו ולמנוע ניצול לרעה של פערי הכוחות בין המטופל לבין הרופאים שמולו.

מוסכם על הכל כי עורך הדין יכול להשתתף בוועדה הרפואית ואף להציג את עמדת לקוחו וטענותיו בשלב הראשון של עבודת הוועדה הרפואית אך התערבותו של עורך הדין בעצם הבדיקה הרפואית, גופנית או פסיכיאטרית, עלולה בנסיבות מסויימות להפריע לעצם עריכת הבדיקה.

בתי המשפט המחוזיים בירושלים ובתל אביב דנו בשנים האחרונות בתביעה להקליט את מהלך הבדיקה הרפואית אצל מומחים רפואיים מטעם הנתבעים במסגרת תביעה בדבר נזקי גוף. לא הייתה עמדה אחידה בעניין זה ולאחרונה הכריע בית המשפט נגד הקלטה שכזו.

מאחר שנוכחות פיזית של עורך דין בעת עריכת בדיקה רפואית עלולה אף היא, בנסיבות מסויימות, להפריע לעבודת הרופא ראוי לצטט מעט מדברי השופטים:

"אין לאפשר הקלטת המומחה הרפואי הואיל ויהי בכך כדי להטיל דופי בהגינות של המומחה ובמקצועיותו... אמינותה, מהימנותה ומקצועיותה של הבדיקה מחייבת סביבת עבודה נוחה הן לבודק והן לנבדק".

(כב' השופטת גנות, מחוזי ת"א 1919/06).

"זכותו של הרופא לעצב את סביבת עבודתו על פי מיטב שיפוטו והבנתו"

(כב' השופט ענבר, מחוזי י"ם, 2196/08).

"קשה להניח כי נכונותו (של הנבדק א.ר.) לשתף את המומחה הרפואי בפרטים אינטימיים ופרטים הנוגעים למצבו הגופני למצבו הגופני או הנפשי, לא תהיה מושפעת מנוכחותו של מכשיר ההקלטה. משכך, הקלטת הבדיקה הרפואית עשויה אף להכביד על שיתוף הפעולה ועל גילוי הלב אשר נדרשים לעיתים לשם גיבוש הממצאים הרפואיים".

(כב' השופטים ריבלין, דנציגר, הנדל, רע"א 2948/10).

לפיכך בנסיון לגשר בין העמדות המתנגשות לעיתים של האוטונומיה של המטופל מול האוטונומיה של הרופא קבעו חברי הלשכה לאתיקה את העמדה הבאה:

נייר עמדה

1. יש להתיר לבקשת הנבדק נוכחות מלווה בוועדה רפואית כאמור בחוק, לרבות עו"ד, גם בעת הבדיקה הרפואית עצמה.
2. זכות זו חשובה במיוחד בוועדות רפואיות בהן נידון מצבם הרפואי של אנשים בעלי מוגבלות.
3. בנסיבות חריגות, המצאותו של עורך דין במהלך הבדיקה הרפואית עצמה עלולה להשפיע על מהלכה ותוצאותיה, זאת כאשר יש בהתנהגותו של עורך הדין כדי להפריע לביצוע הבדיקה הרפואית, במיוחד נכון הדבר בבדיקה פסיכיאטרית אשר מעצם טבעה נתונה להשפעה רבה יותר של נוכחות אדם זר.
4. סברו הרופאים, חברי הוועדה הרפואית, כי נוכחות עורך הדין במהלך הבדיקה הרפואית עלולה לשבש את מהלכה או תוצאותיה יודיעו זאת לנבדק ולעורך הדין המלווה וייתעדו בדו"ח הוועדה את הנימוקים המיוחדים שהביאו להחלטה זו.
5. בנסיבות חריגות אלו תמשך הבדיקה הרפואית ללא נוכחות עורך הדין.

42 | הסודיות הרפואית ופקיד השומה

פורסם ביולי 2014

בפני הלשכה לאתיקה הובאה החלטה של הוועדה לקבילות פנקסים של מס הכנסה מיום 4.2.2014. ההחלטה עוסקת ברופא המנהל פרקטיקה פרטית, וקובעת שעל מנת שיתאפשר לפקיד המס לערוך ביקורת על דיווחי הרופא למס הכנסה, הרופא צריך לפרט בחשבונית שהוא נותן למטופל, את מהות הטיפול הרפואי, ולא להסתפק בציון סוג השירות - "ייעוץ" או "ניתוח" וכד'. הוועדה קבעה, שאין מניעה שרופא יציין על גבי החשבונית פרטים כגון: "ניתוח אף", "טיפול בכאבי בטן" וכד'. חברי הלשכה לאתיקה נדרשו לסוגית היקף חובת הדיווח למס הכנסה, נוכח חובת הרופא בשמירה על סודיות רפואית.

חברי הלשכה לאתיקה נדרשו לשאלה עקרונית, בסיסית, העוסקת בסודיות רפואית. הסודיות הרפואית - למי היא שייכת, לרופא או למטופל? מדוע נדרשים הרופאים לסודיות רפואית ונשבעים לשמור על הסודיות משחר עולם הרפואה?

מחויבותו של הרופא לשמור על סודיות רפואית השתרשה ככלל אתי בסיסי עוד משחר עולם הרפואה, בעת העתיקה. ב"שבעת היפוקרטס": "כל אשר אראה או אשמע תוך כדי הטיפול ואפילו מחוץ לטיפול, ושלא נועד להפצה, אשמור לעצמי, ואתבייש לדבר על הדברים הללו עם אחרים".

ב"שבעת הרופא העברי", שנכתבה ע"י פרופ' ל. היילפרין בשנת 1952, ובה נשבעים כל פרחי הרפואה בישראל מאז מחזור בוגרי לימודי הרפואה הראשון בירושלים, עד היום, מודגשת חובת הסודיות: "שמרו אמונים לאדם שהאמין בכם אל תגלו סוד ואל תלכו רכיל".

חובתו של הרופא להקפיד על שמירת הסודיות הרפואית, נובעת בראש ובראשונה מהצורך לקבל את סיפור המחלה (אנמנזה רפואית) והסימנים בצורה המלאה והנאמנה ביותר מהמטופל. הסיפור הרפואי של המטופל מכון אותנו, הרופאים, לאבחנה הנכונה ביותר מ-90% מהמקרים. שאר הבדיקות המבוצעות על ידנו - בדיקות דם, רנטגן, MRI וכד' - נועדו לאשר את האבחנה הרפואית. מכאן החשיבות הקרדינאלית לקבל את מלוא הסיפור ללא הסתרות של המטופל מהחשש שמא סיפורו/ה יודלף.

הסודיות הרפואית מהווה גם מרכיב מרכזי בגיבוש האמון בין הרופא למטופל, אמון המהווה נדבך חשוב ביותר בהחלמה, ולפיכך יש לראות בה כלי מקצועי בסיסי של הרפואה.

חובת ההקפדה על הסודיות הרפואית נובעת במישורן מחובתנו לכבד את **האוטונומיה של המטופל**. הסוד הרפואי והרשומה הרפואית שייכים בתפיסת העולם האתית וגם החוקית (חוק זכויות החולה) לחולה, ולא לרופא.

האוטונומיה של המטופל, היא אחד מערכי היסוד של האתיקה הרפואית: "כיבוד עצמאותו של המטופל, משמעותו שמירה על כבודו באשר הוא אדם, והקפדה על פרטיותו ועל הסודיות הרפואית שלו. הרופא יכבד זכויות אלו ויפעל יחד עם המטופל על פיהן"².

הלשכה לאתיקה דנה פעמים רבות בעבר בנושא שמירת הפרטיות והסודיות הרפואית של המטופל. לשכת האתיקה הגדירה את שמירת הפרטיות והסודיות הרפואית מהווה חלק מהחובות הכלליות החלות על הרופא: "הרופא ישמור על פרטיות המטופל ועל הסודיות הרפואית שלו"; "הרופא יפעל תוך כיבוד זכויות האדם של המטופל ולא ישתתף בכל פעולה המפרה זכויות אלו, באשר הן, למעט מקרים שבהם טובת המטופל מחייבת זאת"³.

2 "אתיקה רפואית - כללים וניירות עמדה", לשכת האתיקה, אפריל 2014, פרק ב'.

3 שם, פרק ג'.

על אף שככלל, הסוד הרפואי הוא של המטופל, קיימים מקרים יוצאי דופן בהם מחויב הרופא להפר את חובת שמירת הסודיות הרפואית. כאשר קיים סיכון למטופל או לציבור כתוצאה מאי חשיפת הסוד הרפואי. לדוגמא: כאשר הרופא מאבחן מחלה מדבקת העלולה לפגוע בציבור המטופלים או במטפלים האחרים וכאשר מדובר במצבים המסכנים את הציבור באופן שהנזק לבריאות הכלל עולה על התועלת שבשמירת הסוד הרפואי של הפרט. גם במקרים אלו המידע יועבר באופן מידתי ויכלול את הפרטים הרלוונטיים בלבד.

על רקע דברים אלה, הלשכה לאתיקה סברה כי הקלה על עבודת פקידי מס הכנסה בפעולות הביקורת, אינה מצדיקה ויתור גורף על זכותם של רבבות מטופלים הפונים לקבלת טיפול, לסודיות רפואית. מאז נשבענו את שבועת הרופא, לא חל כל שינוי בנודמות החברתיות ובציפיות ציבור המטופלים מציבור הרופאים, המצדיק או מסביר מדוע עלינו לפגוע באוטונומיה של מטופלינו ולחשוף את דבר מחלתם או את אופן הטיפול.

בישיבה שנערכה בתאריך 1.7.2014 קבעו חברי הלשכה לאתיקה:

1. לשכת האתיקה מכירה בחשיבות הפעילות התקינה של רשויות המס ומדגישה את חובתם של הרופאים לדווח לרשויות המס ולשלם מס כדין בגין התשלום אותו הם מקבלים ממטופליהם. יחד עם זאת, רופאי ישראל מחויבים בשמירה על הסודיות הרפואית ובשמירה על כבודו ופרטיותו של המטופל.
2. הסודיות הרפואית היא זכות המוקנית למטופל, והוא בלבד יכול להחליט לוותר עליה.
3. אין זה ראוי שרופא יבקש אישור ממטופל לוותר על סודיות רפואית לצורך פירוט בחשבונית, שכן הדבר מעמיד את המטופל במצב לא נוח ויכול לפגוע באמון שנותן המטופל ברופא. אין זה ראוי שמטופל יוותר על זכות יסוד, על מנת לקיים אינטרס שאינו נוגע לו.
4. על מנת להגיש דו"ח למס הכנסה יש להסתפק בשם המופיע על הקבלה והסכום ששולם, ואין צורך לפרט בחשבונית את המחלות מהן סובל המטופל ואת מהות הטיפול שהוענק לו כדי לוודא כמה שולם לרופא.
5. התועלת שתצמח להליך הביקורת שמקיים מס הכנסה מויתור גורף על סודיות רפואית אינה ברורה, וככל הנראה קטנה מאוד. במקרים חריגים בהם לשלטונות המס עולה החשד כי נעברה עבירה, ישנן דרכים מוגדרות לבדיקת הנתונים בצורה מעמיקה יותר.
6. הפגיעה בסודיות הרפואית באמצעות פירוט מהות הטיפול שקיבל המטופל גם לא תועיל גם במרבית המקרים לפקיד המס לקבוע אם מתקיים יחס סביר בין מהות הטיפול לסכום ששולם.
7. הנזק לבריאות הציבור וליחסי רופא-מטופל שייגרם כתוצאה מויתור גורף ולא מידתי על הסודיות הרפואית רב ואפילו מסוכן ולכן אסור להרשותו.

43 | בדיקת מטופלים על-ידי סטודנטים לרפואה

פורסם בינואר 2008

רקע:

לאחרונה התפרסם בכלי התקשורת תחקיר עיתונאי, על-פיו נדרשו סטודנטים לרפואה לבצע בדיקות גינקולוגיות בנשים מורדמות, ללא ידיעתן והסכמתן. הסטודנטים - שזהותם נשארה עלומה - פנו בתלונה לעיתונאים, ומשם פרצה הפרשה למרכז השיח הציבורי.

קשה לנהל דיון שקול ומאוזן באווירה רגשית לוחטת. אף שהסוגיה של בדיקות באיברי גוף מוצנעים על-ידי סטודנטים לרפואה חוצה גבולות מגדריים, והיא זהה בנשים ובגברים, פנו 19 ארגונים פמיניסטיים לשד הבריאות בדרישה להקים לאלתר ועדת חקירה. השפה שבה התנהל הדיון הציבורי היתה זרועה בביטויים בוטים, החל ב"שערורייה, פרשה מחרידה, התנהלות מזעזעת, השפלה וזלזול", וכלה ב"אינוס נשים" ו"אונס קבוצתי". "הממסד הרפואי" כולו הואשם ב"יחס מחפיר מזלזל ועיוור כלפי הנשים".

המפגש בין מטופל לסטודנט לרפואה מוגדר מראש לשני הצדדים: חולה המבקש להתקבל לבית החולים לצורך טיפול חותם על בקשה, שבה מופיעה הפסקה הבאה: "ידוע לי כי בית החולים... הוא בית חולים אוניברסיטאי ובהערכה ובטיפול נוטלים חלק סטודנטים בפיקוח מלא" (נוסח דומה של פסקה זו מופיע בטופסי הקבלה של בתי החולים השונים בארץ).

פעילות הסטודנטים לרפואה מוגדרת ב"חוזר מינהל רפואה" במשרד הבריאות מיולי 2005, המפרט את התנאים בדבר "השתתפות סטודנטים בפעילות קלינית" ומחייב, בין היתר, הסכמה מפורשת מראש של המטופל לנוכחות או לבדיקה על-ידי סטודנטים.

נראה, כי מסגרת הוראות אלו לא נשמרה. התחקיר חשף, למרבה הצער, פער בלתי נסבל בין מה שאמורות היו המטופלות לדעת ולתת את הסכמתן בדבר הצוות הרפואי המטפל בהן ומעשיו לבין מה שהתרחש בפועל בחדר הניתוח.

כדי לסגור פער זה, וכדי לחדד את הכללים האתיים בדבר "בדיקת מטופלים על-ידי סטודנטים לרפואה", קיימה הלשכה לאתיקה דיון שבו השתתפו גם ד"ר נילי קרקו אייל מבית הספר למשפטים של המכללה למנהל וגב' חדוה אייל, רכזת ארגון "אישה לאישה", אשר ייצגה את הארגונים הפמיניסטיים.

בתום הדיון, ניסחו חברי הלשכה לאתיקה את הכללים הבאים, מתוך כוונה להגדיר את נקודת שיווי המשקל בין אינטרסים מנוגדים לכאורה: החובה לשמור על פרטיות המטופל, כבודו וצניעותו, וההכרח החברתי להכשיר את הדור הבא של הרופאים במדינה.

אנו מקווים ומאמינים כי כללים אלו, המחייבים את כלל הרופאים, יאפשרו להם לשמר את האמון ואת השקיפות הנדרשים ביחסיהם עם המטופלים. במקביל, יש לחנך את הציבור הרחב בדבר הצורך ברכישת מיומנויות רפואיות על-ידי מי שעתידי להיות בקרוב רופא גם הוא.

נייר העמדה:

1. יחסי רופא-מטופל מושתתים בראש ובראשונה על אמון, יושר ושקיפות הדדית.
2. "הסכמה מדעת" לטיפול רפואי ניתנת, בין היתר, על בסיס הידיעה של המטופל מי יהיה מעורב בהערכה הרפואית ובטיפול בו.
3. לפיכך, אין להתיר את בדיקת המטופל או את הטיפול בו על-ידי מי שאינו נמנה עם הצוות הרפואי שהורשה על-ידי המטופל.
4. חובה כפולה היא לשמור על כבוד המטופל ועל פרטיותו בהיותו מורדם וכשאינו יכול להביע את דעתו.

5. על ציבור הרופאים מוטלות החובה והאחריות החברתית לחנך את דור העתיד של הרופאים במדינה, תוך שמירה על רמה מקצועית ואתיקה מרבית.
6. בתי החולים והמרפאות בקהילה משמשים לקידום הידע והמיומנויות הקליניות הנדרשות בהכשרת סטודנטים לרפואה. הסטודנטים נוטלים שם חלק פעיל בהערכת מצב המטופלים ובטיפול בהם, תוך פיקוח מלא של הצוות הרפואי.
7. יש להבהיר למטופל, כי סטודנטים לרפואה ישתתפו בטיפול הרפואי בו בכל שלביו, וכי דבה חשיבות הדבר בהכשרתם המקצועית, ולקבל ממנו הסכמה מדעת לכך מראש.
8. יש להבהיר למטופל, כי הערכת מצבו והטיפול בו על-ידי הסטודנטים ייעשו בנוכחות הרופא המטפל, תוך שמירה על כבודו, פרטיותו וצניעותו.
9. לבקשת המטופל, ייעשו הבדיקה או הטיפול בו בנוכחות איש צוות רפואי בן/בת מינו של המטופל.
10. יש להבהיר למטופל, כי שמורה לו הזכות לסרב לנוכחות סטודנטים או לבדיקה על-ידם, וכי הדבר לא יפגע בהמשך הטיפול בו.

44 | שקיפות בריאותם של מנהיגים לאומיים

פורסם בינואר 2007

רקע:

המאורעות הדרמטיים סביב מחלתו של ראש הממשלה אריאל שרון, המעורבות חסרת תקדים של התקשורת בהחלטותיהם של הרופאים ומידת המידע שנמסר או לא נמסר על-ידיהם לציבור בזמן אמת, עוררו מחדש את הדיון הציבורי בדבר השקיפות הנדרשת לעניין בריאותם של מנהיגים לאומיים.

ההיסטוריה המודרנית מלאה לעיפה בראשי מדינות אשר הסתירו מבני עמם, במשך שנים רבות, את דבר מחלתם. אין ספק, כי בחלק מאותם מקרים הושפע טיב ההחלטות שקיבלו ממצב בריאותם. הדוגמה הבולטת ביותר היא זו של נשיא ארצות-הברית פרנקלין רוזוולט, אשר התייצב בשנת 1945 לוועדת ילטה מול סטלין כשהוא חולה ביתר לחץ דם ממאיר, שגרם למותו מדימום מוחי זמן קצר אחר-כך. רוזוולט החולה הפסיד לסטלין את מזרח אירופה, ובכך ירד "מסך הברזל" על אירופה למשך שנות דור.

בהיסטוריה הלאומית הקצרה שלנו היו שני ראשי ממשלה, אשר דבר מחלתם היה סוד גלוי – פרטי מחלותיהם של גולדה מאיר ושל מנחם בגין מתחילים רק עתה להתבהר. ההיסטוריה תשפוט כיצד השפיעו האירוע המוחי שעבר בגין, בהיותו ראש ממשלה, הטיפול בסטרואידים אותו קיבל והדיכאון העמוק אליו שקע על תפקודו כראש ממשלה ועל האופן שבו ניהל, למשל, את מלחמת לבנון הראשונה.

בחברה הדמוקרטית והפתוחה רשאי כל אחד מאיתנו לדעת, כי העומד בראש הפירמידה כשיר מבחינה רפואית, פיזית ונפשית לשאת בעול הכבד. אין להטיל חובת גילוי זה על רופאו האישי של המנהיג ולהעמידו בניגוד עניינים בין חובתו למטופל, מצד אחד, לבין האחריות הציבורית, מצד שני. רופא זה חייב לשמור את יחסי האמון בינו לבין המנהיג, הנשענים על חובת סודיות רפואית למטופל, גם אם הוא מנהיג לאומי.

גילוי מרצון של מלוא התיק הרפואי ישמר ויחזק את אמון הציבור במנהיג, אך אין כל ביטחון כי כך ינהגו כל המנהיגים. לפיכך, יש ליצור כלים ממלכתיים שבהם תיבחן שאלת כשירותו הרפואית של המנהיג. כלים אלו חייבים להכיל איזונים ומעצורים פנימיים, כדי למנוע את ניצולם לרעה ופגיעה בהליך הדמוקרטי.

נייר העמדה:

1. הנושאים באחריות של הנהגה לאומית נתונים, מטבע תפקידם, בלחץ פיזי ונפשי מתמיד.
2. הכרעותיהם של מנהיגים לאומיים עשויות לחרוץ את גורלם של אנשים רבים, ולעתים של האומה כולה.
3. לפיכך, חייבים מנהיגים אלו להיות כשירים בריאותית למלא את תפקידם.
4. הנושא בתפקיד של מנהיג לאומי מוותר מראש על חלק מפרטיותו, לרבות החלק הנוגע למצב בריאותו.
5. רופאו האישי של מנהיג לאומי מחויב, בראש ובראשונה, למטופל, ואין להעמיד אותו בניגוד אינטרסים של חובת הגילוי הנאות לציבור הרחב.
6. כך, גם אין להטיל על הרופא האישי את חובת ההכרעה לעניין כשירותו של המנהיג להמשיך ולשאת בתפקידו.
7. לפיכך, יש ליצור כלים ממלכתיים, המתאימים לבדיקת מצבו הרפואי של ראש הממשלה ולהעברת המידע הרפואי הרלוונטי לידיעת הציבור.

45 | אבחון אישים ציבוריים מכורסת הטלוויזיה ומהמדיה

ספטמבר 2022

איגוד הפסיכיאטרים האמריקאי APA הצהיר על איסור אבחנות פסיכיאטריות על פי התרשמות מהופעות של אישים פוליטיים ציבוריים בתקשורת, במדיה וברשתות החברתיות. הסיבה הראשונה לקביעה זו קשורה למקצועיות ברפואה. מקצועיות ברפואה דורשת בדיקה פסיכיאטרית מעמיקה, דיון מקצועי ואבחנה ברורה. סקירת הופעות בטלוויזיה, ציורים בטוויטר והערות בציבור וכד' איננה כזו!

הסיבה השנייה לקביעה של ה-APA היא שאבחון נפשי כזה גורם לסטיגמטיזציה של חולי הנפש ופוגע בתדמית המקצוע והמטופלים בתחום. אבחון מ"כורסת הטלוויזיה" ככלי פוליטי מהווה שימוש לא ראוי בפסיכיאטריה, אינו קביל ואינו אתי מקצועי.

העיקרון האתי של ה-APA מ-1973 אומר כי יש להפריד בין נושאים ודעות פוליטיות לבין חוות דעת רפואית. זאת ועוד, אסור לתת חוות דעת רפואית לאנשים אשר לא נבדקו באופן מקצועי ואמין. אבחון שטחי "שומט את הקרקע" מתחת לכבוד המקצוע, האחריות והרצינות הנדרשות במערכת יחסי רופא-מטופל.

איגוד הפסיכיאטריה האמריקאי מציין כי בארה"ב הנשיא מחויב לעבור בדיקות רפואיות תקופתיות. במידה שימצא חולי אשר פוגם בתפקודו, יקבל ייעוץ רפואי מסודר ורציני אשר נועד לשכנעו לפרוש מתפקידו הבכיר.

בישראל כתבנו בשנת 2007 נייר עמדה בנושא שקיפות בריאותם של מנהיגים לאומיים. נייר העמדה התייחס בעיקר לתפקידו של הרופא המטפל באישיות הפוליטית ומחויבותו לשמירת הסוד הרפואי לצד חובתו לציבור הרחב. לכן המלצנו על הקמת גוף ציבורי, אשר יפרסם לאזרחים את הראוי לדעת ויחווה עמדה בדומה למתואר בארה"ב.

בדיון שנערך בלשכה לאתיקה ביוני 2022 המליצו חברי הלשכה לאמץ את גישת האיגוד האמריקאי לפסיכיאטריה לכל מקצועות הרפואה.

1. רופא לא יאבחן אדם דרך אמצעי התקשורת או המדיה החברתית, ובכלל זה אישים פוליטיים וציבוריים ולא יפרסם אבחנות כאלה ברבים (להבדיל מטיפול פרטני באמצעות טלמדיסין).
2. רופא יאבחן מחלות רק לאחר קבלת אנמנזה רפואית ובדיקה מקפת ומקצועית כמקובל.
3. הרופא לא ישפיע על דעת קהל תוך ניצול הידע והמעמד שלו לשיון אבחנה למועמד או לפוליטיקאי נבחר.
4. רופא לא ינצל את מעמדו המקצועי או הניהולי במטרה להשפיע על הכפופים לו במקום העבודה, או מטופליו, לשנות דעתם הפוליטית. ראו נייר עמדה בנושא רופאים בתקשורת - חופש הביטוי מול כבוד המקצוע.

46 | הפיקוח הרפואי על כשירותם של נהגים

פורסם בדצמבר 2008

רקע:

בכל שנה נהרגים בישראל כ-450 איש בתאונות דרכים, ועוד עשרות אלפים נפצעים. הטיפול הרפואי ושיקום הפצועים תובעים משאבים רפואיים וכלכליים רבים. נהיגה, אף שהפכה מעשה שגרה של כל אחד מאיתנו, מחייבת יכולת פיזית, קוגניטיבית ורגשית, בצד יכולת קשב וריכוז מתמידים. "הגורם האנושי" בתאונות הוא כבד משקל. הכשירות הרפואית לנהיגה היא עניין אישי, מאחר שגורמים רבים עלולים לפגוע ביכולת לנהוג: נטילת תרופות מסוימות, חוסר שינה, שימוש בסמים ובאלכוהול, ועוד.

פקודת התעבורה מחייבת כל נהג לדווח במכתב רשום למשרד הרישוי על כל מחלה המגבילה את יכולתו לנהוג. החוק מטיל חובה זוהי על כל "רופא מטפל", אשר "אבחן (בנהג) מחלה והוא סבור שאותו אדם עלול לסכן בנהיגתו את עצמו או אחרים בגללה". הוראות מינהל הרפואה משנת 1998 מבהירות, כי החובה חלה על "כל רופא המטפל באדם, לרבות טיפול חד-פעמי או אבחון בלבד". ההוראות מטילות חובת דיווח על רשימה ארוכה של מחלות ומצבים שאין בינם وبين נהיגה ולא כלום, לרבות למשל קלפטומניה, פירומניה והימור פתולוגי. מאידך, במצבים מובהקים של מחלות העלולות לפגוע בנהיגה לא נקבע סף לדיווח, ונותרה פתוחה השאלה מתי לדווח לרשות במקרים של מחלות כגון אלצהיימר, פרקינסון או אפילפסיה הנמצאת בשליטה תרופתית. בהיעדר נתונים על שיעור התאונות שנגרמו בשל אי-כשירות בריאותית של הנהגים, לא ברור כלל אם מתקיימת תועלת ציבורית מהפקעת רישיונם של נהגים אלה. לעומת זאת, הנוק הצפוי ליחסי רופא-מטופל בעקבות הפגיעה שדיווח כזה יגרום לפרטיותו של המטופל וליכולתו לתפקד בחברה – נזק זה הוא ודאי ומוחשי ביותר. אין זה מפתיע לגלות, כי רק כאחוז אחד מהרופאים בישראל מדווחים למכון הרפואי לבטיחות בדרכים על מטופלים המהווים לכאורה גורם סיכון על הכביש.

החוק נכשל בניסיון להפוך את הרופאים לשומרי הסף ביחס לכשירותם הבריאותית של הנהגים בישראל. זו גזירה שציבור הרופאים אינו יכול לעמוד בה, לפחות כל עוד לא השתכנע כי הוא מקריב את הקשר המסורתי עם המטופל מסיבה ראויה. יתר על כן, מאחר שזהותו של הרופא המדווח ידועה למטופל, קיים חשש מוחשי בקרב הרופאים לאליונות נגדם בגין דיווח כזה.

נראה כי המדינה אינה יכולה להטיל את אחריותה לבטיחות בדרכים על כתפי הרופאים, שחלקם אפילו אינם ערים לחובה חוקית זו. יש להקפיא את החוק ולבחון מחדש את הגישה כולה. מוטב כי האחריות לדיווח תוטל על הנהג בלבד, ולרופא תישמר רשות דיווח, אם יתברר לו כי המטופל עצמו אינו מתכוון לדווח על מחלתו. גם אז יש לצמצם באופן מובהק את רשימת המחלות המחייבות הודעה, ולהעניק לרופא המדווח הגנה משפטית ראויה.

נייר העמדה:

1. הגורם האנושי בתאונות דרכים מהווה סיבה מרכזית לתמותה בישראל.
2. טובת הציבור מחייבת לכן פיקוח על כשירותם הבריאותית של הנהגים במדינה.
3. פקודת התעבורה מטילה על הרופא חובת דיווח לרשות על כל נהג, אשר לפי שיקול דעתו של הרופא מסכן בנהיגתו את עצמו או את הזולת בגין מחלה.
4. הוראות מינהל הרפואה במשרד הבריאות לעניין זה כוללות רשימה ארוכה של מחלות החייבות בדיווח, אשר חלקן אינו רלוונטי כלל לנהיגה.
5. חובת הדיווח המפרה את זכות המטופל לפרטיות פוגעת באמון המטופל ברופא ובקשר המקצועי ביניהם.
6. על הרופא מוטלת החובה ליידע את המטופל מראש על חובתו וכוונתו לדווח לרשויות המדינה על כשירותו לנהיגה של אותו מטופל.

7. חובת הדיווח מביאה את המטופל להסתרת האמת הרפואית מפני הרופא, ועלולה לכן להביא להחמרת מצבו הרפואי, כמו גם להגדלת הסיכון שבנהיגתו.
8. שלא ברצונם נקלעו הרופאים לקונפליקט בין המחויבות האתית שלהם למטופל הבודד לבין החובה המשפטית והאתית לכלל החברה.
9. בשל קונפליקט זה, מרבית הרופאים אינם מדווחים על מצב כשירותם הבריאותית של המטופלים לנהיגה.
10. על המדינה לבחון מחדש את היעילות של החוק הקיים ולהחליפו בחוק אחר, יעיל ומקובל, אשר יפטור את הרופאים מהקונפליקט האתי שאליו נקלעו.

47 | האם יש גבול לחובה הרפואית בפאנדמיה?

פורסם בדצמבר 2008

רקע:

מגפת ה-SARS שפרצה בשנת 2002 עוררה שאלות נוקבות בדבר גבולות האחריות הרפואית במצבים של פנדמיה. המגפה, הנגרמת על-ידי וירוס הקורונה, התפשטה תוך ימים אחדים מסין לחמש מדינות נוספות באמצעות חולים שנדבקו במחלה וטסו ליעדים שונים. תוך כחמישה חודשים נדבקו במחלה כ-8,000 איש. שיעור התמותה מהמחלה היה 10% בממוצע, אך שיעור עובדי הרפואה בין המתים בסינפור ובקנדה היה 45%. ד"ר קרלו אורבני, מומחה למחלות זיהומיות שזיהה לראשונה במרס 2003 את הנגיף בהאנוי, וייטנאם, היה גם הוא מקורבנות המחלה ומת ממנה לאחר חודש.

שפעת העופות, שאובחנה בשנת 2006, פגעה "רק" במאות בני-אדם, אך התמותה בקרב הנפגעים הגיעה לכדי 70%. אם ישנה וירוס זה את מבנהו ויהפוך מידבק יותר לבני-אדם, תצטרך החברה האנושית להתמודד עם קטסטרופה שאת ממדיה קשה אפילו להעריך.

השפעת הספרדית, שהשתוללה באירופה בראשית המאה הקודמת, גרמה למותם של כ-50 מיליון איש. כיום, כאשר קרוב למיליארד איש טסים מדי שנה לכל מקום על פני כדור הארץ, וירוס שפעת אלים כמו זה הספרדי עלול להתפשט בכל העולם תוך חודשים ספורים. על-פי ההערכות המקובלות, הדבר עלול לגרום למותם של כ-100 מיליון איש ולפגוע בעשרות מיליונים נוספים, שיזדקקו לאשפוז במצב נשימתי קריטי. אין מדינה בעולם הערוכה לקטסטרופה כזו.

כיצד ינהג רופא הנדרש לטפל בחולים במחלה מידבקת בתנאים שבהם הסיכוי להדבקה הוא כה מוחשי ומאיים? כיצד ננהג ברופא אשר כדי לשמור על חייו ועל חיי בני-משפחתו ערק ממשמרתו בבית החולים? האם יש להעמידו לדין?

למרות הצורך הדחוף בכך, שום מדינה בעולם לא פתרה ניגוד עניינים זה. ברור לכל, כי לא ניתן לחייב רופא באמצעים חוקיים או משמעתיים להתייב לעבודתו נגד רצונו. כפי שכבר קרה, רופאים יעדיפו לעזוב את מקצועם, ובלבד שלא יאלצו לשלם בחייהם ובחיי בני-משפחותיהם על מסירות ואלטרואיזם חסרי גבול.

הפתרון החלקי לסוגיה טמון בחידוש "החווה החברתי" של הרופאים. בצד אשרור המחויבות המיוחדת של הרופאים לכלל הציבור בזמן משבר, ראוי כי הציבור יכיר בסיכון הנוסף המיוחד שהרופאים נוטלים על עצמם מרצון, מעבר לסיכון הרגיל הטמון במקצוע, ויפצה אותם על כך. פיצוי, משמעותו קבלת אחריות ייחודית לעובדי הרפואה שחלו ולבני-משפחותיהם.

על החברה לטפח את הרופאים ואת כלל עובדי הרפואה, ולעודד בקרבם את תחושת האחריות, המנהיגות והדוגמה האישית. הבחירה החופשית של כל רופא בדגע האמת תבוא רק מתוך ערכים אלה.

נייר העמדה:

1. במצבי חירום של מגפה נרחבת ואסון המוני נדרשת מעורבות רבה של כלל הרופאים במדינה.
2. הידע הרפואי והמיומנות המקצועית מקטינים את הסיכון של הרופא להידבק במחלה, ומאפשרים לו לכן להגיש עזרה לחולים במחלה מידבקת יותר מכל אדם אחר.
3. לפיכך, הכלל הוא כי חלה על הרופא חובה אתית לטפל בכל חולה במחלה מידבקת.
4. חובת הטיפול קיימת גם בנוכחות של סכנה מוגברת סבירה לבטיחותו של הרופא, לבריאותו או לחייו.
5. ייתכנו מצבים, שבהם הסכנה הנשקפת לרופא מחולה במחלה מידבקת היא מוחשית ביותר וחורגת מהסיכון הסביר של המקצוע.

6. על הרופא מוטלת במקביל החובה האתית לשמור על בריאותם של בני-משפחתו ושל כלל החולים שבהם הוא מטפל.
7. לפיכך, בכל מקרה של טיפול בחולה במחלה מידבקת, על הרופא לאזן בין התועלת המיידית הצפויה לחולה הבודד לבין היכולת להעניק בעתיד טיפול רפואי לחולים אחרים והערך של שמירת בריאותם של הרופא עצמו ובני-משפחתו.

48 | הנשמה וטיפול נמרץ בימי קורונה סוערים

מרץ 2020

המלצות הלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל להתחלה, המשך והפסקת הנשמה בטיפול נמרץ, בתנאים חריגים כאשר יש חוסר איזון עצום בין הצרכים לבין המשאבים הזמינים: בימים קשים אלה, כאשר מגפת ה"קורונה" כבר הראתה את עוצמתה בסין, איטליה ומדינות נוספות, ועדיין טרם התפרצות המונית בישראל, מתוך "השקט שלפני הסערה" חשבנו כי נכון יהיה לכתוב הנחיות אתיות לטיפול נמרץ לגבי הנשמה בזמן מגפה.

בעודנו כותבים, חברי הלשכה מקווים שלא נזדקק לדף זה. כבסיס לנייר משמש המסמך אשר נכתב באיטליה על ידי צוות מומחים. בימי פנדמיה, החשיבה הרפואית והשיקולים האתיים משתנים ביחס לנוהל הרגיל. הטיפול מתאפיין בהיעדר משאבים (צוות רפואי, מכשור, תרופות וכו') ביחס לציבור ענק של חולים. בשנת 2008 נכתב דף העמדה העוסק בהיבטים האתיים באירוע רב-נפגעים. בהקדמה נכתב: "המאפיין אירוע רב-נפגעים הוא היעדר היכולת או האמצעים שבידי הרופא המעורב לעשות את המרב כדי להציל חיים או גפה (limb or life) של כל הנפגעים".

העיקרון המקצועי המנחה הוא "לעשות את המרב האפשרי למרב הנפגעים" ולא את "המיטב לכולם". אחת ההתחייבויות שלנו באותו מסמך: רופא לא יהיה שותף להחלטות על הקצאת משאבים מוגבלים על בסיס שאינו רפואי, כגון גיל, מין, גזע, דת, לאום, מצב כלכלי או סוציאלי. עקרונות אלו ינחו אותנו אם נגיע למצב שבו ניאלץ לבחור במי לטפל בהנשמה ובהשגחת טיפול נמרץ. מטרת דף העמדה להקל על הצוותים הרפואיים אשר ייאלצו לקבל החלטות קשות, ולספק את המאפיינים שיהוו חלק מהשיקולים לקבלת החלטות אשר אינן רפואיות בלבד. מאפיינים אלה כוללים שיקולים אתיים רפואיים, כגון חלוקה צודקת, שוויון בחלוקת המשאבים והסיכוי של המטופלים להחלים אם יטופלו. מהמידע הקיים בעת כתיבת המסמך, יהיה צורך בהנשמה של חלק ניכר מהנבדקים שאובחנו עם זיהום מווריד הקורונה, שכן המחלה הקשה מתאפיינת בדלקת ריאות אינטרסטיציאלית דו-צדדית המלווה בהיפוקסמיה קשה. שלא כמו בתמונת ARDS, המוכרת יותר, לריאות בחולים עם דלקת ריאות הנגרמת על ידי וירוס הקורונה יש היענות ותגובה טובה יותר ל-PEEP בינוני וגבוה; כלומר, יש פוטנציאל הפיך, אך השלב החרیف עשוי להימשך ימים רבים.

מהנתונים בשבועיים הראשונים של התפרצות המגיפה באיטליה כעשירית מהחולים הנגועים זקוקים לטיפול אינטנסיבי בעזרת הנשמה פולשנית או לא פולשנית.

חשוב כי הקריטריונים להנשמה יהיו ברורים לכול, הן לצוותים המטפלים והן לציבור הרחב, במטרה

לשמר את האמון במערכת הבריאות. מטרות דף העמדה:

- א. להקל על הצוות המטפל בקבלת החלטות לגבי טיפול פרטני, כאשר העומס הרגשי עלול להכביד מיד.
- ב. להגדיר את ההקצאה לבריאות במצבי מחסור יוצא דופן.

המלצות:

1. **הקריטריונים לכניסה להנשמה וטיפול נמרץ צריכים להיות גמישים וניתנים להתאמה בכל עת ביחס למשאבים הזמינים, למספר המטופלים ולצפי מספר המטופלים בעתיד.** הקריטריונים חלים על כל החולים הנזקקים לטיפול נמרץ ולא רק על חולים ב-COVID-19.
2. **הקצאה היא בחירה מורכבת ועדינה מאוד.** גידול מוגזם **במספר מיטות טיפול נמרץ** אינו מבטיח טיפול

הולם לכל מטופל מונשם, בבחינת "תפסת מרובה לא תפסת". תשומת הלב והמשאבים המופנים למטופלים רבים מדי עלולים לפגוע בכלל המאושפזים בטיפול נמרץ. כמו כן, צמצום הפעילות האלקטיבית בטיפול בחולים במרפאות, דחיית טיפולים כירורגיים אלקטיביים ומיעוט המשאבים האינטנסיביים, בשל הפנייתם לטיפול נמרץ, עלולים להביא לעלייה בתמותה ובתחלואה גם כתוצאה ממצבים קליניים שאינם קשורים למגפה המתמשכת.

3. ייתכן שיהיה צורך להציב **מגבלות** בכניסה לטיפול נמרץ. אם נבחר באפשרות "כל הקודם זוכה" וכל מכשירי ההנשמה ומשאבי טיפול נמרץ יהיו מלאים, זאת החלטה אשר מראש פוגעת בסיכוי של המטופל הבא לחיות, גם אם סיכוייו להחלמה ולחיים ארוכים כפונקציה של גילו הצעיר, למשל, טובים יותר. מאידך גיסא, ההחלטה להגביל גיל, למשל, עשויה להיחשב אפליה ופגיעה בערך השוויוניות, למרות שהיא ממקסמת את יתרונות הטיפול הנמרץ תוך שריון משאבים שעשויים להיות נדירים מאוד עבור אלה שסביר להניח כי יש להם סיכויי הישרדות טובים יותר וצפי לתוחלת חיים ארוכה.
4. יש להביא בחשבון גם נוכחות מחלות אחרות (קומורבידיות) ומצב תפקודי, ולא רק את הגיל הכרונולוגי. **משך אשפוז בטיפול נמרץ** לאדם צעיר וללא מחלות נוספות עשוי להיות קצר מאשר משך טיפול תומך באדם מבוגר יותר עם מחלות נלוות. פרק הזמן שבו ישהה מטופל בטיפול נמרץ משמעותי לגבי סוגיית חלוקת המשאבים לאנשים רבים יותר.

מובן שיש להתחשב בכל הקריטריונים המקצועיים המשמשים את הרופאים המומחים בתחום הטיפול הנמרץ.

5. חשוב להתחשב ברצון המטופל, הבא לידי ביטוי בהוראות טיפול מקדימות לגבי מחלות נלוות אחרות, אם ניתנו כאלה, או באמצעות תכנון טיפול משותף.
 6. החלטות על טיפול או אי-מתן טיפול מתקדם, כגון הנשמה בטיפול נמרץ, יש לקבל בצוות, תוך שיתוף המטופל במידת האפשר ו**ותיעוד השיקולים** וההחלטה ברשומה הרפואית.
 7. על כל הגבלה במתן טיפול נמרץ במצב הקיצון, יוצא הדופן, של חוסר התאמה בין מספר הנזקקים למשאבים להיות מגובה בקריטריונים של **צדק חלוקתי**.
 8. בתהליך קבלת ההחלטות, כאשר מתעוררים מצבי קושי ואי-ודאות, רצוי להתייעץ, ולו טלפונית, על מנת לשמוע **חוות דעת נוספת**. עם הגורמים שניתן להתייעץ עמם: ועדת אתיקה מוסדית, מנהל מחלקה, כונן בכיר או מטפלים אשר התנסו במצבים דומים.
 9. רצוי לדון ולהגדיר את הקריטריונים להנשמה וטיפול נמרץ לכל מטופל מוקדם ככל האפשר, באופן שיאפשר ליצור באופן המיטבי רשימה של חולים שייחשבו מבעוד מועד ראויים לטיפול נמרץ, אם תתרחש הידרדרות קלינית במצבם, בתנאי שתהיה זמינות בעת שידקקו לכך.
- הוראה "לא להנשמה" צריכה להירשם בתיק הרפואי**, מוכנה לשמש כמדריך, אם ההידרדרות הקלינית מתרחשת כאשר המטפלים הנוכחים באירוע לא השתתפו בתכנון ואינם מכירים את המטופל.

* הערה: בכפוף לסעיף 12 שלהלן.

10. כל מטופל ראוי לקבל **טיפול סדציה פליאטיבית תומכת**, אשר מטרתו מניעת סבל נלווה, כגון כאבים, חרדות והיעדר שינה.
11. לגבי מטופלים הנמצאים כבר בהנשמה בטיפול נמרץ, יש לעשות **הערכה מחודשת** מדיום לגבי ההתאמה, מטרות הטיפול ומידתיות הטיפול. אם יש עדות לכך שחולה מאושפז בהתאמה גבולית לקריטריונים, אינו מגיב לטיפול ראשוני ממושך או מידרדר ואינו מגיב לטיפול, יש לשקול את הפנייתו לטיפול פליאטיבי. בתרחיש זרימה מהירה של חולים נוספים – אין לדחות דיונים אלו.
12. ראוי לדון, **שוב ושוב, בהגבלת הטיפול האינטנסיבי ובקריטריונים להנשמה וטיפול נמרץ, בהתאם למשאבים המשתנים מעת לעת**. הנתונים עשויים/עלולים להשתנות בהתאם למספר החולים, למצבם

הרפואי, לזמינות מכשירי ההנשמה ולמקום בטיפול נמרץ. תהליך קבלת ההחלטות מיטבי כשיש הערכה שוטפת של זמינות המשאבים.

13. תמיכה ב-ECMO צורכת משאבים רבים יותר בהשוואה לאשפוז רגיל בטיפול נמרץ, ובתנאים של זרימת מטופלים במספר יוצא דופן, על הטיפול להישמר למקרים שנבחרו במיוחד בתחזית לגמילה מהירה יחסית. הטיפול ב-ECMO צריך להינתן ביחידות שיש בהן מומחים מנוסים בטיפול זה, שכן המיומנות תגזול פחות משאבי כוח אדם.

14. חשוב לצבור ולהחליף מידע בכל דרך אפשרית בין המרכזים הרפואיים ובין הרופאים. כאשר תנאי העבודה יאפשרו זאת, **בתום מצב החירום, יהיה חשוב להקדיש זמן ומשאבים לתחקיר ולמעקב אחר הופעת שחיקה ומצוקה מקצועית ומוסרית של הצוותים הרפואיים.**

49 | ההיבטים האתיים באירוע רב-נפגעים *

פורסם במאי 2008

רקע:

המאפיין אירוע רב-נפגעים הוא העדר היכולת או האמצעים שבידי הרופא המעורב לעשות את המרב כדי להציל חיים או גפה (life or limb) של כל הנפגעים. העיקרון המקצועי המנחה הוא "לעשות את המרב האפשרי למרב הנפגעים" ולא את "המיטב לכולם". במצב כזה נדרש הרופא לבצע מיון קדימויות לטיפול ולפינוי (triage - טריאז'), הנושא בחובו פוטנציאל של אי-טיפול מיטבי בחלק מן הנפגעים ועלול להביא אפילו למותם או לנכותם. באירוע כזה מעורבים גם גורמים בלתי רפואיים, כגון בני משפחה, סקרנים, אנשי משטרה ותקשורת, אשר תרומתם למשימה של הצלת חיים או גפה היא מזערית ולעתים אף שלילית ומפריעה. מטרת נייר עמדה זה לקבוע את עמדת הלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל בהיבטים שונים הקשורים לאירוע רב-נפגעים.

הגדרת אירוע רב-נפגעים

אירוע רב-נפגעים הוא תוצאה של אירוע קטסטרופלי, הפוגע במספר רב של אנשים. אירוע מסוג זה ייתכן בזמן מלחמה, מאבק מזוין, טרור או אסון אזרחי. באירוע מסוג זה קיים, בדרך כלל, חוסר איזון, ולו חולף, בין צורכיהם של הזקוקים לטיפול לבין יכולתם של נותני הטיפול לספק צרכים אלה בתוך פרק זמן נתון. שירות רפואי במצבים כגון אלה מחייב היבטים ארגוניים וטכניים, בנוסף להיבטים אתיים. נייר עמדה זה יוגבל, עם זאת, לעיסוק בהיבטים האתיים.

קוד אתי לטיפול רפואי באירוע רב-נפגעים ובאסון

א. עקרונות אתיים של מיון רפואי באירוע רב-נפגעים (אר"ן) ובאסון: מיון רפואי - טריאז' - מיועד לפתור מצב, רגעי או קבוע, של מחסור יחסי באמצעים ו/או בכוח אדם מול צורכי המטופלים. בטריאז' נדרש הרופא להחליט על סדרי הקדימויות ועל הקצאת משאבים לטיפול בחולים ובנפגעים. בעצם ההגדרה, ייתכן שמתן עדיפות למי מהנפגעים עלול להביא למניעת הטיפול המיטבי מנפגע אחר או, לפחות, לדחייתו.

ב. העקרונות האתיים המנחים טריאז', במטרה לעשותו הוגן ומיטבי מבחינה מקצועית, כוללים בין השאר את העקרונות האתיים הבסיסיים, כפי שהם מוכרים לנו מהספרות המקובלת:

1. עקרון ההטבה (Beneficence);
2. עקרון העצמאות (Autonomy);
3. העיקרון שלא להזיק (Nonmaleficence);
4. עקרון עשיית הצדק (Distributive justice);
5. בנוסף, כוללים העקרונות את זכויותיהם של המטופלים, כגון: הזכות לביטחון אישי של המטפל; הזכויות של החברה ושל המדינה.

1. **עקרון ההטבה** - חובתו של הרופא לעשות כמיטב יכולתו, ולנסות להבטיח שהמערכת שבה הוא עובד תעשה כמיטב יכולתה, על מנת לתת למטופל את הטיפול המיטבי, להאריך את חייו ולמנוע ממנו נכות וסבל. במצב אר"ן ואסון, חוסר ההתאמה בין צורכיהם של פצועים רבים ליכולות המוגבלות הקיימות, ולו בשלב ראשון, מחייב קביעת קדימויות טיפול בזהירות המרבית, מצד אחד, אך גם במהירות המרבית, מצד שני. לעתים מתבצע הטריאז' בתנאים פיזיים קשים ומתוך מיעוט נתונים. הרופא הממין יקבע מדיניות טריאז' בהתאם לתנאים הקונקרטיים השוררים בעת האירוע.

- **בעדיפות ראשונה - הרופא יטפל בפצועים ובחולים המצויים בסכנת חיים מיידית, אך נראה שניתן להצילם.**
 - **בעדיפות שנייה - יטופלו חולים ופצועים הזקוקים לטיפול מיידי, גם אם הטיפול אינו מציל חיים.**
 - **בעדיפות שלישית - יטופלו פצועים וחולים שניתן לדחות את הטיפול בהם למשך זמן סביר ללא גרימת נזק.**
 - **בעדיפות רביעית - יטופלו פצועים וחולים שנראה לרופא הממין כי הסיכוי להציל את חייהם אפסי בתנאי הזמן והמקום הרלוונטיים.**
2. **עקרון העצמאות - גם לפצוע המטופל במסגרת אר"ן יש זכות להחליט על גורלו, כגון: יעד הפינוי והרופא המטפל בו. כמו כן, רשאי המטופל לסרב לקבל טיפול רפואי בכלל או טיפול ספציפי בפרט. הרופא המטפל יתחשב, במידת האפשר, ברצונו של המטופל. הרופא יהיה כפוף קודם כל לצורך בחלוקה נאותה של משאבים ושל מניעת העדפה של מטופל זה או אחר. לדוגמה: ייתכן שצוות המפנה מהשטח לבית חולים לא יתחשב ברצונו של הפצוע להגיע לבית חולים מסוים. כמו כן, ייתכן שהמטפל יקבע עדיפות טיפול שונה מזו שמעוניין בה המטופל.**
3. **העיקרון שלא להזיק - הרופא המטפל ישתמש בשיטות רפואיות מקובלות לפי הסטנדרטים המקובלים באותה עת.**
4. **עקרון עשיית הצדק - הרופא יעניק טיפול רפואי בהתאם לקדימויות שיקבע הוא או מי שהוסמך לכך, על-פי קריטריונים רפואיים, ללא כל שיקולים אחרים, כגון גיל, מין, דת, לאום, מעמד חברתי או כלכלי של הנפגע. ככלל, המטפל ינסה להציל את מספר הנפגעים הרב ביותר הניתן להצלה, גם במחיר אפשרי של צמצום הסיכויים להצלת היחיד.**
5. **בטיחות וביטחון לצוות המטפל - חובות/זכויות של הצוות המטפל לעומת איום פוטנציאלי הצוותים המטפלים בנפגעים נמצאים בשעת חירום בדרגות שונות של סיכון אישי, כחלק מתפקידם (שוטרים, חיילים, אנשי מד"א, רופאים ואחיות). במהלך האירוע, מחויב הרופא לקחת על עצמו סיכון רלוונטי ומידי, ככל שביא הדבר לקיום חובתו המקצועית לטפל בחולים ובנפגעים.**
- עם זאת, צוות רפואי אשר נפגע בעצמו אינו מביא תועלת למטרה שלשמה הוא קיים. היפגעות צוות רפואי עלולה לבוא מן המעשה אשר גרם לאירוע או מן האנשים אשר גרמו לאירוע.
- במצבי סיכון הניתנים לחיזוי מראש (מלחמה, מגיפה, עבודה בסביבה מסוכנת) חובה על הצוות הרפואי ועל מנהליו ליזום ולבצע את ההכנות הסבירות (אימונים, ציוד מגן, חיסון וכו'), כדי להיות מסוגלים לפעול בסביבה עוינת.
- בהיעדר הכנה ראויה מראש למצב שאליו נקלע צוות רפואי (למשל, העדר ציוד מגן מפני מחולל ביולוגי מדבק), יפעל הצוות לפי מיטב שיקוליו לעזור לנפגעים, מבלי לקפח את יכולתו לעזור גם לנפגעים אחרים.

מצבי חירום רבי-נפגעים מתנהלים בזירות שונות

תחילת האירוע היא, בדרך כלל, בשטח שאינו מתקן רפואי. ייתכן גם שלב ביניים - מתקן רפואי זמני מאולתר ברמה פחותה ממיטבית. המשכו הוא בתהליך העברת הנפגעים. הסיום הוא במתקן רפואי מסודר. המיוחד בשלושת המצבים הראשונים הוא, שהפוטנציאל להיפגעות אלימה של הצוות ממשי יותר מאשר במתקן מסודר, ויש להביא זאת בחשבון.

כניסת צוות רפואי ל"קו האש": במקרה של סכנת חיים, יעריך הרופא יחד עם גורמים בטחוניים את הסכנה שבכניסה למקום האירוע מול הצורך המחייב להציל חיים. כאשר מדובר בפוטנציאל היפגעות שאינו מעשה ידי אדם, חל אותו עיקרון.

היבטים חינוכיים

- א. היכולת לטפל בנפגעים באירוע רב-נפגעים צריכה להיות חלק מהכשרתו המקצועית הבסיסית של הרופא.
- ב. מעורבותם של אנשי סגל בתי הספר לרפואה בעיצוב תוכנית הלימודים ובעדכונה היא חיונית, כמו גם של רופאים העוסקים בתחום יום-יום.
- ג. על בתי הספר לרפואה להציע תוכניות לימודי המשך בנושא הטיפול באירועים רבי-נפגעים לאנשי רפואה, לאחיות ולאנשי המקצועות הפארא-רפואיים.
- ד. בתי הספר לרפואה ומוסדות הקהילה הרפואית מחויבים לחינוך הקהילה ואנשי הסגל הפארא-רפואיים בהיבטים הרפואיים של ההתמודדות עם אירוע רב-נפגעים. רופאים יובילו את כתיבת פרוטוקולי הטיפול ואת עיצוב תוכניות החינוך בנושא.
- ה. רופאים יפעלו לקידום יכולות המערכת והקהילה לטפל בנפגעים באירוע רב-נפגעים ולקידום הבנת פעילותה של המערכת הרפואית בעת אירועים כאלה.

עקרונות אתיים באירוע ביולוגי

- א. הקצאת משאבי טיפול מונע בתוך מערכת הבריאות

רופא לא יהיה שותף להחלטות על הקצאת משאבים מוגבלים על בסיס שאינו רפואי, כגון גיל, מין, גזע, דת, לאום, מצב כלכלי או סוציאלי.

במצבים שיש טיפול מונע (למשל, חיסון) לאירוע הביולוגי, מחובתה של המערכת להציע טיפול כזה לצוות הרפואי. באם אין מספיק אמצעי טיפול מונע לכל הצוות הרפואי, תקבע מערכת הבריאות את סדרי העדיפויות למתן הטיפול, בהתייעצות עם מומחים רפואיים בתחום ותוך נקיטת הכלל: הטיפול יוצע למי שנמצא בדרגת הסיכון הגבוהה ביותר; לדוגמה, חוקרים ועובדי מעבדה רלוונטיים, צוות רפואי החשוף ביותר לחולים המדבקים וצוותי אפידמיולוגיה.

- ב. חובת הרופא לטפל בחולים מדבקים

 1. היה וסירב הרופא לקבל את הטיפול המוצע לו, ואינו לוקה בהורייט נגד, אין בכך כדי לפטור אותו מחובתו להתייצב למקום עבודתו ולטפל בנפגעי האירוע.
 2. היה והרופא לוקה בהורייט נגד לטיפול, רשאי הוא להחליט אם הוא רוצה לטפל בנפגעי האירוע ובאילו תנאים.

- ג. גבולות הסיכון שהרופא מחויב לקחת בטיפול בחולים מדבקים

 - א. אם המערכת סיפקה לרופא את אמצעי המגן הדרושים, אימנה אותו וסיפקה לו את הידע הנחוץ לתפקוד אופטימלי במצב הנתון, יהיה הרופא חייב לתפקד כנדרש, כמטפל.
 - ב. היה והמערכת אינה מסוגלת או אינה רוצה לספק אמצעים כנ"ל, על הרופא אין מוטלת חובה לסכן עצמו מעבר לגבולות שיקבע בעצמו וולונטרית ועם חבריו ומומחים לנושא.

- ד. חולה המסכן את הציבור ו/או את הצוות הרפואי

יש להבחין בין חולה המסכן את החברה לבין חולה המסכן רק את הצוות המטפל. חוקי המדינה והתקנות הרלוונטיות חייבים לתת את הכלים הדרושים להתמודדות בשני המצבים; היינו, למנוע מחולה להפוך סיכון לחברה או לצוות המטפל.

פקודת בריאות העם קובעת את ההוראות הנוגעות לדיווח על מחלה מידבקת ולמניעת התפרצות המחלה בקרב האוכלוסייה. הלשכה לאתיקה של הר"י פרסמה נייר עמדה באשר להעברת מידע לצוות רפואי על מחלה מידבקת.

הוראות אלו תקפות גם לגבי איש צוות רפואי שנדבק במחלה ראשונית או ממטופל. הלשכה לאתיקה של הר"י פרסמה נייר עמדה העוסק ברופא הבלתי-כשיר ובחובת הדיווח הנוגעת אליו.

- ה. סודיות רפואית

החוקים והכללים הנוגעים להגנה וחיסיון של מידע רפואי חלים גם בעת מגיפה.

* "עניי עירך קודמים" ואתיקה רפואית באירוע רב נפגעים

ד"ר תמי קרני - יו"ר הלשכה לאתיקה 2014-2018

בשנת 2008 פורסם דף עמדה, העוסק בטיפול בפצועים באירוע רב-נפגעים. נייר העמדה נכתב על ידי ועדה בראשות פרופ' פייר זינגר ופרופ' פני הלפרין. הנייר עוסק במצב חריג וקיצוני, כאשר מתרחש אירוע ובו מספר הנפגעים עולה בהרבה על מספר המטפלים. הטיפול במצב זה שונה ממצבי טיפול רפואי אחרים. על פי רוב, רופאים ינסו להציל חיים של כל מטופל בכל אמצעי העומד לרשותם, עיקרון הנובע כמובן מערך קדושת החיים. כאשר יש יותר פצועים ממטפלים, תפקיד הרופא להציל כמה שיותר אנשים. לשם כך, סדר הקדימויות משתנה. העקרונות המנחים במקרה כזה הם אלו: הרופא יגיש עזרה רפואית קודם לפצועים הקשים אשר יש להם סיכוי לשרוד, אחר כך לפצועים הבינוניים העשויים לאבד גפה או להידרדר, ורק אז יחזור לפצועים שמצבם אנוש ואשר הסיכוי שלהם לשרוד הינו קלוש.

סוגיה נוספת המוזכרת בדף העמדה מ-2008 עוסקת בנושא סכנת החיים לרופא המטפל. האם הרופא צריך "להיכנס לאירוע" כאשר קיימת סכנה מיידית לחייו, או שמא עליו להמתין עד שתחלוף הסכנה לחייו על מנת שלא יפגע בסיכויים להציל את חיי הפצועים? - מצופה מהרופא לשקול גם נושא זה, ולא לפעול בפזיזות אשר לא תועיל לאיש.

בנייר העמדה הוזכר הביטוי "עניי עירך קודמים" כחלק משיקולי הטריאז' במקרים של אלימות אנושית, הגורמת לנפגעים גם בקרב מחוללי האלימות עצמם. בעקבות פניית "רופאים לזכויות אדם", נערך ב- 1.12.2015 דיון בלשכה לאתיקה בנוגע לשימוש בביטוי זה.

מקור הביטוי בתלמוד (בבא מציעא ע"א א):

"אם כסף תלוה את עמי את העני עמך

עמי ונכרי - עמי קודם,

עני ועשיר - עני קודם,

ענייך ועניי עירך - ענייך קודמין,

עניי עירך ועניי עיר אחרת - עניי עירך קודמין."

כלומר, הפסוק מתייחס למתן צדקה לפי סדר קדימויות. העברת הפירוש המורכב, בעניין מתן צדקה, לסדר קדימויות במתן טיפול רפואי היא, לכל הפחות, בעייתית. רופאים נשבעים בכל השבועות לתת טיפול שווה לכל מי שזקוק לכך. לפיכך, השימוש בביטוי "עניי עירך קודמים" מהווה מכשלה. יתואר מקרה של פיגוע בירושלים, כאשר יש 50 פצועים ורופא אחד; אם בין הפצועים - תיידים מארצות ניכר, דרי רחוב (הומלסים) ירושלמים ותל אביבים אמידים - במי יטפל הרופא קודם? ברור מהדוגמה, כי מצופה מהרופא לעשות מיון ולהתחיל בטיפול לפי מצב רפואי, ללא כל שיקול אחר.

יש להניח, כי במצבי הכאוס אליהם מתייחס דף העמדה, קשה לרופא לעמוד על קנקנו של כל מטופל. הסיכון בטעויות במיון סדר קדימויות רב, ועלול להיות עצום אם נוסיף עוד מרכיבים לאבחנה מי קודם למי. לכן הוחלט להסיר את הביטוי הנזכר לעיל.

הדיון הוסט על ידי המדיה למצבים אחרים, שבהם יש מפגש, וברור מי הוא. בדרך כלל, המצב בו ידוע מי הפוגע ומי הנפגע מתברר בשלבים מתקדמים יותר במהלך הטיפול באירוע רב-נפגעים, או כאשר מספר הנפגעים והמטפלים מאפשר טיפול הולם לכל הפצועים בו-זמנית. נייר עמדה זה אינו מתייחס למצבים אלו. כשהתמונה ברורה כל כך, הנפגעים נמצאים כבר בבית חולים, ושם מספר המטפלים מספיק וסדר הקדימויות יהיה לפי עקרונות רפואיים.

התיקון בנייר העמדה מאפשר לרופא הנמצא במצוקת טיפול בנפגעים מרובים להפעיל שיקול דעת מקצועי, נקי משיקולים זרים. כמו כן, הוצאת הביטוי "עניי עירך קודמים" שומרת על עקרון הטיפול ללא אפליה, הקיים בחוק הישראלי ובכללי האתיקה, ומונעת הידרדרות מוסרית במדרון החלקלק של קדימויות טיפול משיקולים שאינם רפואיים.

50 | תיירות רפואית

פורסם ביולי 2014

מהפכת המידע הפכה סדרי עולם ברפואה. חולה בעל אוריינות דיגיטלית יכול תוך דקות ספורות להגיע לכל מידע רפואי רלוונטי ולקבל החלטות משל עצמו בדבר הטיפול הרפואי בו הוא רוצה. לצרכן הבריאות המודרני אין כיום כל קושי לאתר ברשת תוך דקות ספורות רופא מומחה בעל מוניטין מקצועי, היכול לפתור מצוקה רפואית אליה נקלע. החולה כיום מכיר את פניו של הרופא ואת עברו המקצועי והאישי עוד בטרם נפגש עמו פנים מול פנים.

חולה בעל אמצעים יכול להתדפק על דלתו של אותו המומחה, בכל מקום בעולם, תוך שעות. מיליוני חולים חוצים כיום גבולות לאומיים בחפוש טיפול רפואי טוב יותר או זול יותר מזה אותו הם יכולים לקבל במקום מגוריהם. רפואה חוצה גבולות או "תיירות רפואית", כפי שהיא מכונה, הפכה סוגיה רפואית, חברתית וכלכלית המעסיקה כיום מדינות רבות לרבות ישראל.

המרחב הקיברנטי מאפשר, כפי שכתב העיתונאי תום פרידמן בספרו "העולם הוא שטוח", זרימה חופשית של מידע, אנשים וכסף מכל מקום בעולם לכל מקום. אנו חיים בעולם חדש של "כלים שלובים" אשר מגיבים במהירות לכל פער הקיים בין שתי נקודות על פני כדור הארץ. כך בין בורסות כלכליות וכך גם בין "בורסות רפואיות". הכוחות המניעים בעולם הרפואה הם טיב הטיפול הרפואי, מחירו וזמינותו בארץ המוצא לעומת ארץ היעד. פרסומת ושיווק חכמים, כמו גם אמצעי תעבורה זמינים וארגון יעיל מניעים מיליוני חולים על פני כדור הארץ בחפוש אחר פתרון רפואי הנראה להם ראוי ומתאים לצרכיהם.

מערכת הבריאות בארץ נמצאת מזה שנים במצוקה הולכת וגוברת: מספר הרופאים והאחיות כמו גם מספר המיטות העומדות לרשות הציבור נמצא בשפל מסוכן אשר על פי כל הסימנים עוד יוסיף ויחמיר בשנים הקרובות. זמן ההמתנה לרופא מומחה או לחדר הניתוח הוא לעתים בלתי נסבל. הגודש במחלקות האשפוז אינו מאפשר מגע אנושי ומתן טיפול רפואי ראויים. משך האשפוז ההולך ומתקצר מחמיר מציאות עגומה זו שבעתים.

הרמה המקצועית הגבוהה של הרפואה בישראל שואבת לארץ עשרות אלפי תיירי מרפא, המביאים עמם מאות מיליוני שקלים מדי שנה. כסף זה נדרש למערכת הרפואה הציבורית בארץ כמו אוויר לנשימה אך הסיכון הטמון בו אינו נופל בחשיבותו.

קל לראות כיצד תייר לרגע זוכה תמורת כספו לייחס מועדף בכל בית חולים ציבורי אליו ייכנס: ליווי אישי, קיצור התורים במבוך הרפואי, ההעדפה בבדיקות, בהדמיה או בחדרי הניתוח יבואו תמיד על חשבון עניי העיר שאינם יכולים לעמוד בתחרות הכלכלית מול אותו תייר עתיר ממון.

הלשכה לאתיקה ערכה מספר דיונים בנושא מורכב זה. נייר העמדה המצורף מנסה להתוות את נקודת שיווי המשקל בין ההכרח לטפח את איכות הרפואה הציבורית באמצעים הכלכליים הטמונים בתיירות הרפואית לבין החובה הבסיסית לשמור על זכויותיו של תושב המדינה לראשוניות בקדימות בנגישות לרפואה בישראל

נייר עמדה:

1. מערכת הרפואה הציבורית נועדה לשרת את רווחתם ובריאותם של תושבי המדינה על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
2. תיירות רפואית עשויה, מחד, להוות אמצעי נוסף לשיפור איכות השירות הרפואי הניתן לתושבי המדינה ומאידך היא מנצלת את משאבי הרפואה הציבורית המוגבלים ממילא.
3. לפיכך יש למצוא את נקודת האיזון הראויה בין שני אינטרסים מנוגדים אלו.
4. השירות במסגרת התיירות הרפואית יינתן באמצעות כוח אדם, תשתיות וציוד אשר יוקצו במיוחד עבור שירות זה, כך שלא ייגרע מהאמצעים המוקצים היום לטיפול בתושבי המדינה.

5. השירות במסגרת התיירות הרפואית יינתן כך שלא תגרם דחייה באבחון או בטיפול הן במסגרת אשפוז והן במסגרת אמבולטורית להם זכאים תושבי המדינה.
6. לא תינתן לתייר הרפואי המטופל במערכת הציבורית העדפה על פני תושב המדינה בבחירת הצוות הרפואי המטפל בו, איכות הטיפול משך הטיפול או תנאי האשפוז.
7. יש להקפיד ולהגן על זכויות התייר הרפואי בשל פגיעותו היתרה מעצם היותו תייר. בית החולים יוודא מראש את יכולתו של המטופל לעמוד בתשלומים עבור הטיפול המיועד ויקפיד כי לא יופסק טיפול רפואי מציל חיים בתייר הרפואי רק משום שאזל כספו.
8. הרופא המטפל יבחר מרצונו החופשי באם להרחיב את שעות עבודתו גם למסגרת התיירות הרפואית. לא ניתן יהיה לכפות מתן טיפול על ידי הרופא במסגרת זו בניגוד לרצונו.
9. שכרו של הרופא העובד במסגרת תיירות רפואית, מעבר ובנוסף לעבודתו הקבועה במסגרת הרפואה הציבורית, ייקבע באופן יחסי לתשלום הנגבה מהתייר הרפואי עבור הטיפול.
10. תוקם ועדת בקרה ציבורית ארצית ובלתי תלויה בעלת סמכויות בדיקה ואכיפה, אשר תפקח על פעילות בתי החולים הציבוריים בתחום התיירות הרפואית. על ועדה זו לוודא כי ניתוב הכספים יופנה לחיזוק הרפואה הציבורית בכל מדינת ישראל ולא רק במוסדות בעלי היכולת לספק תיירות רפואית. הקמה ופעילות רציפה של ועדה כזו היא תנאי הכרחי להמשך פעילות התיירות הרפואית במתכונתה הנוכחית.
11. לא ניתן להפריד את נושא התיירות הרפואית מהצורך הדחוף במציאת פתרון למחסור החמור במיטות ובכוח אדם רפואי בבתי החולים הציבוריים.
12. הלשכה לאתיקה רואה בחומרה רבה את הפיחות המתמשך בהשקעה הממשלתית ברפואה הציבורית בתחומי התקינה, התשתיות והציוד הרפואי וקוראת לשנות מצב זה לאלתר.

51 | הפורום האתי המשותף של הר"י ושל חברות תיירות המרפא

פורסם בנובמבר 2014

חברי ועדת ההיגוי:

הלשכה לאתיקה: ד"ר תמי קרני - יו"ר, ד"ר אלינור גושן, ד"ר זכריה קליינבאום, ד"ר יואב לוריה, ד"ר ישראל אייליג, ד"ר קונסטנטין כץ, עו"ד גילי שיל"ת, עו"ד קרן אלדר, טלי ברזילי, קרן משיח צוונג

נציגי חברות תיירות המרפא:

איגוד חברות תיירות רפואית בישראל: ד"ר אנדריי מצאייב, יבגני וסילייב, ד"ר ילנה קראבייב, מגדייב רדיסלב, עו"ד נטלי קלצ'בסקי, מרג'קי עובדיה
האגודה הישראלית לתיירות רפואית: אבי עטיה, עו"ד דניאל למברג, ד"ר ויקטור לוי, יבגני שילמן, ליאור קרסקין, מרק כצנלסון, רומן בוטמן
חברת lmer: אילן טמיר עדי יעקובוביץ'
חברת GLOBAL medical organization: אדי נורמן, רן דותן

הגדרות:

- א. "תייר מרפא": מי שהגיע לישראל על מנת לקבל שירותי רפואה ממוסדות רפואיים ישראלים, ציבוריים או פרטיים, ואינו זכאי לשירותי בריאות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994 (להלן: "תייר המרפא" או "התייר");
- ב. "חברת תיירות מרפא": תאגיד או אדם שעוסק בתיירות מרפא (להלן: "החברה/ות");
- ג. "רופא": רופא מוסמך שניתן לו רישיון לעסוק ברפואה בישראל;
- ד. "רופא אחראי": רופא מטעם חברת תיירות המרפא, אשר אחראי על בניית ההצעה הטיפולית של התייר, על סמך התיק הרפואי והמידע הרפואי מהתייר הקיים ברשותו, ומשמש כרופא המטפל של התייר בקו הראשון;
- ה. "מלווה רפואי": אדם מטעם חברת תיירות המרפא, בית החולים או התייר, המלווה אותו במהלך הטיפול הרפואי;
- ו. "צוות מטפל": כלל הצוות הרפואי והמנהלי המטפל בצרכיו של תייר המרפא בישראל, לרבות הרופא האחראי, המלווים מטעם חברת תיירות המרפא והרופאים המעניקים לו טיפול רפואי;
- ז. "עיסוק ברפואה": בדיקת חולים ופצועים, אבחונם, ריפויים, מתן מרשם לתרופות, מתן ייעוץ רפואי, טיפול רפואי ומעקב רפואי או שירותים אחרים הניתנים בדרך כלל מידי רופא;
- ח. "מידע רפואי": מידע המתייחס באופן ישיר למצב בריאותו הגופנית או הנפשית של המטופל או לטיפול הרפואי בו;
- ט. "בדיקות רפואיות": בדיקות רפואיות שעל הצוות הרפואי לערוך במטופל כדי לקבל תמונה קלינית מלאה, וכדי לקבוע את מהלך הטיפול בו;
- י. "מוסד רפואי": בית חולים, מרפאה או מעבדה שהוכרו על-ידי משרד הבריאות;
- יא. "בית חולים ציבורי": בית חולים ציבורי כהגדרתו בחוק בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994;
- יב. "המועצה המדעית": המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל;

מטרות:

- א. קביעת קוד אתי משותף לרופאים ולחברות תיירות המרפא, באופן שיסדיר את שיתוף הפעולה בין הצדדים בנוגע למתן שירותי תיירות מרפא;
- ב. גיבוש כללים למתן טיפול רפואי במוסדות רפואיים בישראל לתיירי המרפא, באופן שישמר את עקרונות האתיקה הרפואית: אוטונומיה, עשיית טוב, מניעת נזק ושמירה על עקרונות הצדק החלוקתי כלפי התיירים וכלפי אזרחי מדינת ישראל;
- ג. בניית מערכת יחסים משותפת לרופאים ולחברות תיירות המרפא, שתאפשר מתן שירותי רפואה איכותיים לתיירי המרפא, תוך שמירה על מוניטין חיובי של הרפואה הישראלית ומתוך הבנה שתיירי המרפא מהווים שגרירים של רצון טוב למדינת ישראל.
- ד. הקמת פורום משותף לרופאים ולחברות תיירות המרפא, שיהווה כתובת לקבלת תלונות ממטופלים והעברתן לבירור הגורמים המתאימים.

חובות כלליות:

- א. החלטות רפואיות הנוגעות לתייר המרפא יתקבלו אך ורק על-ידי רופאים.
- ב. הוראות החוק הנוגעות לטיפול רפואי וכללי האתיקה הרפואית החלים על רופאים בישראל - יחולגו על מתן טיפול רפואי לתייר המרפא.
- ג. נציג מטעם חברת תיירות מרפא יעבוד הכשרה בנושאים אתיים, כפי שתיקבע על-ידי הפורום ליישום הקוד האתי, המשותף להר"י ולחברות תיירות המרפא.

ההצעה הטיפולית:

- א. הצעה לקבלת שירותיה של חברת תיירות מרפא תכלול שני חלקים: חלקה הראשון יפרט את רשימת הטיפולים הרפואיים המוצעים לתייר המרפא, וחלקה השני יכלול את שירותי התיירות הנלווים אותם מספקת החברה, כגון: ליווי ותרגום, שיכון במלון, הסעות, פעילות תיירותית וכיו"ב.
- ב. החברה תבקש מתייר המרפא להעביר לידיה את כל המידע הרפואי הרלוונטי המצוי ברשותו. החברה תדאג להעביר את המידע שקיבלה לידיה אל הרופא האחראי.
- ג. הרופא האחראי שהתבקש לערוך הצעה טיפולית לתייר מרפא טרם הגעתו לארץ, יבדוק את האבחנה, הפרוגנוזה והטיפול שניתנו לתייר המרפא.
- ד. הרופא האחראי ינסח ויחתום על הצעה טיפולית שתישלח לתייר המרפא טרם הגעתו לארץ. על ההצעה הטיפולית לכלול הודעה לפיה תייר המרפא מחויב להביא עמו את המסמכים הרפואיים ששימשו בסיס לעריכת ההצעה הטיפולית שנמסרה לו.
- ה. תמחור חלקה הראשון של ההצעה הטיפולית ייעשה בהתאם למצב הקליני המוערך של תייר המרפא. יש ליידיע את תייר המרפא, כי שינוי במצבו הקליני עשוי להביא לשינוי התמחור.
- ו. לבקשת תייר המרפא, תספק החברה שירותי תיירות נלווים, בהתאם למוסכם. ז. החברה תיידע את תייר המרפא, טרם הגעתו לישראל, לגבי המקום שבו יתגורר בעת שהותו בארץ. בכל מקרה, תדאג החברה להיות מיוזעת לסידורי המגורים של התייר.
- ח. החברה תסביר לתייר המרפא, כי במסגרת שירותי התיירות הנלווים שניתנים לו, על ייתכן כי המידע הרפואי שלו ייחשף לגורמים שאינם גורמים רפואיים (כגון, המלווה המתורגמן). היה ותייר המרפא בחר לקבל שירותים אלה, תחתים אותו החברה טופס ויתור סודיות רפואית.
- ט. החברה תנהל באופן יעיל את זמן שהותו של תייר המרפא בישראל. בהתאם לכך, ההצעה הטיפולית תכלול הערכת זמן משוערת וסבירה למשך השהות של תייר המרפא בארץ.

י. החברה תצייד את תייד המרפא בפרטי הקשר עימה, ובכלל זה תיתן לו מספרי טלפון ליצירת קשר עם נציגיה במקרים דחופים ו/או במקרי חירום. במקרים שידוע לחברה מבעוד מועד שמו של המוסד הרפואי שבו עתיד התייד לקבל טיפול – תציין גם את פרטי ההתקשרות של המוסד הרפואי.

הצעה טיפולית לתייד חשון מרפא:

- א. הרופא האחראי ימסור לתייד המרפא מידע מדויק לגבי הטיפול הרפואי, לרבות יכולתו של הטיפול לשנות את מהלך המחלה באופן משמעותי, הארכת תוחלת החיים ושיפור איכות החיים של התייד.
- ב. היה ולאחר בדיקה של כל הנתונים הגיע הרופא האחראי למסקנה כי לא ניתן לשפר את מצבו הרפואי של תייד המרפא – עליו לעשות מאמץ למנוע את הגעתו ארצה.
- ג. טרם הגעת תייד המרפא ארצה, תסכם עימו החברה את הסדרי המימון לחזרה לארצו, אם וכאשר הטיפול הרפואי שיינתן לו בארץ יתגלה כבלתי יעיל.

התאמת ההצעה הטיפולית לטיפול:

- א. לאחר שליחת ההצעה הטיפולית אל תייד המרפא, וטרם הגעתו ארצה, תבוצע תקשורת ישירה בין הרופא האחראי או נציג מטעם החברה לבין תייד המרפא.
- ב. חברת תיידות המרפא תערוך תיאום ציפיות שוטף עם תייד המרפא, החל משלב ההתקשרות עימו ועד לתום הטיפול בו.
- ג. שונתה תוכנית הטיפול עקב צורך רפואי שהתברר לאחר גיבוש ההצעה הטיפולית – יש ליידיע את התייד, תוך מתן הסבר ונימוק הצורך בשינוי.
- ד. שינוי התמחור לאחר מתן הצעה טיפולית ייעשה רק אם השתנה מצבו הקליני של המטופל, או במקרים שהנסיבות השתנו באופן שלא ניתן היה לצפות או למנוע. שונה התמחור בהתאם לאמור לעיל, יש להסביר לתייד את הסיבה לשינוי בעלויות. במידה שחל שינוי בשכרו של הרופא – על ההצעה החדשה לשקף את מרכיבי הטיפול שהשתנו, לרבות מה שנוגע לעניין שינוי שכרו של הרופא.
- ה. חברת תיידות המרפא תודיע למטופל על כל שינוי בתוכנית הטיפול או בתמחור בטרם התחייב התייד לקבל את הטיפול.
- ו. תייד המרפא לא יחויב לבצע בדיקות שביצע בעבר ואשר איכותן טובה, על-פי שיקול דעת הרופאים המטפלים, למעט במקרים שעולה צורך קליני לערוך בדיקות חוזרות לתייד המרפא.
- ז. החברה תעשה מאמצים סבירים לקבוע מבעוד מועד תורים לבדיקות הרפואיות הנדרשות לטיפול, בהתאם לתוכנית הטיפולית שנשלחה לתייד המרפא. כלל זה לא יחול על בדיקות אשר הצורך הרפואי בהן התברר רק לאחר שהתייד הגיע לישראל.

מהלך הטיפול הרפואי בתייד המרפא:

- א. החברה תסייע לתייד, ככל יכולתה, להתאים את אשרת השהייה שניתנה לו אל משך הטיפול שלשמו הגיע לישראל.
- ב. בכפוף לסעיף ח. לעיל, תקפיד החברה על שמירת הסודיות הרפואית של התייד. המידע הרפואי שהועבר אל החברה יהיה נגיש לצוות המטפל בתייד המרפא בלבד.
- ג. הרופא האחראי ילווה את הטיפול הרפואי שמקבל תייד המרפא בארץ, ויהיה אמון על הכרת הרשומות הרפואיות של תייד המרפא אשר נוצרו אגב הטיפול הרפואי שניתן לו בארץ.
- ד. החברה תדאג לריכוז ולשמירת הרשומות הרפואיות של התייד.
- ה. החברה תהיה אחראית להעביר את כל המידע הרפואי לגורמים הרפואיים הרלוונטיים שמטפלים בתייד המרפא, להבטחת מתן טיפול ו/או המשך טיפול רפואי נאות ותקין בתייד המרפא.
- ו. החברה תקפיד על זכותו של התייד לקבל את המידע הרפואי על מצבו בשפה המובנת לו, לרבות קבלת סיכום מהלך הטיפול וגמר הטיפול על-ידי הרופא האחראי ותרגום המסמכים ככל שיידרש.

מעקב לאחר הטיפול:

- א. החברה תעשה מאמצים לקשר בין תייד המרפא לבין הרופא המטפל בארץ המוצא לצורך המעקב הקליני של "אחרי טיפול" (after care) בנוגע לבעיות הרפואיות בהן טופל בישראל.
- ב. החברה תסייע לתייד המרפא, ככל יכולתה, לקבל העתק מן המסמכים הרפואיים על אודותיו לצורך רציפות הטיפול והמעקב בארץ המוצא. במידת הצורך, תמסור החברה לתייד הוראות מפורטות והמלצות רפואיות ביחס לתקופה שלאחר יציאתו מישראל.
- ג. קשר האמון בין הצוות המטפל למטופל יימשך גם לאחר גמר הטיפול, בהתאם לצורך.

מעבר בין חברות תיירות מרפא:

- א. תייד המרפא רשאי להעביר את הטיפול בעניינו מחברת תיירות מרפא אחת לאחרת, ויהיה רשאי לקבל שירות מכל חברת תיירות מרפא על-פי רצונו.
- ב. תייד מרפא שביקש לסיים את התקשרותו עם חברת תיירות מרפא אחת ולעבור לחברת תיירות מרפא אחרת - תעביר החברה הראשונה את כלל המסמכים הרפואיים המצויים בידיה לתייד המרפא או לחברת תיירות המרפא האחרת, בהתאם לבקשת התייד.
- ג. הרופא האחראי מחויב לרציפות הטיפול הרפואי בתייד המטופל, גם אם נותק הקשר המקצועי עימו, וישתף פעולה עם כל רופא אחר הנוטל גם הוא חלק בטיפול הרפואי בתייד.
- ד. חברות תיירות המרפא ישמרו על כבוד הדדי. היה והתגלעה בין חברות תיירות מרפא מחלוקת הנוגעת לתייד המצוי בעיצומו של טיפול רפואי - יקיימו הצדדים שיח מכובד כדי לפתור המחלוקת בדרכי נועם. בכל מקרה, החברות יעמידו את בריאותו של המטופל כערך עליון לפתרון המחלוקת.
- ה. חברה תיירות מרפא שקלטה תייד מרפא שטופל תחילה בחברה אחרת, רשאית לבקש מהחברה המעבירה מכתב המעיד על העדר חובות כספיים של התייד כלפיה.
- ו. בכל מקרה, אין לפגוע בבריאותו של התייד ו/או למנוע ממנו את הטיפול הרפואי לו הוא נזקק.

פרסום ופרסומת למתן שירותי תיירות מרפא:

- א. פרסום מטעם חברות תיירות המרפא, באמצעות אתרי האינטרנט ובכל דרך אחרת, יכלול מידע מפורט בדבר השירותים שמציעה החברה וכן מידע אמין ומבוסס באשר לתחומי המומחיות והעיסוק של הרופאים אליהם מפנה החברה, תוך שמירה על כללי הפרסום העצמי של הרופאים במדינת ישראל.
- ב. בצד היתרונות והמעלות הטמונים בשירות, יכלול הפרסום מידע בדבר הסיכונים הנלווים לתיירות המרפא.
- ג. הרופאים וחברות התיירות יעשו כל שביכולתם למנוע פרסום שאינו נאות ו/או נוגד את כללי האתיקה הרפואית, ובכלל זה פרסום שיש בו מידע שגוי או חלקי ו/או כל פרסום העלול להטעות את ציבור המטופלים.
- ד. חברת תיירות מרפא העושה שימוש בשמו של רופא לשם פרסום, תהיה כפופה לכללי האתיקה הרפואית בישראל הנוגעים לפרסום ופרסומת רופאים.
- ה. החברה תציג באתר האינטרנט שלה ובפרסומיה האחרים את שמה הרשמי (כפי שמופיע במסמכי הרשמיים של החברה) וכן את פרטי ההתקשרות עימה. החברה של תימנע מיצירת רושם לפיו אתר האינטרנט של החברה הוא גם אתר האינטרנט הרשמי של המוסד הרפואי עימו היא עובדת, ותקפיד על הפרדה בין תו התקן המוסד הרפואי לבין תקנים או מסמכים הקשורים אליה.
- ו. פרסומת המציינת את מעלותיו של טיפול רפואי מסוים תציג גם את הסיכונים הכרוכים באותו הטיפול. דבר הפרסומת לא יכלול התחייבות לתוצאות הטיפול הרפואי שניתן באמצעות החברה.
- ז. חברה לא תציע לקהל לקוחותיה השתתפות בטיפול ניסיוני ו/או כל טיפול רפואי שלא אושר כטיפול רפואי מקובל בישראל.

- ח. החברה רשאית להשתמש בדמותם של ידוענים לצורכי פרסומת, ובלבד שהפרסומת נעשתה לצורכי פרסום **השירות** אותו נותנת החברה. השימוש בדמותו של הידוען תהיה כפופה לשמירת הסודיות הרפואית שלו.
- ט. השימוש בתואר "מומחה" בפרסום ייעשה רק בנוגע לתחומים המוכרים בישראל על- ידי המועצה המדעית כתחומי התמחות.
- י. היה ודבר פרסומת עושה שימוש בשמו של רופא ישראלי - לא ייעשה שימוש בדמותם של מטופלים, גם לא בהסכמתם, ובכלל זה בשמם, בדיוקנם, בקולם בהמלצתם או בחלקי גופם.
- יא. החברה תימנע מכל פרסום שיש בו כדי לפגוע בכבוד מקצוע הרפואה.
- יב. החברה תימנע מפרסומים המשמיעים רופאים ו/או חברת תיירות מרפא אחרת.

מתן טיפול רפואי התואם את עקרון חלוקת המשאבים הצודקת לאזרחי ישראל:

- א. יש למצוא את נקודת האיזון הראויה בין טיפוח תיירות המרפא לטובת המטופלים ובין ניצול משאביה המוגבלים של הרפואה בישראל.
- ב. איכות הטיפול הרפואי שניתן לתיירי מרפא ולאזרחי ישראל תהיה שווה.
- ג. כללי האתיקה הרפואית יחולו באותו אופן על טיפולים הניתנים לאזרחי ישראל ולתיירי המרפא.
- ד. הזמנת תייר המרפא לארץ על-ידי החברה, תתאפשר רק אם קיימת קיבולת מתאימה וזמינות של הפרוצדורות הרפואיות במוסד הרפואי שבו הוא אמור לקבל טיפול בישראל.
- ה. הרופא יטפל בתיירי מרפא בתנאים שלא יגרמו דחייה באבחון או בטיפול לאזרחי ישראל, הן במסגרת האשפוז והן במסגרת אמבולטורית.
- ו. הרופא יטפל בכלל מטופליו, לרבות תיירי המרפא, בהתאם לדחיפות המצב הרפואי של המטופלים, בעיקר כאשר מדובר בשימוש בצידוד ובמכשור רפואי שהזמינות אליו אינה גבוהה (למשל, MRI).
- ז. הרופא לא יפעל למתן עדיפות למטופלי תיירות המרפא בתנאי האשפוז או בכל טיפול שאינו מונגש לאזרחי ישראל.
- ח. הרופא לא יעדיף טיפול בתייר המרפא על פני טיפול באזרח ישראלי.

שקיפות ומניעת ניגוד עניינים:

כללי:

- א. הצוות המטפל יראה לנגד עיניו את בריאותו של התייר ויפעל לטובתו ללא שיקולים זרים.
- ב. הרופא ינהג בשקיפות ויחשוף בפני תייר המרפא כל ניגוד עניינים אישי, כלכלי, מקצועי או אחר, העלול להיות קשור בטיפול בו.
- ג. הרופא יימנע מקבלת טובות הנאה בהקשר של הטיפול הרפואי, ולא יציע לתייר המרפא או יקבל ממנו הצעה עסקית או אישית כל עוד קיימים ביניהם יחסי רופא- מטופל.
- ד. הרופא יוודא כי ההתקשרות בינו לבין חברת תיירות המרפא לא תעמיד אותו במצב של ניגוד עניינים עם תפקידו במוסד הציבורי שבו הוא מועסק, בין כשכיר ובין כנותן שירותים, או עם חובותיו האתיות והמקצועיות כלפי מטופליו האחרים. בנוסף, החברה או מי מנציגיה לא יעמידו את הרופא במצב של ניגוד עניינים, בין אם בידיעתו של הרופא ובין שלא בידיעתו.
- ה. הצוות המטפל יימנע מניצול בלתי ראוי של יחסיו עם תייר המרפא בכל צורה שהיא, לרבות ניצול גופני, נפשי או כלכלי.
- ו. הצוות המטפל בתייר המרפא יימנע משידול התייר לקבל טיפול רפואי ללא צורך רפואי, אגב טיפול רפואי אחר או בכלל.

שקיפות בתשלומים ובשכרו של הרופא:

- א. ההצעה הטיפולית תכיל פירוט של כלל מרכיבי התשלום אותו דורשת החברה, ובכלל זה תשקף את שכרו של הרופא על מרכיביו השונים, כגון: תשלום עבור ייעוץ, תשלום עבור ניתוח וכדומה.
- ב. שכרו של הרופא ייגבה על-ידי חברת תיירות המרפא אשר תעביר אותו לבית החולים הציבורי. בטיפול הנעשה במרפאה פרטית, תעביר החברה את התשלום לידי הרופא.
- ג. הרופא לא ידרוש, לא יקבל ולא ייתן דמי תיווך בשל הפניית תייר המרפא לבדיקה, לאבחון, לטיפול, לקבלת מכשור רפואי או בשל הפניה למקומות מרפא או מוסדות הבראה. הרופא יהיה רשאי להקצות משכרו תשלום לרופא אחר, אם זה עזר לו בפועל ותרם חלק משמעותי באבחון או בטיפול רפואי בתייר.

הקמת פורום משותף ליישום הקוד:

- א. החתומים על קוד אתי זה יקימו פורום משותף (להלן: "הפורום"), שייתן מענה לשאלות בנוגע ליישום ההוראות האתיות ויציקת פרשנות לכללים. הפורום יורכב מנציגות של רופאים ושל חברות תיירות המרפא. יו"ר הפורום יהיה רופא חבר הלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל, שימונה על-ידי יו"ר הלשכה לאתיקה לצורך זה.
- ב. לכל חבר בפורום יוכל להתמנות ממלא מקום, בכפוף לאישור הגוף אותו הוא מייצג בפורום.
- ג. הפורום יעסוק במתן חוות דעת בשאלות הקשורות ביישום כללי האתיקה, הן באופן עקרוני והן לגבי פעולות עתידיות ספציפיות, ואף ישמש כפורום לדיון בתלונות אתיות הנוגעות לתחום תיירות המרפא.
- ד. הפורום יהא בעל הסמכות לבחון ולהנחות, בנוגע לכל התקשרות בין רופא חבר הר"י לבין חברת תיירות מרפא, לרבות טיפול בחריגה מהכללים המפורטים לעיל.
- ה. הפורום יעסוק בתכני ההכשרה האתית שעל נציגי חברות תיירות המרפא לרכוש לצורך עיסוקם.
- ו. דיוני הפורום יוכלו להיערך בכל דרך שהיא, לפי החלטת יו"ר הפורום, לרבות באמצעות רשת האינטרנט.
- ז. הפורום יערוך שני מפגשים בשנה, לכל הפחות, לשם ליבון הסוגיות הקשורות לתחומי סמכותו ואחריותו. את המועד למפגשים יקבע יו"ר הפורום.

תו אתיקה:

- א. חברות תיירות המרפא החתומות על הקוד ומתחייבות לשמור על עקרונותיו, זכאיות לקבל את תו האתיקה לתיירות המרפא בישראל ולעשות בו שימוש לצורכי מיתוג ושיווק.
- ב. הפורום המשותף יהיה בעל סמכות ליטול את תו האתיקה מחברת תיירות מרפא אשר אינה פועלת בהתאם לכללי הקוד, ובתנאי שניתנה לחברה הזדמנות להשמיע בפניו את טענותיה.

52 | שימוש מושכל בבדיקות דימות

פורסם בינואר 2011

רקע:

בדיקות הדימות תרמו תרומה מכרעת לקידומה של הרפואה המודרנית. היה זה וילהלם רנטגן, פיזיקאי גרמני, אשר בשנת 1895 יצר את תמונת ה-X-rays הרפואית הראשונה, כאשר צילם את כף ידה של אשתו כשהיא עונדת טבעת לאצבעה. עברו 76 שנים, וב-1971 ייצרה חברה בריטית את מכשיר ה-EMIScanner, הראשון במכשירי ההדמיה התלת-ממדית הידועים כיום בשם הנפוץ CT Scanner.

על-פי הערכות, בארה"ב מתבצעות באחרונה מדי שנה כ-65-70 מיליון בדיקות CT, המאפשרות איתור וטיפול מוקדם יותר מאשר בעבר במחלות, ניטור השפעת הטיפולים בעומק הגוף, וחיסכון בהתערבויות ניתוחיות. בכך הן מביאות לשיפור רמת הרפואה, להארכת החיים ולשיפור איכותם בקרב מטופלים רבים. בצד התועלת הרפואית הרבה שיש לבדיקות הדימות, הן מעוררות שאלות כבדות משקל, הן בתחום הרפואה עצמה והן בתחום כלכלת הבריאות.

קרינה מייננת גורמת לנזקים, חלקם בלתי הפיכים, לחומר הגנטי של התאים המוקרנים, ועלולה בכך לגרום הופעת שינויים ממאירים. על-פי הערכות מקובלות, 1%-2% ממקרי הסרטן המאובחנים כל שנה בארה"ב, מקורם בבדיקות דימות מייננות, ועל-פי התחזית, 29,000 מקרי סרטן עתידיים להופיע כתוצאה מבדיקות ה-CT שבוצעו שם במהלך 2007 (השנה האחרונה שיש לגביה מידע רלוונטי).

בכל יום מתבצעות בארה"ב כ-20,000 בדיקות CT, אשר מנת הקרינה בהן גדולה פי 100-500 לעומת צילום חזה רגיל. שליש מהנבדקים ב-2007 היו בני 35-54, ומהם 66% נשים. אלה הן קבוצות גיל ומין הנמצאות בסיכון יתר לחלות בסרטן עקב ההקרנה. הסיכון המצטבר לכן לכלל החברה מהקרינה המייננת מחייב הערכה מחודשת ואיזון עדין בין התועלת לבין הסיכון שבקרינה זו.

אין להקל ראש גם בהיבט הכלכלי של שימוש יתר באמצעי דימות. ההערכה המקובלת היא כי 20%-50% מבדיקות אלה אינן יוצרות מידע המשפר את האבחנה או הטיפול, ואינן משפיעות על אריכות חייו של המטופל – ולפיכך הן מיותרות. אף על פי כן, קצב הגידול של בדיקות הדימות הינו כ-10% בשנה, והוא עולה על קצב הגידול בשימוש בתרופות המרשם, הגדל בשיעור של 6%-8% לשנה. מאחר שבארה"ב מדובר בעלות שנתית של 100 מיליארד דולר, אין זה מפתיע כי רשויות המדינה, כמו גם איגודי הרופאים, נרתמו לאחרונה לרסן את הגידול בשימוש יתר באמצעי ההדמיה.

עודף בדיקות

הסיבות לשימוש יתר באמצעי דימות הן רבות ומורכבות. נוכל להזכיר כאן בקצרה את החינוך האקדמי של הרופאים, המעודד "יסודיות ושלמות" ביצירת אבחנה מבדלת רחבה, תוך אישור או שלילה של כל אבחנה שברשימה – והזנחת הצד המעשי והנבון של רפואת הקהילה, שהיא חסכונית יותר באופיה. זוהי תרבות של תשלום עבור מספר הבדיקות, ולא תשלום עבור טיבן; תרבות כלכלית המעודדת תגמול יתר עבור פרוצדורות, לעומת התייעצות בלבד והערכה שמרנית. הרפואה המתגוננת דוחפת את הרופא המטפל לבצע עודף בדיקות, ואת הרדיולוג עצמו – לבקש בדיקות הבהרה נוספות.

המטופל, בהיעדר ידע בדבר הסיכון הטמון בבדיקות הדימות, רואה בביצוען טיפול טוב יותר, ועומד על זכותו לקבל בדיקות אלה מבלי שהוא נדרש לשאת בעלותן. ולבסוף, קיימת השפעה ישירה על הצרכן של מכונים פרטיים, אשר בשיווק ישיר, במודעות גדולות בעיתונים, תוך שימוש בפחד הקיומי, מעודדים לדוגמה בדיקות סקר מייננות בקהל הרחב "לגילוי מוקדם של טרשת העורקים בלב, העלולה לגרום להתקף לב ולתמותה". עלינו לעודד הערכה מחודשת ודיון מקצועי בקרב הרופאים וכלל הציבור בדבר גבולות השימוש בבדיקות

דימות מייננות ברפואה. זאת תוך יצירת האיזון הנכון בין התועלת והנזק שיש בהן. הוראות מינהל הרפואה (40/2008) במשרד הבריאות, כמו גם נייר העמדה המשותף של האיגוד הקרדיולוגי ואיגוד הרדיולוגים בישראל בדבר "התוויות לביצוע טומוגרפיה ממוחשבת של הלב" (אפריל 2010) – הן ראשית הדרך הנכונה לשינוי הנדרש.

נייר העמדה:

1. בדיקות דימות, בהיותן בלתי פולשניות, זמינות וחסרות סיכון מידי, נמצאות כיום בשימוש רפואי נרחב ביותר ותורמות לשיפור האבחון והטיפול הרפואי.
2. השימוש בבדיקות דימות, במיוחד אלה הכרוכות בקרינה מייננת, חייב להיות מוצדק במונחי התועלת המיידית מול הסיכון העתידי.
3. הסיכון לחלות בסרטן עקב חשיפה לקרינה מייננת בבדיקה בודדת הוא נמוך, אך ריבוי הבדיקות באותו מטופל מהווה סיכון מצטבר עבורו, עם השלכות על בריאות כלל החברה.
4. אין להפנות מטופלים לבדיקות דימות ואין לבצען, אם אין הוראה קלינית מפורטת ומנומקת לביצוע הבדיקה, ואם יש בדיקה חלופית מתאימה שאינה כרוכה בקרינה מייננת.
5. זהירות יתר נדרשת בשימוש בקרינה מייננת בילדים, במבוגרים צעירים, בנשים בכלל ובנשים בהריון בפרט.
6. יש ליידע את המטופלים בדבר הסיכון הטמון בבדיקות הדימות, כחלק בלתי נפרד של ההסכמה מדעת לביצוע הבדיקה.
7. יש לחנך את הרופאים ואת כלל החברה לשימוש מושכל באמצעי הדימות, עם שימת דגש על ניצול הוגן ואחראי של משאבים טכנולוגיים ואנושיים מוגבלים.

53 | תשובות דימות - המידע לרופא, לחולה, לשניהם?

פורסם במרץ 2016

רקע:

איגוד הרדיולוגים הציג בפני הלשכה לאתיקה שאלה הנוגעת בתפקוד היומיומי של כל רופא רדיולוג. צילומי הדימות השונים, כגון צילומי רנטגן, CT, MRI, PET CT, מיפוי איזוטופים, צנתורים וכו', נועדו לסייע לרופא המטפל בחולה כמעבדה לאישוש אבחנה, בדומה לבדיקות דם או פתולוגיה. באחרונה, השתנתה תרבות הבריאות באופן שהמטופלים מקבלים ישירות את תשובות המעבדה והדימות, לפי רוב דרך האינטרנט, באמצעות הקוד האישי המאפשר להם לראות את התוצאות באתר; לעיתים, עוד בטרם הספיק הרופא המטפל לראותן. בחלק מהמקרים נשלחות התשובות בדואר למטופלים.

התנהלות זו שומרת, לכאורה, על האוטונומיה של המטופל ומאפשרת לו לעשות כרצונו בנתונים הקשורים למצב בריאותו, לרבות קבלת חוות דעת נוספת מרופא אחר. אדם קרוב אצל עצמו, והוא בדרך כלל ידאג לקבל את המשך הטיפול ללא עיכובים.

אך אליה וקוץ בה. המידע עשוי להכיל בשורה מרה, כמו גם עדויות למצב בריאות תקין, ובשני המקרים יכול המטופל שלא להבין נכון את התוצאות. ללא מפגש אישי רופא-מטופל עם הסבר נאות, עלול המטופל לסבול לחינם מחרדה, דיכאון וחוויות קשות או, לחלופין, להכניס את התשובות למגירה ולא לקבל את הטיפול המתאים.

הפסיכיאטרים חברי הלשכה לאתיקה לא הצביעו על אינדיקציות לפגיעה עצמית בעקבות בשורה קשה, אלא אם הייתה נטייה אובדנית קודמת.

בכל זאת, קיימת דילמה: למי שייך המידע? מי צריך לקבל את תשובת הדימות? אולי שמירת האוטונומיה של החולה דווקא מחייבת את קבלת התשובה תוך כדי שיחה, הסבר ועיבוד המידע לכלל אבחנה והחלטות טיפוליות על ידי הרופא המטפל?

צריך גם לתת את הדעת על הבעיה הטכנית במערכת הרפואה; שכן לעיתים לא ידוע לרופא הרדיולוג מי רופא המשפחה, מי הרופא המפנה לבדיקה ו/או מי לוקח האחריות על המשך הטיפול.

הבעיה מתעצמת בבדיקות סקר, כגון ממוגרפיה. למי תישלח התשובה? בבדיקות אשר נדרש המשך בירור רדיולוגי - האם תמיד להמתין לתגובת הרופא המטפל או ליידע ולהזמין ישירות את המטופל, על מנת לחסוך בזמן ולהגיע לאבחנה ברורה בזריזות, ולו "רק" כדי להפחית את החרדה?

כאשר יש ממצאים בבדיקות הדימות המצביעים על סכנת חיים מיידית למטופל, כמו למשל חשד לתסחיף ריאתי, חסימת מעיים וכו', אין ספק כי רופא הדימות חייב ליידע ישירות את הרופא המטפל, ובהיעדרו את החולה, ולהפנותו בדחיפות להמשך הטיפול. אולם רוב המצבים אינם נופלים בגדר "סכנה חמורה".

הנושא סבוך, וברור כי לא נמצא פתרון אחיד לכל המקרים. לכן החליטה הלשכה לאתיקה להציע את הפתרונות הבאים:

1. ככלל, בדיקת הדימות תיעשה עם הפניית רופא. הרופא המפנה ימלא פרטי התקשרות עמו לצורך החזרת תשובת הדימות אליו.
2. רצוי כי הרופא המפנה יעמוד על חשיבות הליווי והפרשנות המקצועית לכל תוצאה של בדיקת הדימות. מומלץ כי הרופא המפנה יתאם מראש עם המטופל האם ברצונו לקבל את תשובת הדימות המסוימת ישירות, ואם כן - יציין זאת בהפניה לבדיקה.

3. מומלץ כי בכל רשומה רפואית של מטופל תופיע הערה לגבי רצונו/אי-רצונו לקבל את תשובות הדימות ישירות, דרך האינטרנט או בדואר, ללא נוכחות רופא.
4. בקבלתו במכון הדימות, יישאל המטופל שוב לגבי רצונו לקבל את תשובת הדימות ישירות אליו. מומלץ למכוני הדימות להוסיף סימון של בקשת המטופל לטופסי הקבלה או במחשב.
5. תשובת הדימות תחזור לרופא המפנה ולרופא המטפל, ובמקביל תישלח למטופל אם ביקש זאת מראש או הדבר תואם עמו, כמפורט לעיל. יש מקום לשלוח לכל מטופל הודעה, גם אם לא רצה לקבל את התשובה ישירות, כי יש פענוח לבדיקה וכי עליו לגשת לרופא המפנה.
6. במצבי חירום תהיה פנייה ישירות למטופל, למניעת עיכוב כלשהו.
7. במקרים דחופים ייעשה ניסיון ליצור קשר קודם כול עם הרופא המפנה ו/או המטפל, ואם אינו זמין בזמן אמת, תיעשה פניית הרדיולוג ישירות למטופל לצורך הפנייתו להמשך טיפול.
8. כאשר אין רופא מפנה, כגון בבדיקות סקר, יפעל הרדיולוג מיידית אם יש צורך בבדיקות המשך. יש ליידע מראש את המטופל כי יקבל תשובה ישירה אליו.

54 | רפואת "אנטי-אייג'ינג"

פורסם במרץ 2003

רקע:

העלייה הניכרת שחלה במאה האחרונה בתוחלת החיים הממוצעת של האוכלוסיה והשיפור שחל במקביל גם באיכות החיים בעולם המערבי יצרו מציאות חדשה עבור שכבה רחבה של אנשים בגיל המתקדם. אנשים אלו, בני 70 שנה ויותר, נהנים מבריאות טובה, פעילים בעבודה ובחברה, ולהם גם אמצעים כספיים שהם מוכנים להשקיע כדי לשמר את בריאותם. מרביתם מבקשים לחיות שנים רבות מבלי להפוך "זקנים".

הרפואה המקובלת פועלת רבות בכיוון זה. בשנים האחרונות מושם דגש רב על חינוך הציבור לאורח חיים בריא המשלב בתוכו תזונה נכונה, פעילות גופנית סדירה, שמירה על משקל והימנעות מעישון. איתור מוקדם של מחלות וטיפול סדיר בהן תורם אף הוא באופן בולט להארכת תוחלת החיים.

עם זאת, הרפואה והמדע מכירים בעובדה כי הזיקנה היא חלק טבעי ובלתי נמנע של החיים. אף כי המנגנונים הביולוגיים העומדים ביסוד הזדקנות הגוף הולכים וגלים לחוקרים, עדיין אין בידינו האפשרות להאריך את חיי האדם מעבר לגבול ה"טבעי" שלהם, הנקבע ככל הנראה ברובו על-ידי גורמים תורשתיים.

בעת האחרונה אנו עדים לפריחה של "רפואה" מסוג חדש. כפטוריות לאחר הגשם צצו להם "מכונים" ו"מרכזים" פרטיים העוסקים ב"אנטי-אייג'ינג", והמבטיחים טיפולי פלא ועלומי נצח לכל המעוניין מכונים אלו, המגלגלים סכומי עתק, עוסקים במתן טיפולים שאין כל הוכחה מדעית ליעילותם וליכולתם לעצור או לעכב את תהליך ההזדקנות. שימוש בידוענים מנצל את תמימות הציבור בקידום עניינים של "מכונים" אלה.

מתן תערובות של ויטמינים, תוספי מזון, תערובות אקוזוטיות של הורמונים ותרופות בעלות הרכב לא ידוע כגון The Brain Improvement Formula, אין בו יותר מאשר אחיזת עיניים ואשליה מכוונת של הציבור לצורך רווח של בעלי אותם מכונים. מקצת טיפולים אלו עלולים אף לסכן את בריאותם של אלו המשתמשים בהם. פעילות זו של אותם מכונים גורמת לבזבז משאבים כספיים יקרים ופוגעת ביכולת להעביר לציבור הרחב מידע רפואי מהימן הנוגע לתהליכי ההזדקנות.

הלשכה לאתיקה קיימה דיון בעניין "אנטי-אייג'ינג", ואת עמדתה אפשר לקרוא להלן. מעבר להצהרה זו, קודאת הלשכה לאתיקה לרשויות המדינה להעמיק את הפיקוח על הנעשה בתחום זה ולמנוע נזק רפואי וכספי מהציבור.

נייר העמדה:

1. ההזדקנות היא תהליך טבעי ובלתי נמנע של החיים, אי-אפשר להתכחש לה או לכפור בקיומה.
2. את מהלך ההזדקנות קובעים הן גורמים גנטיים, חלקם עדיין אינם ידועים, והן גורמים סביבתיים.
3. הרפואה המקובלת המשלבת בתוכה חינוך לבריאות, רפואה מונעת ואמצעים טיפוליים, פועלת בכך להארכת חיי האדם.
4. העלייה התלולה בתוחלת החיים יצרה שכבה רחבה של אנשים בגיל מתקדם המבקשים להאריך עוד ועוד בחיים מבלי להיות "זקנים".
5. רפואת ה"אנטי-אייג'ינג" מקדמת תקווה זו תמורת ממון רב.
6. מכלל המידע המצוי בידינו עולה כי רפואת ה"אנטי-אייג'ינג" אינה נסמכת בראיות, ועל כן מבחינה מדעית אין לה כל ביסוס. מכאן עולה החשש שיש בה משום ניצול של העדר ידיעה בציבור הרחב ומכירה של אשליות.
7. התרופות המוכרות לנו הניתנות על-ידי רפואת ה"אנטי-אייג'ינג" אינן יעילות בהארכת החיים, ומקצתן אף מסוכנות לבריאות. נדגיש כי יש מקרים שבהם הרכב התרופות אינו נמסר כלל לחולה.
8. הלשכה לאתיקה קודאת לציבור להיזהר מלשים את כספו על קרן הצבי בבואו לחפש עלומי נצח.

55 | שביתת נשק

פורסם במאי 2007

רקע:

אלימות חברתית גואה משקפת, לצערנו, מציאות עגומה בתחומים רבים של חיינו. מקומו של תחום הרפואה לא נפקד משאר התחומים שהמגמה פושה בהם, ואף מועד לכך יותר מאחרים. כאשר חיי אדם מונחים לפתע על המאזניים, ומנגד ניצבת מערכת רפואית עמוסה לעייפה הפועלת תחת אילוצי זמן וכוח אדם מוגבל, ועל כן אינה עונה לעתים על ציפיותיו של המטופל או בני משפחתו, נוצרת מערכת רגשית טעונה. לא נדרש הרבה כדי שאותה מערכת רגשית תתלקח לכדי אלימות, מילולית או פיזית, שתופנה כלפי הצוות הרפואי.

עבודות מחקר רבות הראו, כי שכיחות האלימות בשירותי הבריאות, בארץ ובעולם, עולה בהרבה על שכיחות האלימות בכל תחום אחר בשירות הציבורי. סקרים שנערכו באירופה ובארצות-הברית העלו כי 50% מהרופאים דיווחו כי אלימות היא בעיה קבועה בסביבת עבודתם, וכי 30% מהם נפגעו, בשנה שקדמה לסקר, מאלימות פיזית או מילולית תוך כדי ביצוע עבודתם. בעבודת מחקר גדולה שנערכה בישראל בקרב כ-2,300 עובדים ב-23 חדרים מיון נמצא, כי 75% מהם נחשפו לאלימות בשנה שקדמה לסקר, וכי ב-20% מהמקרים היה מדובר באלימות פיזית. הנזק הנגרם על-ידי אלימות זו הוא ברור: רופאים מותקפים מדווחים על תחושות של העדר מוטיבציה, פחד, חרדה, דיכאון והשפלה, ירידה בתפוקת עבודתם והיעדרויות תכופות ממקום העבודה. רופאים שהותקפו נוטים לפתח חשדנות כלפי המטופל ולראות בו אויב אפשרי, באופן שקשר האמון ההדדי הולך ונפרם.

ארגוני הבריאות הגדולים בעולם אימצו מדיניות של "אפס סובלנות" ביחס לאלימות נגד עובדי רפואה. מדיניות זו מיושמת עם דגש מיוחד על המקומות המועדים לפורענות, דוגמת חדרים המיון, שבהם נדרשים הצוותים למהירות וליעילות מרביים, ולצד זאת, באותן נקודות תורפה, מוצבים אמצעי ניטור, שמירה ופיקוח. בנוסף, ישנה השקעה רבה בחינוך הצוות הרפואי לזיהוי מוקדם של פוטנציאל סכנה, לערנות לסימני אזהרה מפני אלימות צפויה ולדרכי התמודדות עמם. הגישה החדשה מנסה לנטרל מראש את הסיכוי להתפרצות סכסוך עם הרופא, לצד הפעלת מערכת אכיפה והענשה שאינה יודעת פשרות. עם זאת, ברור לכל כי נדרשת השקעה תמידית ורבת היקף מצד המדינה והמעסיקים, על מנת להבטיח את שלומם ואת בטחונם של הרופאים העובדים במסגרתם.

בחברה המכירה בערך השביתה כנשק לגיטימי של העובד, איסור שביתה במסגרת מסוים בחברה מחייב להציג לו חלופות ראויות למצוקותיו המקצועיות. בהיעדר חלופות אלה, אין לרופאים ברירה אלא להיאחז בנשק השביתה. השבתת שירותי הרפואה על-ידי הרופאים בתגובה לאלימות נגדם אינה באה על מנת לשפר את רווחתו הכלכלית של הרופא, אלא על מנת להבטיח לו תנאי עבודה חופשיים מאיומים ומלחצים; דבר שהוא לא רק עניינו של הרופא, אלא אינטרס ציבורי כבד משקל.

נייר העמדה:

1. אלימות נגד עובדי רפואה בכלל ורופאים בפרט משקפת אלימות גוברת בחברה בישראל.
2. אלימות נגד רופאים גורמת נזק פיזי, נפשי וכספי לרופא המותקף.
3. אלימות נגד רופאים פוגעת בקשר רופא-מטופל וגורמת נזק לאיכות הטיפול הניתן לכלל האוכלוסייה.
4. על המדינה והמעסיקים חלה החובה להגן על בטחונם של הרופאים העובדים בשירותיהם.
5. בהיעדר הגנה ראויה, רשאית קהילת הרופאים להילחם על זכותה לקבל הגנה זו.
6. שביתה הבאה להגן על בטחונם של הרופאים היא אמצעי לגיטימי להשפעה על דעת הקהל והמעסיקים, וכן לעורר את המחוקק להקצאת משאבים הנדרשים להגנתם.

7. בחברה המכירה בזכות השביתה ביחסי עובד-מעביד, איסור שביתה בסקטור מסוים מחייב את החברה להצגת חלופה ראויה.

8. בהיעדר חלופה כזו ובנסיבות קיצוניות של תקיפה פיזית של רופא, תיתכן השבתה של שירותי הרפואה.

9. שביתה בשירותי הבריאות תתקיים במידתיות ראויה, על מנת למזער את נזקיה ככל הניתן.

הלשכה לאתיקה וההסתדרות הרפואית קוראות למחוקק ולמערכת בתי המשפט לאמץ מדיניות של "אפס סובלנות" כלפי תופעת האלימות נגד רופאים ועובדי הרפואה בישראל.

56 | אתיקה של שביתת רופאים כאמצעי במאבק מקצועי

פורסם במרץ 2013

רפואה ושביתה על פני הדברים אינם אמורים לדור בכפיפה אחת. החוזה הבלתי כתוב בין הרופאים לבין כלל החברה מחייב, אותנו הרופאים, לשרת את המטופלים בכל יום ובכל שעה. שביתה אינה אמורה לכן להיות חלק מהתרבות המקצועית שלנו.

נקיטה באמצעי של שביתה, מהלך חד צדדי שנוקטים הרופאים נגד מעסיקיהם במסגרת סכסוך כלכלי המתקיים ביניהם, גוררת מטבע הדברים ביקורת נוקבת.

הטענה העיקרית הנשמעת נגד שביתה במערכת הבריאות היא זו כי מדובר בצעד כוחני המתגמל את החוק ולא את הצודק ולפיכך היא אינה מוסרית. השביתה לדברי המתנגדים לה פוגעת בצד שלישי, ציבור החולים והמטופלים, קהל שבוי ותמים, שאינו יכול להכריע את גורל השביתה. מטרת השביתה היא להשתמש בציבור החולים כאמצעי ללחץ על המעסיקים ומקבלי ההחלטות אשר הם עצמם אינם נפגעים מעצם השביתה. כל אלו עלולים לפגוע במעמד הרפואה בעיני הציבור כמקצוע אלטרואיסטי העומד מעל למציאות האפורה של סכסוכי עבודה.

המעבר מהעידן ההיפוקרטי של הרפואה לעידן המודרני של "רפואה מנוהלת" העביר את האחריות למטופל מהרופא הבודד אל כלל החברה באמצעות המעסיקים והמדינה. לפיכך נאלצים הרופאים להפנות את תשומת לבם ממערכות בריאות קודרות אל כתובת חדשה זו ולעיתים אין מנוס מלאחוז נגדם בנשק השביתה.

הגבול בין שביתה לטובת המטופל ושביתה לטובת הרופא הוא לעיתים מטושטש מאד. כאשר רופא שובת בשל תנאי אשפוז בלתי מתקבלים על הדעת בבתי החולים, עומס יתר במחלקות, משך אשפוז קצר ותחלופת חולים מהירה, העדר אמצעי אבחון וטיפול או אפילו משך הזמן המוקצב לבדיקת חולה בודד במרפאה האם הוא שובת לטובת "תנאי עבודתו" או האם הוא שובת לטובת צבור המטופלים.

המצדדים בהרשאה לשביתה במערכת הבריאות גורסים כי המתנגדים לשביתה שופטים את הרופאים במוסר יתר וכי לרופא, כמו לכל אדם אחר בחברה, יש את הזכות הבסיסית לשבות על מנת להיטיב את תנאי העסקתו. עוד נטען כי אסור לרופאים להמשיך ולתת טיפול תת מיטבי לחולים, גם אם השגת טיפול טוב יותר כרוכה בקשיים מרובים לטווח קצר בשל שביתה נוכחית. שביתה, לדעת המצדדים בה, תגביר את מודעות הציבור, המעסיקים והשלטון לחסרים ולמגרעות של הרפואה הציבורית דבר שיביא בסופו של דבר לשיפור בה. ההישגים של שביתת הרופאים האחרונה הביאו בצד שיפור בהכנסת הרופאים לשינוי דרמטי באיכות וכוך אדם מקצועי במקצועות רפואיים במצוקה ובבתי

החולים שבפריפריה. הוכחה נוספת כי שיפור בתנאי העסקתו של הרופא כרוך באופן בלתי נמנע גם בשיפור מקביל ברמת השירות אותו מקבל הציבור הרחב.

נייר העמדה בדבר אתיקה של שביתת רופאים כאמצעי במאבק מקצועי בא לגשר על מתח מובנה זה בין מחויבות הרופאים לחברה לטיפול מתמיד ורצוף לבין זכותם להגן על תנאי עבודתם ותקינות המערכת הרפואית בה הם פועלים.

נייר העמדה:

1. ככלל, הרופאים מחויבים להעניק טיפול רפואי בכל עת ולכל אדם.
2. החוזה החברתי בין הרופאים לציבור כולל בתוכו את האחריות המוטלת על כתפי הרופאים לדאוג לקיומה של מערכת רפואית חזקה והוגנת, המסוגלת לספק טיפול נאות ושיויוני.
3. שביתה בשירותי הבריאות אינה נעשית אך ורק לצורך שיפור תנאי הרופאים, אלא גם לרווחת המטופלים, שכן מטרות אלו כרוכות זו בזו.

4. הלגיטימיות לה זוכה שביתה בשירותי הבריאות, נגזרת לכן מהרצון לשפר את המערכת הרפואית ולהיטיב עם ציבור המטופלים.
5. קיים מתח מובנה בין מחויבות הרופא לכלל החברה לבין השימוש באמצעי השביתה. לפיכך נקיטה באמצעי שביתה תהיה תמיד הצעד האחרון לאחר שמוצו, בתום לב, כל האמצעים האחרים.
6. לפני נקיטה באמצעי השביתה יש לבחון בנסיבות הייחודיות את הנזק המשוער שייגרם לצדדים שלישיים מול התועלת לשובתים ולכלל החברה.
7. בהעדר חלופות ראויות אחרות מטעם המדינה או המעסיקים, תיתכן שביתת רופאים המתבצעת באופן מידתי וזהיר.
8. יש להבטיח, במקביל לשביתה, את קיומם של שירותי רפואת החירום ושירותי רפואה חיוניים אחרים.
9. יש להבטיח, במקביל לשביתה, את קיומן של מערכות בקרה ובחינה של מקרים חריגים על מנת למזער ככל הניתן את הנזק לציבור המטופלים.
10. יש להבטיח, במקביל לשביתה, את קיומם של אמצעי דוברות דרכן יועבר לציבור מידע עדכני בדבר מטרות השביתה, דרישות המאבק, הפעולות הננקטות על ידי השובתים והשפעתן על המטופלים.
11. רופאים המשתתפים בשביתה אינם משוחררים מחובותיהם האתיות והמקצועיות כלפי מטופליהם.

57 | מי ייקרא פרופסור

פורסם בדצמבר 2001

רקע:

בשנים האחרונות נדרשה הלשכה לאתיקה לא פעם לסוגיית השימוש בתואר "פרופסור" (לרפואה) או ליתר דיוק: מי רשאי להחזיק בתואר זה בישראל.

לשם הבהרה יצוין כי התואר דוקטור לרפואה (ד"ר) הוא התואר המקצועי של כל רופא ורופא. הוא בא לציין כי הנושא בתואר זה סיים בהצלחה את לימודי הרפואה, וכי הוא מורשה מטעם המדינה לעסוק בטיפול בחולים. רופא רשאי להוסיף לשמו תואר נוסף של "מומחה ב..." אם סיים הכשרה מוכרת בתחום זה ועמד בדרישות המועצה המדעית של הר"י וברשותו אישור של מומחיות שנתן לו משרד הבריאות. התואר "פרופסור" (פרופ') הוא תואר אקדמי, הניתן לרופא המלמד או העוסק במחקר במסגרת אוניברסיטאית. אין לתואר זה ולא כלום עם טיפול בחולים.

למרות שאנו סמוכים ובטוחים כי הקורא לעצמו "פרופסור" אכן קיבל תואר זה ביושר, הרי במדינות שונות משמש התואר "פרופסור" במצבים שונים ולמטרות שונות. הדבר עלול לגרום להטעיית הציבור, בייחוד אם התואר "פרופסור" ניתן לצורך הוראה לפרקי זמן קצובים באוניברסיטה זרה, או שהתואר "פרופסור" שבו מחזיק האדם אינו בתחום הרפואה.

במשך שנים אנו שבים ונתקלים בתלונות מצד הציבור בנושא זה. הציבור הרחב בארץ רואה באדם המחזיק בתואר "פרופסור" רופא בכיר ומנוסה יותר, ומעדיף אותו לעתים קרובות על פני סתם "דוקטור". פועל יוצא מעמדת הציבור הוא שהתואר "פרופסור" נושא עמו יתרונות כלכליים ברורים וחד-משמעיים. נקל אפוא להבין את רחשי ליבו של הציבור, המבקש להיות בטוח שה"פרופסור" שהגיע אליו הוא אכן פרופסור לרפואה על-פי הקריטריונים המקובלים בארץ. כללי הצדק הטבעי והשכל הישר אינם סובלים כי מצב זה יימשך.

נייר העמדה:

בתואר "פרופסור" רשאים לשאת:

1. רופא בעל מינוי פעיל המלמד בפקולטה לרפואה באחת מהאוניברסיטאות בארץ, ואשר שמו מופיע ברשימת הפרופסורים של אותה פקולטה (לעניין זה, ייחשב "פרופסור" כל מי שנושא בתואר "פרופסור חבר" או "פרופסור מן המניין" במסלול האקדמי או הקליני).
2. רופא אשר פרש לגמלאות והוא בעל תואר פרופסור רשאי להשתמש בתואר זה בקביעות (פרופ' אמריטוס).
3. רופא שעיקר עיסוקו ברפואה בישראל יוכל לעשות שימוש בתואר "פרופסור לרפואה" שניתן לו מחוץ לישראל אך ורק אם הוכר התואר באופן רשמי על ידי אחת מהפקולטות לרפואה בארץ. בכל מקרה אחר, יוכל הרופא לעשות שימוש בתואר זה, אך ורק לאחר שהצמיד לשמו את התואר "דוקטור", תוך ציון, בשורה נפרדת, את התואר "פרופסור" וכן המקום ותקופת הזמן בהם כיהן כפרופסור מחוץ לישראל. (עדכון מאי 2009)
4. רופא יוכל לעשות שימוש בתואר "פרופסור" שניתן לו במקצוע שאינו בתחום הרפואה, אך ורק לאחר שהצמיד לשמו את התואר "דוקטור" תוך ציון, בשורה נפרדת, את התואר "פרופסור" והתחום בו ניתנה הפרופסורה ובאופן שלא יטעה אדם סביר לחשוב כי התואר "פרופסור" ניתן ברפואה (עדכון מאי 2009).
5. רופא הנושא בתואר פרופסור, ואשר נמצא במעבר בין שתי אוניברסיטאות בארץ, רשאי להשתמש בתואר זה במשך שלוש שנים מיום המעבר.

הלשכה לאתיקה פנתה לארבעת הדיקנים של הפקולטות לרפואה בארץ וקיבלה מהם את רשימת הפרופסורים ברפואה המכהנים בכל אחת מהפקולטות. רשימה זו תנחה את הלשכה לאתיקה בעניין זה.

58 | הרופאים הטובים ביותר

פורסם בנובמבר 2003

רקע:

עיתון "מעריב" מפרסם מדי שנה מוסף חגיגי ומיוחד לקראת חג הפסח, ובו מדורגים הרופאים "הכי טובים שיש". השנה התייחס הדירוג ל-41 תחומי רפואה שונים, ובכל תחום התנוססו שמותיהם של עשרה רופאים שהעיתון הכתירם בתואר "10 ברפואה".

מוסף זה וקודמיו עוררו בצדק גל תלונות ומחאות מצד רופאים רבים אשר ראו בפרסומו פגיעה קשה בכבוד המקצוע ופגיעה קשה לא פחות בכל אותם רופאים מצוינים שלא "זכו" להיכלל ברשימת תיוג זו. חשוב להזכיר כי כבר בשנה שעברה פנה יו"ר הר"י במכתב אישי אל מר דנקנר, עורך "מעריב", במטרה להניאו מהמשך הפרסום. ד"ר יורם בלשר כתב: "חבל כי העיתון נכשל בפרסום כתבה שיש בה כדי לבזות את אוכלוסיית הרופאים ולהטעות את הציבור כולו". עורך העיתון לא טרח כלל לענות למכתב זה. תזכורת נוספת בכתב שנשלחה חודשיים אחר-כך לא זכתה אף היא לכל התייחסות מצדו. פנייה נוספת ברוח זו, ששלחה השנה הגב' יעל בושם, דוברת בית החולים הדסה, נותרה אף היא ללא כל מענה.

הלשכה לאתיקה קיימה דיון מיוחד בנושא זה והזמינה אליו את כתבת "מעריב" שערכה את המוסף החגיגי. טענות רבות הושמעו בפני הכתבת. ראשית, התקוממו חברי הלשכה כי תיוג הרופאים נעשה בנשימה אחת ובמקביל לבתי כנסת, מקוואות, מכוניות, טלפונים סלולריים, מכוני כושר, קופות גמל, קניונים ושאר מוצרי צריכה. די בעובדה זו כדי לגרום לכולנו תחושה מרה של זילות המקצוע ומורת רוח על שום הפיכתנו למוצר צריכה. מחר "מעריב" עלול למקמנו בין הקרמבו לבמבה.

קשה מכך היתה הביקורת שהוטחה בפני הכתבת על התוקף המדעי של איסוף הנתונים שעל-פיהם בנתה את רשימות הרופאים. הסבריה של הכתבת על הדרך שבה שאלה ואספה נתונים מעשרות אנשים, בהם ידידים וקרובים, ואף "הצליבה מידע עשירות ומאות פעמים" במשך חודשים רבים, לא התקבלו על דעת חברי הלשכה. הרושם הקשה שהתקבל בעיני הכל היה כי הרשימה בנויה על יסוד שמועות ורכילות חברתית, ואין היא עומדת במבחן מדעי כלשהו. לדעת כל חברי הלשכה לאתיקה, אין לרשימה זו כל תוקף ומשמעות. ככזאת היא גורמת עוול רב לרופאים רבים וטובים שאינם כלולים בה, ואף יש בה כדי להטעות את הציבור הרחב.

על דעת הכל נתבקש "מעריב", באמצעות הכתבת, שלא להמשיך בפרסום זה. למרבה הצער, לא קיבלה הכתבת, הרואה בעבודה זו "שליחות חברתית", את עמדת הלשכה לאתיקה.

התפיסה המדעית כיום גורסת כי אין לשפוט רופא יחיד על הישגיו לכאורה, משום שהוא רק חלק, חשוב ככל שיהיה, ממערכת שלמה. חשוב אפוא לנטר בכלים מדעיים איכות רפואית של "שירות" רפואי ולא של רופא יחיד, ומידע זה יש להעמיד לרשות הכלל.

נייר העמדה:

1. לאחרונה התפרסמו בעיתונות רשימות תיוג של "הרופאים הטובים ביותר".
2. רשימות אלו נערכו ללא כל בסיס מדעי, והן מבוססות על שמועות ורכילות חברתית גרידא.
3. יש ברשימות אלו כדי להטעות את הציבור ולקפח רופאים טובים רבים אחרים.
4. הלשכה לאתיקה קוראת לציבור הרופאים, המנהלים ודוברי המוסדות הרפואיים שלא לשאת פעולה עם עורכי רשימות אלו.
5. אין כל משמעות לתיוג של רופא בודד באשר הוא חלק ממערכת שלמה הפועלת עמו.
6. יש מקום לקיים הערכה של "שירות" (service), ולא של רופא בודד.
7. קיימים כלים מדעיים מהימנים להערכת טיב "שירות" רפואי, ואותם יש ליישם ולפרסם.

59 | על המוקד: מערך אישורי הבדיקות והטיפולים בקופות החולים והרופא המטפל

פורסם ביולי 2015

רקע

ביום 5.5.2015 נערך דיון במליאת הלשכה לאתיקה בנושא מערך אישורי הבדיקות והטיפולים בקופות החולים. הדיון עסק בשיח שבין הרופאים המטפלים ישירות בחולים, במסגרת מערכת יחסים של רופא-מטופל, ובין הרופאים האחראים על מערכת אישורי הבדיקות במסגרת קופות החולים בהיבט של הצדק החלוקתי. קיים מתח קבוע בין ערכי האתיקה הרפואית: האוטונומיה של המטופל, עקרון ההטבה ואי-גרימת נזק לבין עקרון הצדק. אין עיקרון אחד הגובר תמיד בחשיבותו על פני עיקרון אחר. רופאים מטפלים ורופאים מנהלים, כשרבים מהרופאים מתפקדים יום-יום בשני הכובעים, עוברים - במהלך לימודי הרפואה וההתמחות במקצועות השונים - סוציאליזציה לעולם הערכים האתיים רפואיים, המחנכים לנאמנות למטופל ולהטבה עמו.

האוטונומיה האישית של הרופא נובעת מהצורך להעניק את המיטב לחולה. ברור גם, כי ככל שהעוגה קטנה ותקציבי הבריאות נמצאים בחסר, כך הצורך בשיקולי הצדק החלוקתי גובר והפגיעה בבריאות הפרט הינה כמעט בלתי נמנעת. דבר זה מעורר תסכול גובר בקרב הרופאים המטפלים ואף לשחיקה מקצועית, העלולה לפגוע גם היא בבריאות המטופלים.

בדיון בלשכה לאתיקה, שבו השתתפו רופאים מטפלים ורופאים מנהלים מהקופות השונות, ברור היה כי כל הנוכחים פועלים במסגרת שבועת הרופא לטובת המטופלים, כמקובל. היתרון בהוראות המוכתבות על ידי מנהלים שהינם רופאים, בלט בדיון, שכן כך נשמרים השיקולים האתיים-רפואיים בהתאם לחובות האתיות החלות על כלל הרופאים. מובן שעשויים להיות חילוקי דעות, ויש חשיבות לשיח רפואי פתוח, מתוך שכוונת הדדי. חובה על הרופא המנהל להכיר בצורכי החולה הבודד, ובאותה נשימה חייב הרופא המטפל להכיר בצורכי בריאות האוכלוסייה הרחבה בישראל; קרי, חלוקה שווה של תקציב מערכת הבריאות בכלל ושל קופת החולים בפרט.

סקר אשר נערך עבור ההסתדרות הרפואית ביוני 2009 על ידי פרופ' אבי דגני וד"ר רינה דגני, עסק באוטונומיה של הרופאים בקופת החולים, כשהוא מכוון לבחון את תפיסות הציבור בנושא האוטונומיה הקיימת לרופאים בישראל: היכולת של הרופאים לקבל החלטות מקצועיות בהקשר הטיפול בחולים, חופשיות מכל דילמה כלכלית או פוליטית המוכתבת על ידי קופות החולים.

האם הציבור סומך על רופאי המשפחה שלו? תוצאות הסקר היו כדלקמן:

- 74% מהציבור ציינו שהם סומכים על הרופאים שלהם במידה רבה ורבה מאוד.
- רוב הציבור סבור (67%), שרופאי המשפחה נכנעים יותר מדי לקופות החולים בדרישותיהן לחסוך בתרופות ובבדיקות יקרות.
- רוב הציבור (63%) סבור שהנאמנות הראשונה של הרופא נתונה לקופת החולים, והחולה נמצא במקום השני.
- רוב הציבור (83%) מצפה מהרופאים להיאבק בקופות החולים למען האינטרסים של החולים.

שאלה נוספת עסקה במידת האמון במערכת הציבורית כאשר המטופל נזקק לטיפול רפואי מיוחד; האם יעדיף ללכת לרופא פרטי, כדי להבטיח את קבלת הטיפול או הבדיקה המתאימים ביותר, תוך נטרול החשש כי קופת החולים תמנע זאת ממנו?

כמחצית מהמשיבים ציינו, כי זו סיבה מספיק טובה לפנות לטיפול פרטי.

בניהול של מנהלים רופאים האחראים על תקצוב נכון של הצרכים, ניתן להגיע לשמירת בריאות הציבור הישראלי ברמה טובה, לביצוע רפואה איכותית וחסכונית ולשמירה על יחסים ראויים, למחקר וקדמה. הדבר אפשרי אך ורק מתוך הבנת החובות האתיות הרפואיות בטיפול בחולה ובמערכת יחסים של הרופאים, לרבות הכרה במתח הקבוע שבין השמירה על מסגרת התקציב לבין הנאמנות לטיפול הבודד. קיים סיכון כי בניהול שאינו על ידי רופא - חוסר האמון יגבר.

נייר העמדה:

1. הרופא המטפל יהיה נאמן למטופל ויציג בפניו את האפשרויות לבירור וטיפול מקובלים במסגרת "סל הבריאות" ומחוצה לו, לפי הוראות החוק וכללי האתיקה.
2. הרופא המטפל יהיה מודע למגבלות "סל הבריאות" והנחיות קופות החולים.
3. הרופא המטפל יתאם ציפיות עם המטופל לגבי הצורך בבדיקה או בטיפול מסוים, תוך שימת לב לעובדה כי טיפול כזה יכול שלא להיות ממומן על ידי קופת החולים.
4. פניית הרופא המטפל לבקשת אישור תיעשה בנימוס מקצועי קולגיאלי, מלווה בהנמקה עניינית וברורה, ותהיה מגובה בספרות הרפואית המקצועית במידת הצורך.
5. הרופאים במוקדי האישורים הרפואיים למיניהם יפעלו לפי קריטריונים אחידים ככל האפשר, ינמקו ויבססו את החלטותיהם.
6. על הרופאים המאשרים לתת מענה מהיר ומקצועי, תוך התחשבות במכלול הנתונים של המטופל.
7. מענה לרופא המטפל על ידי הרופאים במוקדי האישורים, ייעשה אף הוא בנימוס מקצועי קולגיאלי, באופן מזהה ומנומק המאפשר דיון שקוף עם הרופא המטפל.
8. לכל רופא מטפל תהיה כתובת ברורה לערעורים ולפניות חריגות, לפי נוהלי קופת החולים.
9. במקרה של ערעור, כאשר הרופאים המאשרים מעוניינים לשוב ולדחות את הבקשה, ייוועצו ברופא מומחה העוסק בתחום המסוים נשוא האישור.
10. לאחר סיום הדיונים, תימסר התשובה הסופית למטופל על ידי הרופא המטפל באופן המכבד את כל העוסקים במלאכת הרפואה.

60 | העברת מידע לצוות רפואי על מחלה מידבקת

פורסם ביוני 2005

רקע:

רופאת משפחה, העובדת בקהילה קטנה, פנתה בבקשת עזרה ועצה אל חברי הלשכה לאתיקה: כיצד עליה לנהוג, שאלה, בחולה איידס הנמצא בטיפול והמבקש לשמור את דבר מחלתו בסוד. היחידים היודעים על עובדת נשאותו של החולה הם אישתו, אותה רופאה ורופא מומחה נוסף העובד במרכז ייעודי לטיפול בחולי איידס בבית חולים סמוך. שמירת הסודיות הינה קריטית למטופל, הסבור כי אם ייודע דבר מחלתו לילדיו ולאנשי קהילתו תיפגע איכות חייו אנושות, והוא חושש מנידוי חברתי ואולי גם לאובדן מקום עבודתו. למזלו הרע של אותו אדם הוא חלה, בו-בזמן, גם במחלת לב ונזקק לצנתור קרדיאלי. החולה דרש מהרופאה כי דבר מחלתו יישמר בסוד מפני הצוות הרפואי האמור לטפל במחלת הלב שלו. באותו בית חולים סומנה בעבר המיטה שלו בסימון מסגיר ורק בנס, מבחינתו, הצליח לשמור על סודו. החולה העדיף שלא לעבור את הטיפול הקרדיאלי, ובלבד שיוכל לשמור על דבר מחלתו מפני אחרים.

הרופאה הפונה נקלעה לדילמה קשה בין המחויבות האישית שלה לחולה ולאשתו, אליהם היא מרגישה קרבה ואחריות לבין המחויבות האחרת - לשמור על ביטחונם ועל בריאותם של אנשי הסגל הרפואי האמורים לטפל בו בבית החולים.

בדיון שהתקיים, בנוכחות הרופאה, השתתפו גם נציגי משרד הבריאות, ד"ר זוהר מור וד"ר דניאל שם-טוב, וכן שני מומחים רפואיים המנהלים מרכזי טיפול בחולי איידס - פרופ' שלמה מעיין מבית החולים הדסה וד"ר מרגלית לורבר מבית החולים רמב"ם. הוצגו נתונים המעידים על סיכוי נמוך ביותר להדבקה של הצוות הרפואי ועל הגישה החדשה המעודדת עתה לראות באיידס מחלה מידבקת ככל מחלה מידבקת אחרת, שאינה רווית סטיגמות חברתיות כה טעונות. הודגשה החובה החקיקתית המוטלת על כל רופא, לדווח למשרד הבריאות על כל נשא איידס. עוד הודגש בדיון, כי חובת הסודיות לחולה אינה מוחלטת בכל מקרה, ובמקרים שישנה סכנה לבריאות הציבור מותר להפר חובה זו. בתום הישיבה ניסחו חברי הלשכה לאתיקה את הכללים הבאים.

נייר העמדה:

1. הקשר בין רופא למטופל מבוסס על שקיפות ויושר בין שני הצדדים.
2. מטופל לא יסתיר, לפיכך, מהרופא המטפל בו כי הוא נגוע במחלה מידבקת.
3. עקרון הסודיות הרפואית והזכות לפרטיות של המטופל אינם מוחלטים, והם נסוגים מפני עקרון השמירה על בריאות הציבור, לרבות בריאותו של הצוות הרפואי.
4. על הרופא מוטלת חובה משפטית להודיע לרשות על כל חולה במחלה מידבקת המסכנת את בריאות הציבור.
5. יחסי העבודה בין רופא לבין חבריו למקצוע ובינו לבין צוות רפואי אחר מושתתים אף הם על שקיפות ויושר.
6. לפיכך, רופא לא יסתיר מרופא או מצוות רפואי אחר כי המטופל, המועבר להמשך הטיפול, נושא מחלה מידבקת.
7. היקף הגילוי ייעשה מתוך זהירות ובמידה הנדרשת, על מנת לשמור, ככל האפשר, על פרטיותו ועל כבודו של החולה.
8. בית החולים לא יסמן סימון גלוי את דבר מחלתו של מטופל הסובל ממחלה מידבקת.

61 | הרופא הבלתי-כשיר

פורסם ביוני 2005

נייר העמדה:

בלשכה לאתיקה התקבלו מספר פניות העוסקות ברופא "הבלתי-כשיר". הסוגיה האתית לה נדרשנו הייתה כיצד לגשר בין מחויבויות סותרות לכאורה - שמירת סודיות, מצד אחד, והחובה הציבורית, מצד שני. במקרה אחד, לדוגמה, מדובר ברופא העוסק בכירורגיה עדינה. חבריו בבית החולים שבו עבד שמו לב לכך שידיה החלו לרעוד במידה כה קשה, עד כי הוא סיכן, לדעתם, את בריאותם של החולים שבהם טיפל. הנהלת בית החולים החליטה, לפיכך, להשעות מזכויות הניתוח שלו באותו מוסד רפואי. הרופא מצדו לא קיבל את עמדת חבריו, והוא החל לנתח במסגרת פרטית, מחוץ לבית החולים. כצפוי, בחלק מהחולים שנותרו בידי אותו רופא נגרם נזק שאותו נדרשו לתקן חבריו למקצוע אשר נותרו בבית החולים.

במקרה שני, לדוגמה, מדובר ברופא מומחה ברפואה פנימית, אשר החל לסבול מירידה קוגניטיבית מהירה, שהתחילה לשבש את שיקול דעתו ואת טיב החלטותיו הרפואיות. לדעת חבריו, הוא היה זקוק להשגחה מתמדת בכל פעולותיו במחלקה, ותפקודו ככונן היה לקוי ביותר. הרופא עצמו, כביטוי נוסף של מחלתו, היה חסר כל תובנה למצבו הקוגניטיבי המידרדר.

בשני המקרים פנו חבריהם למקצוע שטיפלו באותם רופאים, והנהלות המוסדות הרפואיים אל הלשכה לאתיקה, בבקשה להנחותם כיצד לנהוג ברופאים הסובלים ממגבלת תפקוד מסיבה רפואית. "פקודת הרופאים" (נוסח חדש - 1976) מורה למנכ"ל משרד הבריאות להעמיד בפני ועדה רפואית מיוחדת כל רופא אשר סובל מ"מחלה מסכנת", אשר בהגדרתה "מסכנת את בריאות החולים שבטיפולו של הרופא". החוק אינו מסביר כיצד "נודע הדבר" למנכ"ל ואינו מטיל חובת דיווח על הרופא המודע למחלתו של חברו. חברי הלשכה לאתיקה גבשו את כללי ההתנהגות הראויה במקרים אלו, תוך איזון בין הזכות לפרטיות, הכבוד וחופש העיסוק של הרופא הבלתי-כשיר לבין החובה לשלום הציבור ובריאותו.

נייר העמדה:

1. רופא בלתי-כשיר, עם מגבלת תפקוד, מכל סיבה שהיא, יימנע ממתן טיפול או מקבלת אחריות רפואית לבריאותם של מטופליו.
2. בכל מקרה של ספק, יתייעץ רופא כזה עם מומחה רפואי אחר.
3. על כל רופא מוטלת החובה להגן על ציבור המטופלים מפני רופא בלתי-כשיר.
4. על כל רופא מוטלת החובה לעזור לרופא הבלתי-כשיר וליידע אותו, על-פי הצורך, בחומרת מצבו הרפואי.
5. חשש מטעות, אי-נוחות חברתית או חשש מתביעה אפשרית - אסור שימנעו או יעכבו זיהוי רופא בלתי-כשיר.
6. זיהוי רופא בלתי-כשיר ייעשה בזהירות מרבית ומתוך שמירה מלאה על פרטיותו ושמו הטוב.
7. זיהוי הרופא הבלתי-כשיר ייעשה בפנייה ישירה למנכ"ל משרד הבריאות.
8. הרופא המודיע ימסור, מראש, לרופא הבלתי-כשיר על כוונתו להעביר את דבר מחלתו לרשות, תוך ניסיון לשכנעו להפסיק את עבודתו, ובמקרים שבהם הדבר אפשרי - לעבור לתחום אחר ברפואה.
9. מנכ"ל משרד הבריאות ישקול את המידע שהגיע לידי ויחליט כיצד לנהוג, בכפוף להוראות החוק.
10. רשאי הרופא הבלתי-כשיר לקבל העתק מכל המידע הרפואי שנמסר על אודותיו למנכ"ל משרד הבריאות, לרבות זהותו של הרופא המודיע.

62 | איסור התעמרות בין רופאים

פורסם ביולי 2016

רקע:

בפני הלשכה לאתיקה הופיעו שני רופאים בכירים אשר סיפרו את סיפורם האישי: עם מינוי מנהל חדש במחלקה שבה עבדו שנים רבות, החל המנהל למנוע מהם לבצע ניתוחים. הם הרגישו מבוזים ומושפלים, ולמעשה נגרם נזק משמעותי ליכולתם המקצועית בחדר הניתוח; דבר הפוגע לא רק בהם אישית, אלא גם בחולים שבהם יכלו לטפל בעתיד.

נושא ההתעמרות במקומות העבודה עלה לכותרות באמצע 2015, בעקבות הצעת חוק לפיצוי ללא הוכחת נזק במקרי התעמרות. בדברי ההסבר להצעה נכתב: "התעמרות בעבודה היא תופעה חברתית נפוצה הפוגעת בעובדים רבים: מחקרים מראים שלפחות אחד מכל ארבעה עובדים ועובדות בישראל נתון במהלך שנות עבודתו להתעמרות במסגרת יחסי עבודה. התעמרות במסגרת יחסי עבודה פוגעת בכבוד האדם, בחירותו, ברווחתו, ביכולתו לבצע את עבודתו ובתפקודו המקצועי. ישנם מקרים בהם התעמרות פוגעת אף בבריאותו הגופנית והנפשית של אדם".

התעמרות בעבודה הוגדרה כהתנהגות חוזרת ונשנית כלפי אדם שיוצרת עבורו סביבה עוינת, מבזה ומשפילה עד כדי שיבוש יכולתו לבצע את עבודתו. הצעת החוק הציעה לחייב מעסיק לנקוט אמצעים סבירים כדי למנוע התעמרות כזו, כמו קביעת תקנון למניעת התעמרות ומנגנון להגשת תלונה על התעמרות במקום העבודה, וכן לטפל ולפעול לתיקון הפגיעה ולמניעת הישנותה.

דוגמאות להתעמרות כוללות, כאמור לעיל, התייחסות מבזה או משפילה, צעקות, קללות, האשמות שווא, הפצת שמועות מזיקות, פגיעה בפרטיות, הצבת דרישות בלתי סבירות או שאינן חלק מהעבודה, הפחדה או איומים, ייחוס הצלחות העובד לאדם אחר וכן שיבוש יכולתו של אדם לבצע את עבודתו.

בקוד האתי של הר"י הדגשנו את אחריות הרופאים המנהלים, הן למטופלים והן לכפופים להם, לרבות כיבוד האוטונומיה האתית והמקצועית של רופאים תחת מרותם וסיוע להעלאת הרמה המקצועית שלהם.

בנושא ההתמקצעות הרפואית יצוין, כי הרופא המנהל מחויב בראש ובראשונה - כמו כל רופא - לטובת המטופלים; וזו באה לידי ביטוי גם בהכשרת רופאים לביצוע מיומן של כלל הטיפולים הרפואיים, אשר ישפרו ככל האפשר את מצבם הרפואי.

הנחלת הידע הרפואי היא חובה של הרופאים הנובעת משבועת הרופאים. במסגרת זו, חובת הרופא המנהל לדאוג להכשרת הרופאים הכפופים לו, המתמחים ורופאים בכירים, וללמידה מתמשכת מעמיתים אשר התעמקו בתחומים מיוחדים.

הלשכה לאתיקה החליטה על הגברת המודעות לחובות המיוחדות של רופאים מנהלים, הנובעות מהאתיקה הרפואית, בדגש על מניעת התעמרות בין רופאים.

נייר העמדה

1. התעמרות במקום העבודה הינה אסורה ופוגעת בכבוד הרופא ובתפקודו.
2. על הרופא המנהל, כמו על כל רופא עמית, להימנע מלבוזות ולהשפיל כל רופא אחר בשום צורה שהיא, לרבות באופן ההתבטאות כלפי הרופא או על אודותיו.
3. על הרופא המנהל לדאוג כי הרופא הכפוף לו יוכל לבצע את עבודתו, וכי לא ייפגעו הכשרתו הרפואית, כישוריו הרפואיים ושמירת הרמה המקצועית שלו, ללא יצירת אווירה של הטלת אימה ותוך מתן דוגמה אישית, מוסרית ומקצועית.
4. רופא יימנע מלהצטרף להתנהלות מתעמרת ברופא אחר ויעשה את אשר ביכולתו לתמוך ברופא הנפגע.

5. רופא המזהה התנהלות העלולה להתפרש כהתעמדות, יעשה את אשר ביכולתו ליידע את הגורם המתעמר כי התנהלותו פסולה.
6. רופא המזהה התעמדות ברופא, ישתדל לערב את הממונים.
7. רופא המזהה התעמדות או עובר התעמדות, מוזמן לפנות ללשכה לאתיקה אשר תתייחס לעניין בכובד ראש ותברר אותו לעומק.
8. הלשכה לאתיקה והר"י מחויבות להעניק לרופא ולעמית התומך בו הגנה וסיוע למניעת המשך ההתעמדות.

63 | התנהלות רופאים במהלך שינוי מקום עבודה

פברואר 2018

רקע:

במהלך השנה האחרונה התפטרה קבוצת רופאים מעבודתם. ההתפטרות הייתה על רקע אי-הסכמות מקצועיות ומערכת מעורערת של יחסי העבודה. האירוע גרם טלטלה במערכת הבריאות ובציבור הישראלי. התקשורת המשיכה לעסוק בנושא באופן יום-יומי חודשים רבים. כל הגורמים המעורבים – המטופלים, בני משפחתם, הרופאים המתפטרים, עמיתיהם לעבודה, המנהלים ומשרד הבריאות – יצאו כשידם על התחתונה. נגרמה פגיעה אדירה באמון הציבור.

הלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית קיבלה לא מעט פניות במהלך התקופה, שהיו קיצוניות לכאן ולכאן. חלק מהפונים ביקשו את התערבותה וציפו שנדרוש מהרופאים המתפטרים לחזור בהם מכוונתם, "מכיוון שאסור לרופא לנטוש את חוליו". אחרים כעסו על העמיתים אשר הקדישו מזמנם לטפל ב"חולים אשר נעזבו" במחלקה. היו כאלו אשר זעמו על עירוב המטופלים בהפגנות, ואחרים הביעו שאט נפש מהתבטאויות בתקשורת אשר כווננו למתפטרים.

תחום המומחיות של אותם רופאים סבל, וממשיך לסבול, מחסר במומחים. הרופאים שהפסיקו לטפל בחולים בתחום מומחיותם מהווים שיעור משמעותי מכלל המומחים בעלי הידע והניסיון בארץ, והתפטרותם גרמה עומס נוסף על שאר הרופאים בתחום זה.

דילמה כבדה עולה מהתפטרות על רקע חוסר היכולת לספק טיפול רפואי ברמה המיטבית: האם על רופא להישאר ולספק פתרונות רפואיים ברמה הטובה ביותר הנגזרת ממשאבים או מהנחיות המוסד הרפואי, ולא לעזוב את מטופליו? מנגד, האם כאשר הטיפול אינו מושלם מסיבות מנהלתיות ותקציביות, חובתו להתריע על כך עד כדי עזיבת מקום עבודתו ומטופליו?

ביולי 2017 דנה הלשכה לאתיקה במשבר המחלקה ההמטואונקולוגית בהדסה, תוך אזכור פסק הדין של בית הדין לעבודה, שהכיר והגדיר את התפטרות הרופאים כלגיטימית. מכיוון שהרופאים המתפטרים הכריזו על כוונתם חצי שנה מראש ומסרו מכתבי התפטרות שלשה חודשים מראש, אין לראותם או לכנותם "נוטשים". במהלך הדיון הציבורי רווי היצרים, בשל הקרע הקשה, עלו מילים קשות. אנו מזכירים לכל הרופאים את השבועה – "היזהרו בכבוד חבריכם כי בכבודם הם תכבדו גם אתם".

הלשכה לאתיקה פרסמה בשנת 2009 נייר עמדה בנושא "חובות הרופא בסיום יחסי רופא-מטופל". בשנת 2006 פורסם נייר העמדה "רופא רשאי להודיע למטופליו על מקום עבודתו החדש". ניירות אלו מתייחסים לחובה האישית של הרופא למטופליו. כללי האתיקה הללו נכתבו כחלק מהפרק יחסי רופא-מטופל. בהתאם לניירות עמדה אלה, רשאי רופא להפסיק את הקשר רופא-מטופל בכפוף לשמירת כללים מסוימים. נייר עמדה זה מתייחס למערכת היחסים בין הרופא, הרופא המנהל, מנהל המוסד הרפואי, רופאים במשרד הבריאות, ולעירוב המטופלים ומשפחותיהם והתקשורת במשבר.

נייר העמדה:

1. רופא רשאי לשנות מקום עבודתו.
2. מצופה מהרופא המנהל לכבד את הרופא המשנה את מקום עבודתו ואת רצונו.
3. מצופה מהרופא המשנה את מקום עבודתו להתריע על כוונתו לעזוב את מקום העבודה.
4. הרופא המנהל רשאי להציג בפני הרופא המשנה את מקום עבודתו את הבעיות העלולות לנבוע מעזיבתו, בשיחה או בכתב ביניהם, בדרך המכבדת את שניהם.

5. מצופה מהרופא המשנה את מקום עבודתו לסייע, ככל הניתן, בהעברת מידע ובתמיכה מקצועית, לעמיתיו הנשארים במוסד הרפואי או למחליפיו החדשים, לצורך המשך טיפול איכותי במטופלים.
6. במצבי חוסר הסכמה או סכסוך בגין שינוי מקום העבודה, ראוי לצדדים לערב רופא המוסכם הן על המנהל והן על הרופא המשנה את מקום עבודתו, לצורך יישור ההדורים ושמירת כבוד המקצוע.
7. אסור לרופא המנהל ולרופא המשנה את מקום עבודתו להשתמש במטופלים ובבני משפחתם כגורמי לחץ על העוזב או על ההנהלה הרפואית של המוסד.
8. השימוש במדיה אסור לצורך העלבה וניגוח רופאים מטפלים, רופאים המשנים את מקום עבודתם, רופאים ממלאי מקום, מנהלים רפואיים ורופאים ככלל.
9. מניעת העסקה של רופאים במוסדות רפואיים כ"עונש", אמצעי לחץ או הפחדה – ראוי לגינוי. כל רופא בכל תפקיד צריך להתריע על כך ולפעול למימוש הידע והניסיון הרפואי של הרופאים לטובת המטופלים.
10. הלשכה לאתיקה תפעל ליידע ולהזכיר למעורבים בסכסוך מסוג זה את כללי האתיקה הרלוונטיים.

64 | חובת פרסום שמו של רופא שנמצא חייב בוועדת בירור של הלשכה

פורסם באפריל 2004

חשיפת שמו של רופא שנמצא חייב בוועדת בירור של הלשכה לאתיקה מהווה לכשעצמה אמצעי הרתעה. הגברת השקיפות בהליכים המשמעתיים של הלשכה לאתיקה עולה בקנה אחד עם טובת החולה ועם התרבות הנוכחית הנוהגת ביחסי רופא-מטופל. יוזמת חשיפה כזו מצד קהילת הרופאים תתקבל בחיוב בחברה ותקטין לחץ ציבורי חיצוני, כפי שהדבר התרחש במקצועות אחרים. לפיכך החליטו חברי הלשכה לאתיקה להטיל חובת גילוי שמו של רופא שנמצא חייב בוועדת בירור של הלשכה, ואשר העונש שנגזר עליו היה השעיה זמנית או הרחקה לצמיתות מהר"י. המלצת חברי הלשכה לאתיקה היא להוסיף בתקנון הר"י, בפרק ה' בסדרי הדין בלשכה לאתיקה, פרק שני "הליכי הדיון בוועדת הבירור" סעיף 28 "עונש" סימן 28.3 את המלים כלהלן:

27.3 "ועדת הבירור רשאית להורות על הבאת פרטי התלונה בעילום שמו של הנילון או בפרסום שמו המלא ב'זמן הרפואה' או בכל אמצעי תקשורת שתבחר". בכל מקרה שבו הוטל על הנילון עונש של השעיה או הרחקה מהר"י חלה חובת הפרסום על הוועדה.

65 | ניסויים קליניים

מתוך נייר העמדה שפורסם בספטמבר 2006

פתח דבר

ניסויים קליניים הכרחיים לקידום הרפואה, ובלעדיהם לא תיתכן רפואה מודרנית, ולא יתאפשר פיתוח של תרופות חדשות. הצורך בתרופות חדשות גבר בעשורים האחרונים, ככל שהידע המדעי פורש את הבסיס הגנטי והמולקולרי של רוב המחלות. התרופות והטכנולוגיות הרפואיות החדשניות

נושאות בחובן תקווה גדולה, כפי שלא הכרנו עד היום, לריפוי מחלות שלא היה להן מרפא. טובת החברה כולה היא כי ניסויים קליניים ימשיכו ויתקיימו גם בעתיד לרווחת המין האנושי, לבריאותו ולאריכות חייו. בצד התקווה הברורה, נושאים הניסויים הקליניים בבני אדם סכנה אפשרית למטופלים המשתתפים בהם. רצונם של החוקרים לפתח שיטות טיפול חדשניות עלול לעוות ולשחוק את המסגרות המשפטיות והאתיות המגוננות על אופן עריכת הניסויים, וכך גם אינטרסים כלכליים אשר עשויים להיות מעורבים. החוק והאתיקה נועדו לשמור ולהגן על בריאותם וביטחונם של אלו המסכנים את בריאותם מתוך תקווה למצוא ריפוי למחלתם ולעיתים אף להציל את חייהם. אותם המטופלים, בהשתתפותם בניסויים הקליניים, עשויים להבטיח את בריאותם וחייהם גם של אלו שיבואו בעקבותיהם.

המציאות המשתנה סביבנו במהירות והתקדמותה של הטכנולוגיה, לרבות התקדמותו של מדע הרפואה - עשויים להגביר את רצונם של החוקרים לפתח וליצור טיפולים ותרופות חדשניים. כוונה זו, בין שהיא נובעת מרצונו של החוקר להגשמה עצמית ולמיצוי יכולותיו המקצועיות ובין שמרצונו לקידום שמו ולפיתוח המוניטין שלו - עשויה להביא ליצירת מצבים של ניגוד עניינים, לכאורה, שבהם טובתו של המטופל עלולה לעמוד מול זו של הרופא. בנוסף, מציאות משתנה זו עשויה לעתים ליצור מצבים חדשניים ביחסי רופא-מטופל, שלא היו קיימים עד לפני כמה שנים. ישנם רופאים אשר נוסף על תפקידם המסורתי כמרפאים, מקיימים, במקביל קשרים מחקרניים-כלכליים עם תעשיית התרופות או חברות הזנק. עלינו, כחברה, ובמיוחד כרופוסיה, מוטלת האחריות למנוע מצבים שאינם נאותים ולשמור על המטופלים מכל משמר.

פרסומים עיתונאיים משכו לאחרונה תשומת לב ציבורית רבה לנושא הניסויים הקליניים בישראל. על פי אותם פרסומים, שטרם נבחנו בבית המשפט, הפרו, לכאורה, רופאים אחדים את אמון החולים שלהם וניהלו ניסויים קליניים תוך הפרה בוטה של מסגרת החוק והאתיקה הרפואית. גם

אם יתבררו כל הטענות נגד אותם רופאים כטענות שווא, הרי שהנזק החברתי שנגרם לתדמית הרופאים והרפואה בארץ הוא עצום - ובמיוחד מאיים על עתיד המחקר הקליני בישראל.

ההסתדרות הרפואית בישראל החליטה, מתוך מחויבות עמוקה לרמה המקצועית והאתית של הרפואה בארץ ולמעמדה בעיני הציבור, לנקוט כמה צעדים על מנת להגן על מעמדם של הניסויים הקליניים, לעמוד על חשיבותם ולהקטין, ככל האפשר, כל חריגה בעתיד מהנוהל הנדרש בביצועם.

נייר עמדה זה משקף את עמדת ההסתדרות הרפואית בישראל, כפי שגובשה על ידי חברי הוועדה המיוחדת שכונסה לצורך כך.

ברצוני להודות לחברי הוועדה על הזמן היקר שהקדישו לנושא חשוב זה ועל הערותיהם הנבונות. תודה מיוחדת שלוחה לעו"ד גילי שיל"ת ולעו"ד אדוה פרי על תרומתן היקרה בניסוח מסמך זה, ולעו"ד לאה ופנר על היוזמה למהלך כולו.

חשיבות המחקר הרפואי בישראל

ניסויים קליניים נערכים בארץ ובעולם זה עשרות שנים, ותרומתם לבריאות המטופלים ולרמת הרפואה אינה מוטלת עוד בספק. רמת המחקר הקליני, כפי שהיא מתקיימת בישראל, מציבה אותנו בשורה אחת עם המדינות המתקדמות בעולם בטיב ובאיכות השירות הרפואי הניתן לאזרחי המדינה.

המחקר הרפואי מביא תועלת רבה לכל המשתתפים בו:

המטופל: נמצא תחת מעקב רפואי צמוד ורציף, כשהוא זוכה לגישה ישירה ומידית לרופאים המטפלים בו, זוטרים או בכירים, ללא כל עלות כספית וללא כל חסמים מנהליים. הטיפול הניתן נמצא תחת בקרה קבועה, הן של ועדות הפיקוח המוסדיות – כפי שקבוע בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980 (להלן: "תקנות בריאות העם") ובנוהל עריכת ניסויים רפואיים בבני אדם, משנת 2006, שהוצא על ידי אגף הרוקחות במשרד הבריאות (להלן: "נוהל ניסויים רפואיים") ואשר נקבע בהתאם לתקנות בריאות העם, והן תחת בקרה של חברות התרופות הפועלות על פי אמות המידה הקפדניות של ה-FDA בארצות הברית וכן של ה-EMA באירופה. רוב החולים המשתתפים בניסויים קליניים זוכים לקבל תרופות חדשניות ומתקדמות שנים רבות בטרם נכנסות תרופות אלו לשוק החופשי, תרופות אשר בכוחן לשפר את איכות חייהם ובריאותם בצורה ניכרת, להפחית את תופעות הלוואי הנלוות לתרופות קיימות, להפחית את הסיכונים הכרוכים בקבלת טיפול קיים חלופי, ופעמים רבות אף להציל את חייהם. כל זאת, כאמור, ללא כל תשלום מצדם של המטופלים. יתר על כן, בישראל קיימת התחייבות ייחודית של חברות התרופות לספק לחולים שהשתתפו בניסוי את תרופת הניסוי בחינם למשך שלוש שנים נוספות מתום הניסוי או עד להכללתה בסל התרופות הלאומי.

הרופא: נחשף למידע המתקדם ביותר הקיים בתחום הנחקר, משפר את יכולתו ובכך זוכה ליתרון בולט בטיפול בחולים דומים. פגישות חוקרים הנערכות בהשתתפות רופאים ממדינות שונות חושפות את הרופא השותף לעריכת המחקר לרפואה העולמית, המתקדמת ביותר הקיימת באותו מועד, ובמקביל מאפשרת לחוקרים ליצור קשרים מקצועיים ואישיים רבי-ערך עם המנהיגות הרפואית המקצועית הבינלאומית. פרסום עבודות המחקר מעמיד את הרופא במקום מכובד בין עמיתיו, עובדה המשפרת את סיכוייו לחזור ולשמש חוקר בניסויים נוספים; וחוזר חלילה. זאת ועוד, ניסוי כזה מחייב רישום קפדני ושיטתי, הנדרש לניטור מצבו הקליני של המטופל, הטיפול הניתן לו ותוצאותיו. רישום קפדני זה יוצר אצל הרופא אמות מידה ראויות בכל תיעוד רפואי אשר יבצע בהמשך חייו המקצועיים. זהו תהליך ההולך ומשפר את עצמו כל העת ופועל לטובת כל הנוגעים בדבר.

מדינת ישראל: היתרונות המובנים בניסויים הקליניים בולטים גם ביחס למדינת ישראל כמסגרת-על. השתתפותה של ישראל בניסויים רב-לאומיים הנה חיונית לשם יצירתם של קשרי חוץ עם מדינות העולם, לשם שיתופה של ישראל במחקר הרפואי העולמי ולשם ביסוס מעמדה בעולם כולו בתחום הרפואה.

קופות החולים: זוכות לקבלת האפשרות להעניק לחולים שלהן טיפול רפואי מקצועי, המתקדם ביותר הקיים בעולם, תוך שהן משפרות במקביל את הידע המקצועי והיכולות הקליניות של הרופאים העובדים בחסותן. טיפול מתקדם זה ניתן ללא כל עלות כספית המוטלת על הקופה או המדינה.

חברות התרופות: זוכות ליתרונות כלכליים ברורים כתוצאה מהתפתחותם של המחקרים הקליניים במדינת ישראל, אשר מביאים לפיתוחם של תרופות וטיפולים חדשניים. ככל שייערכו במדינת ישראל מחקרים קליניים רבים יותר ואיכותיים יותר, כך תהפוך היא יעד מועדף יותר ויותר להשקעת משאבים נוספים לצורך עריכתם של ניסויים קליניים.

הציבור בכללותו: ברי כי הציבור נהנה ממכלול היתרונות הגלומים בעריכתם של מחקרים קליניים – מטיפול חדשני ואיכותי יותר, מטכנולוגיות מתקדמות יותר, מרופאים ברמה מקצועית גבוהה יותר, מיחסי חוץ מפותחים יותר של מדינת ישראל עם מדינות שונות וכיו"ב יתרונות נוספים. יתרה מכך, הערכות מקורבות מורות כי חברות התרופות משקיעות מדי שנה כ-300 מיליון דולר במחקר רפואי בישראל, וכי חלק הארי של כסף זה חוזר ומושקע במערכת הרפואה הלאומית, בהרחבת הפעילות הקלינית המתקיימת בה ובאיכותה. יתר על כן, המחקר הקליני מאפשר להרחיב את הפעילות גם לבתי החולים הקטנים בארץ, וכן אל תחום הרפואה הקהילתית. בכך מתרחב מעגל הרופאים הנחשפים ליתרונות המובנים בניסויים אלו, וציבור נוסף של רופאים מקבל הזדמנות לקידום ולשיפור, בדומה לתהליך המתקיים בבתי החולים המרכזיים.

עינינו הרואות כי קיימת תמימות אינטרסים של כל הגורמים הנוגעים בדבר, בדבר הצורך לקיים ולפתח את הניסויים הקליניים הנערכים במדינת ישראל.

המסגרת החוקית

המסגרת המשפטית, על פי שיטת המשפט הישראלית, נלמדת בראש ובראשונה מחקיקה ראשית (חוקים ופקודות), אולם ניתן ללמוד עליה גם מחקיקת משנה (צווים ותקנות), וכן מהצהרות ואמנות בינלאומיות ומפסיקות בתי המשפט.

שומה עלינו כי המסגרת החוקית במדינת ישראל לעריכתם של הניסויים הקליניים תהא מותאמת אל המסגרת החוקית הבינלאומית הקיימת, כפי שמתעדכנת מעת לעת. התאמה זו הנה חיונית, על מנת לאפשר למדינת ישראל לקחת חלק בעריכתם של הניסויים הקליניים בעולם כולו. יתרה מכך, בסוגיה רבת-חשיבות מעין זו יש לשאוף להגיע אל הסכמה כלל-עולמית - באשר למטרייה המשפטית שבה עסקין.

ניסויים רפואיים בבני אדם טומנים בחובם תקווה ומרפא לחולים, אשר יזדקקו בעתיד לתרופה או לטיפול חדשים, ולא ניתן להפריז בחשיבות תרומתם להצלת חיים ולקידום הרפואה ומערכת הבריאות כולה. אולם, מאידך גיסא - אין להקל ראש בסכנת הניצול לרעה הטמונה בניסויים אלו, בייחוד עקב רצונם של חוקרים לפתח שיטות טיפול חדשניות ולהתקדם במהירות המרבית בשלבי עריכת הניסוי הקליני, לעתים, מבלי משים, ללא הקפדה מספקת על קיומם של כל הכללים הרלוונטיים. כמו כן, במציאות בת ימינו, שבה נעשה הרופא שותף פעיל במחקר הרפואי עם תעשיית התרופות, קיימים לעתים גם אינטרסים כלכליים, שעשויים להיות אף סמויים. כך, למשל, עלולים להיווצר תנאים שבהם קידום טכנולוגיה חדשה או תוצאותיה עלולים להשפיע על מעמדו האקדמי או הכלכלי של הרופא השותף למחקר.

לאור זאת, מוטלת החובה לקבוע כללים ברורים בכל הנוגע לעריכתם של הניסויים הרפואיים בבני אדם, תוך שקיפות מלאה ומתוך דאגה בראש ובראשונה לבטיחותו ולבריאותו של המטופל תוך הגנה על טובתו ושלמות גופו. הצורך בקביעת כללים אתיים לעריכת ניסויים רפואיים בבני אדם הוכר לראשונה לאחר תום מלחמת העולם השנייה ועם גילוי הניסויים הנפשיים שביצעו הנאצים בבני אדם. גם הצבא היפני ערך, החל בשנת 1936 ובמהלך מלחמת העולם השנייה, ניסויים נפשניים באלפי בני אדם תוך שימוש בנשק ביולוגי. עד למלחמת העולם השנייה לא התקיימה פעילות ציבורית, חוקית ומוסרית להגנה על המטופלים הלוקחים חלק במחקר. השופטים במשפט נירנברג קראו לאומות העולם ליצור נוהל בינלאומי לניסויים בבני אדם, שיתבסס על "המוסר הטבעי" או, כפי הגדרתם: "העקרונות של חוקי האומות כפי שהם מתבטאים מההתנהגות המקובלת בין אנשים מתורבתים, מחוקי האנושיות ומצווי המצפון הציבורי".

המסמך המוכר הראשון אשר עסק בהסדרה של ניסויים רפואיים בבני אדם, היה **קוד נירנברג**, שנוסח בעקבות משפטי הרופאים הנאצים לאחר מלחמת העולם השנייה. בשנת 1964 אימץ ארגון הבריאות העולמי (WMA) בעצרת הרפואית העולמית ה-18, שנערכה בהלסינקי שבפינלנד, המלצות המנחות רופאים במחקרים ביו-רפואיים הנעשים בבני אדם. המלצות אלו נאגדו במסמך רשמי, הידוע בשם **הצהרת הלסינקי**, אשר החליפה את קוד נירנברג. הצהרת הלסינקי אומצה על ידי מדינות רבות בעולם, והיא הייתה הבסיס לחוקים, להצהרות ולהנחיות לאומיות ברוח דומה בעולם כולו. ההצהרה עצמה עודכנה מאז 1964 שבע פעמים נוספות, לאחרונה בשנת 2004, כדי להתאימה למציאות המשתנה, והיא ממשיכה לשמש בסיס אתי ומשפטי בתכנון, בביצוע וברישום הכרוכים בביצוע ניסויים קליניים בבני אדם.

הצהרת הלסינקי היא הבסיס גם למדריך הבינלאומי לביצוע ניסיונות קליניים, אשר התגבש בשנים האחרונות תחת השם הידוע GCP (Good Clinical Practice). המדובר בהנחיות שאינן בגדר חוק, אך הן אומצו על ידי רשויות הבריאות במדינות אירופה, ארצות הברית ויפן.

ההסתדרות הרפואית בישראל הייתה מעורבת בפעילות WMA והייתה שותפה בשנים 2002 ו-2004 במהלכים

לעדכון הצהרת הלסינקי.

נוסח עקרונות הצהרת הלסינקי, כפי שתוקנו בעצרת הרפואית העולמית ה-29 שנערכה בטוקיו, יפן בשנת 1975, הוא זה אשר עוגן והוחל בישראל מכוח תקנות בריאות העם. תקנות אלו הן הבסיס החוקי הקיים בארץ להסדרת הניסויים הרפואיים בבני אדם, והן הותקנו מכוח סעיף 33 לפקודת בריאות העם, 1940.

תקנות בריאות העם מגדירות, כי ניסוי רפואי בבני אדם הנו עשיית שימוש בתרופה, בקרינה או בחומר כימי, ביולוגי, רדיולוגי או פרמקולוגי, בניגוד לאישור הניתן לאותו שימוש או חיקוק, או כאשר השימוש האמור אינו מקובל בישראל לצרכים שמבוקש לייעדו להם, או שטרם נוסה בישראל ויש בו או שמיעדים אותו להשפיע על בריאותו, גופו או נפשו של אדם, או של עובר, או חלק מהם, לרבות המערך הגנטי וכן עשיית כל הליך, פעולה או בדיקה בבני אדם שאינם מקובלים.

העקרונות לעריכת ניסוי קליני המפורטים בנוסח הצהרת הלסינקי, אשר אומצה על ידי תקנות בריאות העם, שמים דגש על טובתו של המשתתף הבודד הגוברת על פני טובתה של החברה וטובת המדע. יתרה מכך, העקרונות מדגישים את החובה לשמור על שלמות גופו, נפשו ואישיותו של המשתתף וכן על פרטיותו. בנוסף, קיימת חובה לקבל הסכמה מדעת מורחבת ומיוחדת של המועמד להשתתף בניסוי קליני, שעליה יורחב בהמשך, וכן חובה לערוך ניסויים בהתאם לסטנדרטים מדעיים מקובלים ולבצע הערכה של הסיכון מול התועלת שבניסוי.

בהתאם לתקנות בריאות העם, מתבצעים כיום במדינת ישראל ניסויים רפואיים בבני אדם, בפועל, על פי הוראות נוהל ניסויים רפואיים בבני אדם, אשר פורסם כאמור על ידי אגף הרוקחות במשרד הבריאות בשנת 1999 והתעדכן לאחרונה בשנת 2006. נוהל זה מסדיר את הכללים הנוגעים לניסויים אלו בארץ ומפרט את הליך הגשת הבקשה לניסוי רפואי ואת הדרישות לצורך אישורה.

בנוסף, הבסיס האתי המסדיר עריכת ניסויים רפואיים בבני אדם מעוגן גם באמנה הבינלאומית בדבר זכויות אזרחיות ומדיניות, אשר קובעת בסעיף 7, כי:

"לא יועמד אדם בפני עינויים, או בפני יחס או עונש אכזריים, בלתי-אנושיים או משפילים: בפרט, לא יועמד אדם בלא הסכמתו החופשית בפני ניסוי רפואי או מדעי".

מדינת ישראל חתמה על אמנה זו בניו-יורק בשנת 1966 ואישורה אותה בשנת 1991, והיא נכנסה לתוקף בישראל ביום 3 בינואר 1992.

מעבר לכך, חוקקו בישראל חוקים מספר, שלהם השלכות ישירות ועקיפות על סוגיית הניסויים הרפואיים בבני אדם. כך, למשל, חוק יסוד:

כבוד האדם וחירותו, חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 וחוק מידע גנטי, התשס"א - 2000. כמו כן הוצאו מספר חוזרי מנכ"ל מטעם משרד הבריאות:

חוזר לגבי רישום ניסויים רפואיים במאגר העולמי של ה-NIH (מיום 04.09.2005), אשר קובע כי כל ניסוי קליני אשר מתאים לקריטריונים המפורטים בחוזר זה ואשר מתוכנן להתבצע בישראל חייב להירשם, על ידי יוזם הניסוי, במאגר של ניסויים רפואיים, ואם מדובר בניסוי שיזמה חברה

מסחרית, על החוקר לדאוג לרישום הניסוי על ידי החברה. ועדת הלסינקי של המוסד הרפואי לא תאשר ניסוי קליני שלא נרשם, אלא אם קיבלה את נימוקי החוקרים מדוע לא עשו כן. עוד קובע החוזר, כי עקרונית ניתן לרשום ניסוי רפואי בכמה אתרים, אך הדרישה בחוזר זה היא כי הרישום יעשה באתר של ה-NIH - במטרה שיהא רישום אחיד.

חוזר מנכ"ל בדבר פיקוח ובקרה במוסדות הרפואיים בישראל על הניסויים הקליניים (מיום 06.03.2005), אשר מטרתו להנחות את המוסדות הרפואיים כיצד לבצע את הבקרה על הניסויים הרפואיים הנערכים בהם. חוזר זה קובע, בין היתר, כי על ועדת הלסינקי המוסדית חלה החובה לפקח על הניסויים הקליניים שאושרו על ידה ועל ידי מנהל בית החולים, וכי על החוקרים האחראים לניסוי להגיש לוועדה המוסדית דיווחים תקופתיים בתכיפות של אחת לשנה, ובתכיפות גבוהה יותר, אם דרגת הסיכון בהם גבוהה, וכן דיווחים שוטפים לגבי אירועים חריגים במהלך ניסוי. עוד קובע החוזר כי על הנהלת המוסד הרפואי למנות גוף מבקר לניטור ולבדיקת

הניסויים הקליניים שאושרו במוסד.

חוזר מנכ"ל מטעם משרד הבריאות בדבר הנחיות הוועדה העליונה לניסויים רפואיים בבני אדם להקמה ושימוש במאגרי דגימות גנטיות (מיום 02.01.2005), אשר מיועדות למבקשים להקים מאגרי דגימות DNA או לעשות שימוש במאגרים קיימים. הנחיות אלו מבוססות על הכללים הנהוגים בוועדה העליונה לאישור ניסויים גנטיים בבני אדם ועל הדין הרלוונטי, לרבות הוראות חוק מידע גנטי, התשס"א-2000, חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 ותקנות הגנת הפרטיות (העברת מידע אל מאגרי מידע שמחוץ למדינה), התשס"א-2001. יש לשים לב כי הנחיות אלו קובעות במפורש שהקמת מאגר דגימות DNA אינה פוטרת מהגשת בקשה לאישור מחקר גנטי בבני אדם, אם עריכתו תתבקש לאחר אישור הקמת מאגר דגימות ה-DNA, וכי הבקשה לעריכתו תידון בנפרד לפי הכללים והנהלים הנהוגים בוועדה.

חוזר מנכ"ל משותף למשרד הבריאות ושירותי בריאות כללית העוסק בהתקשרויות עם גופים מסחריים (מיום 19.04.2004), אשר מטרתו לקבוע כללים להתקשרות מוסדות משרד הבריאות ושירותי בריאות כללית עם גופים מסחריים, לשם עריכת ניסויים קליניים, מחקרים, השתתפות בכנסים ובימי עיון בארץ ובחו"ל וכל קשר אחר, תוך שמירה על כללי האתיקה המקובלים. חוזר זה מעגן את הדרישה הייחודית למדינת ישראל, כי על יוזם המחקר לספק למטופל אשר משתתף במחקר את התרופה או הטיפול אשר קיבל במסגרת המחקר למשך תקופה של עד שלוש שנים, ללא תשלום, לאחר תום הניסוי, כל עוד לא ניתן לקבלו מקופת החולים שבה החולה מבוטח, כאשר המדובר במוצר או באמצעי רפואי המאושר לשיווק בישראל, או כל עוד לא אושר לשיווק במדינת ישראל וכאשר לא נמצא טיפול חלופי מתאים.

יחד עם זאת, ועל אף כל האמור, טרם עוגנו בישראל הכללים בדבר עריכת ניסויים רפואיים בבני אדם בחקיקה ראשית. משרד הבריאות עוסק בטיטות של הצעת חוק בנושא הניסויים הרפואיים בבני אדם כבר משנת 1997, אך טרם הוגשה הצעת חוק ממשלתית בעניין זה.

ביום 21.12.2005 פורסמה הצעת חוק (פרטית) ניסויים רפואיים בבני אדם התשס"ו-2005, הוגשה על ידי חברי ועדת המדע והטכנולוגיה של הכנסת. מטרתה של הצעת חוק זו לקבוע את העקרונות שעל פיהם יש לערוך ניסויים רפואיים בבני אדם. כך למשל, ההצעה קובעת כי ניסוי רפואי בבני אדם יתבצע תוך שמירה על כבוד האדם, על חירותו ועל זכויותיו. כמו כן מפרטת הצעת החוק את התנאים לעריכתם של הניסויים הרפואיים בבני אדם, הגדרת הוועדות לניסויי אנוש ואופן תפקודן, הקמת ועדת פיקוח ובקרה, הסכמה מדעת להשתתפות בניסוי רפואי והגדרת חובותיהם וזכויותיהם של כל המעורבים בניסויים אלה.

בחדש יוני 2005 העבירה ההסתדרות הרפואית את הערותיה לטיטת החוק המוצע והציעה להוסיף סעיפים, שעוגנו בהצהרת הלסינקי המעודכנת, בהיותה המסמך המתקדם ביותר בתחום הניסויים הרפואיים בבני אדם, המחייב את ציבור הרופאים בעולם כולו. לדוגמה: הוצע להוסיף התייחסות לשיקולים מתחום הצדק החלוקתי (עריכת ניסוי רפואי בבני אדם תהא מוצדקת רק כאשר קיים סיכוי סביר כי האוכלוסייה שבה נערך הניסוי תיהנה מתוצאותיו); חובות גילוי מורחבות בנושא הסכמה מדעת (ראו פירוט בפרק העוסק בנושא זה); חובות גילוי מוגברות בקשר עם פרסום ממצאי ניסוי לרבות תוצאות שליליות, מקורות מימון וניגוד עניינים, וכיו"ב.

הצעת החוק הפרטית עברה בקריאה ראשונה ב-14.12.2005, טרם פיזור הכנסת ה-16. אם יוחל עליה דין רציפות בכנסת הנוכחית (ה-17), היא תועבר לקריאות השנייה והשלישית.

עמדת ההסתדרות הרפואית בישראל הנה כי קיים צורך דחוף לעגן בחקיקה ראשית את סוגיית הניסויים הרפואיים בבני אדם, הן מבחינה דקלרטיבית, שכן קיימת חשיבות שכנסת ישראל היא זו שתדאג להסדרת הסוגיה, והן מהבחינה המעשית, שכן כוחה של חקיקה ראשית חזק מכוחה של חקיקת משנה, היא קשה יותר לשינוי והיא מבטאת שיח ציבורי בעל עוצמה רבה יותר.

כמה אירוני הדבר, כי בניגוד לבני האדם סוגיית הניסויים בבעלי חיים מעוגנת זה שנים מספר בכמה חוקים. עד להשלמת החקיקה, יש צורך לשמור על איזון בין מתן הגנה מרבית למטופלים המשתתפים בניסוי מחד גיסא, לבין הצורך החיוני לקיים את הניסויים הרפואיים מאידך גיסא.

הסכמה מדעת

מזכותו של האדם על גופו ומהחובה לשמור על כבודו וזכויותיו וחירותו, אשר הנם עקרונות יסוד, וכן מהחובה לערוך ניסויים רפואיים בבני אדם ברוח הצהרת הלסינקי ובהתאם להליכים קליניים נאותים, נגזרת באופן ישיר החובה לקבל מהאדם הסכמה מדעת לכל פעולה הקשורה בגופו ובבריאותו וכן הסכמה מדעת לשימושים אשר ייעשו בחלקי גופו לרבות איברים, רקמות ודגימות דם שניטלו ממנו.

חובה זו חלה ביתר שאת על כל הקשור לניסויים רפואיים בבני אדם, שכן ניסויים אלו טומנים בחובם פוטנציאל נרחב בכל הקשור לחשיפת מידע על אודות המשתתף בניסוי, ולעתים גם על אודות משפחתו וצאצאיו ואף על אודות אוכלוסיות גדולות. בנוסף, הגם שמדובר בפעולה אשר אוצרת יתרונות רבים ומשמעותיים עבור המטופל, הרי שבמקביל עסקינן תמיד בתרופה חדשה וניסיונית, הנושאת עמה גם סיכון בלתי-ידוע שממנו לא ניתן להתעלם.

בישראל מעוגנת החובה לקבל הסכמה מדעת בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, בתקנות בריאות העם ובנוהל ניסויים רפואיים.

החובה לקבלת הסכמה מדעת, כפי שקיימת בנוהל ניסויים רפואיים, כוללת את חובת החוקר ליתן למשתתף מידע על הניסוי הרפואי בלשון בהירה ובשפה מובנת למשתתף. מידע על הניסוי כולל, בין היתר, הסבר על האופי המחקרי של ההליך, מטרת המחקר, משך זמן ההשתתפות בניסוי, מספר המשתתפים המקורב בניסוי, תיאור ההליכים השונים, ציון הסיכוי לקבל כל אחד מהטיפולים המוצעים בניסוי, לרבות פלצבו אם קיים, תיאור היתרונות הצפויים כתוצאה מהשתתפות בניסוי, תיאור הסיכונים הצפויים והסבר על טיפולים חלופיים, אם קיימים כאלו. כמו כן על החוקר ליידע את המשתתף כי יש לו זכות לשמירה מוחלטת על סודיות וכי מסמכיו ייבדקו על ידי גורמים מוסמכים בלבד, כאשר בניסוי גנטי יש להדגיש זכות זו, ביתר שאת, וכן את זכות המשתתף לפרטיות.

בהעדר חקיקה ראשית בעניין הניסויים הרפואיים בבני אדם, טרם עוגנה בחוק גם סוגיית ה"הסכמה מדעת" הספציפית לעניין זה. הצעת החוק אשר עברה בקריאה ראשונה כוללת את הדרישה לקבל הסכמה מדעת של כל משתתף בניסוי רפואי בבני אדם ואף מפרטת את סוג ההסכמה הנדרשת, את אופן מסירת המידע למשתתף בניסוי, את אופן מתן ההסכמה מדעת ואת התנאים המאפשרים חריגה מקבלת ההסכמה מדעת.

העיקרון בדבר קבלת "הסכמה מדעת" להשתתפות בניסוי קליני אשר נקבע בהצהרת הלסינקי, כפי שעודכנה לאחרונה בשנת 2004, אוצר בחובו גילוי מורחב יותר באשר לאופן השגתה של הסכמה מדעת אשר אינו כלול בהצעת החוק. עמדת ההסתדרות הרפואית הנה כי יש לאמץ את הצהרת הלסינקי, על המערכת המובנית של "איונים ובלמים" הכלולה בה, כמקשה אחת, ובכלל זה לעגן בחקיקה ראשית את העקרונות אשר מופיעים בנוסח המעודכן של הצהרת הלסינקי, לרבות חובות הגילוי המורחבות בקשר עם אופן השגתה של הסכמה מדעת והחמרת הדרישות הנדרשות לגיבושה של הסכמה מדעת.

כך למשל, ראוי כי ההסדר החוקי יכלול את העיקרון הקבוע בסעיף 22 להצהרת הלסינקי המעודכנת, ולפיו יש למסור לכל משתתף בניסוי מידע גם על מקורות המימון של הניסוי, על קשרי החוקר עם החברה המנהלת את המחקר הרפואי, על מידת מעורבותו במחקר המוצע ועל כל חשש לניגוד עניינים. בנוסף יש ליידע את המשתתף בניסוי בשפה המובנת לו, כי במחקר שבו מעורבת חברה מסחרית גלום סיכוי לרווח כספי של אותה החברה, וכן ליידע אותו אם מדובר ברופא שהנו סוכן מחקר, אשר מקבל תמורה כספית עבור שירותיו מהחברה המסחרית החוקרת.

בנוסף יש להקפיד להמשיך ולאמץ לתוך ההסדר החוקי את העיקרון המעוגן בסעיף 23 להצהרת הלסינקי המעודכנת, הקובע כי נדרשת זהירות יתרה בכל הנוגע להסכמה מדעת של מטופל, מקום שבו קיימים יחסי תלות עם המטופל, ולוודא כי ההסכמה אינה ניתנת בשום אופן תחת לחץ או איום כלשהו. לפיכך, נדרש במקרים כאלה כי ההסכמה מדעת תתקבל בפני מטפל שאינו מעורב במחקר ואשר אין לו כל קשר למערכת היחסים של המטפל והמטופל.

לבסוף, סעיף 11 להצהרת הלסינקי משנת 1975 (אשר מעוגנת בתקנות בריאות העם) קובע כי במקרה שמדובר במשתתף בעל אי-כשירות חוקית, תתבקש ותתקבל הסכמה מדעת מן האפוסטרופוס החוקי, בהתאם לחקיקה הלאומית, וכי במקום שאי-כשירות פיזית או נפשית עושה את קבלתה של הסכמה מדעת בלתי-אפשרית, או במקום שהאדם המשמש למחקר הוא קטין, תבוא הרשאה מקרוב המשפחה האחראי תחת זו של האדם המשמש למחקר. עמדת ההסתדרות הרפואית היא כי יש להתייחס לסעיף 24 להצהרת הלסינקי המעודכנת, אשר מעניק הגנה מורחבת למשתתפים שאינם מסוגלים לתת הסכמתם וקובע כי מחקר בקבוצות אלו ייעשה רק אם המחקר חיוני לקידום בריאותה של האוכלוסייה שעמה נמנית קבוצה זו, ורק אם לא ניתן לבצע את המחקר עם משתתפים הכשירים מבחינה משפטית לתת הסכמה מדעת.

עמדת ההסתדרות הרפואית הנה כי יש לאמץ לתוך החקיקה הראשית גם את הכלל המעוגן כיום בנוהל ניסויים רפואיים אשר מתייחס לאוכלוסיות במצבים מיוחדים, ולפיו במקום שבו לחוקר יש ספק לגבי כשירותו של המשתתף לתת הסכמה מדעת, וידוע לחוקר שלא מונה למשתתף אפוסטרופוס חוקי, על החוקר לקבל הערכה של פסיכיאטר או גריאטר בלתי-תלוי במחקר. כמו כן יש לאמץ את הכלל הקובע כי במקום שבו מדובר במשתתף קטין, על החוקר ליתן הסבר על הניסוי בהתאם להבנתו של הקטין.

ועדות הלסינקי

ביצוע ניסויים רפואיים בבני אדם במדינת ישראל נמצא תחת בקרה של משרד הבריאות באמצעות ועדות הלסינקי של בתי החולים. בכל בית חולים ועדת הלסינקי מורכבת מבכירי הרופאים והחוקרים במוסד, נציגי ציבור (אנשי דת או משפטנים) ונציגי הנהלת בית החולים. ב-1990 נוספה הדרישה של המנהל הכללי לכלול בין חברי הוועדה רוקח בכיר, כדי שבמכלול השיקולים של הוועדה יבואו לידי הביטוי גם היבטים ומימוניות מקצועיות שאותן מייצג הרוקח.

חברי הוועדה משמשים בתפקידם בהתנדבות ומקבלים הכשרה בכללי ניהול מחקרים קליניים. מינוי חברי הוועדה נעשה על ידי הנהלת בית החולים ומאושר על ידי מנכ"ל משרד הבריאות. ועדות הלסינקי פועלות לפי "נוהל ניסויים רפואיים" של מדינת ישראל. נוהל זה מקביל לכללי המחקרים הקליניים של האיחוד האירופי ולכללי המחקרים של ה-FDA האמריקני.

כל הצעה למחקר בבני אדם מוגשת לוועדת הלסינקי המוסדית לאישור. הוועדה מתמקדת בעיקר בטובת המטופל וכן בסיכון וברוח הפוטנציאליים למטופל כתוצאה מהשתתפות במחקר. דגש מיוחד מושם על מתן הסבר מפורט למשתתף בניסוי והחתמתו על טופס הסכמה מדעת, שבו מפורטים כל פרטי הניסוי וההשלכות הנובעות ממנו. בנוסף, כל משתתף בניסוי מבטוח בביטוח ייעודי. אם מדובר בניסוי אשר כולל מתן תרופה ניסיונית – מתחייב יוזם הניסוי לספק את התרופה לחולה עד שלוש שנים מתום הניסוי או עד למועד הכללתה בסל התרופות הלאומי. הוראה זו של מתן תרופה גם לאחר תום הניסוי היא הוראה ייחודית למדינת ישראל. לאחר אישור ועדת הלסינקי המוסדית, עוברת הצעת המחקר דיון ואישור נוספים על ידי משרד הבריאות, למעט כאשר המדובר ב"ניסוי מיוחד" (כפי שמוגדר בתוספת הרביעית לתקנות בריאות העם), ובסופו של דבר - אישור למחקר ניתן על ידי מנהל בית החולים שבו מבוצע הניסוי.

סעיף 15 לנוהל ניסויים רפואיים מטיל על החוקר הראשי את החובה לדווח בתוך 48 שעות ליו"ר ועדת הלסינקי המוסדית ולמנהל המוסד על מקרה מוות או אירוע חריג רציני (כאשר מדובר בתופעה בלתי-צפויה, ולא ניתן לשלול קשר בינה לבין השימוש במוצר המחקר), וכן לדווח בתוך 48 שעות ליו"ר ועדת הלסינקי המוסדית בלבד על תקלה באמ"ר (אבזור/מכשיר רפואי) של הניסוי, שיש לה השלכה לגבי בטיחות השימוש בציוד ויעילותו. במקרה מוות, בוחן יו"ר ועדת הלסינקי המוסדית את ההודעה מידית. במקום שבו מגיע הוא למסקנה כי אין כלל קשר לשימוש במוצר המחקר ו/או להשתתפות מטופל בניסוי, עליו לדווח על האירוע ועל מסקנתו לוועדת הלסינקי ולמשרד הבריאות בתוך 30 ימים. לעומת זאת, במקום שבו לא שולל יו"ר ועדת הלסינקי המוסדית קשר לשימוש במוצר או להשתתפות בניסוי, עליו להודיע על כך באופן מידי למנהל המוסד. במקרה זה, על

מנהל המוסד למנות צוות בדיקה, אשר תפקידו לדון בעניין בתוך 14 ימים. בהתאם למסקנותיו של צוות הבדיקה, עליו להורות להמשיך בניסוי או, לחלופין, להמליץ לוועדת הלסינקי להפסיק את הניסוי. על ועדת הלסינקי להודיע למנהל המוסד ולמשרד הבריאות על מסקנות הדיון של צוות הבדיקה ועל החלטותיה שלה.

באירועי בטיחות חריגים שאינם מוות, על החוקר מוטלת החובה על פי סעיף 15.1.2.2 לנוהל ניסויים רפואיים, לעדכן את ועדת הלסינקי לגבי המשך הטיפול בחולה עקב האירוע, ועל ועדת הלסינקי לדון בדיווחים ובהשלכתם על המשתתפים בניסוי ולציין זאת בפרוטוקול ישיבתה. על ועדת הלסינקי מוטלת החובה להעביר למשרד הבריאות את הדיווחים ואת מסקנותיה, גם לגבי הקשר האפשרי בין האירוע ובין השתתפות האדם בניסוי, בתוך 30 ימים או עם העברת הפרוטוקול של ישיבתה הבאה.

לעומת זאת, במקום שבו עסקין בדיווחים שהתקבלו אצל ועדת הלסינקי על ידי יוזם הניסוי, הרי שוועדת הלסינקי פטורה מלהעבירם למשרד הבריאות, שכן חובת ההודעה חלה על היוזם.

על מנת לשפר את מערכת הפיקוח והבקרה על התנהלותם של הניסויים הרפואיים בבני אדם במדינת ישראל, הורה משרד הבריאות בחוזר מנכ"ל שהוציא מטעמו, מיום 6.3.2005, על הקמת מערכת בקרה. על פי חוזר זה, בכל מוסד יש להקים גוף אשר תפקידו לבקר את ביצוע המחקרים הרפואיים ולוודא כי המחקר נעשה על פי אמות המידה הקפדניות המקובלות. תפקיד מערכת בקרה זו היא לוודא כי החולים המשתתפים בניסוי אכן קיבלו הסבר מספק על הניסוי והוחתמו כראוי על טופסי "הסכמה מדעת", כי הניסוי בוצע לפי כל כללי "הרפואה הטובה", וכי כל תופעת לוואי דווחה במועד לוועדות הלסינקי. כפי שניתן לראות, המדובר בחוזר מנכ"ל המצוי עדיין בחיתוליו, ולפיכך טרם בשלה העת להעריך עד כמה מיושם הוא בפועל.

הודות לשיפור המתמשך בניהול הניסויים הקליניים בישראל, לרבות הקמת גופי בקרה קבועים, הכשרה מקצועית של החוקרים והעלאת רמת תפקודן של ועדות הלסינקי, כיום עומדת מערכת הניסויים הרפואיים בבני אדם בישראל בקריטריונים בינלאומיים מחמירים, אשר מוכרים אף על ידי סוכנות התרופות האמריקאית (FDA).

יחד עם מגמת השיפור התמידית, ועל אף עמידתם של רוב הניסויים הקליניים בכללים הקיימים, עדיין קיים מקום לשיפור נוסף. כך למשל, רוב הניסויים הרפואיים בארץ הנם "מחקרים בינלאומיים רב-מרכזיים". ניסוי כזה, הנעשה בארץ, מתבצע בכמה בתי חולים בעת ובעונה אחת. במציאות כזו עלולים להיווצר כפילות וסרבול, כאשר כל מרכז רפואי נדרש לאשר באמצעות ועדת הלסינקי המוסדית שלו, בנפרד ובמקביל למרכזים האחרים, אותו מחקר אף לאחר שעבר את כל שלבי האישור הרלוונטיים – בהתאם לטיבו – ואף לאחר שאושר כבר כניסוי רב-מרכזי על ידי משרד הבריאות.

בכך מושקעת עבודה מיותרת אשר גוזלת זמן יקר וממושך באישור הניסוי.

עמדת ההסתדרות הרפואית היא כי השקעת זמן רב לצורך אישור ניסוי קליני, איננה בהכרח ערובה לטיבו של הליך האישור ועלולה אף להיות בעוכריו. במיוחד כאשר המדובר בניסוי רב-מרכזי, יש לייעל את תהליך קבלת האישורים ולקצר את משך הזמן הנדרש לשם עריכת הניסוי, וכן לפעול על מנת לפשט את התהליך. לפיכך, מקום בו אושר ניסוי במוסד מסוים – על כל שלביו – וכן במקום שבו אושר על ידי משרד הבריאות כניסוי רב-מרכזי, על ועדת הלסינקי המוסדית של המוסדות הנוספים שבהם מתבקש הניסוי הרב-מרכזי להימנע מלדון בכל ההיבטים האתיים של הניסוי, אשר נדונו כבר על ידי המוסד הראשון – כל פעם מחדש – ולהסתייע בהמלצותיה ובמסקנותיה של ועדת הלסינקי שדנה בניסוי ואישרה אותו במוסד הראשון שבו התבקש אישורו. הסתייעות זו, לא זו בלבד שתקצר את משך הליכי האישור של הניסוי, אלא אף תתרום ליצירתם של כללים אחידים, עד כמה שניתן, בעניין עריכת אותו הניסוי במוסדות השונים שבהם נערך.

נוסף לקיומן של ועדות הלסינקי המוסדיות, קיימת ועדת הלסינקי עליונה, אשר הנה ועדה בלתי-תלויה, שהרכבה, מניינה החוקי ודרכי מינויה קבועים בתקנות בריאות העם, ותפקידה לתת חוות דעת על ניסויים שנוגעים למערך הגנטי של האדם, להפריית אישה שלא בדרך הטבע ולעניינים אחרים שמנכ"ל משרד הבריאות מבקש לדון בהם, לרבות ניסוי המוסדר על פי חוק מידע גנטי.

כמו כן, נוהל ניסויים רפואיים קובע את קיומה של ועדה מרכזית לניסויים רפואיים בבני אדם, אשר הנה ועדה מייעצת לניסויים רפואיים שמניה מנכ"ל משרד הבריאות לנושא של תכשירים רפואיים, לנושא של אביזרים ומכשור רפואי (אמ"ר) ציוד רפואי, לנושא של מוצרים המכילים תאים ורקמות חיים ממקור הומני וקסנטרנספלנטציה או לכל נושא אחר שעליו יוחלט בעתיד.

עמדת ההסתדרות הרפואית הנה כי יש לדאוג להקמתה של ועדת הלסינקי עליונה, אשר תשמש כוועדת היגוי רב-תחומית לצורך ליבון ודיון של כל שאלה אתית, רפואית, משפטית, פילוסופית, חברתית וכיו"ב אשר מתעוררת, מעת לעת, אגב אישורו ועריכתו של ניסוי קליני ואשר יש לתת את הדעה לגביה, בכל תחום שהוא ובכל סוג של ניסוי קליני. בהתאם לכך, על ועדה זו להיות מורכבת מנציגים מדיסציפלינות שונות אשר יהיו מומחים במגוון תחומים והיו בעלי הכישורים המתאימים לתת מענה לקשת השאלות והסוגיות אשר תתעוררנה. כך ייווצרו כללים אחידים, מגובשים ומחייבים בקשר עם עריכת כל ניסוי קליני, בכל מוסד שהוא, אשר יתעדכנו באופן דינאמי, על פי הצרכים והשאלות שיתעוררו.

עמדת ההסתדרות הרפואית היא כי יש להכליל את נציגיה בוועדת היגוי עליונה זו. לאור מעורבותה הפעילה של ההסתדרות הרפואית בעדכון הצהרת הלסינקי בשנים האחרונות, יוכלו נציגיה לשקף עבור חברי ועדה זו את תמונת המצב הבינלאומית הקשורה בניסויים קליניים ואת השינויים החלים מעת לעת במסמכים הבינלאומיים הנוגעים לניסויים קליניים. בנוסף, באמצעות האיגודים המקצועיים, תוכל ההסתדרות הרפואית להעמיד לרשות ועדה זו את בכירי הרופאים בכל תחום ברפואה הנדרש לצורך עבודת הוועדה. באמצעות המועצה המדעית תוכל ההסתדרות הרפואית להעמיק את הכשרת הרופאים בידע המקצועי הנדרש בביצוע ניסויים קליניים, ובאמצעות הלשכה לאתיקה תוכל ההסתדרות הרפואית להטמיע, במקביל, גם את הכללים האתיים הנדרשים בניסויים אלו.

עמדת ההסתדרות הרפואית היא כי יש לראות את עבודתם של חברי ועדת הלסינקי בוועדות השונות כחלק בלתי-נפרד מעבודתם השגרתית. הכרה זו תאפשר לחברי הוועדה להקדיש את הזמן הנדרש ללמוד את הבקשות המונחות בפניהם ולשפוט אותן מתוך בקיאות בחומר הרקע המדעי.

הכרה זו תצביע על החשיבות הרבה שהציבור בישראל מייחס לעבודת הוועדה ועל תפקידה החיוני, וכן על הציפייה כי חברי הוועדה יקיימו את תפקידם מתוך המקצוענות המרביית האפשרית.

הכשרת רופאים

ההסתדרות הרפואית רואה חשיבות רבה בפעילות בתחום החינוך הרפואי, הכשרת מתמחים והענקת מענקי מחקר, בהכשרת רופאים לקיום ניסויים קליניים. לאור זאת, התחילה ההסתדרות הרפואית לפעול בשלושה מישורים שונים:

ההסתדרות הרפואית יוזמת באמצעות המועצה המדעית שלה פעולה משותפת עם איגוד דיקני בתי הספר לרפואה, במטרה לכלול את התכנים הרלוונטיים לביצוע מחקרים רפואיים בבני אדם בתוך מסגרת תוכניות הלימודים של סטודנטים לרפואה בארבעת בתי הספר לרפואה בישראל.

המטרה היא, שהקוריקולום המחייב בכל בתי הספר לרפואה יכלול קורסים באתיקה, ניהול מחקר רפואי ולימוד "כללי הרפואה הקלינית הטובה" (GCP- Good Clinical Practice) אשר נהוגים במחקר רפואי.

ההסתדרות הרפואית יוזמת באמצעות המועצה המדעית שלה הכנת קורס באתיקה של ניסויים רפואיים ומתודולוגיה של מחקר קליני, אשר כולל את הכרת מסגרות הרגולציה של המחקר וכללי "הרפואה הקלינית הטובה".

ההסתדרות הרפואית תפעל להקניית תוקף מחייב ללימודים אלו, באופן שבו יחויב כל רופא מתמחה במדינת ישראל לעבור השתלמות כזו, ולהיבחן עליה, במהלך התמחותו.

ההסתדרות הרפואית יוזמת שינוי, ולפיו החל ממועד מסוים בעתיד, רק רופא אשר עבר השתלמות מוכרת בכללי ה-GCP וקיבל תעודה מגוף בעל הכרה בינלאומית יוכל להיות "חוקר ראשי" בניסוי. כמו כן פועלת ההסתדרות הרפואית לכך שבמועד עתידי, רחוק יותר, כל "חוקר" (ולא רק "חוקר ראשי") המשתתף בניסוי

קליני, יהיה בעל אותה ההכשרה.

מטרתה של תוכנית הכשרה זו, על שלביה השונים, הנה לחייב רופאים להטמיע לכל אורך דרכם המקצועית, וכבר בתחילתה (הן בשלב לימודיהם האקדמיים, הן בשלב עבודתם המעשית והן בעשותם ניסוי רפואי), את הכללים שעל פיהם עליהם לנהוג בעת שמעורבים הם בניסוי רפואי בבני אדם. לצד צעדים אלו תקבע ההסתדרות הרפואית תקופת מעבר, על מנת לאפשר את הסתגלותם של כלל הרופאים לתנאי ההכשרה החדשים הללו.

אכיפה

כאמור, סוגיית הניסויים הרפואיים בבני אדם עדיין אינה מוסדרת בחקיקה ראשית, ואילו הבסיס החוקי הקיים להסדרת הסוגיה נעוץ בתקנות בריאות העם, שהותקנו מכוח פקודת בריאות העם. בפקודה קיימת הוראה עונשית, לפיה העובר על הוראה מהוראותיה דינו מאסר שישה חודשים או קנס.

בהצעת החוק הפרטית לניסויים רפואיים בבני אדם, התשס"ו-2005, נקבעו הוראות עונשיות לגבי עריכת ניסויים בניגוד לחוק. בין השאר, נאמר כי היוזם, העורך או המתיר לערוך ניסוי רפואי בבני אדם בניגוד להוראת החוק, דינו מאסר שנה או תשלום קנס משמעותי (וביזום שהנו תאגיד - כפל קנס), ואם מדובר בניסוי בדרגת סיכון גבוהה - הרי שיש להחמיר את העונש עד לשלוש שנות מאסר. עוד מוצע, כי הפרת הוראות החוק תהווה גם הפרה של פקודת הרופאים וחוק הפסיכולוגים - ובהתאם לכך ייקבע גם העונש.

עמדתה של ההסתדרות הרפואית עולה בקנה אחד עם המגמה להחמיר בעונשים המוטלים על מפרי ההוראות הנוגעות לניסויים רפואיים בבני אדם. ההסתדרות הרפואית בישראל סבורה כי יש לפעול בכל חומרת הדין נגד רופאים המפרים את לשון החוק או את מסגרת תקנות הבריאות העם וההוראות הקיימות בנושא ניסויים קליניים. הפרה כזו פוגעת באמון הציבור, ברופאים וברפואה. לפיכך, במקום שבו הוכח כדין כי רופא הפר כללים אלו, לא יזכה הוא להגנה של ההסתדרות הרפואית. ההסתדרות הרפואית סבורה כי קיימת חשיבות לקיומה של סנקציה פלילית במקום שבו קיימת הפרת הכללים הרלוונטיים, וכי יש צורך לערוך דירוג של חומרת העבירות השונות, לבחון כל הפרה לגופה ולקבוע מהו העונש המתאים, בהתאם לחומרת העבירה על פי המדרג אשר ייקבע. כמו כן, במקום שבו מדובר בעבירות החמורות ביותר במדרג שייקבע, יש להטיל עונשים כבדים אף יותר מאלו המוצעים בהצעת החוק הפרטית.

ההסתדרות הרפואית סבורה כי יש צורך לחזק את מנגנוני הפיקוח והמעקב אחר אופן ביצועם של המחקרים, החל בהקצאת משאבים ותקנים ראויים, דרך קביעת כללים מוגדרים וברורים אשר יגדירו את סוגי הניסויים שלגביהם נדרשים מעקב ופיקוח תכופים, וכלה במתן "שיניים" לסמכויות

הפיקוח. בנוסף יש להקפיד על קיומן של חובות הדיווח הקבועות בחוק, כפי שפורט לעיל, ולהסמך את הוועדות להטיל סנקציה על חוקר ראשי שלא ידווח במועד הנדרש, וזאת גם בתקופת הביניים עד לחקיקת תקנות מתאימות בנושא.

מעבר לכך, ההסתדרות הרפואית רואה כחיוני את שיתופם של נציגי המטופלים ונציגי האגודה לזכויות האזרח בתהליכים השונים המתרחשים בקשר עם סוגיית הניסויים הרפואיים בבני אדם בכלל, וכבעל משקל בכל הנוגע למערכת הפיקוח והבקרה בתחום בפרט.

סיכום והמלצות

המשך קיומם של הניסויים הקליניים בישראל הוא אינטרס משותף לציבור המטופלים, לקהילת הרופאים בישראל והממסד הרפואי.

ניסויים קליניים פועלים לרווחתם של המטופלים המשתתפים בהם ומקנים להם את אמצעי הטיפול והריפוי המתקדמים בעולם, שנים רבות לפני שאמצעים אלו מגיעים לסל התרופות הלאומי, כל זאת תחת מעקב רפואי מיומן וצמוד וללא כל עלות כספית מצדם.

גם ציבור הרופאים יוצא נשכר מניסויים קליניים אלו - הרופאים נחשפים לתחום רפואי ייחודי, שבו הם מעמיקים את ידיעותיהם באופן מובהק ורוכשים מיומנויות קליניות רבות-ערך. ביצוע ניסויים מחייב את קיומה של מערכת דקדקנית ונוקשה של העברת מידע סדיר למטופלים, תיעוד וניטור רפואי, תוך עמידה בסטנדרטים בינלאומיים קפדניים ביותר. היחשפותם של החוקרים בישראל לחוקרים נוספים ממדינות אחרות פותחת בפניהם צוהר לרפואה הבינלאומית המתקדמת ביותר, תוך יצירת קשרים מקצועיים וחברתיים עם המנהיגות הבינלאומית של הרפואה.

גם המדינה והארגונים הרפואיים יוצאים נשכרים מביצוע הניסויים הקליניים. הניסויים מאפשרים גם לבתי החולים ההיקפיים ולרופאי הקהילה לקחת חלק בניסויים הקליניים, ובכך ליהנות מרמה אקדמית גבוהה. המדינה וקופות החולים נהנות מכוח אדם רפואי בעל יכולות קליניות משופרות, אשר רוכש תובנה, כושר אבחנה וטיפול טובים יותר בציבור החולים. הידע המקצועי אשר נרכש תוך טיפול במטופלים המשתתפים בניסוי קליני משמש, בסופו של דבר, לטיפול רפואי טוב יותר בכלל האוכלוסייה.

אין להסתיר את הערך הכלכלי רב-החשיבות של הניסויים הקליניים המתקיימים בישראל. על פי ההערכות המקובלות, משקיעה התעשייה הפרמצבטית מדי שנה כ 300 -מיליון דולר במחקר הרפואי בישראל. זהו נתח זעיר בלבד, שאינו עולה על 0.3% מכלל ההשקעה הבינלאומית במחקר הרפואי, המגיעה לכדי 100 מיליארד דולר מדי שנה.

חובה עלינו לנצל את היתרונות הקיימים במערכת הרפואה בישראל ואת ההכרה הבינלאומית באיכותה, על מנת להפוך את ישראל ליעד מועדף של חברות התרופות הרב-לאומיות. זוהי מטרה הנמצאת בהישג יד.

תרומתם של המטופלים המשתתפים בניסויים לקידום הרפואה והמדע יקרה עד אין קץ וראויה להערכה ולכבוד מצד כל אחד מאיתנו. עלינו להבטיח להם, בתמורה, כי הניסויים הקליניים ייערכו תוך שמירה קפדנית של כל מערכות החוקים וההוראות הקיימים בישראל בנוגע לניסויים אלו ותוך הקפדה וציות מלא לכל הכללים האתיים הקשורים אליהם.

עוד עלינו להבטיח לחולים כי הניסויים יבוצעו מתוך חופש אקדמי מוחלט, ללא כל השפעה של חברות התרופות, בשקיפות מלאה ותוך שמירת החירות לפרסם כל תוצאת מחקר, גם אם אינה עומדת בציפיותיו של הגורם שיזם או מימן את המחקר הרפואי. בכך נפעל על פי ההנחיות המחייבות שפורסמו ועודכנו לאחרונה על ידי האיגוד הבינלאומי של עורכי העיתונים הביו-רפואיים בעולם (ICMJE).

כדי לקדם את ביצוע הניסויים הקליניים בישראל, מציעה ההסתדרות הרפואית בישראל את הצעדים הבאים:

1. חינוך והטמעת התרבות הרפואית של ה-GCP והכללים האתיים הרלוונטיים:
 - א. הר"י תפעל באמצעות המועצה המדעית ובשיתוף איגוד הדיקנים בישראל, על מנת לכלול את נושא הניסויים הקליניים, לרבות עקרונות ה-GCP והכללים האתיים הרלוונטיים, בתוכנית הלימודים המחייבת של בתי הספר לרפואה בישראל.
 - ב. הר"י תפעל באמצעות המועצה המדעית והאיגודים המדעיים שלה על מנת ליצור קורס ארצי מרכזי שבו יילמדו עקרונות ה-GCP והכללים האתיים הרלוונטיים. כל מתמחה יידרש, במהלך התמחותו, להשתלם בקורס זה ולעמוד בבחינה מסכמת.

2. השתלמות חובה לחוקרים:

א. הר"י תפעל בשיתוף משרד הבריאות, כך שהחל ממועד מוסכם בעתיד, כל חוקר ראשי בניסוי קליני יהיה מחויב לעבור קורס GCP ולהיות בעל תעודת הסמכה של קורס GCP, הניתן על ידי גוף בעל הכרה והסמכה בינלאומית למתן תעודה כזו.

ב. הר"י תפעל, בשיתוף משרד הבריאות, כך שהחל ממועד מוסכם בעתיד יהיה מחויב כל חוקר, ולא רק "חוקר ראשי" בניסוי קליני, לעבור קורס GCP, הניתן על ידי גוף בעל הכרה והסמכה בינלאומית למתן תעודה כזו.

3. שינוי המבנה והתפקוד של ועדות הלסינקי:

א. יש לפעול לייעול עבודת ועדות הלסינקי השונות, במיוחד כאשר המדובר במחקר רב-מרכזי, ולצמצום משך הזמן הנדרש לאישורם של הניסויים הקליניים בכלל ושל הניסויים הקליניים הרב-מרכזיים בפרט.

ב. יש לראות בעבודת חברי ועדות הלסינקי השונות חלק בלתי-נפרד מעבודתם השגרתית.

ג. יש לדאוג להקמתה של ועדת הלסינקי עליונה, שתשמש כועדת היגוי רב-תחומית לצורך ליבון, דיון ומתן מענה לכל שאלה אתית, רפואית, משפטית, פילוסופית, חברתית וכיו"ב אשר תתעורר אגב אישור ועריכת ניסוי קליני ותהא מורכבת מנציגים מדיסציפלינות שונות.

4. אכיפה:

א. הר"י תפעל בשיתוף פעולה עם מש רד הבריאות על מנת לאכוף את מערכת החוקים, ההוראות וההנחיות האתיות בקיום ניסויים קליניים בישראל.

ב. רופא, שהוכח לגביו כדין כי הפר את כלליה של מערכת זו – לא יזכה להגנה על ידי הר"י.

ג. יש לערוך מדרג של חומרת העבירות ולקבוע את הסנקציות שיופעלו נגד רופא שיפר את הכללים הרלוונטיים, בהתאם למדרג זה.

ד. רופא שיימצא אשם בבית המשפט בהפרה כזו, יועמד בפני ועדת בירור של הלשכה לאתיקה.

5. חקיקה ראשית:

א. הר"י קוראת לעגן את סוגיית הניסויים הקליניים בחקיקה ראשית בהקדם האפשרי.

ב. הר"י קוראת לאמץ בחקיקה ראשית את העקרונות המעוגנים בהצהרת הלסינקי, כפי שמתעדכנת מעת לעת, בהיותה המסמך המתקדם ביותר בתחום הניסויים הקליניים, המחייב את ציבור הרופאים בעולם כולו.

66 | הערות ההסתדרות הרפואית בישראל להצעת חוק ניסויים רפואיים בבני אדם, התשס"ז-2007

פורסם בשנת 2007

מבוא:

הסתדרות הרפואית בישראל (להלן: "הר"י") מברכת על הסדרת סוגיית הניסויים הרפואיים בבני אדם במסגרת הצעת חוק ניסויים רפואיים בבני אדם, התשס"ז-2007 (להלן: "הצעת החוק"), זאת לאחר ציפייה רבת שנים, בהן עמדה הר"י שוב ושוב על הצורך החיוני להסדיר סוגיה חשובה ומהותית זו במסגרת חקיקה ראשית. ניסויים קליניים הינם הכרחיים לקידום הרפואה, ובלעדיהם לא תיתכן רפואה מודרנית ולא יתאפשר פיתוח תרופות וטכנולוגיות חדשות הנושאות בחובן תקווה גדולה. בצד תקווה זו, קיימת חשיבות רבה לשמירה ולהגנה מירבית על בריאות וביטחון המשתתפים בניסוי קליני תוך הקפדה יתירה על סוגיית קבלת ההסכמה מדעת של המשתתפים בניסוי.

לפיכך, קיומם של מסגרת משפטית ברורה וכללים אתיים המגוננים על אופן עריכת הניסויים הינם חיוניים. חשוב לזכור, כי המדובר בנושא דינאמי במיוחד, המעלה ללא הרף ברחבי העולם שאלות אתיות, מוסריות, רפואיות, פילוסופיות, חברתיות ומשפטיות מגוונות ומורכבות, הדורשות מציאת מענה הולם וראוי במיוחד נוכח התפתחותה של הטכנולוגיה. כך למשל, בתחום הפרמקוגנטיקה הצובר תאוצה בשנים האחרונות ואשר טומן בחובו שאלות רבות-תחומיות מורכבות, בין היתר, בכל הנוגע לאוכלוסיות מיוחדות ופגיעות כגון נשים בהיריון, ילדים ועוד. מורכבות ודינאמיות זו, לצד חשיפתה והשתתפותה הגוברת של מדינת ישראל במחקרים רבים שהינם רב-מרכזיים ורב לאומיים, מחייבת את מדינת ישראל, להתאים עצמה לנורמות ולכללים הבין-לאומיים הנהוגים במדינות מתקדמות ונאורות ולפעול בהתאם לסטנדרטים הבין-לאומיים הקיימים בתחום כמו גם ליצור בחוק מנגנונים אשר יאפשרו גמישות ואימוצם של כללים דינאמיים. במהלך השנים האחרונות, הר"י פעלה במישור הבין לאומי והייתה חלק מצוות העבודה שעדכן את הצהרת הלסינקי במסגרת ה-WMA (ההסתדרות הרפואית העולמית) אשר יו"ר הר"י, ד"ר יורם בלשר, מכהן כיום כנשיאה. אף עתה, לקראת דיוני הועדה בהצעת החוק פנתה הר"י הן ל-WMA והן לארגונים הבין לאומיים על מנת לקבל מהם את הערותיהם באשר להתפתחויות האחרונות שחלו בתחום.

תמצית הערות נבחרות מתוך עמדת הר"י להצעת החוק (את הנייר המלא ניתן למצוא באתר הר"י):

- יש לקבוע כי הצהרת הלסינקי, כפי שמתעדכנת מעת לעת, תחייב בכל מחקר רפואי בבני אדם.
- יש להרחיב את ההגדרה של אוכלוסיות רגישות, ולכלול אוכלוסיות נוספות- כגון- חיילים ולחזק את ההגנה על אוכלוסיות מסוג זה.
- אין לכלול תחת הגדרת ניסוי רפואי- כל איסוף מידע המהווה מחקר שאינו ניסוי.
- יש לאמץ את ההגדרה הרלבנטית לשימוש בפלצבו, כאמור בהצהרת הלסינקי.
- יש להותיר את שיקול הדעת באשר להמלצה על אישור ניסוי רפואי לועדת הניסויים שהינה בעלת הסמכות האתית, ואין, בכל מקרה, להתיר מצב בו מנהל המוסד הרפואי יאשר ניסוי רפואי, שלא אושר על ידי ועדת הניסויים, ואף לא מטעמים מיוחדים שיירשמו.
- יש להסדיר את סוגיית הביטוח במחקרים רפואיים בבני אדם.
- יש להרחיב את ההגנות באשר למתן הסכמה מדעת, במיוחד של אוכלוסיות רגישות. כך למשל, יש לאמץ במפורש את הסעיפים הרלבנטיים מתוך הצהרת הלסינקי באשר לצורך לקבלת הסכמה מדעת בפני מטפל שאינו מעורב במחקר, במקרים בהם קיימים יחסי תלות בין המטופל למטפל ולוודא כי ההסכמה לא ניתנת בשום אופן תחת לחץ או איום כלשהו. בנוסף, במקרים של ספק לגבי כשירות המשתתף לתת

הסכמה מדעת, וכאשר לא קיים נציג חוקי למטופל, על החוקר לקבל הערכה של איש מקצוע מתאים שאינו תלוי במחקר.

- יש להתיר שיקול דעת לוועדת הניסויים המוסדית כאשר למתן פטור מהצורך לקבל הסכמה מדעת, במחקרים רטרופקטיביים על דגימות פתולוגיות ישנות, תוך קבלת אישור פתולוגי כי נותר מספיק חומר מהדגימה הפתולוגית לצרכים עתידיים. מחקרים אלו חשובים ביותר ומהווים, לרוב, אבן יסוד למחקר הפרוספקטיבי.
- יש לכלול במסגרת המידע שנמסר למשתתף במחקר לשם קבלת הסכמה מדעת, גם מידע הרלבנטי למשתתפים גברים במקרים שתרופה או טיפול עלולים להשפיע על הפוריות ולגרום לסיכונים כלשהם – בדומה, למידע שיש למסור לנשים הרות או מיניקות וכן נשים בגיל הפוריות.
- במחקרים מסוימים – בהם לא קיים סיכון מיוחד למשתתפים – יש להמשיך ולהסמך את וועדות הניסויים המקומיות כאשר הליך כזה על מנת למנוע פגיעה ניכרת בקידום המחקר ובבריאות המטופלים, היות שדרישה לקבלת אישור של משרד הבריאות עלולה לעכב באופן ניכר את אישורם של מחקרים אלו, שאופן שאינו מוצדק.
- יש לשנות את הרכב ועדת הניסויים המוסדית (ועדת הלסינקי) כך שתוכל לבצע את תפקידה בצורה הטובה ביותר ובאופן המקצועי ביותר. לפיכך, יש לקבוע כי בין חבריה יהיו גם אנשי מקצוע מתחומי הביוסטטיסטיקה, האפידמיולוגיה, הביולוגיה המולקולארית והמעבדה.
- יש להתיר על כנו את ההסדר החוקי, לפיו אחד מנציגי ועדת הניסויים העליונה של משרד הבריאות יהיה יו"ר הר"י או נציג אחר מטעמו, מהר"י.
- יש לעגן את האפשרות של מוסד להיעזר בוועדת ניסויים רפואית של מוסד אחר במסגרת החקיקה. המציאות בשטח מכתובה מצב בו קיימים כיום מוסדות רפואיים שבהם לא קיימת ועדת ניסויים מוסדית, כמו למשל מוסדות רפואיים בהם מספר המחקרים קטן ולפיכך הם נעזרים בוועדת ניסויים מוסדית השייכת למוסד רפואי אחר.
- אחד הקשיים המהותיים ביותר במדינת ישראל בתחום הניסויים הרפואיים הינו הליך האישור האיטי והממושך. מצב זה נוצר הן כתוצאה מהעומס הרב המוטל על חברי הוועדות והן, עקב היותם עובדים בהתנדבות. על מנת לשפר את איכות וזרימה הניסויים הרפואיים ואת קידום המחקר בכלל במדינת ישראל, יש לראות את עבודת חברי הוועדות המוסדיות כחלק בלתי נפרד מעבודתם השגרתית. הכרה זו תאפשר לחברי הוועדה להקדיש את הזמן הנדרש ללמוד את הבקשות המונחות בפניהם ולשפוט אותן מתוך בקיאות בחומר הרקע המדעי כמו גם תצביע על החשיבות הרבה שהציבור בישראל מייחס לעבודת הוועדה ועל תפקידה החיוני, וכן על הציפייה, כי חברי הוועדה יקיימו את תפקידם מתוך המקצוענות המרבית האפשרית.
- יש ליצור ועדת היגוי רב-תחומית שתעסוק בליבון ודיון של שאלות אתיות, רפואיות, משפטיות, פילוסופיות, חברתיות וכו', לגבי מחקר רפואי לשם יצירת כללים אחידים, מגובשים ומחייבים. יש לשתף בוועדה זו את נציגי הר"י שמעורבת בעדכון הצהרת הלסינקי בשנים האחרונות ואשר ע"י איגודיה המקצועיים, המועצה המדעית והלשכה לאתיקה תשקף את תמונת המצב הבינלאומית הרלבנטית.
- יש לעגן את היקפה של יחידת פיקוח ובקרה על תחום המחקרים בארץ. על מנת למנוע כל חשש לניגוד עניינים אפשרי, אין לאפשר לממונה על יחידת הפיקוח לערוך בפועל ניסויים רפואיים בבני אדם.
- יש להתיר על כנו את החובה האתית הקיימת במדינת ישראל, למתן תרופת המחקר עד 3 שנים מסיום הניסוי הרפואי למשתתף, למעט במצבים חריגים. אין להתיר מתן פטור מראש גורף לפי שיקול דעתו של מנכ"ל משרד הבריאות אלא לקבוע מראש מפורשות מתי יתאפשר מתן פטור זה. יש לכלול במסגרת ההסכמה מדעת למשתתף את עובדת הפטור והסיבה לכך.

- אין ליצור הגבלה גורפת מדיי ושרירותית על מספר הפעולות החדשניות שאינן בדרך של ניסוי רפואי בבני אדם, על מנת שלא לפגוע "מטעמי פרוצדורה" באופן שרירותי ובלתי מוצדק במטופלים בהם נדרשת "הפעולה החדשנית" אלא ליצור מנגנוני פיקוח ובקרה ראויים.
- יש להטיל חובות גילוי מוגברות על החוקרים בקשר עם פרסום ממצאי הניסוי, לרבות תוצאות שליליות.

67 | ניסויים קליניים בבני אדם - "בעלי עניין" בניסויים קליניים

פורסם בספטמבר 2004

רקע:

המציאות הכלכלית מכתובה שינויים מפליגים ביחסי רופא-מטופל. תפקידו המסורתי של הרופא הולך ומתרחב; נוסף להיותו מטפל ומרפא, הופך הרופא בשנים האחרונות לשותף פעיל במחקר הרפואי תוך שיתוף פעולה הדוק עם תעשיית התרופות וחברות הזנק. יש שנוצרים תנאים שבהם קידום טכנולוגיה חדשה עשוי להשפיע על מעמדו הכלכלי של הרופא השותף למחקר. במציאות חדשה זו, שבה שיקולים מסחריים עלולים, לכאורה, להאפיל על האמת המדעית, מוטלת עלינו החובה לקבוע כללים ברורים למעמדם של "בעלי עניין" במחקר הרפואי.

נייר עמדה:

1. ניסויים קליניים חיוניים לפיתוח הרפואה וקידומה, ולפיכך יש לתמוך בהמשך קיומם.
2. פיתוח מכשור רפואי חדש או תרופה חדשה כרוך באמצעים כספיים שאינם עומדים לרשות בתי החולים או הרופאים.
3. מתוך כורח זה, יש שנוצרות שותפויות עסקיות בין בתי החולים והרופאים לבין גורמים תעשייתיים.
4. יש לראות שותפות כזו בחיוב מהיותה אמצעי לקידום רמת הרפואה.
5. ניסויים קליניים הנערכים בניהול "בעלי עניין" מותרים, אך מחייבים זהירות מוגברת הנוגעת לבטחונם ולבריאותם של המטופלים המשתתפים בניסוי.
6. ניסוי קליני בניהול "בעל עניין" ייערך אך ורק במרכז רפואי שבו פועלת ועדת הלסינקי מוסדית ובפיקוח נוסף של ועדת הלסינקי של משרד הבריאות.
7. ניסוי קליני בניהול "בעל עניין" ייערך מתוך שקיפות מרבית כלפי המטופל של כל האינטרסים הכלכליים העומדים מאחורי הניסוי, לרבות אלו של המוסד הרפואי והרופאים המשתתפים בניסוי.
8. יוצגו לחולה כל החלופות האחרות הקיימות לטיפול במחלתו, ויפורטו בפניו כל הסיכויים וכל הסיכונים של הטיפול הנסיוני המוצע.
9. לא ייגבה תשלום מהחולה כל עוד לא הכריזה הרשות המוסמכת לכך כי הטיפול הנסיוני הוא טיפול מוכח.
10. מנהל המרכז הרפואי שבו נערך הניסוי על-ידי "בעל עניין" נושא באחריות כפולה לניהולו התקין.

68 | ניסויים קליניים בבני אדם - השימוש בפלצבו

פורסם בספטמבר 2004

רקע:

קידום הרפואה מחייב לעתים קרובות ביצוע ניסויים בבני אדם. ניסויים כאלו נושאים בחובם תקווה ומרפא לאותם חולים אשר יזדקקו בעתיד לתרופה החדשה הנמצאת עתה בפיתוח. עם זאת, אין להקל ראש בסיכון הטמון בניסויים אלו לנחשפים לתרופה ניסיונית או לטכנולוגיה חדשנית, בטרם הוכחה יעילותן ובטיחותן. החברה האנושית המודרנית החליטה, בעקבות מעשי הפשע הנוראים שביצע המשטר הנאצי, לקבוע אמות מידה נוקשות המתירות ניסויים בבני אדם רק בתנאים מבוקרים ומוגדרים מאוד, אשר עיקרם שמירת בריאותו ובטיחות חייו של כל משתתף בניסוי. הצהרת הלסינקי של WMA משנת 1964, וסדרה נוספת של הצהרות של ארגון זה, יצרו את הבסיס האתי הנדרש לקיום ניסויים בבני אדם.

ועדות הלסינקי הפועלות בארץ בבתי החולים ובמשרד הבריאות הן פועל יוצא של אותן הצהרות והתחייבויות בינלאומיות.

השימוש בפלצבו בניסויים קליניים עומד לאחרונה במרכזו של ויכוח אתי נוקב, עד כי ארגון ה-WMA נאלץ לפרסם בשנת 2002 הבהרות לסעיף 29 של הצהרת הלסינקי המקורית, המתייחסות לשימוש בפלצבו. עיקרו של הוויכוח הוא הצורך לגשר בין הדרישה הקיימת לבחון כל טיפול חדש מול טיפול אחר, הטוב ביותר הקיים כבר בשימוש, לבין צורכי המחקר המודרני, המחייבים לעתים שימוש בפלצבו תוך גרימת סיכון וסבל אפשריים למטופלים. הלשכה לאתיקה דנה בנושא זה ואימצה את רוח החלטת ה-WMA.

נייר עמדה:

1. ניסויים קליניים עלולים לחשוף את החולה לטיפול בתרופות בעלות יעילות נחותה או גם לטיפול בפלצבו.
2. טובת החולה המשתתף בניסוי ובטיחותו חייבות לעמוד מעל כל שיקול אחר, לדבות זה של טובת החברה או המדע.
3. ככלל, יש להשוות כל אמצעי רפואי חדש באבחון, במניעה או בטיפול כנגד אמצעי יעיל ומוכח אחר אשר כבר קיים.
4. ככלל, יש להתיר את השימוש בפלצבו רק במקרים שבהם אין אמצעי רפואי אחר שיעילותו כבר הוכחה.
5. השימוש בפלצבו בניסוי קליני מותר בנסיבות המיוחדות כלהלן:
 - כאשר סיבות מדעיות-מתודולוגיות ראויות וכבדות משקל מחייבות שימוש בפלצבו כדי למדוד את יעילותו של אמצעי רפואי חדש.
 - כאשר הניסוי בודק אמצעי מניעה, טיפול או אבחנה בבעיה רפואית קלה, ואשר במהלכו לא ייגרם לחולה סבל או נזק רפואי של ממש.
 - השימוש בפלצבו בניסויים קליניים שבהם לא ניתן לקבל הסכמה מדעת של המטופל, לדבות בחולים פסיכיאטריים, מחייב זהירות יתר ופיתוח כללים ייחודיים נוספים. זאת, תוך פיתוח במקביל של מנגנון בקרה ופיקוח של ועדת הלסינקי והנהלת המוסד הרפואי המאשרים את הניסוי.

69 | מחקר גנטי באוכלוסיות גדולות

מתוך נייר העמדה שפורסם בשנת 2003

ההחלטה להקים בהר"י את הוועדה לנושא המחקר הגנטי באה בעקבות שורה של אירועים הקשורים במחקר הגנטי בארץ אשר עוררו שאלות עקרוניות כבדות משקל בכל הקשור בעריכת מחקר גנטי וניהולו במיוחד באוכלוסיות גדולות ומוגדרות מראש. שאלות אלה מטבען הן חדשות ועל כן לא ניתן היה למצוא להן תשובה קיימת בחקיקה או בקודים אתיים מקובלים.

לאחרונה עמד במרכז העניין הציבורי המקרה של חברה מסחרית אשר החלה לאסוף דגימות דם, בהיקף ארצי גדול במיוחד ומבני עדה מסוימת, בניסיון למפות גנים של מספר מחלות תורשתיות בבני אותה עדה. הנושא זכה לתהודה ציבורית בולטת ביותר ועורר מדרך הטבע ויכוח נוקב בכל אותן סוגיות דגישות של חיסיון מידע גנטי, סימון גנטי של עדה, מסחר במידע גנטי ומעמדו של הרופא מול החברה המסחרית החוקרת מצד אחד והחולה הבודד מנגד. כללים אלו אינם חלים על יחסי העבודה בין גורמי מחקר אקדמיים-ציבוריים.

לאור זאת החליטה הלשכה לאתיקה של הר"י על הקמת ועדת מומחים, רב-תחומית, שתגבש המלצות בדבר האופן בו יש לנהל מחקרים גנטיים באוכלוסיות גדולות ובדבר הדרך בה יש לנהוג בתוצאות המתקבלות. כבר בראשית הדברים מבקשת הוועדה להדגיש, כי הדיונים שנערכו והסיכום המובא בדו"ח אינם מתייחסים לפעילות של חברה זו או אחרת, או לחוקרים אלו או אחרים. יש לקרוא את הדו"ח כולו כדו"ח המכיל המלצות והנחיות הן לגורמים העוסקים במחקר הגנטי, בדגש על רופאים, והן לגורמים הקובעים מדיניות במטרה להביא לגיבוש כללים בעלי משקל נורמטיבי מחייב.

התודה נתונה לחברי הוועדה על הזמן הרב שהקדישו לדיונים, על עצתם הנבונה ועל תרומתם לליבון הסוגיות הסבוכות העומדות בייסוד מסמך זה. תודה מיוחדת שלוחה לעו"ד אסף טויב, היועץ המשפטי של הלשכה לאתיקה, על עזרתו הנאמנה בניסוח הגירסה הראשונה ולאנשי המחלקה המשפטית שסייעו בידו, לפרופסור צבי בורוכוביץ וד"ר כרמל שלו על חדות המחשבה בניסוח הסופי של מסמך זה.

הגדרות של מונחים מרכזיים בדו"ח

להלן נביא הגדרות של מונחים מרכזיים בהם נעשה שימוש במהלך כתיבת הדו"ח:

- אוכלוסייה - כל הפרטים הקשורים לקבוצת אנשים בעלת מכנה משותף.
- אוכלוסיות גדולות - אנשים הקשורים לקבוצת אוכלוסין בעלת מכנה משותף (אתני או רפואי או אחר) המכילה מספר רב של פרטים.
- בדיקה גנטית - בדיקת די-אן-איי או תוצריו של אדם לשם איפיון והשוואה של רצפים של די-אן-איי או מחקר על החומר הגנטי של האדם על מנת לאתר נטיות למחלה מסוימת או לשם אישור של אבחנה למחלה גנטית.
- גנטיקה של אוכלוסיות - מחקר על מידת השונות (Variation) בקבוצה של פרטים.
- חומר גנטי - גן, תוצריו או תפקודו או אנליזה של די-אן-איי או של כרומוזומים.
- מחקר גנטי - מחקר שבו מתבצעות בדיקות של גן, תוצריו או תפקודו או אנליזה של די-אן-איי או של כרומוזומים לשם איתור או שלילה של שינוי הקשור למחלה גנטית.
- מידע גנטי - המתקבל כתוצאה ממחקר גנטי.
- קבוצה אתנית - קבוצת אנשים המוכרים כקבוצה על בסיס מאפיינים ייחודיים כמו דת, שושלת יוחסין, שפה, תרבות או לאום.

מטרת הדו"ח

הדו"ח נועד בראש ובראשונה לקבוע כללי התנהגות אתית לרופאים המשתתפים במחקר גנטי. כמו כן מכיל הדו"ח המלצות הנוגעות מחד לרופאים חוקרים ומאידך לחברות מסחריות העוסקות במחקר גנטי באוכלוסיות גדולות. אנו ערים לעובדה כי לגבי כל החברות המסחריות אלו הן המלצות בלבד אך קבלתן תקל מאוד על שיתוף הפעולה עם הקהילה הרפואית ותקדם בסופו של דבר את המחקר הגנטי.

הדו"ח נכתב במציאות בה טרם גובשו הכלים החוקיים להסדרת ביצוע מחקרים גנטיים באוכלוסיות גדולות. אנו תקווה כי דו"ח זה יקדם את התהליך של גיבוש כללים נורמטיביים של "מותר" ו"אסור" במחקר הגנטי וכי ישמש מצע לחקיקה אשר תביא להסדרתו של נושא זה.

נקודות המוצא להמלצות הוועדה

- המלצות הוועדה מתבססות על נקודות מוצא כלהלן:
- א. הוועדה מכירה בחשיבותו של המחקר הגנטי וקוראת לכל הגורמים לפעול לקידומו.
 - ב. מחקר גנטי באוכלוסיות גדולות ומוגדרות, בניגוד למחקר של פרטים בודדים, יוצר מכלול חדש של סוגיות אתיות, מוסריות ומשפטיות שלא היו קיימות עד כה.
 - ג. במקביל להתפתחותו המהירה של המחקר הגנטי יש להכין אפוא את הכלים האתיים והמשפטיים הנדרשים לפיקוח על מחקר זה.
 - ד. הוועדה מכירה בשאיפת חברה מסחרית העוסקת במחקר מסוג זה לרווח כלכלי ולהנות מפרי המצאתה ובלבד שתישמר במקביל טובת הציבור, לרבות שיפור הרפואה והמחקר הרפואי.
 - ה. במחקרים גנטיים הנערכים באוכלוסיות גדולות יש להקפיד על זכויותיו ופרטיות החולה או כל נחקר בודד ולמנוע יצירת אפיון שלילי (סטיגמה) מכלל הציבור הנחקר.
 - ו. מן הראוי כי מחקר גנטי באוכלוסיות גדולות יתבצע בשיתופה של קהילת הרופאים. יש לראות ברופאים שותפים למחקר ולא ספקי דגימות בלבד.
 - ז. קידום המחקר הביו-רפואי מחייב שיתוף פעולה גלובלי הכולל העברת מידע ודגימות בין מדינות שונות. יש לקבוע סייגים להעברת מידע כזה כאשר מדובר במידע הנוגע לאוכלוסיות גדולות של תושבי המדינה.

עקרונות כלליים

1. מחקר גנטי בבני אדם, כמו כל מחקר אחר, יהיה כפוף הן לחוק והן לכללי האתיקה ויהיה מחויב בקבלת כל האישורים המתחייבים, לרבות אישורה של ועדת הסיניקי העליונה לניסויים גנטיים בבני אדם.
2. יש ליידע את הציבור אודות קיומו של מחקר גנטי הנערך באוכלוסיות גדולות. הפרסום יאפשר שקיפות, פיקוח ודיון ציבורי באותו מחקר. יוצאים מהכלל הם אותם מקרים בהם עצם הפרסום יש בו משום פגיעה בגוף החוקר או באוכלוסייה הנחקרת.
3. תושבי המדינה אינם "משאב לאומי" או "דכוש" המדינה, כך גם דמם והחומר הגנטי המופק ממנו. יחד עם זאת המדינה הינה "בעלת עניין" במידע גנטי הנוגע לאוכלוסיותיה. ומכאן זכותה לקבוע כללים לניהול המחקר והשימוש שיעשה במידע הגנטי הנאסף.
4. כל פרסום של תוצאות מחקר גנטי אשר נערך באוכלוסיות גדולות ייעשה מתוך רגישות מירבית על מנת למנוע אפיון שלילי או הטלת דופי באוכלוסייה הנחקרת.
5. לטובת הידע האנושי הכולל יש לעודד פרסום תוצאות המחקר הגנטי גם אם הוא אינו ממלא אחר ציפיות החוקרים או החברה המסחרית החוקרת.

הקמת רשות סטטורית למחקר גנטי

- הוועדה קוראת למדינה להקים רשות סטטורית למחקר הגנטי אשר תפקידה יהיו:
1. לאשר ביצוע מחקרים גנטיים בכלל ובקבוצות אוכלוסייה גדולות בפרט.

2. לפקח על ביצוע המחקר הגנטי תוך כדי מהלכו לרבות פיקוח מדעי וחיסיון המידע המצטבר.
3. לקבוע את הכללים לעניין העברת המידע הגנטי הכולל ושימושים משניים בו, כנכס מדעי או כלכלי, לגוף שלישי לרבות חברות תרופות רב-לאומיות.
4. לקבוע כללים לאישור רכישה או מיזוג של חברה מסחרית חוקרת עם חברות וגופים אחרים במקרים בהם עולה חשש, כי ייעשה שימוש לרעה במידע הגנטי שנאסף.
5. לקבוע מסגרת זמן לביצוע המחקר אשר בסיומו יהפוך המידע לנחלת הכלל.
6. לקבוע כללים לשמירת המידע הגנטי ודגימות הדם במקרה של הפסקת פעילותם של החוקרים או זו של החברה המסחרית החוקרת.
7. לפעול להקמת "בנק די-אן-איי" לאומי אשר יעמוד לרשות הקהילה הרפואית והמדעית בארץ.
8. לוודא כי דגימות דם ומידע גנטי לא יושמדו בתום המחקר או בפירוק החברה וכי יועברו ל"בנק ה-די-אן-איי" הלאומי על פי הכללים שייקבעו.
9. לוודא כי במידה והחברה החוקרת תירכש במהלך הניסוי או אחריו על-ידי חברה אחרת, תקבל החברה הרוכשת על עצמה את כל ההתחייבויות שקיבלה עליה החברה הראשונה ביחס לניהול המחקר והמאגר הגנטי הנמצא ברשותה.

הסכמה מדעת לניסויים רפואיים ומחקרים גנטיים

מזכותו של האדם על גופו נגזרת באופן ישיר החובה לקבל ממנו הסכמה מדעת לכל פעולה הקשורה בגופו והמשפיעה עליו. וכן הסכמה מדעת לשימושים שנעשים בחלקי גופו לרבות איברים, רקמות ודם שניטלו ממנו. חובה זו חלה ביתר שאת בכל הקשור בניסויים רפואיים ובמחקרים גנטיים. המחקר הגנטי טומן בחובו פוטנציאל רחב הקשור בחשיפת מידע פרטי אודות המשתתף בניסוי, משפחתו וצאצאיו, עדתו ואף אודות אוכלוסיות גדולות שעד עתה לא ניתן היה לאסוף מידע גנטי אודותם.

1. במסגרת הליך קבלת ההסכמה מדעת של המטופל לביצוע המחקר הגנטי יש לאפשר למטופל לבחור בין שתי אפשרויות:

א. מתן "הסכמה כללית" – הסכמה גורפת הניתנת לכל שימוש עתידי במחקר הגנטי שייעשה בדגימה שנלקחה מהנחקר מבלי שיהיה צורך לחזור אליו לקבלת רשות חוזרת ובלבד שכל מחקר אשר יתבצע על בסיס החומר הנאסף יהיה למטרת קידום הרפואה והמדע. הסכמה כללית כאמור לא תינתן על-ידי קטינים ו/או חסרי כשרות משפטית ו/או אפוטרופוסיהם.

ב. מתן "הסכמה פרטנית" – הסכמה של הנחקר לביצועו של מחקר או ניסוי מוגדר וספציפי או בתחום מוגדר. כי בכל מקרה של הרחבת המחקר או ביצוע של מחקר חדש יש לחזור אל הנחקר בכדי לקבל מחדש את הסכמתו למחקר החדש. באין הסכמה, כאמור, אין לעשות כל שימוש במידע המתקבל ו/או בדגימות.

2. ניסויים בבני אדם חסרי כשרות משפטית למתן הסכמה מדעת יעשו רק בהעדר חלופה אחרת מקבוצות מחקר אחרות. במקרה זה תידרש הסכמה מדעת של האפוטרופוס המופקד על אותו אדם. תנאי נוסף למחקר בקבוצת אנשים אלו היא העובדה כי המחקר נועד לקידום הבריאות של "האוכלוסייה המיוצגת" על ידי אותם אנשים חסרי כשרות.

3. מחקר בקבוצות אוכלוסייה גדולות ומוגדרות יש ויחייב את הגוף החוקר לקבל בנוסף להסכמה הפרטנית גם "הסכמה מדעת קבוצתית". הסכמה כאמור יכול שתינתן על ידי המנהיגים "הטבעיים" של אותה קבוצה. הסכמה מדעת תינתן גם לאופן שמירת המידע: כמידע בלתי מזוהה או כמידע מקודד הניתן לזיהוי.

חובת גילוי נאות של הרופא הנוטל חלק בניסוי

1. במסגרתו של הליך קבלת ההסכמה מדעת על הרופא הנוטל חלק בניסוי למסור לנחקר מה מידת מעורבותו

- במחקר המוצע. רופא, כאמור, יכול שיהיה מעורב במחקר כדלקמן:
- "רופא חוקר" - רופא המשתתף באופן פעיל במחקר בכל מהלכו.
 - "רופא שותף במחקר" - רופא התורם תרומה אינטלקטואלית בתכנון הניסוי בביצועו ובניתוח תוצאותיו אך אינו מלווה את הניסוי בכל שלביו.
 - "רופא שהוא סוכן מחקר" - רופא המהווה "סוכן" אשר מעביר לחברה מסחרית את הדגימה הגנטית לצורך מחקר.
2. יש ליידע את הנחקר בשפה המובנת לו כי במחקר בו מעורבת חברה מסחרית גלום סיכוי לרווח כספי של אותה חברה.
 3. יש ליידע את הנחקר כי הרופא "סוכן המחקר" מקבל תמורה כספית מהחברה המסחרית החוקרת עבור שירותיו.
 4. יש ליידע את הנחקר במטרותיו המדויקות של המחקר והשלכותיו, אם יש כאלו, על הנחקר, על משפחתו וצאצאיו ועל קבוצת האוכלוסין אליה הוא משתייך.
 5. יש ליידע את הנחקר אם יש כוונה להעביר את המידע שייאסף או את הדגימות לגוף שלישי כל שהוא, במהלך הניסוי או אחריו.
 6. יש ליידע את הנחקר בתועלת האישית לו ולמשפחתו, אם יש כזו, אשר תצמח מהשתתפותו במחקר.
 7. יש ליידע את הנחקר בתום הניסוי בדבר תוצאות הניסוי לרבות תרופות או טכנולוגיות רפואיות אשר פותחו במהלכו. במקרה של נבדק בלתי מזהה יעשה הדבר על-ידי פרסום בעיתונות היומית.

סודיות רפואית

1. אין למסור מידע בנוגע לאדם המשתתף בניסוי לכל אדם אחר, לרבות לבני משפחתו, אלא לאחר שהתקבלה הסכמתו המפורשת:
 - לגלות את עצם השתתפותו במחקר.
 - לגלות את התוצאות האישיות שהתקבלו במחקר.
2. יש ליידע אדם המשתתף בניסוי באמצעות רופאו, ותוך שמירה על הסודיות הרפואית, בדבר תוצאות המחקר הנוגעות לו אישית אם מחקר זה נעשה על-ידי די-אן-איי מזהה.
3. הן לאדם המשתתף בניסוי והן לבני המשפחה שמורה הזכות שלא לדעת מה היו תוצאות הניסוי והשלכותיהם עליו ועל בני משפחתו.

הרחבת המחקר הגנטי

- יש ונוצר צורך להרחיב את המחקר הרפואי על-ידי שיתוף בני משפחה נוספים, הרחבת היקף השימוש בדגימה מעבר למוסכם מראש, או שיתוף גורם מחקרי נוסף בבדיקת הדגימה שכבר ניתנה. במקרים אלו יש לנהוג כלהלן:
1. כל שינוי בהיקף הניסוי או מטרותיו מחייב אישור מראש של ועדת הלסינקי אשר אישרה את הניסוי המקומי.
 2. הפנייה לבני משפחה נוספים תעשה על-ידי האדם המשתתף בניסוי בעצמו או בהסכמתו, באמצעות הרופא.
 3. הרחבת היקף השימוש בדגימה מעבר למוסכם מראש מחייבת קבלת הסכמה מדעת מחודשת באותם מקרים בהם לא ניתנה "הסכמה כללית", אלא "הסכמה פרטנית" בלבד.
 4. העברת מידע ודגימות בין גורמים מחקרניים אקדמיים-ציבוריים מותרת ללא הגבלה כל עוד המידע מועבר לצורך מחקר לקידום המדע בלבד ובכפוף להסכמת הנחקר.
 5. העברת מידע בין גופים מסחריים טעונה אישור של ועדת הלסינקי העליונה לניסויים גנטיים בבני אדם

ובעתיד אישור של הרשות הסטטוטורית שתוקם לצורך כך.
 6. הוצאת מידע גנטי, אשר מקורו באוכלוסיות גדולות, ממדינת ישראל תתאפשר רק לאחר קבלת אישור ועדת הלסינקי העליונה לניסויים גנטיים בבני אדם ובעתיד מהרשות הסטטוטורית.

שיתוף רופאים במחקר

1. רופאים המשתתפים במחקר זכאים להיות שותפים למידע שנאסף במחקר.
2. כל רופא המשתתף במחקר רשאי לנהל דיאלוג עם חבריו למחקר או עם החברה המסחרית החוקרת כשבמסגרתו יוכל להביא הצעות ורעיונות משל עצמו בנוגע למחקר.
3. ככלל, עדיף הקשר עם הרופא שהוא "רופא משתתף הניסוי" מקשר עם רופא שהוא "רופא סוכן".
4. תגמול לרופא המועסק במוסד אקדמי או ציבורי המשתתף במחקר גנטי יינתן אך ורק באמצעות המוסד המעסיק אותו. רופא העובד באורח פרטי רשאי לקבל תגמול על תרומתו למחקר.

זכויות במידע הגנטי

- חלק גדל והולך מהמחקרים הגנטיים מתמקד במחקר אפידמיולוגי-גנטי על אוכלוסיות גדולות. לעובדה זו יש משמעות נרחבת החורגת מרמת הפרט ועשויה להשפיע על מספר רב של אוכלוסיות עד לרמת המדינה עצמה. מטבע הדברים מחקרים בסדר גודל כאמור מחייבים התייחסות שונה מן המקובל עד עתה. לפיכך:
1. למדינה אסור לסחור בדגימות הגנטיות או במידע גנטי בדומה לאיסור החל על סחר באיברים להשתלה.
 2. איסוף מידע גנטי ודגימות במדינה מתאפשר הודות לשיתוף פעולה של אזרחי המדינה, תרומה זו אומנם לא מקנה זכות קניין למדינה אך יוצרת זיקה למידע.
 3. למדינה יש את הזכות לשלול שימוש במידע הגנטי ולקבוע גבולות לשימוש בו לרבות קביעת כללים שמטרתם הגנה על אוכלוסיות וקבוצות של פרטים.

פירות המחקר הגנטי

האיזון הנדרש בין האינטרס הכלכלי של חברה מסחרית חוקרת לבין רווחת הקהילה מחייבת יצירת כללים חדשים אשר יבטיחו את שני הצדדים.

1. ראוי כי הקהילה תשתף פעולה עם החברה המסחרית החוקרת לקידום המחקר הרפואי והרפואה.
2. הקהילה, כתורמת את המשאב האנושי המהווה את הבסיס למידע הגנטי רשאית לדרוש תמורה מפירות המחקר.
3. התמורה למטופלים אשר השתתפו בניסוי, למעט במקרה של מחקר ב- די-אן-איי בלתי מזוהה, תהיה ככל האפשר במתן חינוך של תרופות או טכנולוגיות רפואיות, תוצרי המחקר.
4. התמורה לכלל הקהילה תהיה תרומה כספית, שיעור מוסכם מתקציב המחקר או הכנסותיו.
5. התמורה הכספית תינתן לקידום המחקר הרפואי של אותם מוסדות רפואה או מחקר אשר השתתפו בניסוי או לקידום בריאות הציבור.
6. התמורה הכלכלית למדינה תהא מותנית מראש ולא תעמוד על בסיס התנדבותי.

70 | ניסויים בבעלי חיים

פורסם ביוני 2002

רקע:

ההסתדרות הרפואית מחויבת לקידום הרפואה והמחקר הרפואי לרווחת כלל החברה בישראל. המחקר הרפואי והמדעי נעשה בחלקו באמצעות ניסויים בבעלי חיים. שימוש זה הכרחי וחיוני כדי להבין את המנגנונים הביולוגיים הפועלים ביסוד הגוף האנושי. כן יש הכרח לבדוק בבעלי חיים את היעילות ואת הבטיחות של טכנולוגיות רפואיות חדשות טרם יישומן בבני אדם. נוסף לכך, ניסויים כאלו נדרשים בהוראה ובהכשרה בלימודי הרפואה.

הגבלת המחקר המדעי והרפואי המבוסס על ניסויים בבעלי חיים, מעבר לקבוע היום בחוק, תפגע בפיתוח הרפואה ותמנע מהציבור בארץ לקבל טיפול רפואי מתקדם.

המחקר בבעלי חיים מעורר התנגדות מצד ארגונים הפועלים למען זכויות החיות. התנגדות זו מובנת, ויש להתחשב בה ולמצוא את האיזון הנאות בינה לבין צורכי הרפואה והמדע וטובת המין האנושי.

נייר העמדה:

1. ניסויים בבעלי חיים חיוניים לקידום הרפואה ולטובת המין האנושי.
2. לפיכך הר"י תומכת בקיום ניסויים אלו.
3. ניסויים בבעלי חיים ייעשו רק במסגרת החוק כפי שהוא קיים כיום (חוק צער בעלי חיים, ניסויים בבעלי חיים 1994) וכפי שייקבע מעת לעת.
4. ניסויים בבעלי חיים ייעשו רק בהיעדר כל חלופה מתאימה אחרת.
5. ניסויים בבעלי חיים ייעשו לאחר שהתקבל אישור לביצועם מהרשות המוסמכת לכך.
6. בכל ניסוי ייעשה שימוש במספר המזערי האפשרי של בעלי חיים. ייבחרו בעלי חיים שיהיו בדרגה הנמוכה ביותר בסולם ההתפתחות המאפשר את ביצוע הניסוי.
7. בכל ניסוי ייעשה מאמץ למזער את הסבל הנגרם לבעלי החיים במהלך הניסוי ובסופו.
8. כל ניסוי בבעלי החיים ייעשה בהתאם לתקנים הבינלאומיים המקובלים (NIH/NRC) או תקני המועצה הארצית לניסויים בבעלי חיים).
9. יש לפעול כדי להסביר את עמדת הר"י והקהילה הרפואית, להגביר את שיתוף הפעולה וההסכמה של הציבור הרחב, וכדי למנוע חקיקה מגבילה נוספת.

ז' | כללים אתיים בפרסום מדעי

פורסם בינואר 2006

רקע:

לאחרונה הגיע לידיעת הציבור הרחב מקרה מבין ומצער, שבו התקבלה לפרסום עבודת מחקר אשר ככל הנראה מעולם לא בוצעה. כשנדרשו מחברי העבודה לשאת באחריות לתוכנה, הגיב אחד המחברים, מנהל מחלקה במעמדו המקצועי, ואמר כי בעצם אין הוא יודע במה מדובר, וכי במהלך כינוס מקצועי, תוך עמידה באכסדרת אולם הכינוסים, נתן את הסכמתו בכתב ובחתימתו לפרסום מבלי שטרם לבדוק למה הוא מתחייב ומבלי שלקח למעשה חלק כלשהו בעבודה זו.

זה היה שיא עצוב למציאות עגומה ומתמשכת, המשתקפת גם בתלונות המגיעות ללשכה לאתיקה, ולפיה רשימת המחברים של מאמרים מדעיים אינה משקפת לעתים את תרומתם האמיתית של אותם מחברים – ביטוי למסורת שלפיה מנהל המחלקה ייחשב תמיד "מחבר" מאמר בכל עבודה המתפרסמת ממחלקתו אף אם לא לקח בה כל חלק.

עורכי העיתונים הרפואיים המובילים בעולם מנהלים עתה מערכה רבת חשיבות, שנועדה לשמר את אמון הציבור באמת המדעית המתפרסמת בעיתונים אלו. גבולות המאבק חורגים ממסגרת נייר עמדה זה, אך כחלק משמירת מעמד הרפואה בישראל מצאנו לנכון לחזור ולשנן בפני ציבור הרופאים בארץ את הראוי ואת שאינו ראוי בפרסום מדעי.

ברצוני להודות לחברי תת-הוועדה של הלשכה לאתיקה, לד"ר תמי קרני (יו"ר), לד"ר אלינור גושן, לד"ר דני הרדוף, לד"ר ברוך חן ולפרופ' עדי שני, אשר ערכו וכתבו את הנוסח הראשון של מסמך זה.

א. מבוא כללי

כל העוסקים במחקר המדעי והרפואי נדרשים ליושר אינטלקטואלי מוחלט. יושר זה נועד לשמור על טוהר המחקר ועל רמתו המקצועית מחד, ולשמור על אמון הציבור במידע הרפואי המתפרסם, מאידך.

התחייבות בסיסית זו הפכה את המעמד של "מחבר" בפרסום מדעי בתרבות הנוכחית לרגיש במיוחד. מעמד של "מחבר" הפך לכלי המרכזי שבאמצעותו נשפט החוקר על יכולתו המקצועית והאקדמית. מספר הפרסומים קובע כיום את מעמדו של החוקר בקרב הקהילה המדעית-רפואית שאליה הוא משתייך, משמש כלי מרכזי בקידומו בסולם הדרגות האוניברסיטאי, ומהווה כלי בוחן יחיד כמעט במתן מענקי מחקר והשכר הנגזר מהם. השינוי שחל באופי המחקר כיום, המחייב שיתוף פעולה בין קבוצות מחקר גדולות ורבות, הביא לקשיים רבים גם בקביעת מיקומו של כל "מחבר" ברשימת השמות הארוכה של כל השותפים למחקר.

מעמד של "מחבר" אינו מתנה משמים. הוא מבטא אחריות מדעית וחברתית שהמחבר לוקח על עצמו. בצד הקרדיט המקצועי וההכרה החברתית יש במעמד זה גם התחייבות לקבל את האחריות כאשר הדברים אינם מתנהלים באופן הראוי, למשל כשמידע הנמסר מתברר כלא נכון; כשלא ניתן לשחזר את הממצאים; או כשהמסקנות שהוצגו נמצאות מוגזמות ומופרזות. לפיכך, המעמד של "מחבר" מעניק כבוד גדול בצד אחריות רבה המוטלת על כתפיו.

המחקר הרפואי כיום מחייב השקעות עתק אשר חלקן הגדול מגיע מתעשיית התרופות. לתעשייה זו סדר יום משלה, אשר אינו חופף בהכרח את זה של הרופא החוקר. במציאות מרה זו תועדו, למרבה הצער, מספר מקרים שבהם שיקולים מסחריים וכלכליים של מממן המחקר הכריעו את האמת המדעית, והביאו להסתרת מידע רפואי מהציבור הרחב או לעיוותו כך שישדרת את צרכיו של אותו גורם מממן. לכן נוצר צורך דחוף להגדיר מחדש את יחסי הגומלין בין האקדמיה הרפואית ותעשיית התרופות, כך שיישמר החופש האקדמי של החוקר.

הכללים האתיים המופעים במסמך זה באים לענות על מקצת מהבעיות. אין זה מסמך שלם, והוא מתייחס למספר מצומצם של נושאים הנוגעים לפרסומים רפואיים. יהיה הכרח, לדעתנו, להשלימו ולעדכנו בעתיד ולהתאימו למציאות המשתנה סביבנו. אנו מציעים לכל הקוראים לעיין בנספח "הנחיות אחידות לפרסום מאמרים בעיתונים הביו-רפואיים". מסמך חשוב זה הוצא לאור לראשונה על ידי קבוצת עורכי עיתונים ביו-רפואיים שנודעה במקור בשם "קבוצת ונקובר", ואשר הפכה במרוצת הזמן לוועדה הבינלאומית של עורכי העיתונים הביו-רפואיים (ICMJE). ועדה זו פרסמה בשנים האחרונות מספר עדכונים למסמך היסוד שלה. הגרסה האחרונה שנכתבה באוקטובר 2004 מופיעה באתר: WWW.ICMJE.ORG

ב. מחברים של מאמר מדעי רפואי

הגדרת "מחבר" של מאמר רפואי היא כיום ברורה, והוגדרה היטב מטעם האיגוד הבינלאומי של עורכי העיתונים הביו-רפואיים (ICMJE).

על-פי הגדרה זו, "מחבר" ייחשב כל מי שמקיים את התנאים האלה:

1. תרם תרומה ממשית להגיית הרעיון הבסיסי העומד ביסוד המחקר או לעיצובו, לניתוח התוצאות או למתן משמעות או פירוש לתוצאות אלו.
2. כתב את המאמר או ערך בו שינויים מהותיים, תוך מתן תוכן אינטלקטואלי חדש של ממש.
3. אישר סופית את המאמר לפרסום.
4. כאשר את המחקר מבצעת קבוצת חוקרים גדולה, רבת מרכזים, על החוקרים לבחור מביניהם את אלה הנושאים באחריות הישירה לעבודה המתפרסמת. אותם חוקרים חייבים לעמוד בעצמם בהגדרה של "מחבר" על-פי הקריטריונים המוסכמים לעיל.
5. מתן תמיכה כלכלית בלבד, איסוף סתמי של מידע או דגימות, או "השגחה כללית" לכשעצמם אינם מקנים זכות למעמד של "מחבר".
6. כל אחד מהמחברים של מאמר חייב להיות שותף ממשי בחלק נרחב של המחקר, כך שיוכל לעמוד בביקורת עמיתים למקצוע ולביקורת כלל הציבור על חלקים מהותיים של הפרסום המדעי.

כללים אלו מבהירים כי מעמד של "מחבר" אינו יכול להיות "מתנה" או "כיבוד" הניתנים לאדם מסוים מתוקף תפקידו בלבד. כך לדוגמה, אין זה ראוי להציע מעמד של "מחבר" למנהל מחלקה רק מתוקף היותו מנהל, אם לא הייתה לאותו מנהל תרומה ממשית לקיום המחקר כמתואר לעיל.

סדר המחברים בפרסום המחקר חייב להיקבע מראש ובהסכמה בין החוקרים. מקובל כי בראש הרשימה יופיע שמו של אותו מחבר שתרומתו לקיום המחקר הייתה הרבה ביותר והמכרעת בערכה הסגולי. אחריו יופיע המחבר שתרומתו הייתה שנייה בערכה, וכך הלאה. מקובל כי המחבר האחרון ברשימה הוא החוקר הבכיר, אשר במעבדתו או בהשגחתו הישירה בוצעה עבודת המחקר. מחבר אחרון במאמר חייב גם הוא לעמוד בקריטריונים של "מחבר", כמפורט לעיל. אין להשתמש במעמד של "מחבר אחרון" כמתנה או ככיבוד לאותו אדם.

1. כל מחבר חייב לקרוא בקפדנות את המאמר כולו, קודם לפרסומו, ולהסכים הן עם הצורה והתוכן של חלקו האישי בו והן עם חלקם של שאר המחברים.
2. לא יישלח מאמר לפרסום ללא ביקורת והסכמה של כל המחברים.
3. כל מחבר אחראי, אישית, לתוכן המאמר כולו ולמסקנותיו. על כל מחבר להיות מוכן להגן על תוכן המאמר, המתפרסם בשמו, לרבות חלקו הוא וחלקם של חבריו למאמר.
4. כל השותפים האחרים לעבודה אשר תרומתם לה אינה מגעת לכלל דרגת "מחבר" יוזכרו בנפרד בפרק הכרת התודה (Acknowledgment).

5. המחברים יצינו בקצרה על גבי טופס מיוחד את תרומתו של כל מחבר במצורף למאמר בעת הגשתו למערכת. הדבר יופיע בהערת שוליים של המאמר.
6. לא ייתן חוקר את ידו לכך כי שמו יופיע כמחבר מאמר אלא אם עמד בתנאים הנדרשים כמפורט לעיל.

ג. פרסום כפול ופרסום מקוטע

Duplicate (redundant) and salami publications

- פרסום כפול - משמעותו פרסום חוזר של מאמר, כאשר קיימת חפיפה ברורה עם מאמר קודם שכבר פורסם. חפיפה כזו תיתכן כאשר יש דמיון מובהק בהשערת היסוד העומדת בבסיס המחקר, באפיון המדגם, בזהות החולים, בשיטות המחקר, בתוצאות המחקר או במסקנותיו.
 - פרסום מקוטע - משמעותו פריסת הנתונים שהתקבלו ממחקר יחיד ופיזורם בעיתונים שונים או במועדים שונים, מתוך כוונה מראש להרבות בפרסומים.
- פרסום כפול ופרסום מקוטע פוגעים ומעוותים את האמת המדעית ולפיכך הינם אסורים. הנזק הנגרם מפרסומים אלו הוא רב ביותר. די למנות בצד החובה את בזבוז המשאבים הנגרם עקב פרסום על חשבון מאמרים מקוריים אחרים, בזבוז זמן של סוקרי מאמרים אלו ויצירת עומס מידע מלאכותי שלא לתכלית ראויה. עוד חשוב להזכיר, כי פרסום כפול עלול להביא להטיית הידע הרפואי (BIAS) במבחנים (META-ANALYSIS) של רפואה נסמכת ראיות.
- נוסף לכך, פרסומים מסוג זה כרוכים לעתים בבעיות חוקיות של גניבת זכויות יוצרים. מעבר לכל, מחקרים כאלו מאפשרים קידום אקדמי שגוי בזכות "הישגים" לכאורה.
- המחברים יצהירו כי המאמר הנמסר לפרסום הוא מקורי, וכי לא נמסר במקביל לפרסום בעיתון אחר, וכי המידע הרלוונטי לא פורסם כבר במקום אחר.
- פרסום כפול או מקוטע מותר במקרים האלה:
- במחקרים אפידמיולוגיים או קליניים רחבי היקף, שתוצאותיהם אינן יכולות להיות מפורסמות באותו זמן, או שהן עונות על שאלות מחקר שונות.
 - בפרסום קודם של המחקר במסגרת תקציר המוגש לכינוס מדעי, בתנאי שעורך העיתון מודע לפרסום הקודם.
 - בפרסום כפול בשפות שונות, המיועד לציבור קוראים שונה ובידיעת העורכים.

ד. ניגוד אינטרסים

אמון הקהילה הרפואית בפרט והציבור הרחב בכלל באמיתות המחקר הרפואי מחייב שקיפות וידיעה ברורה כי המידע המתפרסם הוא חופשי מכל הטיה גלויה או סמויה, וכי אלו שבצעו את אותו מחקר היו חופשיים מכל ניגוד אינטרסים.

ניגוד אינטרסים מתקיים כאשר ל"מחבר" המאמר, למוסד שבו הוא עובד או ל"סוקר" המאמר יש אינטרסים אישיים העלולים להשפיע על תוצאות עבודתם המדעית. ניגוד אינטרסים כזה עלול להתקיים גם כאשר ה"מחבר" או ה"סוקר" סבורים כי אין בניגוד זה כדי להשפיע על יכולת השיפוט המדעי שלהם.

יחסי גומלין כספיים הם הסיבה העיקרית לניגוד אינטרסים במחקר הרפואי. בקבוצה זו ניתן לזהות יחסי עובד-מעסיק, במיוחד במקרה של חברת תרופות או היי-טק, בעלות של מניות או ניירות ערך של חברה מסחרית לה יש עניין בתוצאות המחקר, קבלת "דמי ייעוץ" או תגמול כספי עבור הרצאות מוזמנות מטעם אותו גורם מסחרי המעורב במחקר, וכיו"ב.

ניגוד אינטרסים עלול להתקיים גם בנסיבות אחרות, לרבות קיום יחסים אישיים עם חוקרים אחרים, תחרות אקדמית ומעורבות דגשית עזה במחקר.

העדר יושר ושקיפות במידע הרפואי המתפרסם יביא בהכרח לאי-אמון כלפי החוקרים, כלפי העיתון המפרסם וכלפי הרפואה בכללותה.

לפיכך, על כל חוקר המפרסם מאמר רפואי לגלות ולחשוף ביושר ובמידה מלאה כל ניגוד עניינים אפשרי, היכול להשפיע על שיקול דעתו. הנחיה זו מתקיימת במקביל גם לגבי סוקרים של מאמרים רפואיים וכותבי מאמרי מערכת בעיתונים הרפואיים.

ה. העצמאות האקדמית של החוקר

חלק משמעותי של המחקר הרפואי מתבצע כיום במימון ישיר של חברות מסחריות. לצורת מימון זו יש פוטנציאל מסוכן להטיה של תוצאות המחקר בהתאם לאינטרסים הכלכליים של מממן המחקר. כדי לשמור על העצמאות האקדמית של המחקר הרפואי ועל מעמדו בעיני הציבור הרחב, הוציא לאחרונה איגוד העורכים של העיתונים הביו-רפואיים (ICMJE) הוראות מחמירות, ולפיהן על החוקרים להימנע מחתימה על חוזה מחקר שבהם מתקיימת הגבלה כלשהי המתייחסת לחופש המוחלט שיש לחוקרים בניהול המחקר. על-פי ההוראות החדשות, על כל חוקר הפונה לעיתון בבקשה לפרסם את המחקר להצהיר כי היתה לו גישה מלאה לכל המידע שנאסף במחקר; כי נשמרה לו היכולת לעבד את המידע שנאסף באופן עצמאי; כי היה לו חופש מלא בכתיבת המאמר ובפרסומו, גם אם תוצאותיו אינן ממלאות את ציפיותיו של המממן, וכי הוא נושא באחריות אישית לנכונות המידע המתפרסם. עוד נדרש החוקר הראשי לפרט מה היה חלקו, אם היה כזה, של מממן המחקר בהליכים אלו.

הצהרה זו של החוקר בדבר החופש האקדמי המלא נדרשת עתה באופן שגרתי בכל מאמר המוגש לפרסום יחד עם הצהרה בדבר ניגוד אינטרסים אפשרי, כמפורט לעיל.

כדי למנוע הסתרה מפני הציבור של מידע רפואי "שולי" לגורם המממן את המחקר, החליטו עורכי העיתונים כי החל מיולי 2005 יידרש רישום מוקדם של כל ניסוי קליני כתנאי הכרחי לפרסומו בעתיד. הרישום ייעשה באתר דיגיטלי, נגיש לציבור ללא כל תמורה. האתר יכיל בין היתר מידע הנוגע לזהות המחלה העומדת ביסוד המחקר, למהות הטיפול הנבדק, מטרותיו, היקפו וזהות הגורם המסחרי המממן את הניסוי.

כתובת האתר בארץ היא WWW.CLINICALTRAILS.GOV.IL

משרד הבריאות פרסם בספטמבר 2005 חוזר מנכ"ל, המפרט את ההוראות לרישום ניסויים רפואיים במאגר. על החוקרים לנהוג על-פי הנחיות אלו.

ו. אחרית דבר

על החוקרים לשנן לעצמם כל הזמן את האחריות הרבה המונחת על כתפיהם. עליהם לזכור כי עבודתם תשמש את חבריהם הרופאים הקוראים את המאמר בבואם לטפל בחולים. לפיכך חובה עליהם לכתוב כל מילה, לשקול כל משפט, בזהירות המרבית האפשרית, ובאותה דאגה וזהירות כאילו הם עצמם מטפלים בחולה באותו רגע ממש.

מתוך אותה חובה אתית עליהם למלא תפקיד חשוב זה בדיוק מדעי מלא ושלם, ביושר אינטלקטואלי ומתוך יושרה אישית.

72 | קביעת מין היילוד תוך שימוש בהפריה חוץ-גופית

פורסם בנובמבר 2005

רקע:

הטכנולוגיה הרפואית מתקדמת במהירות כה רבה, עד כי נוצר שוב ושוב פער בין היכולות המדהימות שהיא מעמידה לרשותנו לבין עמדות הציבור הנוגעות להרשאה והסכמה חברתית רחבה על השימוש בהן. די להיזכר בסערה העצומה ובוויכוח הנוקב שהתעוררו בארץ ובעולם סביב הולדתה בשיבוט של הכבשה "דולי". לפתע השתרר פחד קמאי מפני עולם עתידי, אורוליאני, שבו הומונואידים משוכפלים ממלאים את הרחובות. המין האנושי נגע בכיסאו של בורא העולם, מחד גיסא, והתמלא פחד ויראה, מאידך גיסא. אין זה מפתיע לכן כי חברות רבות, בהן ישראל, הקדימו לגונן על עצמן בחקיקה מהירה שנועדה לבלום את חזון אימים זה, גם אם היה מופרך מיסודו.

עתה אנו נדרשים לסוגיה "קלה" יותר לכאורה, לא התערבות במעשה הבריאה מראשיתו, אלא "רק" קביעה מראש, על-פי הזמנה, את מין הנולד, שהרי הטכנולוגיה של "אבחון גנטי טרם השרשה" כבר קיימת בהישג יד במספר מרכזים רפואיים בארץ. אך האם הרשות לכך נתונה? האם נתיר למומחים לדבר לפעול בחופשיות על-פי יכולתם המקצועית, כשאנו חוצים בכך ערכי יסוד של החברה האנושית? ראוי להבהיר כבר עתה, כי הטכנולוגיה לקביעת מין היילוד מיושמת זה שנים אחדות, בהסכמה חברתית רחבה, על מנת למנוע מחלות גנטיות הנמצאות בתאחיה לכרומוזום המין. כל סטייה ממדיניות מצמצמת זו עלולה להביא אותנו למחוזות רחוקים כמו אלו של סין והודו, למשל, שם ממיתים עוברים בחדשי ההריון הראשונים, לאחר שנודע מינם, זאת, מסיבות כלכליות או חברתיות, תוך הפרה גסה של האזיון הדמוגרפי באותן מדינות.

משרד הבריאות פרסם לאחרונה הוראות המתירות בחירת מין היילוד שלא מסיבות רפואיות. על-פי כללים אלו, ההיתר יינתן רק לזוגות נשואים שלהם יש ארבעה ילדים משותפים מאותו המין ואשר הולדת ילד נוסף, מאותו המין, תהווה לגביהם נטל נפשי בלתי נסבל עד כדי "פגיעה מהותית ומשמעותית בבריאותם הנפשית". בדיון שהתקיים בלשכה לאתיקה נדונו ערכי היסוד של חירות הפרט וזכותו הטבעית לקבוע כיצד יתנהלו חייו מול טובת החברה כולה וערכי היסוד שעליהם היא נשענת. באזיון הדק הזה הכריעו חברי הלשכה, בדומה לעמדות האתיות של הארגונים הרפואיים הגדולים בעולם המערבי, כי בחירת מין היילוד מותרת, אתית, מסיבות רפואיות בלבד. יחד עם זאת, מצאו חברי הלשכה לנכון לתחום החלטה זו, באופן יוצא דופן, בפרק זמן קצוב של חמש שנים. בתום מועד זה תובא עמדה זו לדיון חוזר.

נייר העמדה:

1. הקידום המהיר ביכולתן של הטכנולוגיות הרפואיות מחייב, דרך קבע, בחינה מחודשת של ערכי היסוד בחברה.
2. אבחון גנטי, טרם-השרשה, מאפשר כיום לקבוע מראש את מין העובר ולאבחן בו נוכחות מחלות גנטיות.
3. הפריה חוץ-גופית, הנעשית לצורך אבחון גנטי, חושפת את האישה לטיפולים רפואיים שיש בהם סבל וסיכון בריאותי, ויש להשתמש בה, משום כך, לתכלית ראויה בלבד.
4. בחירת מין היילוד היא תכלית ראויה, כאשר היא נעשית על מנת למנוע מחלות גנטיות קשות.
5. בחירת מין העובר בהפריה חוץ-גופית, הנעשית מסיבה חברתית, כלכלית או דתית, היא בלתי ראויה ולפיכך פסולה מבחינה אתית.
6. החלטה זו מוגבלת לתקופה של חמש שנים. בתום מועד זה, יהיה צורך לבחון מחדש את היכולות המדעיות של קביעת מין היילוד, את ההשפעות ארוכות הטווח של טכנולוגיה זו על הנולד ואת עמדות החברה והמחוקק בעניין זה.

73 | קניין רוחני במערכת הבריאות

מתוך נייר העמדה של הר"י המתייחס לדו"ח ועדת ההיגוי הבין-משרדית להסדרת הקניין הרוחני במשרדי הממשלה, מדצמבר 2006

רקע:

בחודש דצמבר 2006, פורסם דו"ח מטעם ועדת ההיגוי הבינמשרדית להסדרת הקניין הרוחני במשרדי הממשלה, שמונתה על ידי החשב הכללי, במשרד האוצר בשנת 2003. במערכת הבריאות. הועדה בחרה להסדיר תחילה את המערכות המרכזיות בממשלה שבהם קיים פוטנציאל גדול יחסית להיווצרות של קניין רוחני. בכל הנוגע למערכת הבריאות הוקם על-ידי הועדה צוות משנה, במטרה לגבש עקרונות לניצול תוצרי הידע בבתי החולים הממשלתיים. מעיון בהמלצות הוועדה עולה כי "השחקן הראשי" במערכת העוסקת בניהול הקניין הרוחני בבתי החולים הממשלתיים, אינו אלא הרופא החוקר. ברי, כי הקניין הרוחני אותו מבקשת המדינה להסדיר ולמסחר נוצר בעמל כפיו של הרופא. בנסיבות אלו חלק ניכר מהמלצות הוועדה עוסק אך ורק בציבור הרופאים. הר"י מצאה, כי המלצות הועדה פוגעות באופן משמעותי בציבור הרופאים העוסק במחקר יישומי, וחלקן עולה כדי הרעה בתנאי עבודתם של הרופאים. בעקבות זאת, נסחה הר"י את הסתייגותיה מהדו"ח במסגרת נייר עמדה. להלן יפורטו מספר כשלים מרכזיים העולים מהדו"ח ועמדתה של הר"י, לגביהם.

חשיבותו ותרומתו של המחקר הרפואי המתקיים בבתי החולים:

המלצות הוועדה מביעות חשש, כי עידוד המחקר בבית החולים יפגע בטיפול השוטף בחולים, או כי קידום מחקר יישומי יעשה על חשבון מחקר בסיסי הנערך כשגרה בבית החולים. עמדתה של הר"י, כי הנחה זו בטעות יסודה היות שהניסיון מלמד, כי לא זו בלבד שאין כל בסיס ל"חשש" עליו הצביעה הועדה, אלא שהטיפול הרפואי והמחקר הרפואי שזורים זה בזה. כלל ידוע הוא, כי בתי החולים בהם מתקיים מחקר רפואי הינם בתי חולים המעניקים לציבור טיפולים איכותיים ומתקדמים יותר בהשוואה לבתי חולים בהם לא מתקיים מחקר כאמור.

בנוסף, לא ניתן להפריד בין מחקר בסיסי לבין מחקר יישומי. הפרדה זו הינה אנכרוניסטית, איננה נכונה ואיננה ישימה. יתרה מכך, מחקר יישומי יכול שיהיה שזור בתוך הטיפול הרפואי של הרופא ומתפתח כתוצאה מאינטראקציה של הרופא עם מטופליו.

משטר התמלוגים המוצע בדו"ח עבור הרופאים החוקרים:

משטר התמלוגים המוצע בדו"ח עבור הרופאים הינו מפלה, בלתי סביר, פשטני ובלתי יעיל. המנגנון שהוצע הינו בשיטת sliding scale, לפיו שיעור התמלוגים לו זכאי צוות המחקר הולך וקטן ככל שהיקף ההכנסות ממסחורה של האמצאה גדל. לפי המודל המוצע, החוקר זכאי ל-40% כאשר ההכנסות פר המצאה מגיעות עד 1 מיליון ש"ח; ל-25% כאשר ההכנסות פר המצאה הן בין 1 מיליון ל-10 מיליון ש"ח; ל-15% כאשר ההכנסות פר המצאה הן בין 10 מיליון ל-20 מיליון ש"ח; ל-2% כאשר ההכנסות פר המצאה הן בין 20 מיליון ש"ח ל-50 מיליון ש"ח ול-0% (!!!) כאשר ההכנסות פר המצאה הן מעל 50 מיליון ש"ח. משטר תמלוגים זה, מפלה לרעה את הרופאים העוסקים במחקר שהינם עובדי מדינה, הן ביחס לעמיתיהם שעוסקים במחקר בבתי החולים האחרים ובמוסדות המחקר והן ביחס לעמיתיהם העוסקים במחקר במוסדות המחקר האקדמיים. מנגנון התמלוגים המוצע אינו מעניק לרופאים תגמול ראוי ואינו עומד בדרישת "התמורה הסבירה", כפי שעולה מסעיף 135 לחוק הפטנטים הקובע אמות מידה להפעלת שיקול דעת על-ידי הוועדה לענייני פיצויים ותמלוגים בעניין התמורה לה זכאי הממציא. ההסדר המוצע הינו פשטני - אין התייחסות לכמות החוקרים המעורבים במחקר, ואין כללים לגבי חלוקת התמורה היחסית בין החוקרים ובנוסף, הינו בלתי יעיל - במקרים רבים רופאים עוסקים במחקר גם במוסדות אקדמיים, בארץ ובחו"ל. הסדר מפלה ובלתי יעיל יביא לזליגת ידע ול"ברייחת מוחות" מהמוסדות שבבעלות

המדינה. ההסדר המוצע עלול לגרום לרופא שמעוניין לעסוק, בין היתר, במחקר להעדיף להיות מועסק בבית חולים שאינו בבעלות המדינה, בשל ההסדר המפלה. בנוסף, ההסדר אינו סביר שכן אינו עולה בקנה אחד עם ההסדרים המקובלים במוסדות מחקרניים בחו"ל

ההפרדה המלאכותית בין פעילות המחקר לבין פעילותו של הרופא בבית החולים הפגיעה בתנאי העבודה של הרופאים:

בדוח נקבעו הכללים אשר יחולו על רופא עובד מדינה שיעסוק במחקר יישומי. נקבע, כי רופא שיעבוד במסגרת שעות עבודתו בבית החולים במחקר יישומי, יעשה זאת בתאגיד הבריאות וייחשב כעובד התאגיד. העובד יחויב בהחתמת שיעון נוכחות כתנאי לקבלת תגמול; משרתו בבית החולים תקוצץ בהתאם, וכך גם שכרו ותנאיו הסוציאליים. עמדתה של הר"י הינה כי מדובר בהרעה משמעותית בתנאי עבודת הרופאים – חלקיות המשרה תביא גם לאובדן רכיבי השכר הניתנים רק לרופא העובד במשרה מלאה וכי ההחלטה על החתמת שיעון נוכחות – פוגענית אף היא, ואינה ניתנת ליישום במקצוע הרפואה ומהווה פגיעה ביוקרת המקצוע – בעלי מקצועות המקבילים במעמד וברמה אינם נדרשים בהחתמת שיעון, כמו כן הסדר החתמת שיעון אינו מקובל גם בעולם. החתמת שיעון לא תביא להגדלת תפוקת הרופא, אלא לייקור עבודתו.

סוגיית הבעלות בקניין הרוחני שיווצר בבתי החולים הממשלתיים

ההסדר המוצע קובע שהבעלות בתוצרי והקניין הרוחני שיווצרו בבתי החולים ובתאגיד הבריאות יוותרו בידי המדינה. הר"י התנגדה לקביעה זו והציעה כי הבעלות תיוותר בידי התאגיד עם זכות שימוש מקביל למדינה:

ויתור המדינה על הבעלות באמצאה לטובת החוקר:

הדוח קובע כי כשהמדינה לא תהא מעוניינת למסחר את האמצאה ותאפשר לחוקר מסחור עצמי, עדיין החוקר יחויב להעביר לתאגיד, לבית החולים ולמדינה מחצית מההכנסות שהיו מגיעות להם ללא הויתור. הר"י טענה כי המדובר בתנאי בלתי סביר בעליל.

תמריצים שליליים לצדדים שלישיים:

הדו"ח קובע חסמים לחברות מסחריות להשקיע במחקר יישומי. עמדת הר"י היתה כי ברור כי במצב מעין זה, אף חברה מסחרית לא תהא מעוניינת להשקיע במחקר.

איסור על רופא לייעץ לחברה המשקיעה במחקר:

הדו"ח קובע איסור על רופא לייעץ לחברה מהשקיעה במחקר. ברוב המקרים, לחברה המשקיעה במחקר דרוש ליווי צמוד של חוקר בשלבי מסחור אמצאה שגובשה במחקר יישומי. האיסור בדוח הינה פגיעה בלתי מידתית בחופש העיסוק וחסם משמעותי בפני החברות להשקיע בבתי חולים ממשלתיים ללא אפשרות לקבלת ייעוץ מקצועי.

74 | הרופא הממציא, היזם ונושא המשרה בחברה העוסקת במכשור או בתרופה

אוקטובר 2021

במרוצת השנים, רופאים רבים הגו והמציאו שיפורים בתחומי מקצועיותם ותכננו מכשירים חדשניים המתגברים על חסר שנחשפו אליו במסגרת עבודתם הרפואית.

בעידן הנוכחי, נושא היזמות הרפואית תופס תאוצה. יותר ויותר רופאים עוסקים ביזמות, מפתחים חידושים ואף לוקחים חלק בהקמת חברות סטארטאפ או משמשים בעלי תפקידים בחברות היי-טק וטכנולוגיות רפואיות.

לפעמים הם סופגים הפסדים צורבים, כאשר ההמצאה אינה מצליחה - הפסדים כלכליים, הפסדי זמן או קידום, ולפעמים המכשור או הטיפול מצליחים מאוד, משפרי בריאות, והרופאים נהנים מפירות ההמצאה. עולם הרפואה מנסה להרחיב ולקדם את היזמות הרפואית. ההנחה היא כי יחד עם ההמצאות ישתפרו האבחון, הטיפול והמעקב במחלות שונות. עם הקדמה אנו מקווים לאיכות חיים טובה יותר לכל החולים. ישנו עניין ברור לכל העוסקים בתחום הבריאות, ולציבור בכלל, כי אנשי הרפואה יעסקו בקידום בריאות, בחדשנות, המצאות, יזמות ופוטנטים.

לשם כך ההסתדרות הרפואית בישראל הקימה את המכון לחדשנות רפואית ורפואת המחר, ומתקיימת שותפות אסטרטגית בינה לבין רשת הבריאות 8400 (The 8400 Health Network) במספר מיזמים חדשניים ומובילים. בעקבות מקרה בעייתי, עלתה השאלה האם רופא עלול להיות בניגוד עניינים אשר מצריך הימנעות שלו ממתן טיפול רפואי במקרה שהוא גם בעל עניין כלכלי בשל מעורבותו בפיתוח ההמצאה? סעיף 10 לפקודת הרופאים קובע: "רופא מורשה לא יעסוק בעיסוק אחר בנסיבות שבהן עלול להיווצר ניגוד עניינים בין עיסוקו כרופא מורשה לבין העיסוק האחר".

מהצד האחר, ברור לעוסקים ברפואה שדווקא רופא אשר מטפל ועוסק בתחום יוכל לרוב להיות היזם שיחשוב וימציא את המכשיר אשר יקל, ידייק או ישפר את הטיפול הרפואי בתחום שבו הוא עוסק. וכך עלולה להיווצר דילמה.

החובות האתיות הכלליות של הרופאים דורשות נאמנות ראשונה במעלה למטופל והימנעות ממצבים של ניגוד עניינים.

פירוט מיוחד ניתן בכללי האתיקה אשר עוסקים במערכת היחסים שבין חברות מסחריות וחברות תרופות לבין הרופאים. זוהי מערכת יחסים מורכבת, שברורה בה חשיבות שיתופי הפעולה בין הרופאים לבין חברות התרופות, ומנגד יש צורך לתת מענה לרושם כי הכוח הכלכלי של חברות התרופות והמכשור הרפואי עלולים ליצור ניגוד עניינים אצל הרופאים, ולכן נדרש לקבוע כללים לקיומו של שיתוף פעולה ראוי ונכון.

לצד חובותיו של הרופא בתפקידו כרופא, על רופא המשמש נושא משרה בחברה חלות בה בעת גם חובותיו בתפקידו זה, כגון חובת זהירות וחובת אמונים, הכוללת גם היא את החובה להימנע מניגודי עניינים.

חוק החברות, לדוגמה, קובע מנגנונים שונים להתמודדות עם מנעד המצבים האפשריים של ניגודי עניינים, כגון גילוי נאות, מנגנונים לאישור עסקאות, התייעצות בוועדת ביקורת, הימנעות ממעורבות וכדומה.

אין זה סביר למנוע לחלוטין דווקא מהרופא אשר עוסק בתחום מסוים והיה מעורב בפיתוח שקידם את תחום הרפואה בו הוא עוסק להשתמש על מטופליו בכלי טוב אותו הוא המציא, יזם, ייצר או שיווק.

מטבע הדברים, רופאים מפתחים רעיונות, מיזמים והמצאות בתחומי עיסוקם, שבהם הם עוסקים ואותם הם מבינים. נדיר המצב שרופא מתחום מסוים מנצל את הידע והניסיון שלו להמצאה בתחום אחר.

מתבקש למצוא את הדרך הראויה והמאוזנת שבה יתאפשר לרופא היזם לעשות שימוש בפירות יוזמתו גם בכובעו כרופא מטפל.

בדיון בלשכת האתיקה החלטנו על העקרונות הבאים:

1. הלשכה דוגלת בקידום ופיתוח מכשירים וטכנולוגיות ובהמשך החינוך הרפואי מדעי לרופא היוזם.
2. אין מניעה שרופא יקבל זכויות ויתפרנס בכבוד מההמצאה החדשה אשר המציא, יזם או פיתח או מתפקידו בחברה המפתחת והמייצרת את ההמצאה, ואין סיבה מוצדקת לכך שרק אחרים ייהנו מפירות עמלו.
3. תכשיר או מכשיר רפואי יוכשר לניסוי, שימוש וטיפול רפואי כמקובל בעולם הרפואה, מבחינה חוקית ואתית. כל שימוש ניסיוני ייעשה בכפוף לכל הכללים המקובלים לניסוי קליני, לרבות עמידה בכללי אמנת הלסינקי.
4. הרופא הממציא או בעל העניין בחברה המפתחת יוכל להשתמש במוצר לטיפול במטופליו כרופא מטפל אך ורק אם המוצר עבר אישור כמקובל (FDA, האיחוד האירופי, משרד הבריאות וכיוצא באלה) ונמצא בשימוש שוטף על ידי הרופאים בתחום המקצוע הרלוונטי.
5. מצופה מרופא כי יפרסם את התכשיר או המכשיר כמקובל בעיתונות הרפואית המקצועית הנמצאת תחת ביקורת עמיתים, יופיע בכנסים רפואיים ויעמוד לביקורת ושאלות עמיתיו מהתחום הרפואי.
6. על הרופא להקפיד לעמוד בכללים בנושא פרסום פרסומת ולהימנע מפרסום אסור על ידי רופא.
7. על הרופא להימנע מפעולות העלולות להיחשב ניגוד עניינים עם קידום בריאות מטופליו או ציבור המטופלים בכלל, ומפעולות אשר יפגעו באמון הציבור ברופאים.

75 | כריית מידע רפואי: סכנות ואמצעי זהירות

פורסם בספטמבר 2008

רקע:

ל"התנהגותו המרשמית" של הרופא - ההחלטה שלפיה בוחר הרופא ורושם תרופה למטופל - יש משמעות כלכלית יקרת ערך עבור חברות התרופות. אלה אינן יכולות לשווק תרופות ישירות ל"צרכן" - כלומר למטופל - והן נזקקות לצורך זה לשירותיו המקצועיים של הרופא כ"סוכן מכירות" שלהן.

בארה"ב ובקנדה התפתחה תעשיית מידע משוכללת, המוכרת לחברות התרופות מידע מפורט, הנגזר מתוך מעקב ממוחשב באלפי בתי מרקחת אחד עשרות מיליונים של מרשמים רפואיים, שאותם ניתן לשייך עד לרמת הרופא הבודד. חברות התרופות אוספות כך ביעילות ובתחכום רב מידע מפורט על המרשמים הרפואיים הניתנים על-ידי הרופאים, אשר ברובם הגדול אינם יודעים כלל כי הם נתונים למעקב מקצועי שכזה.

המידע העובר לחברות התרופות עלול לחשוף את הרופאים למאמצי שיווק מתוחכמים. כאשר הרופא נפגש עם סוכן מכירות של חברת תרופות גדולה, מחזיק האחרון בידו מידע מפורט על העדפותיו התרופתיות של הרופא. כך הוא יכול להפעיל "תגמול" או "עונש", בהתאם להתנהלותו של הרופא ובהתאם לאינטרסים הכלכליים של חברת התרופות.

סקרים שנערכו בקנדה ובארה"ב בקרב הרופאים העלו, כי מרביתם אינם יודעים כלל על איסוף המידע. רובם הביעו התנגדות נמרצת להמשך המעקב, ואף הביעו חשש כי תופעה זו עלולה לפגוע בחופש האקדמי ובטוהר השיקולים המקצועיים של הרופאים. הובע גם חשש, כי החלטות רפואיות המוטות עקב לחצים מצד חברות התרופות עלולות לפגוע בטיב הטיפול הניתן לחולים, ולגרום להתייקרות מלאכותית של ניהול מערכות הבריאות הלאומיות. אין זה מפתיע לכן, כי בכמה מדינות בארה"ב ובקנדה התקבלו חוקים האוסרים מעקב פרטני אחד התנהגותם המרשמית של הרופאים.

חברת "IMS health", המובילה בעולם ב"כריית מידע" רפואי (Medical Data Mining), פעילה גם בישראל ואוספת בארץ מידע עבור תעשיית התרופות. מנכ"ל החברה בישראל, מר בני דניאל, שהשתתף בדיון בנושא זה בלשכה לאתיקה, הסביר לחברי הלשכה - והתחייב במכתב שנשלח על-ידי לאחד מכן כי החברה פעילה בשוק הפרטי בלבד (לא בבתי המרקחת של הקופות), וכי היא אוספת רק "מידע מלוקט", ואינה אוספת מידע פרטני על רופא בודד. בכך, לדבריו, נשמרות גם הפרטיות של החולה הבודד וגם פרטיותו ועצמאותו המקצועית של הרופא. אנו מכבדים הודעה זו ומאמינים כי חברת "IMS health - Israel" תמשיך לנהוג כך גם בעתיד.

בשולי הדברים - אך לא כך מבחינת החשיבות - ראוי להזכיר כי "התנהגותו המרשמית" של הרופא היא מטרה קבועה גם של קופת החולים. זו מקיימת מעקב ממוחשב, קבוע וגלוי אחר כל אחד מרופאיה. עניינה של הקופה הפוך מזה של חברת התרופות. הקופה מנסה להשפיע על הרופא להשתמש בתרופות הזולות יותר, לרוב גנריות באופיין או חדישות פחות, והכל כדי לשמור על תקציבה המוגבל. אך על כך, ועל סוגיית הבעלות על המידע הרפואי ביחסי הגומלין בין הקופה והרופא הבודד, ומידת עצמאותו במסגרת זו - יש לקיים דיון נפרד.

נייר העמדה:

1. איסוף מידע בדבר השימוש בתרופות שונות עשוי לסייע בתכנון ובהפעלת משק הרפואה, ומכאן חשיבותו.
2. איסוף מידע ייעשה רק בצורה מלוקטת, בלתי מזוהה, השומרת על הפרטיות והאנונימיות, הן של החולה הבודד והן של הרופא הבודד.
3. כל איסוף מידע מרופא בודד ייעשה לאחר שהתקבלה ממנו, מראש, הסכמה מדעת בכתב הכוללת את פרטי המידע הנאסף, מטרת האיסוף וזהות הגורם המשתמש במידע זה. הסכמה כזו תינתן לפרק זמן קצוב בלבד.
4. לא ייעשה שימוש במידע הנאסף לצורך הפעלת כל לחץ שהוא, גלוי או סמוי, על הרופא מתוך כוונה לשנות את התנהגותו המרשמית.

76 | האמנה האתית המשותפת של ההסתדרות הרפואית בישראל ושל הארגונים היציגים של חברות התרופות הפועלות בישראל

מתוך האמנה האתית שפורסמה במרץ 2014

חברי ועדת ההיגוי:

הלשכה לאתיקה: פרופ' אבינעם רכס - יו"ר, ד"ר ברוך חן, ד"ר עמיקם מתוקי, פרופ' נילי פעילן-רמו, ד"ר תמי קרני, עו"ד גילי שיל"ת, עו"ד אדוה פרי-אבישי, עו"ד רויטל קדם, קרן משיח-צוונג

חברות התרופות:

פארמה ישראל: תמי אלטרץ, עו"ד דניאל ברמן, עו"ד גיא גורצקי, עו"ד חזי גרפינקל, אבי דנציגר, התאחדות התעשיינים בישראל: איריס אורעד, ענת סביון, כרמל פלדמן אבוטובול, ד"ר רוני שילה
איגוד לשכות המסחר: חנה לאידרשניידר

א. הגדרות

1. איגוד מדעי: קבוצה של מספר רופאים בענף רפואי המוכר כמומחיות, על-פי האמור בתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג-1973, שהתאגדו לשם עבודה מדעית וקידום העניינים של הענף הרפואי.
2. חברה מדעית: קבוצה של מספר רופאים משני תחומי מומחיות שונים, לפחות, שהתאגדה כחברה עצמאית בינתחומית; או קבוצה של רופאים מתחום מומחיות מסוים, העוסקת במקטע של ענף המומחיות, אשר התאגדה כחברה איגודית תחת חסותו של האיגוד המדעי הרלוונטי לתחום העיסוק של החברה, ואשר נושאת בשמה את שם האיגוד אליו היא שייכת.
3. חוג: קבוצת מחקר או קבוצת עבודה של רופאים החברים כולם באיגוד מסוים, אשר להם תחום עניין מוגדר בתוך המומחיות של איגוד האם, שאותו הם מבקשים לקדם.
בכל מקום שכתוב "האיגוד", הכוונה לשם הפשטות היא "האיגוד המדעי" ו/או "החברה המדעית" ו/או "החוג המדעי".
4. חברת תרופות: כל חברה מסחרית שעיקר עיסוקה הוא פיתוח תרופות, ייצור, שיווק ומכירה של תרופות, אביזרים רפואיים, ציוד רפואי, מוצרים משלימים וטכנולוגיות רפואיות חדשות והפצתם.
5. תכשיר רפואי: תכשיר פרמצבטי או ביוטכנולוגי או אחר, המשווק על-ידי חברת תרופות, בין אם מדובר בתכשיר מרשם או בתכשיר שאינו דורש מרשם (OTC) הנועד בעיקר לשימוש עקב המלצה או בכפוף לפיקוח של איש מקצוע בתחום הרפואה, למטרת אבחון, טיפול או מניעה של מחלות בבני אדם, או כדי לשפר את איכות חייו של ציבור המטופלים.

ב. עקרונות כלליים

1. הרופא רשאי לקיים קשר מקצועי נאות עם חברת תרופות לצורך קידום הרפואה והמדע.
2. הרופא הנמצא בקשר עם חברת תרופות, יקפיד על חובתו הראשונית לטובת המטופל וימנע מכל מצב שיש בו ניגוד עניינים הפוגם במחויבות זאת. רופא המזהה מצב של ניגוד עניינים בין חברת התרופות למטופל, יפעל בשקיפות מלאה לטובת המטופל.
3. הרופא ישמור על עצמאותו ויושרתו המקצועית בכל מגע עם חברת התרופות, ולא יפגע בהן בשל כל אינטרס זר.

4. הרופא יחשוף קשר עם חברת תרופות, ככל שקיים כזה, בכל מצב שעלול להיווצר הרושם כי יש בו כדי להשפיע על עמדותיו או על דעותיו המקצועיות.
5. החתומים על אמנה זו מתחייבים לפעול להטמעתה וליישומה בקרב קהילת הרופאים והמועסקים בחברות התרופות.

ג. כנסים והשתלמויות

כינוס מדעי בישראל ביוזמת איגוד

1. בחירה וזימון של הרופאים המשתתפים בכינוס מדעי:
 - א. האיגוד יהיה אחראי על בחירתם והזמנתם של הרופאים המשתתפים בכינוס מדעי. חברת התרופות לא תבחר ולא תזמין את הרופאים לכינוס המדעי, בין בעצמה ובין באמצעות גורם שלישי.
 - ב. הרופאים המוזמנים לכינוס מדעי ייבחרו לפי קריטריונים שייקבעו מראש ויפורסמו בקרב חברי האיגוד. ככל שקיים באיגוד גוף ייעודי שמונה לצורך זה, ייבחרו הרופאים המוזמנים על-ידי גוף זה.
2. התכנים המקצועיים-אקדמיים המוצגים בכינוס מדעי:
 - א. התכנים המוצגים בכינוס מדעי יעסקו בנושאים רפואיים-מדעיים מקצועיים.
 - ב. התכנים המקצועיים בכינוס מדעי ייקבעו על-ידי האיגוד ולא על-ידי חברת התרופות, תוך שמירה על החופש האקדמי.
 - ג. התכנים המקצועיים בכינוס מדעי יוצגו באופן מאוזן ושקול, ללא כל השפעה או הטיה לטובת אינטרסים המשרתים את חברת התרופות. התכנים יהיו כפופים לכללים המחייבים שקיפות וגילוי נאות. ככל שקיימת זיקה כלשהי בין התוכן המקצועי לחברת התרופות, היא תוצג בתוכנית המדעית וכן בתחילת ההרצאה.
3. המרצים בכינוס מדעי:
 - א. ההחלטה על זהות המרצים ותוכן ההרצאות בכינוס מדעי תהיה באחריות האיגוד ולא באחריותה של חברת התרופות.
 - ב. המרצה בכינוס מדעי יהיה רשאי לקבל, וחברת התרופות תהא רשאית לתת, תשלום הוגן וסביר תמורת הרצאתו, וכן יהיה רשאי לקבל החזר בגין הוצאותיו האישיות. לא יינתן החזר בגין הוצאות של אדם הנלווה לרופא.
 - ג. הרופא המרצה בכינוס מדעי יעביר את הרצאתו באופן מקצועי, מאוזן ושקול ומתוך יושר אקדמי.
 - ד. הרופא המרצה בכינוס מדעי, המציג תכשיר רפואי, טכנולוגיה רפואית או ציוד רפואי, יקפיד לציין את המצב הרגולטורי הרלוונטי של נשוא ההרצאה, לרבות רישומו בפנקס התכשירים, התוויות השימוש בו, אזהרות והגבלות. הרופא המרצה בכינוס מדעי, המציג תכשיר רפואי, טכנולוגיה רפואית או ציוד רפואי, יקפיד להציג את יתרונותיהם וחסרונותיהם וכן את החלופות הקיימות להם על יתרונותיהן וחסרונותיהן.
 - ה. הרופא המרצה בכינוס מדעי יהיה מחויב לנהוג בשקיפות ולהקפיד על גילוי נאות. ככל שקיימת לרופא המרצה זיקה מכל סוג שהוא לחברת התרופות, הקשורה במישרין או בעקיפין לנושא או לתוכן הרצאתו, יקפיד לציין זאת בראשית הרצאתו באופן ברור וגלוי, לרבות מה סוג הזיקה הקיימת ושם חברת התרופות הרלוונטית לזיקה זו.
4. תשלום עבור השתתפות בכינוס מדעי:
 - א. הרופא המשתתף בכינוס מדעי או מעסיקו יעבירו את התשלום בגין עלות ההשתתפות לאיגוד יוזם הכינוס או לחברת הכנסים הפועלת מטעמו. חברת התרופות לא תהיה צד לעניין זה.
 - ב. משתתפי כנס מקצועי הכולל לינה ו/או פעילות חברתית יחויבו לשאת בעצמם בחלק מעלויות האירוח,

לרבות הלנה והסעדה. האיגוד יהיה רשאי לקבוע את גובה ההשתתפות בהתאם לשיקול דעתו ו/או לפטור כחריג קבוצות מסוימות מטעמים מיוחדים שיירשמו.

5. נלווים:

נלווה של הרופא המשתתף גם הוא בכינוס מדעי ישלם את מלוא התוספת הנדרשת לכיסוי עלות השתתפותו בכינוס.

6. מקום עריכת הכנס:

כנסים והשתלמויות ייערכו במקומות ההולמים עריכת כנס מקצועי.

7. מתן חסות לכינוס מדעי:

א. כינוס חדיומי, שאינו כולל לינה, יוכל להתבצע גם בחסות של חברת תרופות אחת בלבד. איגוד המבקש לערוך כינוס מדעי שאינו חדיומי וכולל לינה בחסות של חברת תרופות, יידרש לקבל חסות כספית של יותר מחברת תרופות אחת. לפיכך, לא תיתן חברת תרופות חסות בלעדית, ללא שתינתן חסות של חברת נוספת, לכינוס מדעי הכולל לינה.

ב. חסות כספית של חברת תרופות לכינוס מדעי תיועד למטרת קיומו של הכינוס גרידא ועבור התכנים המדעיים-מקצועיים בכינוס, ולא למטרות אחרות.

ג. ככל שייוותרו מכספי החסות סכומים עודפים, שלא נעשה בהם שימוש לטובת הכינוס המדעי, הם יישארו בקופת האיגוד וישמשו לקידום מטרותיו המקצועיות. סכומים אלו יוצגו בשקיפות במאזן האיגוד ובאתר הר"י (ההסתדרות הרפואית בישראל).

8. דוכן תצוגה:

איגוד יהיה רשאי להתיר לחברת תרופות הנותנת חסות לכינוס המדעי להפיץ בקרב הרופאים המשתתפים בכינוס חומר מודפס, שנועד לקידום הידע או ההכשרה המקצועית. הדבר ייעשה באופן מכובד וראוי, ההולם הצגת חומר מדעי. בהתאם, חברת התרופות נותנת החסות תהא רשאית להפיץ חומר המיועד לרופאים המשתתפים בכינוס, רק אם חומר זה נועד לקידום הידע או ההכשרה המקצועית, לרבות פרוספקטים, מאמרים רפואיים וממצאי מחקר, בין אם באמצעות דוכן תצוגה ובין אם בדרך אחרת, שתיעשה באופן מכובד וראוי ההולם אף הוא הצגת חומר מדעי.

9. תוכנית שאינה אקדמית במסגרת עריכת כינוס מדעי:

א. האיגוד רשאי לשלב בכינוס המדעי פעילות בעלת אופי תרבותי שאינה מקצועית רפואית, ככל שמדובר בפעילות צנועה והולמת, שאינה ראוותנית ואשר מהווה חלק משני בלבד ביחס לתוכנית המקצועית של הכינוס.

ב. פעילות חברתית או תרבותית במהלך כינוס לא תהיה בחסות של חברת תרופות.

10. דיווח:

א. האיגוד יהיה אחראי על יצירת קריטריונים שקופים לגבי בחירת הרופאים המוזמנים לכינוס ועל העברת דיווח להר"י על קיום האירוע והקריטריונים לבחירת הרופאים.

ב. הדיווח יתבצע באמצעות הודעה בדוא"ל ללשכה לאתיקה של הר"י. דיווח זה יכלול את שם יוזם הכינוס, שם החברה או חברות התרופות נותנות החסות, מקום האירוע, התכנים ולוח הזמנים של האירוע, שמות המרצים ואופן התשלום למרצים, מועד האירוע וכן הקריטריונים לבחירת הרופאים המשתתפים בו.

כינוס מדעי בישראל ביוזמה ובמימון של חברת תרופות

1. הגדרה

לעניין פרק זה, "כינוס מדעי" ייחשב כינוס אליו מוזמנים לפחות 30 רופאים או כינוס הנערך מחוץ לכותלי המוסד הרפואי.

2. בחירה וזימון של הרופאים המשתתפים בכינוס מדעי חברת התרופות תעביר, מראש ובכתב, את הקריטריונים לבחירת המוזמנים יחד עם תוכנית כללית של הכינוס לידיעת האיגודים אליהם משתייכים הרופאים המוזמנים.
3. התכנים המקצועיים:
 - א. רופא ישתתף בכינוס המאורגן ביוזמה ובמימון של חברת תרופות כאשר עניינו של הכינוס הינו מקצועי רפואי. בהתאם, חברת תרופות לא תארגן כינוס שתוכנו איננו מקצועי רפואי.
 - ב. חברת תרופות היוזמת ומממנת מטעמה כינוס, לא תכלול בו הופעות בידוריות, למעט פעילות תרבותית צנועה ומשנית. בהתאם, רופא לא ישתתף בכינוס ביוזמת חברת תרופות אם כינוס זה כולל הופעות בידוריות.
4. מרצים
רופא המרצה בכינוס המאורגן ביוזמת חברת תרופות, יהיה כפוף לכל הכללים, כאמור בסעיף 13 ג-ה לעיל.
5. שקיפות וגילוי נאות:
 - א. רופא ישתתף בכינוס המאורגן ביוזמה ובמימון של חברת תרופות רק אם מתקיימים כללי השקיפות לגבי היות הכינוס מאורגן על ידי חברת התרופות. חברת התרופות תציין באופן ברור כי מדובר בכינוס שמאורגן על ידיה, הן בהזמנה לכינוס והן במהלך הכינוס עצמו.
 - ב. רופא ישתתף בכינוס ביוזמה ובמימון של חברת תרופות יחידה רק אם הכינוס הינו חד-יומי ואינו כולל לינה. בהתאם, חברת תרופות היוזמת מטעמה כינוס, לא תכלול לינה במסגרת הכינוס.
6. נלווים:
 - א. חברת תרופות תהא רשאית להזמין רופאים בלבד, ללא נלווים, לכינוס בארץ המאורגן וממומן על ידיה.
 - ב. חברת תרופות לא תממן כל הוצאה שהיא הקשורה להשתתפות נלווה של רופא באירועים מקצועיים אשר אורגנו ביוזמתה.
7. מפגש מקצועי של רופא עם נציג של חברת תרופות במימון חברת התרופות
חברת תרופות לא תארח על חשבונה רופא במסעדה או במקומות אירוח, אלא אם כן האירוח הינו צנוע ובלתי ראוותני, והינו משני ואגב מתן הרצאה או עיסוק בתוכן מקצועי משמעותי. בהתאם, רופא לא יסכים להשתתף באירוע הכולל אירוח במסעדה או במקומות אירוח, אלא אם האירוח הינו משני ואגב מתן הרצאה או עיסוק בתוכן מקצועי משמעותי.

כנסים והשתלמויות בחו"ל במימון חברת תרופות

1. הזמנת רופא על ידי חברת תרופות להשתתף בכינוס או בהשתלמות מקצועית בחו"ל תיערך באמצעות האיגוד הרלוונטי או על ידי המעסיק. בחירת הרופאים המוזמנים תיעשה על פי קריטריונים מוסכמים ושקופים. לא תתבצע הזמנה ישירה של רופא על ידי חברת התרופות.
2. הרופא, באמצעות האיגוד או המעסיק, יהיה רשאי לקבל, וחברת התרופות תהא רשאית לתת, החזר חלקי או מלא של הוצאותיו בפועל בהקשר עם נסיעתו והשתתפותו בכינוס או בהשתלמות.
3. הרופא אינו רשאי לקבל מימון או שווה ערך, וחברת התרופות אינה רשאית לממן כל פעילות שאינה קשורה ישירות לכינוס.
4. אם ארוחת הערב אינה כלולה בתוכנית הכינוס, רשאית חברת תרופות לארח על חשבונה צוות רפואי במסעדה או במקומות אירוח, בתנאי שמדובר באירוח שהינו צנוע ובלתי ראוותני.
5. רופא המרצה בכינוס בחו"ל, יהיה כפוף לכל הכללים החלים על הרופא המרצה בכינוס בארץ, לרבות שמירה על כללי הגילוי הנאות והשקיפות בכל מקרה שיש לו זיקה כלשהי לחברת התרופות.
6. נלווים:
 - א. חברת תרופות תהא רשאית להזמין רופאים בלבד, ללא נלווים, לכינוס בחו"ל המאורגן וממומן על ידיה.

ב. חברת תרופות לא תממן כל הוצאה שהיא, הקשורה להשתתפות נלווה של רופא באירועים מקצועיים אשר אורגנו ביוזמתה.

ד. מחקרים קליניים

השתתפות רופא במחקר קליני הממומן על-ידי חברת תרופות

1. הרופא יפעל מתוך שיקול דעת מקצועי, ויעמיד את טובת המשתתף במחקר מעל לכל אינטרס אחר.
2. הרופא ייקח חלק בעריכת מחקר קליני הממומן או נתמך באופן כלשהו על-ידי חברת תרופות, רק אם קיים בסיס מדעי מספק למחקר. בהתאם, חברת התרופות לא תתמוך במחקר קליני ללא בסיס מדעי מספק.
3. הרופא ייקח חלק במחקר קליני, רק אם התקבלה הסכמה מדעת של המשתתפים כנדרש, ובתנאי שמובטחת שמירה מרבית של זכויות המשתתפים, לרבות שמירה על סודיותם הרפואית ופרטיותם.
4. הרופא ייקח חלק במחקר מכל סוג שהוא, לרבות מחקר בשלב פאזה רביעית, רק אם התקבלו כל האישורים הנדרשים לשם עריכתו, לרבות עיגון בכתב של ההתקשרות המסחרית, הכוללת את התמורה הכספית שתשלם חברת התרופות למוסד הרפואי/לאיגוד/לחברה המדעית, וכל האישורים הרגולטוריים והחוקיים הנדרשים, לרבות אישורי הוועדה האתית המוסמכת (כגון, ועדת הלסינקי). בנוסח ההתקשרות יפורט עבור מה ניתנת התמורה הכספית.
5. הרופא ייקח חלק במחקר, רק אם נרשם המחקר מראש באתר פומבי הנגיש לציבור, ככל שנדרש רישום כזה.
6. הרופא שאינו מעורב בניהול או בביצוע המחקר לא יקבל, וחברת התרופות לא תעביר לו, תשלום עבור עצם הפניית מטופלים למחקר.
7. חברת התרופות תהא אחראית לכך שמחקרי המעקב לאחר שיווק (פאזה רביעית) ינוהלו על בסיס מדעי או מקצועי. אין לערוך מחקרים אלה, כשהרקע המדעי או המקצועי מועט או נעדר כליל, והמחקר נועד רק כאמצעי לקידום מכירתו של התכשיר ולצורך השפעה על רופאים.

עצמאות אקדמית ושקיפות במחקר

1. הרופא לא ייקח חלק במחקר, אם לא נשמרים החופש האקדמי המלא שלו, לרבות גישה חופשית בהגבלות סבירות למידע הרלוונטי הנאסף, וכן החירות לפרסמו בכל צורה ראויה, למעט הגבלות סבירות שאינן פוגעות בבטיחות המטופלים. בהתאם לכך, לא תתמוך חברת תרופות ולא תיזום מחקר שאין מובטחות בו שמירה על החופש האקדמי המלא של הרופא ועל גישה חופשית למידע הנאסף, כמו גם שמירת החירות לפרסמו, לרבות תוצאות שליליות.
2. הרופא החוקר לא יחתום, וחברת התרופות לא תחתים את הרופא, על הסכם שיש בו כדי להגביל את עצמאותו המקצועית-אקדמית או שיש בו להגביל את ביצוע המחקר או את פרסום תוצאותיו, למעט הגבלות סבירות שאינן פוגעות בבטיחות המטופלים.
3. הרופא החוקר יידרש לגילוי נאות לגבי כל זיקה לחברת התרופות הקשורה למחקר, הן בפני הוועדה האתית המתאימה (כגון, ועדת הלסינקי) כתנאי לאישור המחקר, הן בפני משתתפי המחקר והן בגוף הפרסום על אודות המחקר.
4. הרופא החוקר לא יהיה חלק ממחקר או מפרסום על אודות מחקר אם הוא ו/או קרובו בעל זיקה/אינטרס כלכלי הידוע לו בחברת התרופות הקשורה למחקר, וקיים חשש לניגוד עניינים בין זיקתו לחברה לבין זיקתו למחקר, אלא אם קיבל אישור מראש מהגורמים המתאימים לגבי מעורבותו במחקר/ בפרסום, לאחר שציין מהי הזיקה הכלכלית שלו או של קרובו.
5. הרופא לא ייקח חלק במחקר, לרבות מחקרים בפאזה רביעית, אם לדעתו המחקר נערך ללא ביסוס מדעי ראוי, כשמטרתו העיקרית היא לקדם אינטרסים מסחריים של חברת התרופות. בהתאם לכך, לא תערוך

- חברת תרופות מחקר ללא ביסוס מדעי, כשמטרתו העיקרית היא לקדם אינטרסים מסחריים.
6. הרופא החוקר לא יקבל תשלום, וחברת התרופות לא תאפשר מתן תשלום לרופא, המותנה בתוצאות המחקר.
7. הרופא החוקר לא יקבל, וחברת התרופות לא תיתן במישרין לרופא, כל תשלום/ תמיכה/ תמורה בשווי או בעין עבור תפקידו של הרופא כחוקר במחקר, אלא באמצעות האיגוד/ החברה המדעית/ המוסד המעסיק של הרופא בלבד.
8. הרופא לא יהיה רשאי לקבל, וחברת התרופות לא תהא רשאית לתת לרופא במישרין, מענק מחקר אלא באמצעות האיגוד/ החברה המדעית/ המעסיק בלבד.

ז. טובות הנאה, תמיכה כספית ותרומות

1. הרופא לא יקבל, וחברת תרופות לא תיתן לרופא, כל טובת הנאה אישית, למעט מתנות בעלות ערך שולי בלבד שנועדו לשרת במישרין את עבודתו או מתנות סמליות שהינן חלק מתרבות חברתית מקובלת או הליכות נימוסין.
2. מוסד רפואי, מרפאה או מחלקה יהיו רשאים לקבל מחברת תרופות, וחברת תרופות תהא רשאית לתת, תמיכה כספית או תרומה בעלת ערך לקידום המחקר הרפואי, לשיפור הטיפול, המחקר והשירות הניתן למטופלים, או לצורך טיוב הציוד הרפואי, כל עוד אין בקבלתם כדי לפגוע בעצמאות המקצועית של הרופאים הנהנים מהתמיכה ומהתרומה, וכל עוד נשמרים כל הכללים הרלוונטיים, המבטיחים שמירה על שקיפות מלאה ורישום מתועד בהקשר לכך.
3. חברת תרופות לא תממן, והרופא או האיגוד לא יקבלו מחברת התרופות, מימון מלא או חלקי לפעילויות חברתיות של הצוות הרפואי, לרבות "ימי כיף" או גיבוש.
4. אין להתיר התניה של קבלת התמיכה המותרת לרופא או למוסד רפואי, בקידום אינטרס של חברת התרופות נותנת התמיכה או כל גורם מסחרי אחר.
5. רופא או איגוד לא ייתנו או ידרשו תמורה או טובת הנאה אחרת מחברת התרופות, וחברת התרופות לא תיתן תמורה או טובת הנאה עבור ביקור של נציג רפואי מטעם חברת התרופות במרפאה או במחלקה בה פועל הרופא.
6. האיגוד או המעסיק יהיו רשאים לקבל מלגה, לרבות לעניין השתלמות בחו"ל, מחברת תרופות לצורך קידום הידע המקצועי של רופא או מספר רופאים. מקבלי המלגה ייבחרו על-ידי ועדת פרסים ומלגות שתוקם על-ידי הגוף מקבל המלגה. הבחירה תתבצע תוך שמירה על שקיפות ועל כללי השוויון וההגינות. בהתאם, חברת התרופות תהא רשאית לתת מלגה המיועדת לרופא או למספר רופאים, כל עוד הם נבחרו על-ידי הגוף מקבל המלגה ולא על-ידיה. המלגה עצמה לא תועבר במישרין לרופא על-ידי חברת התרופות, אלא דרך האיגוד או המעסיק.

ח. דוגמאות של תרופות

1. הרופא יהיה רשאי לקבל, וחברת התרופות תהא רשאית לתת לרופא, דוגמאות של תרופות, בכפוף להוראות המוסד הרפואי, ככל שיתפרסמו.
2. הדוגמאות יסומנו באופן ברור כדוגמאות לרופא, שאינן מיועדות למכירה.
3. הרופא לא יקבל, וחברת התרופות לא תיתן, כל תמורה עבור עצם ההעברה של דוגמאות התרופות מחברת התרופות.
4. הרופא לא יהיה רשאי לקבל, וחברת התרופות לא תהא רשאית לתת לרופא, דוגמאות של תרופות בכמויות מסחריות.
5. הרופא לא יגבה כל תשלום ממטופל עבור דוגמת תרופה שניתנה לו.
6. הרופא וכן חברת התרופות וכל נציג מטעמה יכבדו את נוהלי המוסד הרפואי שבו מחולקות הדוגמאות.

ט. תקנים

1. גוף מסחרי לא יממן בכל דרך שהיא, במישרין או בעקיפין, תקני כוח אדם או מתן שכר לעובדים במוסד רפואי שאינם קשורים ישירות למחקר הממומן על-ידו.

י. שירות בתשלום לחברת התרופות

עקרונות כלליים

1. הרופא וחברת התרופות יהיו מחויבים לעגן בהסכם שנערך בכתב כל התקשרות ביניהם, לרבות התקשרות חד-פעמית.
2. בכל מקרה שרופא מועסק על-ידי בית חולים, מוסד רפואי או מוסד ציבורי אחר, יתחייב הרופא במסגרת ההסכם לדווח למעסיקו ולקבל את אישורו מראש אם וככל שהדין מחייב זאת, על אודות ההתקשרות בינו ובין החברה.
3. הרופא יוודא כי התקשרות שנעשית בינו לבין חברת תרופות לא תעמיד אותו במצב של ניגוד עניינים עם תפקידו במוסד שבו הוא מועסק, בין כשכיר ובין כנותן שירותים, או עם חובותיו האתיות והמקצועיות כלפי מטופליו.

הרופא היועץ

1. הרופא רשאי לשמש יועץ בשכר לחברת תרופות, וחברת התרופות רשאית לקבל את שירותיו בשכר של הרופא, אם מטרתו של הייעוץ לקדם את הידע הרפואי, את המחקר ואת רמת הרפואה בארץ.
2. הרופא יהיה רשאי לשמש כיועץ לחברת תרופות, בין אם הוא משמש כיועץ יחיד ובין אם הוא משמש כיועץ במסגרת ועדה מייעצת. בהתאם, חברת התרופות תהא רשאית לקבל שירותי ייעוץ של רופא גם במסגרת של ועדה מייעצת הכוללת אנשי מקצוע נוספים, שתכנס החברה מטעמה.
3. ועדה מייעצת תכלול עד 15 רופאים משותפים. השתתפות כחבר בוועדה מייעצת מותנית בחתימה על הסכם בין הרופא לבין חברת התרופות, הכולל בין השאר את יידוע מעסיקו של הרופא בנדון על-ידי הרופא. הרופא רשאי לקבל, וחברת התרופות רשאית לתת לרופא, תגמול כספי ראוי בעבור הייעוץ. התשלום יהיה בהתאמה למעמדו המקצועי של הרופא ולהיקף העבודה שנעשית על-ידו.
4. הרופא רשאי לקבל מחברת התרופות, וחברת התרופות רשאית לתת לרופא, בנוסף לתגמול הכספי תמורת שירותי הייעוץ, תשלום נוסף המהווה כיסוי הוצאותיו בפועל הקשורות לייעוץ שנתן לחברה התרופות.
5. הרופא יסקול האם עבודתו בשכר עבור חברת התרופות עלולה להשפיע על טיב ההחלטות הרפואיות שלו ועל עצמאותו. בכל מקרה של חשש לניגוד עניינים, יכריע הרופא בעד עצמאותו המקצועית.
6. אין לראות בהתכנסות ועדה מייעצת לחברת התרופות "כינוס מדעי", ככל שמטרת התכנסותה של הוועדה המייעצת הינה קבלת שירותי ייעוץ של חברת התרופות מהרופאים היועצים.

השתתפות הרופא בהרצאה במימון חברת התרופות

1. הרופא רשאי להשתתף כמאזין בהרצאה במימון חברת תרופות, אם מטרתה העיקרית היא קידום הידע המקצועי של הרופא. השתתפות כמאזין בהרצאה אינה מזכה את הרופא בתגמול כלשהו.
3. רופא המרצה במימון חברת תרופות, יחשוף בראשית דבריו באמצעות שקופית או אמירה ברורה את מהות הקשרים הכלכליים הקיימים, ככל שקיימים, בינו לבין החברה המממנת או בינו לבין כל חברה אחרת הרלוונטית לנושא ההרצאה. חברת התרופות מצידה תדרוש מרופא שהרצאתו ממומנת על-ידה לפעול כאמור בסעיף זה.
4. רופא המרצה במימון חברת תרופות, יקפיד על האמת המקצועית וימסור את דבריו בצורה אובייקטיבית, שקולה, הוגנת, ישרה ומלאה. חברת התרופות המממנת את הרצאתו של הרופא לא תדרוש ממנו להרצות באופן המוטה לטובתה בכל צורה שהיא.

5. רופא המרצה במימון חברת תרופות, ישתמש בהרצאה בשם הגנרי של תרופה. יחד עם זאת, ניתן גם להזכיר את שמה המסחרי של התרופה לצורך יידוע הקהל בדבר הקשר בין השמות. הרופא יציג בצורה אובייקטיבית, ישרה ושקולה גם את האפשרויות הטיפוליות האחרות הקיימות בהקשר נושא ההרצאה, על חסרונותיהן ויתרונותיהן.
6. הרופא רשאי לקבל מחברת תרופות, וחברת התרופות רשאית לתת לרופא, תגמול סביר עבור השתתפותו כמרצה בהרצאה מטעם חברת התרופות, אם הכין ונתן הרצאה בעלת משמעות מקצועית בתחום עיסוקו. הצגת הרצאה שהוכנה על-ידי חברת התרופות אינה נכללת בהרצאה זו. רופא רשאי להסתייע בחומרי רקע שונים שקיבל מחברת התרופות בהכנת הרצאתו, ככל שחומר זה נבחן על-ידו וניתן לראות בו חומר מדעי מבוסס. הרופא יהיה רשאי גם לקבל החזר הוצאות בפועל הקשורות להכנת הרצאתו.
7. הרופא וחברת התרופות יקפידו על הוראות אלו גם בהקשר של הרצאה מוקלטת, המועברת בכל אמצעי דיגיטלי שהוא לקהל מאזינים או צופים בכל מקום שהוא.

יא. פרסום ופרסומת של מוצרים רפואיים

פרסום על-ידי רופא/ איגוד/ חברה מדעית

1. הרופא לא יעסוק בכל צורה שהיא בקידום או בפרסום של תכשירים רפואיים במרפאתו או מחוץ לה, וחברת התרופות לא תדרוש מהרופא לעשות כן, למעט במקרה של קידום תכשירים המותר על-פי חוק על-ידי רופא המועסק על-ידי חברת התרופות למטרה זו, תוך גילוי נאות של עובדה זו.
2. הרופא לא יעסוק במכירת תכשירים רפואיים במרפאתו או מחוץ לה, וחברת התרופות לא תדרוש מהרופא לעשות כן, לרבות הרופא המועסק על-ידי חברת התרופות.
3. הרופא לא יפעיל לחץ כלשהו על מטופל לצורך מוצר רפואי מסוים שלא מטעמים רפואיים ו/או מקצועיים.
4. הרופא או האיגוד לא יעסקו בכל צורה שהיא בקידום, במכירה או בפרסום של מוצרים מסחריים, ולא יעמידו את שמם, תוארם האקדמי ומעמדם המקצועי לטובת אינטרסים כלכליים של כל גוף מסחרי שהוא. בהתאם לכך, לא תדרוש חברת התרופות מהרופא או מהאיגוד לעסוק במכירה או בפרסום של מוצרים מסחריים מטעמה.
5. בנסיבות חריגות, יהיה רשאי איגוד לפרסם מוצר מסחרי, אם יתקיימו התנאים הבאים במצטבר:
 - א. הפרסום מיועד באופן מובהק לקידום המודעות לבריאות, והוא יועיל לבריאות הציבור, ואינו מיועד לפרסום מוצר/ טכנולוגיה מסוימים. האיגוד סבור שיש הוכחות מדעיות ליעילות ובטיחות המוצר הרפואי/ הטכנולוגיה, והנושא נדון בישיבת ועד האיגוד, שתיעד את ההחלטה כי אכן יש לתמוך בפרסום.
 - ב. הפרסום ייעשה תוך הקפדה על שקיפות וגילוי נאות בכל הנוגע לשם חברת התרופות שהעניקה את המימון לפרסום. תכשיר רפואי/ טכנולוגיה יוזכרו בשמם הגנרי, ובכל מקרה יפורטו היתרונות והחסרונות שלהם. יש לציין במקביל גם את החלופות הטיפוליות, על יתרונותיהן וחסרונותיהן.
 - ג. הפרסום יקבל אישור מראש של הלשכה לאתיקה של הר"י.

פרסום והפצת חומר מטעם חברת תרופות המיועד לקידום מכירות

1. חברת תרופות תהא אחראית לכך שכל חומר לקידום מכירות של תכשירים רפואיים, המופץ או מפורסם על-ידה בכל דרך שהיא, יהיה מדויק וברור וישקף את האמת המדעית.
2. חברת תרופות תציג חומר לקידום מכירות כשהוא ערוך ברמה מקצועית ובאופן שיענה לא רק לדרישות החוק, אלא גם לסטנדרטים האתיים הגבוהים המקובלים בעולם.
3. חברת התרופות תהא אחראית לכך שהמידע המופיע בכל חומר שנועד לצורך קידום מכירות, לרבות

תכונות המיוחסות לתכשיר, יתבסס על נתונים מדעיים עדכניים, ושבאופן הצגתו לא יהיה כדי להטעות. המידע חייב להיות תואם למידע המופיע בעלון לרופא ולא יסתור אותו, וכפי שאושר עלידי הרשות המוסמכת על-פי דין עבור התכשיר.

4. נציג חברת התרופות יעביר לרופא חומר רקע אקדמי, לרבות מידע בדבר בטיחותו של תכשיר רפואי, התוויות נגד, אזהרות, תופעות לוואי ואמצעי זהירות, בכפוף לכל דין.
5. חברת התרופות תפרט בחומר לקידום מכירות שהיא מפיצה את שם התכשיר המסחרי והגנרי, את המרכיבים הפעילים שבו וכן את השם וכתובת החברה או הסוכן האחראים לשיווק התכשיר.
6. בהיעדר תקנות או כללים אשר מורים אחרת, תפרט חברת התרופות בחומר לקידום מכירות גם את ההתוויות המאושרות של התכשיר, התכונות והמאפיינים, לרבות תופעות לוואי ואזהרות משמעותיות הקשורות לשימוש בתכשיר, ותוך הפניה אל החברה המשווקת לצורך קבלת מידע נוסף.
7. חברת התרופות תציין בחומר לקידום מכירות, באופן מפורש וברור, את מראי המקום הרלוונטיים. ניתן לציין מראי מקום שאינם מבוססים באופן ישיר על מחקרים קליניים, לרבות ספרות רפואית ונתוני חברת התרופות, ככל שאלו מבוססים מדעית ואינם סותרים את העלון לרופא המאושר עלידי משרד הבריאות.
8. חברת התרופות לא תקדם מכירות, לרבות באמצעות דיוור או פרסום בעיתונות רפואית, באופן הנחזה להיות מידע אקדמי.
9. חברת התרופות לא תערוך כל פעילות שיווקית לגבי מוצר שטרם נרשם בישראל. עם זאת, תהא חברת תרופות רשאית למסור מידע מדעי, ללא היבטים של קידום מכירות, תוך ציון הסטאטוס הרגולטורי של התכשיר בכפוף לכללי הרגולציה העדכניים.
10. חברת התרופות לא תקדם את מכירת תכשיריה באמצעות קשר ישיר עם המטופלים, למעט תכשירים שלגביהם החוק ו/או הרגולציה מתירים זאת.
11. חברת התרופות רשאית ליזום תוכניות או לתמוך בתוכניות להגברת מודעות הציבור למחלות ולהעלאת רמת ההבנה של הציבור במניעת מחלות, בתסמינים ובתופעות של מצבים רפואיים ובטיפולים קיימים, ככל שהמידע המועבר באמצעות חברת התרופות לציבור יהיה מאוזן, מדויק ואמין.
12. חברת התרופות לא תפיץ חומר לקידום מכירות ללא קבלת אישור מהגורם המקצועי הרלוונטי בחברת התרופות, שהינו בעל הרקע המדעי והכישורים המקצועיים המתאימים לכך.
13. חברת התרופות תהא מחויבת לפעול כך שהתדירות והיקף הדיוור מטעמה, של חומר לקידום מכירות לעוסקים בתחום הרפואה, יהיה סביר. חברת התרופות תכבד בקשה של רופא להשמטת שמו מרשימות הדיוור של כל חומר פרסומי, לרבות חומר מודפס.
14. חברת התרופות תציין באופן ברור ובשקיפות באתר אינטרנט מטעמה, הכולל מידע המתייחס לתכשיר רפואי, כי המדובר באתר שלה, תוך הבהרת זהותה וכן, ככל שהדבר רלוונטי, למי מיועד הפרסום. חברת התרופות תקפיד כי תוכן המידע יהיה מותאם לקהל יעד של רופאים, רוקחים, עוסקים במקצועות הרפואה והציבור הכללי. ככל שמדובר בחברת תרופות הפועלת בישראל, תקפיד כי תוכן המידע המופיע באתר האינטרנט יהיה מותאם להוראות הדין בישראל ולהנחיות משרד הבריאות, וכן תספק מידע רלוונטי על אודות אישור התרופה במדינת ישראל.
15. חברת התרופות תגבש ותקיים נהלים שיבטיחו יישום מלא של הנחיות אלה.

יב. נציגים רפואיים מטעם

חברת תרופות

1. אנשי שיווק ומכירות של חברת התרופות, לרבות אנשי צוות המעורבים באופן כלשהו בהכנתו או באישורו של חומר המיועד לקידום מכירות, שיוצג בפני אנשי המקצוע בתחום הרפואי, בפני צוות מינהלי מוסמך או כמידע המוגש לציבור, יהיו בקיאים בהוראות אמנה זו.
2. נציג רפואי מטעם חברת התרופות יעבור הכשרה מתאימה, אשר תכלול לימוד והכרת האמנה האתית, ויהיה בעל ידע מדעי במידה שתאפשר לו לספק מידע מלא ומדויק על אודות התכשירים המקודמים על-ידו.
3. נציג רפואי יקפיד לנהוג בהתאם להוראות הדין בישראל, לכללי הקוד האתי המפורטים באמנה זו ולנוהלי המוסד הרפואי, ככל שהוסכמו בין המוסד לחברת התרופות.
4. נציג רפואי הנפגש עם רופא, יציג את עצמו בשמו המלא ובשם חברת התרופות שמטעמה הוא פועל, בשקיפות ובבהירות.
5. נציג רפואי יוודא כי ביקורו אצל רופא במסגרת תפקידו אינו גורם לאי-נוחות כלשהי לרופא שעמו הוא נפגש, ויתנהג בהתאם לכללי המקום.
6. נציג רפואי יבטיח את שמירת הפרטיות של המטופלים, ולפיכך לא ישהה בחדרו של הרופא יחד עם מטופלו של הרופא ולא יבקש כל מידע העלול לפגוע בפרטיות המטופל. בהתאם, לא יאפשר רופא לנציג רפואי לשהות בחדרו במקביל לנוכחות מטופל.
7. נציג רפואי רשאי למסור מידע לרופא, בעל-פה או בכתב, ככל שמידע זה הינו בעל תקפות מדעית. נציג רפואי יספק על-פי בקשת הרופא סימוכין למידע זה.
8. נציג רפואי יספק, בהתאם לדרישת הרופא, את העלון העדכני לרופא ו/או לצרכן בנוגע לתכשיר אותו הוא מקדם, כפי שאושר על-ידי משרד הבריאות, או כתובת אתר שבו אפשר למצוא את המידע הרלוונטי.
9. חברת התרופות תישא באחריות לפעולות נציגיה על-פי כללי אמנה זו.
10. הרופא יכבד את נוכחותם של הנציגים הרפואיים, תוך שמירה על כבודם בכל התקשרות עמם.

יג. כריית מידע רפואי

1. הרופא רשאי לשתף פעולה באיסוף מידע בדבר גישות טיפוליות ושימוש בתרופות, רק אם ייעשה האיסוף בצורה מלוקטת, בלתי מזהה, השומרת על הפרטיות והאנונימיות הן של המטופל הבודד והן של הרופא הבודד, ובכפוף לכל הוראות הדין, לרבות נוהלי משרד הבריאות. בהתאם לכך, תקפיד חברת התרופות כי איסוף המידע ייעשה כאמור בסעיף זה.
2. חברת התרופות רשאית לבקש מידע המפורט במסמך כתוב, שעניינו שימוש בתרופות על ידי מטופלים בלתי מזהים, והרופא רשאי לשתף פעולה באיסוף מידע זה, רק לאחר שהתקבלה מהרופא ומהמוסד המעסיק הסכמה מראש ובכתב. ההסכמה תכלול את פרטי המידע הנאסף, מטרת האיסוף וזהות הגורם המשתמש במידע זה. הסכמה כזו תינתן לפרק זמן קצוב בלבד.
3. הרופא לא ישתף פעולה באיסוף מידע, וחברת התרופות לא תאסוף מידע באמצעות רופא, בדבר השימוש בתרופות, אם קיימת כוונה לעשות שימוש במידע הנאסף לצורך הפעלת לחץ כלשהו, גלוי או סמוי, על הרופא או על עמיתיו או מתוך כוונה לשנות את התנהגותם המרשמית.

יד. הפורום המשותף ליישום האמנה האתית המשותפת

הקמת הפורום וסמכויותיו

1. החתומים על אמנה זו יקימו פורום משותף (להלן: "הפורום המשותף"), אשר הרכבו וסמכויותיו יהיו כדלקמן:

הרכב הפורום

1. הפורום המשותף יכלול שמונה חברים באופן הבא:
 - א. יו"ר הפורום יהיה רופא מקרב חברי הלשכה לאתיקה של הר"י, והוא ימונה על ידי יו"ר הלשכה לאתיקה.
 - ב. חבר נוסף יהיה איש ציבור בעל מעמד חברתי מוכח ומוכר, המוסכם על הצדדים.
 - ג. שלושה חברים נוספים יהיו רופאים מקרב הלשכה לאתיקה, והם ימונו על ידי יו"ר הלשכה לאתיקה.
 - ד. שלושה חברים נוספים יהיו חברים מקרב הגופים היציגים החתומים על אמנה זו באופן הבא: נציג אחד מארגון פארמה ישראל, נציג נוסף מהתאחדות התעשיינים ונציג שלישי מטעם איגוד לשכות המסחר.
 - ה. לכל חבר בפורום המשותף יכול להתמנות ממלא מקום, בכפוף לאישור הגוף אותו הוא מייצג בפורום.
 2. יישום ואכיפה:
 - א. הפורום המשותף יהא בעל הסמכות לבחון, ליישם ולאכוף, בהתאם לסדרי הדין כמפורט להלן, כל התקשרות בין רופא או איגוד או חברה מדעית לבין חברת תרופות, וכן כל פעילות של רופא, איגוד, חברה מדעית או חברת תרופות, בתנאי שחלים לגביה הכללים המפורטים באמנה זו.
 - ב. דיוני הפורום יוכלו להיערך בכל דרך שהיא, לפי החלטת יו"ר הפורום המשותף, לרבות באמצעות רשת האינטרנט.
 - ג. הפורום המשותף יערוך שני מפגשים בלתי אמצעיים בשנה, לכל הפחות, לשם ליבון כל סוגיה הקשורה לתחומי סמכותו ואחריותו, לפי החלטת יו"ר הפורום המשותף.
 4. חוות דעת:
 - א. לבקשת חברה החתומה על אמנה זו או רופא או איגוד או חברה מדעית או מוסד רפואי, יהא הפורום רשאי ליתן את חוות דעתו בשאלות הכרוכות ביישום האמנה, לרבות בשאלה האם פעולה מסוימת מותרת לאור עקרונות אמנה זו.
 - ב. מתן חוות הדעת יהא בתוך 30 ימי עבודה מיום קבלת הפנייה.
 - ג. הפורום ידון בחוות דעת ככל שזו מתייחסת לפעולה עתידית, אשר טרם ננקטה.
 - ד. חוות דעת סופית לא תינתן על ידי הפורום, אלא כאשר קיימת הסכמה של חמישה חברים, לפחות, מקרב חברי הפורום לגבי תוכנה.
 - ה. העתק חוות הדעת, ללא פרטים מזהים, יופץ בין הצדדים החתומים על אמנה זו בתוך 60 ימי עבודה מיום מסירת חוות הדעת לגורם אשר ביקש את חוות הדעת.
 5. סודיות:
 1. חברה אשר תפעל בהתאם לאמור בחוות הדעת, ידאו בה כמי שפעלה בהתאם לכלליה של אמנה זו.
- חברי הפורום המשותף יחתמו על כתב סודיות ועל איסור שימוש בכל מידע שהגיע לידם במסגרת תפקידם מחוץ למסגרת הפורום, למעט באישור הפורום.

סדרי הדין בפורום

1. בכל תלונה שהוגשה על ידי רופא או איגוד או חברה מדעית על הפרה של כלל מכללי האמנה על ידי רופא או איגוד או חברה מדעית, יחולו הכללים הרלוונטיים כאמור בתקנון הר"י, תוספת ד', הלשכה לאתיקה - סדרי הדין בלשכה לאתיקה של הר"י. חברי הפורום המשותף יהיו רשאים להגיש תלונה על כל הפרה על ידי רופא או איגוד או חברה מדעית או מוסד רפואי ללשכה לאתיקה של הר"י.

2. בכל הפרה של כלל מכללי האמנה על-ידי חברת תרופות או מי מטעמה, או בתלונה של חברת תרופות כנגד רופא או איגוד או חברה מדעית, יחולו הכללים המפורטים בנספח א' לאמנה זו, "סדרי הדין בפורום המשותף".

טו. סמל אתיקה

1. הפורום המשותף בחר בסמל אתיקה, אשר מסמל התחייבות של חברת תרופות לקיום הכללים המפורטים באמנה זו.
2. חברת תרופות המקבלת על עצמה את כללי האתיקה המפורטים באמנה זו, זכאית להשתמש בסמל האתיקה במסמכיה ובפרסומיה השונים, וכן כסיכוח דש המיוצרות לעובדיה.

נספח

סדרי הדין בפורום המשותף

א. תלונה

1. הרשות להתלונן
כל אדם רשאי להגיש תלונה לפורום המשותף. יו"ר הפורום יהיה רשאי לקבוע כיצד והאם לדון בתלונה.
2. עריכת כתב תלונה
תלונה תיערך בכתב ותכיל פרטים אלה:
א. שם המתלונן;
ב. שם החברה או הרופא או האיגוד או החברה המדעית הנילונית ו/או הגורם הנילונית מטעמם וכתובתם;
ג. תיאור העובדות המהוות את הבסיס לתלונה;
ד. ציון הסעיף באמנה אשר הופר, לטענת המתלונן, על-ידי החברה או הרופא או האיגוד או החברה המדעית הנילונית ו/או מי מטעמם.
3. צירוף תלונות
יו"ר הפורום המשותף רשאי לצרף יחדיו לכתב התלונה מספר תלונות, ככל שהן מבוססות על אותן עובדות או על עובדות דומות או על סדרת מעשים הקשורים זה לזה באופן שהם מהווים מאורע אחד.
רשאי יו"ר הפורום להפריד בין התלונות, אם מצא כי הדיון המשותף בתלונות יסרב ויקשה על בירורן.
4. צירוף נילונית
יו"ר הפורום המשותף רשאי לצרף יחדיו לכתב התלונה מספר נילונית, ככל שכל אחד מהם היה צד לאחת מהעבירות בכתב התלונה, בין כשותף ובין בדרך אחרת, או אם התלונה היא בשל סדרת מעשים הקשורים זה לזה באופן שהם מהווים מאורע אחד.
עם זאת, יש לאפשר לנילונית להתנגד לצירוף או לבקש הפרדת הדיון.
רשאי יו"ר הפורום להורות על קיומם של דיונים נפרדים ביחס לכל נילונית, אם מצא כי הדיון המשותף יסרב ויקשה על בירור התלונה.
5. תלונה על הפרת הוראות האמנה המשותפת
הוגשה לפורום המשותף תלונה על הפרה של הוראה מהוראות האמנה המשותפת שנעשתה על-ידי חברת תרופות או על-ידי רופא או איגוד או חברה מדעית, ימציא הפורום העתק לנילונית.
סבר היו"ר כי אין צורך לדון בתלונה, כיוון שזו חסרת בסיס, ישיב למתלונן בתוך 30 ימי עבודה וינמק את החלטתו, לשם מתן הזדמנות למתלונן לשקול את צעדיו. סבור יו"ר הפורום שיש מקום לדון בתלונה, יודיע על כך למתלונן ולנילונית, וייתן לנילונית הזדמנות להשיב בכתב על התלונה.
קבע היו"ר כי אין לדון בתלונה, רשאי המתלונן לבקש דיון בהחלטה זו בפני הפורום המשותף. סבר הפורום המשותף כי יש לדון בתלונה, יודיע על כך לנילונית, וייתן לו הזדמנות להשיב בכתב על התלונה.

6. פרטים נוספים

יו"ר הפורום המשותף רשאי לדרוש מהמתלונן או מהנילון פרטים ו/או מסמכים נוספים לתלונה או לתשובה, לפי העניין, אם ראה צורך בכך להבהרת עניין המתעורר בהן.

7. זמן המצאת תשובה

הומצאה לנילון הודעה בדבר החלטת יו"ר הפורום או החלטת הפורום לדון בתלונה כאמור בסעיף 5 לעיל, ישיב עליה הנילון בתוך 30 ימי עבודה מיום קבלת ההודעה, או בתוך תקופה אחרת שתקבע בהתאם לשיקול דעתו של יו"ר הפורום. משעברה תקופה זו ולא נתקבלה תשובה מהנילון, רשאי יו"ר הפורום המשותף להורות על דיון בתלונה ללא נוכחות הנילון.

ב. בירור התלונה

1. הוגשה תלונה, והחליט יו"ר הפורום המשותף להקים ועדה לבירור התלונה, ימנה את יו"ר ועדת הבירור ואת חבריה מקרב חברי הפורום המשותף, ויודיע על דבר הקמתה והרכבה לנילון ולמתלונן.
2. ועדת הבירור תכלול יו"ר וארבעה חברים נוספים, כולם מקרב חברי הפורום המשותף. ככל הניתן, נציג הציבור יהיה אחד מחברי ועדת הבירור.
3. מובהר, כי נציג הארגון הרלוונטי יהיה חבר ועדת הבירור בכל מקרה שהחברה הנילונה הינה חברה בארגון זה.

ג. הזמנת בעלי הדין ועדים

1. קביעת מועד הדיון
יו"ר ועדת הבירור יקבע את מועד תחילת הדיון, ויזמין בהודעה בכתב לאותו מועד את הנילון ואת המתלונן. כל תקשורת עם הצדדים תיעשה בכתב.
הדיון יתקיים בתוך 60 ימי עבודה מהמועד שנקבע למועד קבלת תשובת הנילון.
2. הזכות להיות מיוצג
לצדדים להליך המתנהל לפי אמנה זו תהיה זכות להיות מיוצגים על-ידי אדם שלישי, לרבות עורך-דין.

ד. הליכי הדיון בוועדת הבירור

1. תלונה תידון על-ידי ועדת הבירור של הפורום המשותף. יו"ר ועדת הבירור ינהל את הדיון.
2. הנילון והמתלונן יהיו רשאים להביא לדיון עדים מטעמם.
3. ככל שמדובר בחברת תרופות, שהנה מתלוננת או נילונה, תשלח לדיון נציג מוסמך מטעמה.
4. פרוטוקול:
א. יו"ר ועדת הבירור ינהל רישום פרוטוקול של הדיון, אולם רשאי הוא להורות שהפרוטוקול יירשם בידי אחר, או שינוהל רישום/ תיעוד בדרך אחרת.
ב. התלונה, מסמכים שהוגשו ונתקבלו על-ידי ועדת הבירור וכל תעודה הנוגעת לאותו דיון, יצורפו לפרוטוקול ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

ה. נוכחות בעלי הדין

נוכחות הנילון

1. לא יידון נילון בדיון אלא בפניו.
2. על אף האמור לעיל, רשאית ועדת הבירור להחליט לקיים דיון שלא בפני הנילון, או לדחות את הדיון למועד אחר, בתנאי שהומצאה לנילון הזמנה לפי סעיף ג. 1 לעיל. היה ונקבע מועד נוסף לדיון, והנילון לא הופיע, יתקיים הדיון שלא בפניו.

ו. הכרעה

1. זיכוי בשל היעדר הוכחה לכאורה;
מצאה ועדת הבירור, כי העובדות בתלונה לא הוכחו, אף לכאורה, תבטל את התלונה.
2. הכרעה:
 - א. בתום בירור התלונה תכריע ועדת הבירור בנוגע להתנהלותו של הנילון, זולת אם החליטה על ביטול התלונה. ההכרעה תהא בכתב ותנומק. ההכרעה תיחתם בידי חברי ועדת הבירור. העתקים ממנה יישלחו לנילון ולמתלונן. הפורום המשותף יפרסם את הכרעת ועדת הבירור בתוך 30 ימי עבודה מיום סיום הדיון.
 - ב. החלטות ועדת הבירור יהיו על-פי הכרעת הרוב.
 - ג. בהכרעה שיש בה דעת מיעוט, יחתמו כל חברי ועדת הבירור על החלטת הרוב, אך רשאי בעל דעת המיעוט להוסיף את דעתו החולקת ואת נימוקיו.

ז. המלצות וסנקציות בגין הפרת הוראות האמנה או הוראות הפורום המשותף

1. מצאה ועדת הבירור של הפורום המשותף, כי נילון או מי מטעמו הפר כלל מכללי האמנה או מהוראותיו של הפורום המשותף, תהיה רשאית לחייבו בכל הוראה שתביא לתיקון המצב, ותהיה רשאית להטיל עונש של אזהרה.
2. מצאה ועדת הבירור של הפורום המשותף, כי נילון או מי מטעמו הפר כלל מכללי האמנה או מהוראותיו של הפורום המשותף, תורה על פרסום עיקרי ההליך ותוצאותיו, תוך חשיפת שמו ופרטיו של הנילון או מי מטעמו, באתר הר"י או ללא חשיפת שמו ופרטיו של הנילון או מי מטעמו, בהתאם לשיקול דעתה.

ח. הפצת החלטות

1. החלטות ועדות הבירור של הפורום המשותף יופצו רק לאחר סיום ההליך.
2. תלונה שנמחקה, בוטלה או נדחתה בהכרעת הוועדה, תופץ רק לאחר קבלת אישור בכתב של הנילון.
3. החלטות עקרוניות של הפורום המשותף יופצו לארגונים החתומים על אמנה זו באמצעות הנציגים החברים בפורום המשותף.

ט. סדרי הדין באין הוראות

בכל עניין של סדרי דין, שאין עליו הוראה בכללים אלו, ינהגו יו"ד הפורום המשותף או יו"ד ועדת הבירור, לפי העניין, בדרך הנראית להם כטובה ביותר לעשיית צדק.

77 | שימוש בקנביס במסגרת טיפול רפואי

יולי 2021

השימוש בקנביס במסגרת טיפול רפואי מעורר שאלות ותהיות בתחום האתי ובתחום המקצועי בקרב הקהילה הרפואית. מתוך הלשכה לאתיקה מונתה ועדה אשר עסקה במשמעויות אתיות אפשריות של השימוש בקנביס במסגרת טיפול רפואי, בחנה ולמדה אותו מזוויות שונות וגיבשה את נייר העמדה האתי בנושא.

חברי הוועדה: פרופ' ישראל שטראוס (יו"ר), פרופ' מיכאל אהרנפלד, ד"ר רו דקל, ד"ר יוסי קורן, ד"ר אלברטו אולצ'ובסקי, ד"ר דרור וסרמן, פרופ' חנוך מיודובניק וד"ר סימונה נאור.

רקע

קיימת ספרות רפואית התומכת בשימוש בקנביס לטיפול והקלה על מטופלים הסובלים ממספר מצבים רפואיים. עם זאת, קנביס טרם הוגדר כתרופה בישראל, לא עבר את התהליכים המקובלים לרישום תכשירים ותרופות, ונכון להיום הוא מוגדר על פי החוק הישראלי כסם מסוכן.

לא ניתן להתעלם מכך שהמערכת הרפואית עלולה לשמש, בהתוויות בריאותיות, גורם המאפשר שימוש נורמטיבי בסם מסוכן, שצריכתו שנויה במחלוקת בחברה הישראלית ובעולם הרפואה.

בנוסף, עלול להיות ניצול של הרפואה (מדיקליזציה), כדי להכשיר צריכה חברתית של סם, שיש לשימוש בו תופעות לוואי העלולות לפגוע בבריאות הצורכים אותו והציבור. מקבלי ההחלטות ואנשי המקצוע, אשר עוסקים במתן קנביס בטיפול רפואי, נדרשים להביא בחשבון את הסיכון לניצול לרעה (abuse) של הטיפול בקנביס, בייחוד בהתוויות לא חד-משמעיות ובמינונים גבוהים, לצורך העברת החומר לשימוש על ידי אדם אחר ואף לסחר בסם מסוכן. אין להתעלם מן הסכנה שבהפעלת לחץ, איומים ואף אלימות כלפי רופאים במטרה להשיג קנביס. למרבה הצער, מדובר במציאות הקיימת בפועל ומשפיעה על הנכונות של מרכזים רפואיים ורופאים רבים לעסוק בתחום זה, על כל המשתמע מכך.

הקנביס הוא חומר טבעי הכולל קבוצה של כ-400 חומרים פעילים, ואין אחידות בהרכב הכימי בין הזנים השונים. כל עוד נעשה שימוש בחומר טבעי ודרך המתן השכיחה היא עישון, ישנו קושי להעריך את המינון של החומר הפעיל שניתן למטופל בכל פעם. הרופא המטפל נשען במידה רבה על החוויה הסובייקטיבית שהמטופל מתאר לו, בהיעדר כל מידע אחר על האפקט התרופתי ועל תופעות לוואי הנגרמות על ידי הטיפול. הקהילה הרפואית נדרשת להתמודד עם חוסר במידע מדעי מהימן, אשר מושפע במידה רבה מכך שהקנביס לא עבר את תהליך הרישוי המקובל לגבי תרופות. בנוסף, קיימות דעות רפואיות מקצועיות שונות, ואף סותרות, לגבי השימוש בקנביס. ישנו חוסר אחידות בהתוויות למתן קנביס, ונדרשת התמודדות עם "אבחנות יתומות", שלעיתים לא ברור איזה תחום מומחיות ברפואה נדרש לתת להן מענה. כמו כן, יש קושי רב בקביעת המינון המיטבי של הטיפול, ויש מטופלים המפעילים לחץ רב על המטפלים בעניין זה, בין השאר מן הסיבות שהוזכרו לעיל.

לכן יש להוסיף, כי מידע והדרכה למטופלים על אופן השימוש ניתנים באופן לא אחיד ועל ידי גורמים שונים, בהם החברה היצרנית או בית המרקחת, שלחלקם עלולים להיות אינטרסים נוספים שאינם קשורים לטיפול בבעייתו הרפואית של המטופל.

נכון להיום, לפי המידע שהוצג בפני הוועדה, הטיפול בקנביס מסייע למטופלים רבים בישראל להתמודד עם מצבם הרפואי. על פי לא מעט עדויות, ביכולתו של הטיפול בקנביס להיטיב באופן משמעותי את מצבם הבריאותי ואת הרגשתם של מטופלים רבים, ובכלל זה מטופלים שטיפולים אחרים לא הקלו על מצבם. לצד היתרונות הטיפוליים של הקנביס עבור מטופלים רבים, יש להביא בחשבון תופעות שליליות רבות העלולות

אף לגרום נזקים למטופלים ולסביבתם, למשל: סכנת התמכרות, פגיעה בפעילות המוח, הופעת דיכאון, חרדה, התקפים פסיכותרפיים, סכנת אובדנות ועוד. במקרים מסוימים, תופעות הלוואי עלולות להיות דומות לתופעות שבהן מנסים לטפל בעזרת הקנביס, ליצור בלבול ולחשוב בטעות שמדובר בהחרפת המחלה שבה מנסים לטפל, ולא בתופעות לוואי של השימוש בקנביס.

כמו כן, ישנן עדויות מצערות לכך שמטופלים אשר השתמשו בקנביס "התכנסו לתוך עצמם", הפסיקו טיפולים רפואיים אחרים ואף נשרו מתוכניות שיקום רפואיות.

לא להאליץ להוסיף השלכות בריאותיות ונזק למטופל ולסביבתו כתוצאה מצריכה של קנביס בדרך של עישון (דרך הצריכה הנפוצה של קנביס נכון להיום), ללא קשר לחומרים הפעילים שמצויים בקנביס. קיימים אמצעים לשימוש בקנביס שלא בדרך עישון, אך השימוש בהם מוגבל יחסית, ועל המערכת הרפואית לעודד אותו בשל הנזקים הבריאותיים של העישון.

בהינתן מורכבויות מקצועיות אלה, על הרופא המציע למטופל קנביס כחלק מן הטיפול הרפואי במחלתו לשקול גם את השאלות והדילמות האתיות העולות מטיפול זה, ובהן החובות האתיות הבסיסיות לפעול כדי להיטיב עם המטופל בשילוב החובה שלא לגרום לו נזק. זווית ההסתכלות המקצועית והאתית צריכה לכלול גם הסתכלות רחבה יותר על השפעת השימוש על מעגלים תעסוקתיים וחברתיים המקיפים את המטופל ותומכים בו.

לאור כל המפורט לעיל, קבעה הלשכה לאתיקה כי יש לנקוט גישה זהירה מאוד בעת טיפול רפואי בקנביס, ולפעול בהתאם לעקרונות האתיים שלהלן:

1. רופא רשאי לסרב להעניק טיפול מסוים, אם הוא מנוגד לעמדתו המקצועית, למצפנו ולאמונתו בטיפול. קל וחומר, רופא רשאי לסרב לבקשה או דרישה ממנו לרשום או להאריך אישור לקנביס, שהינו תכשיר שאינו מוגדר תרופה, מינונו והשפעותיו הטיפוליות אינן ברורות לחלוטין ודרך המתן השכיחה שלו ידועה כפוגעת בבריאות.
2. רופא אשר ממליץ או מאשר למטופל להסתייע בקנביס במסגרת הטיפול הרפואי נדרש להיות בעל הידע הרלוונטי והעדכני בנושא. נדרשת התעדכנות מתמדת בספרות המקצועית.
3. רופא ייתן רישיון לקנביס או יאריך רישיון לקנביס אך ורק אם עבר הכשרה מתאימה וקיבל הרשאה לטיפול בקנביס, ויש לו הידע הרלוונטי המתאים לטיפול בהתוויה הרפואית שבגינה פנה המטופל.
4. לצד היתרונות הידועים, על הרופא להביא בחשבון את מגבלות המידע הקיים, החסרונות, הסיכונים וההשלכות העלולות להיות נלוות לטיפול בעזרת קנביס, כחלק משיקול הדעת הקליני והאתי, לפני המלצה על תחילת שימוש בחומר או במהלך הטיפול בו.
5. על רופא אשר ממליץ למטופל לעשות שימוש בקנביס, או המאריך את רישיונו לקנביס, להציג למטופל את התמונה המדעית והקלינית המלאה, כדי לאפשר למטופל לקבל החלטה מושכלת ומדעת ככל האפשר בדבר נכונותו לעשות שימוש בקנביס כחלק מהטיפול.
6. בהתחשב במכלול הסיכונים והשיקולים המפורטים בהקדמת נייר עמדה זה, בטיפול בקנביס יש לנקוט גישה זהירה, לרשום את המינון הנמוך ביותר המתאים לטיפול בבעיה הרפואית שלשמה פנה המטופל, בבחינת *Start Low, Go Slow, Stay Low*.
7. על הרופא הממליץ, המאשר או המאריך אישור טיפול באמצעות קנביס לעשות מאמץ לעקוב אחרי המטופל באופן מסודר ועקבי במהלך הטיפול. על התרשמותו של הרופא או אי-יכולת לבצע מעקב להיות חלק מהשיקולים לגבי המשך הטיפול בחומר.
8. במקרה שמטפל חושש כי נעשה שימוש שלא כהלכה בטיפול בקנביס אותו רשם למטופל, ידווח על כך למנכ"ל משרד הבריאות או למי מטעמו.
9. הלשכה לאתיקה רואה בעייתיות בסיסית בטיפול באמצעי אשר נצרך בעישון. ראוי כי רופא יזהיר את

- מטופליו מנזקי העישון להם ולסביבתם, ויציע במקרים המתאימים טיפול בדרכי מתן אחרות, בייחוד אם הן מאפשרות שליטה טובה יותר במינון ובאפקט התרפויטי של החומר.
- 10.** על הרופא לנקוט זהירות יתרה בנוגע ליצירת קשרים עם חברות המייצרות ומשווקות קנביס, מעבר לקבלת מידע מדעי. יש להישמר ממצבים העלולים להעמיד את הרופא בחשש לניגוד עניינים, ואין לקבל מחברות אלה כל טובת הנאה או הטבה העלולה להיחזות ככזו.
- 11.** במציאות הנוכחית בישראל, החברות המייצרות ומשווקות קנביס אינן מוגדרות חברות תרופות. כל עוד הקנביס נחשב בישראל לסם מסוכן, אין לבקש או לקבל מחברות אלה חסויות לפרויקטים או כנסים רפואיים.
- 12.** נוכח המורכבות הרבה, שהוצגה במסמך שלעיל, ראוי לשלב תכנים של אתיקה רפואית בהכשרות לרופאים לטיפול בקנביס.
- 13.** ככל שהגדרת וסיווג הקנביס במדינת ישראל ישתנו בעתיד, ייבחן עדכון נייר עמדה זה בהתאם.

78 | הרופא כעד מומחה

פורסם ביולי 2002

רקע:

בפני הלשכה לאתיקה הונחה תלונה בגין חוות דעת רפואית שהוגשה לבית המשפט. מדובר באישה שתבעה את הרופא שטיפל בה על נזקים רפואיים שנגרמו לה, לדעתה, בשל רשלנות רפואית של אותו רופא. לצורך כך הגישה התובעת לבית המשפט חוות דעת רפואית מאת רופא אחר באותו המקצוע. חוות הדעת כוללת ביקורת לגיטימית על הטיפול הרפואי שקיבלה התובעת, אך היא גם משופעת בביטויים עולבים כלפי הרופא הנתבע, מהם אצטט אחדים בלבד: "הרישומים העלובים מעידים על הרמה המקצועית הירודה של ד"ר נתבע, על זלזול וחוסר מקצועיות"; "גיליון הניתוח מבולבל, האבחנות וכותרות הניתוח מבולבלות וחלקיות בלבד, תיאור מהלך הניתוח חלקי מבולבל ולא הגיוני"; "דוח הניתוח מעיד על חוסר מקצועיות של המנתח"; "מכתב הסיכום כתוב בשפה עילגת"; "כל אלה מעידים על חוסר מקצועיות וגישה רשלנית של ד"ר נתבע". חברי הלשכה לאתיקה סברו כי אין זו צורה נאותה להעביר ביקורת על חבר למקצוע, וכי הלשון שננקטה יש בה כדי לפגוע בכבודו ובמעמדו של הרופא הנתבע. עוד סברו חברי הלשכה כי כל רופא רשאי להעביר ביקורת על הטיפול הרפואי הניתן על-ידי רופא אחר, אולם ביקורת זו ראוי כי תיעשה בלשון מאופקת ועניינית. הרופא שכתב את חוות הדעת הפוגעת הוזמן לוועדת בירור של הלשכה לאתיקה, שם התנצל על הנוסח שנקט באותה חוות דעת. חברי הלשכה לאתיקה החליטו לכתוב כללים אתיים להתנהגותו של הרופא המומחה בבית המשפט. נוסח ההצעה הועבר גם לעיון והערות "פורום נזיקין" בלשכת עורכי-הדין קודם לגיבושה הסופי. אנו מקווים כי כללים אלו ינחו אותנו בעבודתנו וימנעו בעתיד תלונות מסוג התלונה שבה דנו כאן.

נייר העמדה:

א. כללי:

- מתן חוות דעת רפואית לבית המשפט הוא מחויבות אזרחית ומוסרית המוטלת על הרופא בהיותו בעל מקצוע בתחום זה. חוות הדעת תשמש כראיה במשפט ותיסייע לשופט בחקר האמת ובהכרעת הדין.
- רופא יסכים לשמש עד מומחה רק במקרה שבו הוא מאמין כי יש יסוד מוצק בתלונת התובע או בעמדת הנתבעים.
- מתן חוות דעת מקצועית, אמינה וחסרת פניות, הנשענת על בסיס מדעי ועל סטנדרטים רפואיים מקובלים, תסייע במקרה הייחודי שבו נתבקשה דעתו של הרופא ותביא במקביל גם לשיפור הטיפול הרפואי במקרים דומים בעתיד.

ב. כישורים נדרשים מהרופא המעיד:

- לעד המומחה הרפואי תהיה הכשירות למלא תפקיד זה על-פי הדין החל בישראל.
- המומחה הרפואי יהיה בעל המומחיות הרלוונטית על-פי נסיבות המקרה שבו הוא מעיד.
- המומחה הרפואי יהיה בקי ברמת הידע ובנוהגי הביצוע המקובלים ברפואה והאסכולות השונות, אם היו כאלו, בתחום ובתקופה הרלוונטית לנשוא התביעה.

ג. גילוי נאות:

- המומחה הרפואי יציין בראש חוות דעתו, כנדרש על-פי דין, את פרטי זיהויו ואת הכשרתו ומעמדו המקצועי והאקדמי.
- המומחה הרפואי יציין אם יש או היה לו עניין אישי עם מי מבעלי הדין, לרבות המוסד הרפואי המעורב,

המבטח או מי מעורכי-הדין המעורבים במקרה.

ד. הנחיות למומחה הרפואי:

1. המומחה הרפואי ימסור באובייקטיביות, בהגינות ובכל האמת את כל המידע הרפואי והמדעי הנוגע למקרה הנדון, ויעשה מאמץ סביר להשיג את כל התייעוד הרלוונטי למקרה.
2. מצא המומחה הרפואי צורך להסתמך על ספרות רפואית, יצרפה לחוות דעתו או יציין את מראה מקומה בצורה ברורה ונכונה כמקובל.
3. המומחה הרפואי יחווה דעתו המקצועית רק לאחר שבדק את התובע נשוא התביעה. במקרים חריגים שבהם לא נערכה בדיקה, יירשם הדבר בחוות הדעת. חוות דעת על בדיקת הדמיה או בדיקת מעבדה תיתכן ללא בדיקת התובע.
4. המומחה הרפואי יתייחס לסטנדרטים הרפואיים שהיו מקובלים במועד שבו נוצרה עילת התביעה, לרבות כל האסכולות הרפואיות שהיו קיימות באותו הזמן.
5. המומחה הרפואי יכתוב את חוות דעתו וימסור את עדותו בלשון עניינית, צנועה ומאופקת, המבוססת על העובדות בלבד ועל האמת הרפואית והמדעית.
6. המומחה הרפואי רשאי לחלוק על חוות דעת רפואיות אחרות שניתנו לבית המשפט. הדבר ייעשה בלשון עניינית ומאופקת. אין להעביר ביקורת אישית על מומחים רפואיים אחרים.

ה. שכר טרחה:

1. התשלום למומחה הרפואי יהיה סביר על-פי מעמדו המקצועי של המומחה, הזמן המושקע בהכנת חוות הדעת ומתן העדות בבית המשפט.
2. שכר הטרחה של המומחה הרפואי לא יותנה בתוצאות הדיון המשפטי.
3. המומחה הרפואי לא יחלוק את שכר טרחתו עם כל אדם אחר, לרבות זה שהפנה אליו את הנבדק נשוא חוות הדעת.

79 | רופא לא יפעל נגד מי שנמצא בטיפולו

פורסם בדצמבר 2004

רקע:

בפני הלשכה עלתה סוגיית גבולות הנאמנות של רופא למטופל שלו. בפנייה ללשכה כתב הקובל, כי בנו נמצא מאז לידתו במשך כ-20 שנה בטיפולו של רופא מסוים. המעקב מלווה פרוצדורות רפואיות תקופתיות ובדיקות קבועות כל אותן שנים. הכל נעשה תוך פתיחות מרבית וגילוי לב מלא מתוך אמון שלם ברופא. לאחרונה החליטה המשפחה, מסיבות השמורות עמה, להגיש תלונת רשלנות רפואית נגד בית החולים שבו נולד הילד ונגד קופת החולים שבה חברה המשפחה. הרופא המטפל לא הועסק מעולם בשני מוסדות אלו. בית החולים שנגדו הוגשה התביעה פנה לאותו רופא מטפל בבקשה לקבל חוות דעת רפואית-משפטית כנגד הילד התובע שהיה בטיפולו כל השנים. המשפחה, שהרגישה כי הרופא "שלה" בוגד באמונה, פנתה אליו אישית בבקשה כי לא יפעל נגדה, אך זה השיב, לדבריהם, כי "אני חותר לגילוי האמת ואמשיך לפעול בשירות בית החולים הנתבע". אין בכוונת המשפחה לתבוע את הרופא בהליך משפטי אך היא פנתה, כאמור, ללשכה לאתיקה בבקשה כי התנהגותו של הרופא תיבחן בפן האתי.

חברי הלשכה שדנו בשאלה חשבו כי יש פגם אתי בהתנהגותו של אותו רופא, וכי יש במעשיו כדי הטלת צל על הקשר העדין בין הרופא והמטופל והפרת האמון המלא בין שני הצדדים העומד ביסוד קשר זה.

נייר העמדה:

1. קשר ראוי בין רופא ומטופל מבוסס על אמון מלא ביניהם.
2. שמירת סודיות רפואית היא פועל יוצא מאמון זה.
3. לפיכך, ככלל לא יפעל רופא נגד מי שנמצא בטיפולו ולא יעשה שימוש לרעה במידע הרפואי הנמצא ברשותו.
4. יש ובהליכים משפטיים נדרש הרופא לערוך חוות דעת העלולה לפגוע במטופל שלו.
5. הרופא יקיים חובה זו רק אם הוטלה עליו על-פי החלטת בית המשפט.
6. חוות הדעת תיערך על-פי מיטב שיפוטו המקצועי של הרופא ומתוך יושר ויושרה.
7. הרופא יהיה פטור מחובת סודיות למטופל אם זה התייעץ בו קודם רק לצורך רפואי-משפטי.
8. הרופא יודיע על דבר חוות הדעת לחולה בראשית הפגישה ביניהם ויתעד הודעה זו ברשומה רפואית.

80 | סודיות רפואית וחסיון רשומה רפואית בנושא הטיפול הנפשי בנפגעי אלימות ותקיפה מינית

פורסם במאי 2018

רקע:

נושא הסרת חסיון רפואי של טיפול נפשי בתיקים של נפגעי ונפגעות תקיפה מינית מעלה מורכבות טיפולית, משפטית ואתית. הנושא מעלה דילמות אתיות בקרב המטפלים.

ההתחייבויות המקצועיות עוסקות קודם כול בחובה הבסיסית של הרופא בשמירת הסודיות הרפואית של המטופל לצורך יחסי האמון ביניהם, שכן על כך מושתת הטיפול הרפואי. חובה בסיסית נוספת היא נאמנות המטפל למטופל ואיסור פגיעה במטופל על ידי הרופא. הנושא מעוגן בכללי האתיקה הרפואית העוסקים ביחסי רופא-מטופל, והוזכר גם בכללי האתיקה הרפואית בפרק הרופא והמערכת המשפטית; לדוגמה, בנייר העמדה אשר נכתב בשנת 2004 "רופא לא יפעל נגד מי שנמצא בטיפול".

עיקרון זה ברור, מובן ומעוגן בכל מערכת שיש בה מערכות יחסים של אמון, לשם ייצוג ו/או טיפול, שבהן נדרש המטופל לחשוף עצמו על מנת לקבל טיפול מתאים. ביחסי עורך דין-לקוח יש הגנות רבות, וכן ביחסי עיתונאי ומקורות המידע שלו; קל וחומר, ביחסים הקשורים בדיני נפשות כגון רופא-מטופל, שבהם החובה האתית של הרופא לשמור ולהגן על המטופל צריכה להיות ברורה לכל בר-דעת.

במסגרת הטיפול בקורבנות עברות מין ובניהול ההליך הפלילי, נדרשים הקורבנות להתמודדות חוזרת עם האירוע הקשה שחוו. יש המתארים, מבין הנפגעים, את המפגש עם התוקף כ"אונס הראשון" ואת שלב החשיפה לאיסוף הראיות והטיפול כתחושה של "אונס שני".

בכל הנוגע לאיסוף הראיות, ישנם כללים מוגדרים וברורים שתכליתם להביא לפגיעה מזערית ככל האפשר בנבדקים. על כך אמונים הרופאים המשפטיים, רופאי ילדים וגניקולוגים אשר הוכשרו לכך. איסוף הראיות מגוף הנפגעים כולל בקשת הסכמתם מדעת ושימור הראיות, על מנת לאפשר לקורבנות שהות להגשת תלונה במשטרה או תביעה משפטית. בהיעדר הגשת תלונה במשטרה, הדגימות שנאספות נשמרות למשך שלושה חודשים. חברי הלשכה לאתיקה סברו כי ראוי לשמור אותן אף לפרק זמן ארוך יותר. איסוף דגימות, בין היתר לזיהוי גנטי של התוקף, צילום אברי גוף אשר נפגעו בתקיפה, כולל אברים מוצנעים, וכיוצא באלה, נעשים בעדינות רבה, בהתחשב ברגישות המתבקשת במקרים מסוג זה.

מצבים אלה מורכבים ומצערים, אולם נחיצותם ברורה לחקירת האירוע, לטיפול בתלונות קורבנות העברה ולמניעת עברות נוספות מסוג זה על ידי התוקף בעתיד.

אלא שבאחרונה הובאו לפני הלשכה לאתיקה תיאורי מקרים שבהם המשטרה והפרקליטות דרשו מהנפגעים ויתור נרחב על הסודיות הרפואית בעניין הטיפול הפסיכותרפויטי שעברו או עדיין מטופלים בו. הנימוק לכך הוא העמקת חקירה או חיזוק בסיס התביעה בעדויות. אחד מהמקרים, אשר פורסם גם בתקשורת, הינו פרשת קסטיאל, שם נדרשה מתלוננת באונס לוותר על הסודיות ולחשוף את כל התרשומות של הפסיכולוג אשר טיפל בה. בעקבות פרשה זו, פורסם נייר עמדה של הסתדרות הפסיכולוגים, אשר הבהיר את עמדתם הנחרצת המתנגדת בתוקף לחשיפת חומרי טיפול של קורבנות עברות אלימות ומין.

בעקבות פניית הרופאים הפסיכיאטרים ללשכה לאתיקה בנושא, הזדעזענו לגלות כי אותם קורבנות עברה המחליטים לעבור טיפול נפשי בשלב שלישי, לפעמים זמן רב לאחר הפגיעה הפיזית, עלולים לחוות "אונס שלישי" בחשיפת נפשם הדואבת למשטרה ולפרקליטות, ומשם לעיתים לידי הסגור והתוקף. מדובר בהתנהלות מסוכנת ופוגענית. זהו נוהג העלול לפגוע במערכת היחסים המורכבת

והעדינה של פגוע נפשי עם המטפל שלו, תוך סכנה של פגיעה עמוקה ורחבה באמון בבני אדם. כי הרי מדובר במצב שאדם פגע באדם; המטפל הנפשי עובד על רכישת אמון המטופל, אך הוא עלול

לשוב ולהחריב, כמו ידיו, את האמון כאשר פרטי השיח הרגיש של הטיפול נחשפים לתוקף ובני בריתו. הדיון הרגיש והמורכב אשר נערך בלשכה לאתיקה התרכז בסדר החברתי ובתפקידים השונה והמוגדר של בעלי התפקידים השונים בחברה באירוע מסוג זה, ובכלל. בין השאר, עלתה זכות החפות של המואשם בתקיפה האלימה: הנאשם זכאי למשפט צדק וזכותו להתגונן ככל יכולתו בעזרת סגורו. תפקיד המשטרה והפרקליטות לחקור ולהעמיד לדין את העבריין שישנן ראיות נגדו. תפקיד בית המשפט לשפוט לפי חוקי המדינה ולהגיע לחקר האמת. בתווך בין כל אלה, נמצאים קורבנות העברה, אשר לא אחת עלולים להיפגע תוך כדי ניהול החקירה וההליכים המשפטיים, ויש להגן עליהם ככל האפשר. תפקיד הרופא לרפא את המטופל כמיטב יכולתו ולעמוד לצידו.

הפסיכיאטרים חברי הלשכה לאתיקה הוסיפו מידע מקצועי חשוב. הרשומה הרפואית, המתעדת את תחושותיו ומחשבותיו של המטופל אינה מהווה מסמך המתעד בהכרח עובדות או את "האמת המוחלטת" של האירועים. פעמים רבות מדובר בהגיגי נפשם של הנפגעים, קישורים אסוציאטיביים למצבי חיים, ידע, דמיון ועוד. זאת דרכה של הטכניקה לטיפול פסיכותרפויטי. לפיכך, התועלת שבחשיפת הפרטיות הנפשית והשפעות התקיפה על הנפגע מוטלת בספק, תוך שהנזק הנגרם מהחדירה החוזרת לפרטיות עלול להוות אירוע נוסף אשר ידרדר את איכות חיי הנפגע, יפגע באופן חמור ביותר בטיפול הרפואי הנפשי הניתן לקורבנות ויהווה תמריץ שלילי לנפגעי עברה אשר יהססו להתלונן בעתיד.

זכותו של המטופל לסודיות רפואית מעוגנת במספר חוקים בדין הישראלי. בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו קבוע (בסעיף 7), כי כל אדם זכאי לפרטיות ולצנעת חייו, וכי אין פוגעים בסוד שיחו של אדם, בכתביו או ברשומותיו.

בחוק זכויות החולה (בסעיף 19) נקבע, כי מטפל או עובד מוסד רפואי ישמרו בסוד כל מידע הנוגע למטופל, שהגיע אליהם תוך כדי מילוי תפקידם או במהלך עבודתם. לעניין מסירת מידע רפואי לאחר, נקבע כי מטפל או מוסד רפואי רשאים למסור מידע רפואי לאדם אחר בהתקיים התנאים הקבועים בחוק; ובהם, כאשר המטופל נתן את הסכמתו למסירת המידע הרפואי או כאשר חלה על המטפל או על המוסד הרפואי חובה על פי דין למסור את המידע הרפואי.

חוק הגנת הפרטיות כולל תחת פגיעה בפרטיות פרסום עניין הנוגע לצנעת חייו של אדם, לרבות מצב בריאותו. חוק הגנת הפרטיות וחוק העונשין אף קובעים עונשים פליליים על הפרת הזכות לסודיות. על פי פקודת הראיות (סעיף 49), במסגרת הליך משפטי, רופא אינו חייב למסור ראיה על דבר הנוגע לאדם שנזקק לשירותו והגיע אליו תוך עבודתו כרופא, אלא אם ויתר האדם על החיסיון או שמצא בית המשפט כי הצורך לגלות את הראיה לשם עשיית צדק עדיף מן העניין שיש לא לגלותה. על פי הפקודה, אם נטען חיסיון, יהיה הדיון בטענה בדלתיים סגורות. החליט בית המשפט לשמוע את העדות, רשאי הוא לשמעה בדלתיים סגורות.

במילים אחרות, החוק מתייחס לשמירה על החיסיון שבין רופא לבין מטופלו במסגרת הליך משפטי, ונקבע כי את החיסיון יכול להסיר המטופל עצמו או בית המשפט, לאחר שבחן את הדברים וקבע את האיזון הנדרש בין ביורר ההליך שלפניו לבין השמירה על הסודיות הרפואית.

ניכר, כי הזכות לסודיות רפואית הינה זכות כבדת משקל בדין הישראלי, וזאת נוכח החשיבות הברורה שיש לה במסגרת יחסי האמון שבין הרופא לבין המטופל, אשר הכרחית, בין היתר, לקיומו של טיפול רפואי איכותי ומלא. כאשר מדובר בטיפול פסיכותרפויטי, הכולל תיעוד נכחי נשמתו של אדם – יש לסודיות אף משקל מוגבר.

הזכות לסודיות הינה זכות של המטופל; ולפיכך, הוא רשאי להחליט על הסרת החיסיון ועל ויתור על הסודיות הרפואית שלו. בהיעדר הסכמתו של המטופל, רשאי שופט בבית המשפט לדרוש מרופא להציג את הרשומה הרפואית בפניו, על מנת לבחון ולשקול את נחיצות המידע להליך המשפטי שלפניו אל מול הנזק שעלול להיגרם למטופל. במסגרת זו יכול הרופא להסביר את הסתייגותיו ואת הסיכון הטמון למטופל שלו בגין חשיפת הרשומה הטיפולית.

לפיכך מנחים חברי הלשכה לאתיקה את הרופאים הפסיכיאטרים המטפלים:

1. הרופא יתייחס לסודיות הרפואית כערך עליון בטיפול, על אחת כמה וכמה כאשר מדובר בטיפול נפשי.
2. ככלל, למטופל זכות לקבל את המידע הרפואי על אודותיו, ובכלל זה, את תוכן הרשומה הרפואית שלו.
3. הרופא ישוחח עם המטופל, הנפגע העובר טיפול נפשי, ויסביר לו את משמעות הוויתור על הסודיות הרפואית שלו, ובכלל זה, משמעות מסירת המידע לגורמים שלישיים.
4. רופא מטפל המעריך כי חשיפת הרשומה הרפואית עלולה לפגוע במטופל, צריך לעשות כמיטב יכולתו לעצור את החשיפה, ובמידת האפשר – להסביר למטופל את ההשלכות בנושא.
5. הרופא יפעיל שיקול דעת, ולא ימסור ישירות לידי גורמים שלישיים רשומה רפואית הכוללת מידע שחשיפתו עלולה, לדעתו, לפגוע במטופל.
6. במקרים המתאימים, ידרוש הרופא מעורבות של בית משפט, אשר יוכל לדון בבקשה להסרת חיסיון בדלתיים סגורות; אז יוכל הרופא להסביר לשופט לעומק את דמת הסיכון למטופל.

81 | רפואה משפטית

פורסם בספטמבר 2017

רקע:

רפואה משפטית היא תחום מיוחד ברפואה שאינו עוסק בריפוי ובטיפול, אלא בגיבוש חוות דעת המהוות חומר ראיות לצורכי חקירה ומשפט.

מסקנותיו של הרופא המשפטי בחוות דעתו עשויות לשמש כנגד הנבדק (שעשוי להיות נבדק חי או מנוח), תופעה חורגת לקשר רופא-מטופל המוכר לנו בכללי האתיקה הרפואית.

כיו"ר הלשכה לאתיקה, הזמינה ד"ר קרני את מנהל המרכז הלאומי לרפואה משפטית לדיון בייחודיות התחום ובדילמות האתיות המורכבות עמן מתמודדים הרופאים המשפטיים.

נכון להיום, קיים במדינת ישראל מכון אחד לרפואה משפטית, הנמצא באבו כביר שבתל אביב, הפועל כיחידה של משרד הבריאות, תחת מינהל הרפואה.

הרופאים המשפטיים במכון לרפואה משפטית עוסקים בבדיקות ובחקירות מקרי מוות לא טבעיים, באמצעות בדיקות חיצוניות למנוחים, בדיקות דימות ונתיחות לאחר המוות, נטילת דגימות וביצוע בדיקות מעבדה נדרשות. וכל זאת, בתוך לחץ זמן עקב קדושת המת והצורך בהבאתו לקבורה בהקדם האפשרי.

הרופאים המשפטיים עושים גם בדיקות קליניות באנשים חיים, אשר היו מעורבים באירועים שקיים לגביהם חשד לעבירות מין ואלימות, בין אם כקורבנות עברה ובין אם כחשודים בביצועה.

נכון להיום, ישנם מעט מאוד רופאים משפטיים בישראל, ביחס למספר הרופאים המשפטיים במדינות מפותחות אחרות.

לא ניתן כיום לקבל חוות דעת נגדית לזו של המכון לרפואה משפטית. הדבר משמעותי כאשר מדובר בהליכים פליליים, בהם המכון לרפואה משפטית עובד בצמוד למשטרה ולפרקליטות, ואדם עלול למצוא עצמו מואשם בעברה חמורה כגון רצח, הריגה או אונס, ללא יכולת לקבל חוות דעת של רופא משפטי מטעמו. בכך נפגעת זכותו של הנאשם להגנה על חפותו ולהליך הוגן.

במציאות הנוכחית, עבודת המכון מתמקדת בהליכי חקירה ומשפט, ומתקיימים ממשקים הדוקים בינו לבין המשטרה והפרקליטות. כמשתקף מהתקשורת, בחלוף השנים ראו גורמים שונים במכון לרפואה משפטית זרוע של הרשות המבצעת, וקיים חשש כי הגבולות שבין שיקול הדעת המקצועי הרפואי לבין שיקול הדעת החקירתי או המשפטי עלולים להיטשטש.

מדבריו של מנהל המרכז הלאומי לרפואה משפטית עלה, כי נעשו בשנים האחרונות צעדים על מנת להדגיש את הגבולות הללו ולשמור על שיקול הדעת המקצועי ועל עצמאותם של הרופאים, והלשכה לאתיקה מברכת על כך.

בהקשר זה, ראוי להזכיר את נייר העמדה של הלשכה לאתיקה שכותרתו "הרופא כעד מומחה", ולחזק את דברי מנהל המכון בהתאם לאמור בו, כי תפקיד הרופא המשפטי להציג חוות דעת רפואית מקצועית, ללא משוא פנים, על פי הידע המדעי, על מנת לאפשר לבית המשפט להגיע לחקר האמת ולמשפט צדק.

במסגרת הבדיקות הקליניות המבוצעות על ידי הרופאים המשפטיים, נערכות בין היתר בדיקות לחשודים בעברות שונות.

כאשר חשודים מסרבים לבדיקה, עלול להתעורר קונפליקט בין האוטונומיה של הנבדק לבין עמדת גורמי החקירה. בהתאם לכללי האתיקה המתייחסים ליחסים שבין הרופא לבין הנבדק, אדם אשר סירב להיבדק - לא ייבדק על ידי הרופא.

כאשר מועברת לידי הרופאים המשפטיים בקשה לתת חוות דעת בהסתמך על מסמכים על אודות נבדק אשר

סירב להיבדק, או נבדק שמתעורר ספק בדבר הסכמתו לכך, מוטב כי לא תבוצע הבדיקה "בדרך עוקפת", וכי לא תיכתב חוות דעת על ידי הרופא המשפטי. יחד עם זאת מובן כי במקרים שקיימת חובה על פי דין – כגון, כאשר קיימת הוראה בצו בית משפט – מחובתו של הרופא להיענות ולקיימה.

בנוסף, לא אחת נתקלים הרופאים המשפטיים בחשודים המובאים לבדיקה כשהם אזוקים. במצבים אלה, קיימים כללים מנחים בקוד האתי ובנייר העמדה של הלשכה לאתיקה, שכותרתו "כבילת אסירים ועצירים בבתי החולים".

הלשכה לאתיקה הביעה, במסגרת הישיבה, את הערכתה הרבה לרופאים המשפטיים, אשר עומדים איתן, פועלים בהתאם לכללי האתיקה ושומרים על יושרם המקצועי אל מול הלחצים הרבים המופעלים עליהם.

נייר העמדה:

1. הלשכה לאתיקה מברכת על הצעדים לשמירה על שיקול הדעת המקצועי ועל עצמאותם של הרופאים המשפטיים.
2. על פי כללי האתיקה, רופא רשאי שלא לבצע פרוצדורה רפואית המבוקשת ממנו, אם הבקשה מנוגדת לעמדתו המקצועית, למצפונו או לאמונתו.
3. כאשר נבדקים חשודים מסרבים לבדיקה, עשוי להתעורר קונפליקט בין האוטונומיה של הנבדק לבין עמדת גורמי החקירה. בהתאם לכללי האתיקה המתייחסים ליחסים שבין הרופא לבין הנבדק, אדם אשר סירב להיבדק לא ייבדק על ידי רופא.
4. כאשר מועברת לידי הרופאים בקשה למתן חוות דעת בהסתמך על מסמכים על אודות נבדק אשר סירב להיבדק או נבדק שמתעורר ספק בדבר הסכמתו לכך, מוטב כי לא תבוצע הבדיקה "בדרך עוקפת" וכי לא תיכתב חוות דעת על ידי הרופא המשפטי.
5. במקרים שקיימת חובה על פי דין, כגון כאשר קיימת הוראה בצו בית משפט, מובן שמחובתו של הרופא להיענות ולקיימה.
6. במקרים בהם מובאים נבדקים חשודים לבדיקה כשהם אזוקים, יפעלו הרופאים בהתאם לכללים המנחים בקוד האתי ובנייר העמדה של הלשכה לאתיקה, שכותרתו "כבילת אסירים ועצירים בבתי החולים".
6. ראוי לעודד הכשרת מומחים נוספים בתחום ולתמוך בהחלטה על הקמת מכון נוסף לרפואה משפטית בישראל.

82 | הקלטת בדיקת מומחה רפואי על ידי הצד שכנגד-אסורה

פורסם בפברואר 2012

תובע מסוים הגיש בבית המשפט המחוזי בירושלים תביעת פיצויים בשל נזקי גוף שנגרמו לו. אחד הנתבעים ביקש, באמצעות עורך הדין גיל עטר ממשרד עוה"ד נשיץ ברנדס ושות', לבדוק את התובע על ידי מומחים רפואיים מטעמו. התובע התנה את הבדיקה הרפואית בכך שיורשה לו להקליט את מהלכה. המומחה הרפואי פסיכיאטר בכיר במקצועו, התנגד לדרישה זו והסוגיה הגיעה לפתחו של בית המחוזי בירושלים אשר התייחס למחלוקת זו בהחלטתו מיום 11.3.2010 המובאת כאן בראשי פרקים בלבד:

תמצית עמדתו של התובע:

- א. בדיקת התובע על ידי מומחה הנתבע הוא אירוע "לעומתי" המהווה כר פורה לחילוקי דעות בין המומחה לבין הנבדק אודות מהלך הבדיקה ותוצאותיה. ההקלטה תאפשר לבית המשפט להכריע בחילוקי הדעות ולהתירם ממהימנות הצדדים
- ב. הבדיקה מעצם טבעה יוצרת חוסר שיוויון ומקנה יתרון לנתבעים. הקלטת הבדיקה תצמצם את חוסר השוויון ותקדם את ההגינות המשפטית
- ג. זכותו של הנבדק להקליט את הבדיקה מעוגנת בזכות היסוד שלו לתעד כל בדיקה הנערכת לו על פי שיקול דעתו.
- ד. הקלטת הבדיקה מתיישבת יפה עם עקרון פומביות הדיון המשפטי.
- ה. הקלטת הבדיקה עולה בקנה אחד עם המגמה התחקיתית לערוך תיעוד חזותי או קולי של תהליכי חקירה.
- ו. התנגדות להקלטה תעודד הקלטה בסתר שהרי בהיות הנבדק חלק מהבדיקה אין בכך מניעה על פי חוק האזנות הסתר.

תמצית עמדתם של הנתבעים:

- א. ההקלטה עלולה להפריע לבדוק ולמהלך הבדיקה.
- ב. הקלטה עלולה לסרב את מהלך הדיון המשפטי ולפתוח חזיתות נוספות.
- ג. חוות הדעת אינה "סוף פסוק" מבחינתו של התובע שהרי ניתן לחקור את המומחה הרפואי על חוות דעתו.
- ד. הקלטת התובע אצל מומחי הנתבעים למרות שהתובע לא הוקלט אצל המומחה מטעמו תיצור חוסר שוויון ותהווה הטלת דופי במומחי הנתבעים.
- ה. ההשוואה שעורך התובע בין עניינו לבין החובה לתעד חקירת חשודים עם מוגבלות שכלית או נפשית וחקירת ילדים אינה רלוונטית.
- כבוד השופט יצחק ענבר מציין בפסק הדין כי "תקנות סדר הדין שותקות בשאלה של זכות התובע לערוך הקלטה פרטית משלו של מהלך הבדיקה". וכי "השאלה נדונה מספר פעמים בפסיקתם של בתי המשפט המחוזיים אך עמדתם לא הייתה אחידה".

בית המשפט, לאחר סקירה ממצה של הפסיקה הקיימת, קבע כלהלן:

הקלטת מהלך הבדיקה טעונה רשות מראש של בית המשפט מהטעמים הבאים:

- א. פעולת ההקלטה מעצם טבעה עלולה להיות כרוכה בהפרעה מסוימת בניהול הבדיקה
- ב. הקלטת הבדיקה בסתר, גם אם אינה עברה פלילית, עלולה לפגוע בזכותו של המומחה הרפואי, הנגזרת מהאוטונומיה של רצונו הפרטי, לקבוע את סביבת העבודה במרפאתו.
- ג. הקלטת הבדיקה בסתר עשויה ליצור אווירה של עוינות וחשדנות ולעיתים אף אינה ראויה ואינה מביאה כבוד למבצעה.

בית המשפט, לאחר שתחם את אמות המידה להפעלת שיקול הדעת של בית המשפט קבע כלהלן:

הבקשה להקליט את מהלך הבדיקה אצל המומחה הרפואי, הפסיכיאטר - נדחית בזה מהטעמים הבאים:

- א. התובע הוא בגיר ובא כוחו לא הצביע על כל נתון ייחודי התומך בהקלטת הבדיקה.
- ב. התובע לא הקליט את מהלך הבדיקה אצל המומחה מטעמו וממילא לא הציע להעמיד הקלטה זו לרשותם של הנתבעים.
- ג. התקבלה עמדתו של המומחה הרפואי הפסיכיאטר הגורסת בין היתר כי "הכנסת אביזר הקלטה היא בהכרח הכנסת צופה זר ומסיח המפריע לקולחות, נינוחות וספונטניות של הבודק והנבדק כאחת". בית המשפט הכיר בזכותו של המומחה הרפואי "לעצב את סביבת עבודתו על פי מיטב שיפוטו והבנתו".

על החלטה זו של בית המשפט המחוזי בירושלים הגיש עורך דינו של התובע ערעור לבית המשפט העליון בעוד לשכת עורכי הדין בישראל החליטה להתייצב לדיון כ"ידידת בית המשפט" מתוך תמיכה בעמדה אותה מייצג בא כוחו של התובע המצדדת בהקלטת הבדיקה הרפואית.

מקרה זה הובא לראשונה לידיעת הלשכה לאתיקה במאי 2010 באמצעות עו"ד עטר. הלשכה לאתיקה ראתה חשיבות רבה להחלטה העקרונית שתתקבל בבית המשפט העליון. החלטה שתחייב הקלטת הבדיקה הרפואית עלולה לערער את מעמד הרופא בחברה באשר היא תשדר אי אמון וחסדנות במומחים הרפואיים. מעבר לסרבול של ההליך המשפטי עצמו החלטה כזו עלולה ליצור תמריץ לתובע להעצים את הסימפטומים בעת בדיקתו ומאידך ליצור תמריץ לבדיקות יתר מצד המומחה הרפואי ול"רפואה מתגוננת" גם כשמדובר במתווה של יעוץ רפואי לבית המשפט.

קל לחזות כיצד ההרשאה להקלטה שכזו עלולה לגלוש גם לתיעוד חזותי של הבדיקה הרפואית ובהמשך גם אל כל פגישה מקצועית בין הרופא למטופל גם כשהיא מתרחשת מחוץ להליך משפטי. אין גם ספק כי השפעת ההליכים האלו לא תישאר מוגבלת לסביבה המשפטית בה נוצרו ואווירת

החשדנות ואי האמון תתפשט גם לקשר המסורתי בין הרופא והמטופל - השפעתם שם תהייה הרסנית.

הלשכה לאתיקה ערכה מספר דיונים בנושא זה אשר בסיכומם התקבלה בישיבה מיום 2.11.2010 הסכמה בדבר נייר העמדה להלן:

נייר העמדה:

1. על פי כללי האתיקה הרופא המשמש כעד מומחה יפעל על פי מיטב שיפוטו המקצועי באובייקטיביות, בהגינות ובכל האמת ולאחר שעשה מאמץ סביר להשיג את כל המידע והתיעוד הרלוונטיים לנבדק.
2. חברי הלשכה לאתיקה סבורים כי אין להתיר הקלטה או צילום של הבדיקה הרפואית כמעשה של שיגרה, גם לא במסגרת רפואית משפטית, אלא בהסכמה הדדית בין הרופא והנבדק או בנסיבות חריגות, אותן יקבע מראש בית המשפט.
3. הרופא לא חייב לקיים בדיקה רפואית בנוכחות מכשיר הקלטה או צילום אם הדבר מונע, לדעתו, ניהול תקין של הבדיקה.
4. בשל חשיבותו העקרונית של המקרה, בהסתמך על ההחלטה שהתקבלה בלשכה לאתיקה, החליטה ההסתדרות הרפואית בישראל להתייצב גם היא כ"ידידת בית המשפט" בהליך המשפטי, בין היתר גם כדי להוות משקל נגד לעמדת לשכת עורכי הדין, ולתמוך בעמדה השוללת הקלטת הבדיקה הרפואית. עו"ד אורנה לין ועו"ד ברק כלב ייצגו את הר"י בהליך זה.
5. בתאריך 1.2.2012 דחה בית המשפט העליון, כבוד השופטים ריבלין, דנציגר והנדל, בפסיקה תקדימית את דרישתו של התובע וקבע (רע"א 2948/10). כי ככלל בתביעות נזיקין אין לאפשר הקלטה של בדיקת מומחה הנתבע היה והנתבע או המומחה הרפואי מתנגד לכך, למעט במקרים קיצוניים. עם זאת, מקום בו התובע, הנתבע והמומחה יסכימו להקלטה, הרי שאין לאסור את ההקלטה עצמה.
6. בכך התקבלה עמדת ההסתדרות הרפואית כפי שהוצגה בפני בית המשפט כי "אין כל בסיס לחשדנות

המיוחסת למומחה הרפואי. מומחה רפואי אינו שכיר חרב. מומחה רפואי הוא רופא ומשכך מחויב הוא להצגת האמת הרפואית והוא כפוף לכללי האתיקה הרפואית... מתן אישור להקליט פוגע באמון ברפואה והופך את חדר הבדיקות של הרופא לחדר חקירות. זוהי גישה הפוגעת באמון הציבור ברופאים וביכולתם למלא את תפקידם המקצועי".

83 | רופא השוחה כנגד הזרם

מרץ 2019

החופש המחשבתי, קליני-אקדמי-מקצועי, של הרופא הוא הדחף העיקרי לקידום הרפואה ולשינוי פרדיגמות מקצועיות. הפניית אצבע מאשימה כלפי רופא החושב אחרת מהקולגות עלולה לפגוע ביצירתיות ובמחשבה המקצועית. דוגמאות אין סוף לכך, למשל את ד"ר איגנץ זמלווייס, שחשב כי הסיבה לתמותת יולדות קשורה לרשימת הידיים של המטפלים, שינוי תפיסת עולם בטיפול בטרומבטית, הורדת רמת החמצן ליונקים באינקובטורים ומניעת Retrolental fibroplasia ועוד. תעוזת הרופאים לצאת מול הכלל, לחקור ולקדם את מדע הרפואה, היא לעיתים המאפשרת שיפור בטיפול במחלות ושיפור איכות ואריכות החיים.

עמותה המקדמת חינוך בריאות הגישה תלונה ללשכה לאתיקה נגד רופא ילדים, העוסק ברפואה משלימה מסוג הומאופתיה. הרופא דיבר בפאנל בערוץ טלוויזיה נגד חיסונים, בתקופה שבה הייתה מגפת חצבת בישראל. המגפה הייתה קשה במספר אזורים בארץ שבהם שיעור המתחסנים נמוך. מספר ימים בטרם הדיון בלשכה לאתיקה נפטרה ילדה בבית החולים שערי צדק ממחלה זו על רקע זה, הדיון הציבורי והדיון בלשכה היה סוער.

כתבנו בעבר דף עמדה לגבי חופש הביטוי של הרופא בתקשורת, הבעת דעתו בכל נושא אשר אינו נוגע ישירות למקצועיותו - "רופאים בתקשורת - חופש הביטוי מול כבוד המקצוע" - שם הצהרנו כי לרופא הזכות להביע את דעתו, ואין ללשכה לאתיקה רשות להגביל זכות בסיסית זאת בחברה דמוקרטית. הסייגים אשר הצבנו התייחסו לסגנון, לאחריות ולכבוד המקצוע.

הדילמה: האם, בהיבט האתי, מותר לרופא להציג בתקשורת את דעתו המקצועית הנוגדת את דעת הרופאים והקהילה הרפואית? מצד אחד, הוא עלול לסכן את בריאותם ולפעמים אף את חייהם של המקשיבים לו אשר ינהגו על פי המלצתו. מצד שני, "סתירת פיות" באצטלה של אתיקה רפואית עלולה לחסום חשיבה חופשית של רופאים ואת הדחף לשפר ולקדם את הרפואה.

לאחר דיון החליטו חברי הלשכה: אין אנו רואים בהצגת דעה חדשה או שונה מהזרם עבירה אתית רפואית.

יחד עם זאת, נקבעו הכללים הבאים:

1. רופא החושב שונה מהמקובל בעולם הרפואה, בנושא מסוים, בזמן מסוים, ראוי וחשוב כי יציג את דעתו קודם כול בקרב הקהילה הרפואית, בתוך קבוצת הייחוס המקצועית. הרופא יבסס את דעתו השונה בדרך המקובלת בין העוסקים במקצוע, כגון הרצאות לעמיתים בכנסים רפואיים, עריכת מחקרים וכתובת מאמרים.
2. בבואו להציג דעותיו בפני הציבור הרחב, יציג עצמו הרופא ואת תפקידו במדויק. כאשר נדרש, ידייק הרופא ויבהיר "באיזה כובע" הוא מביע את דעתו.
3. ראוי כי רופא המציג בתקשורת או בפני ציבור רחב, המורכב מאנשים שאינם רופאים, דעה הפוכה או שונה מזו של הקהילה הרפואית, יציין בדבריו את המקובל ברפואה באותה עת.
4. הרופא ישקול האם יש בדבריו דבר העלול לפגוע בכלל, כגון הפחדה או פגיעה בבריאות הציבור השומע אותו, וינהג באחריות מקצועית.
5. הרופא יפעל באחריות בעיתות משבר, ולא יעודד התנהגות העלולה לגרום להחרפת החולי.

84 | צנעת הפרט בתקשורת

פורסם בדצמבר 2004

רקע:

מתקפת הטרור הנוראה על הישראלים בטאבה בחג סוכות האחרון עוררה שוב, בשולי האירועים הדרמטיים, את השאלה בדבר צנעת הפרט בתקשורת. כך לדוגמה פרסם העיתון "ידיעות אחרונות" ביום 8.10.2004 על מחצית עמוד השער תמונת תקריב גדולה של ילדה קטנה בבגדיה התחתונים, כשהיא שוכבת זבת דם על אלונקה. תמונות תקריב קשות נוספות ממלאות את העמודים הפנימיים של גיליון זה. אפשר להעריך כי איש מהמצולמים לא נתן את הסכמתו להראותו כך, ברגע הקשה בחייו, בפני עולם ומלואו.

צימאון המדיה לתיעוד דרמטי אינו נעצר על סף בית החולים. הסכסוך האלים עם שכנינו הפלסטינים יצר לצערנו בשנים האחרונות מספר רב של הזדמנויות, שבהן הורשתה המדיה לתעד את הנעשה בתוך בתי החולים ברגעים הראשונים של הטיפול בנפגעים. התומכים בפתיחת שערי בתי החולים בפני המדיה טוענים כי מתקיימת במקביל "מלחמת תעמולה", וכי יש חשיבות לאומית בכך שגם הצד הישראלי של הנפגעים יזכה להד ראוי. אין לציבור הרופאים יכולת להשפיע על התנהגות המדיה מחוץ לבתי החולים, אך חובה עליו לשמור על צנעת הפרט מרגע שזה נמצא באחריותם.

בניסיון לאזן בין זכות הציבור למידע לבין זכות כל אדם לפרטיות ניסחו חברי הלשכה לאתיקה את הכללים המופיעים כאן.

נייר העמדה:

1. באירוע רב-נפגעים ובאירועים אחרים קיימת סקרנות ציבורית למתרחש בבית החולים שבו מטופלים אותם נפגעים.
2. סקרנות זו גוברת שבעתיים כשמדובר באירועים חבלניים.
3. חשיפת הנפגעים למדיה משרתת, לעתים, את האינטרסים של בני המשפחה, הרופאים המטפלים, בית החולים, המדיה ואף את האינטרסים של המדינה עצמה.
4. יש למצוא אפוא את האיזון הנדרש בין זכות הציבור למידע לבין זכות כל נפגע, באשר הוא אדם, לפרטיות.
5. אין לצלם נפגע אלא אם התקבלה לכך הסכמה מפורשת ממנו.
6. אם מדובר בנפגע שהוא קטין, נדרשת הסכמת שני הוריו.
7. חשיפת הנפגע למדיה תיעשה כך שלא ייפגע הטיפול הרפואי בו או במטופלים אחרים הנמצאים בקרבתו.
8. לא יימסרו למדיה פרטים מזהים על נפגע או פרטים ספציפיים לגבי מצבו הרפואי, אלא אם כן ניתנה הסכמה לכך מצד הנפגע.

85 | כללי אתיקה רפואית - התקשרות דיגיטלית ומדיה חברתית

פורסם באוקטובר 2014

שותפים לכתיבה: ד"ר תמי קרני, עו"ד גילי שיל"ת, עו"ד קרן אלדר, עו"ד רויטל קדם וגב' מישל גלקין

רקע

המהפכה הדיגיטלית הביאה איתה את אוטוסטראדת המידע הגדולה ביותר - האינטרנט - ויחד איתו נולד הרופא הכי זמין ונגיש - ד"ר גוגל.

בהקלקה קטנה אנחנו נחשפים לעשרות אלפי אתרים המציעים ייעוץ רפואי ומידע רפואי מקצועי הזמינים למיליארדי גולשים מדי יום, ביניהם, רופאים, סטודנטים לרפואה, מטופלים וכלל הציבור.

התעצמותם של אתרי מדיה חברתית דוגמת פייסבוק, טוויטר, בלוגים, פורומים ואתרים רפואיים ייעודיים, בהם ניתן להתייעץ עם מאות ואלפי משתמשים החולקים את אותן בעיות רפואיות ואותם קשיים, יוצרת קבוצת תמיכה ורשת ביטחון המעניקות לחולה/מטופל חיזוק רגשי, יכולת התודעות למקרים דומים ולאפשרויות הטיפול הפתוחות בפניו וכמובן נתיב למידה מניסיונם של אחרים.

אתרים ופורומים כאלו גם מסייעים להתפתחות וקידום שיח קולגיאלי בין רופאים הנועצים, מאתגרים ומפרים זה את זה ובכך משפרים הלכה למעשה את הטיפול הרפואי הניתן למטופל.

המציאות החדשה הביאה איתה מודל טיפולי חדש - "הרפואה המשתפת", מודל המעודד התערבות אקטיבית של המטפל והמטופל ברצף הטיפול הרפואי, מקדם מתן טיפול רפואי מיטבי המותאם למטופל ומבוסס על ריבוי המידע וזמינותו וכמו כן תומך בנגישותו של הרופא לסייע למטופל. לצד זאת, המידע הרפואי החשוף יוצר מציאות מורכבת - מידע שהיה נחלתו הבלעדית של הרופא הינו לפתע נחלת הכלל. המטופל הקונבנציונאלי מגיע לרופא או לטיפול מוכן ומצויד באינפורמציה, הן על הבעיה והן על אפשרויות הטיפול בה. החשיפה והנגישות ברשתות החברתיות, הן של הרופא המטפל והן של המטופל, יכולות לטשטש את גבולות היחסים רופא-מטופל. כתוצאה מכך קורה שהרופא המטפל מתמודד עם מטופלים המערערים על סמכותו ואשר לעיתים אף רואים בדעתו second opinion.

לסוגיות אלו, הצפות בשל התעצמותה של המהפכה הדיגיטלית, השפעה מכרעת על האמון אשר רוכשים המטופלים לרופאים המטפלים ולמקצוע הרפואה כולו.

ההסתדרות הרפואית בישראל, בדומה לארגוני רופאים במדינות מודרניות רבות בעולם דוגמת ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניוזילנד ועוד, רואה חשיבות בכינון כללי אתיקה רפואית להתקשרות דיגיטלית ומדיה חברתית אשר ינחו את הרופא דרך הדילמות הרבות העולות בהקשר של השימוש היומיומי, המקצועי והחברתי ברשת ובאמצעים דיגיטליים מול מטופליו ובכלל.

הגדרות

"מטפל" או "רופא" - כהגדרתם בחוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996.

"התקשרות דיגיטלית" - כל שימוש שנעשה ברשת או מחוצה לה באמצעים טכנולוגיים ממחשבים לרבות אתרי אינטרנט, פורומים, בלוגים, אימייל, הודעות טקסט.

"מדיה חברתית" - אתרים המבוססים על שיתוף מידע חברתי ברשת, לרבות פייסבוק וטוויטר.

"תקשורת מקוונת" או "רשת" - כל שימוש שנעשה באמצעי התקשרות דיגיטלית ו/או במדיה חברתית המוגדרים לעיל.

"פרסומת" - לרבות מודעת תדמית, לעיסוקו ברפואה של רופא מורשה בישראל או לעיסוק ברפואה בישראל המיועדת, לפי צורתה, תוכנה או דרך פרסומה, לקהל בישראל ונצפית על ידו, אף אם היא מופצת מחוץ לגבולות ישראל.

שימוש במדיה חברתית - כללי:

1. רופא ישמור על הפרדה וגבולות ברורים בין זהותו המקצועית לזהותו האישית בעת שימוש במדיה החברתית.
2. רופא יפעיל שיקול דעת באשר למידע האישי המפורסם על ידו באמצעי התקשורת דיגיטליים ובמדיה החברתית וינהג באופן המכבד את מקצוע הרפואה.
3. רופא יימנע מביקורת או מאמירות אישיות הקשורות למטופלים, בכל מקום שהוא ברשת, ולא יעלה תוכן בעל אופי אישי ופוגעני המתייחס למטופל בעבר או בהווה, גם אם נשמר חסיונו הרפואי של המטופל.
4. רופא יימנע מיצירת קשר בעל אופי אישי, חברתי ולא מקצועי עם מטופליו, לרבות לעניין "הצעה או קבלת חברות" באמצעות המדיה החברתית.
5. רופא ינטר ויבקר באופן שוטף את המידע הנגיש מטעמו למטופלים על אודותיו ברשת, ויודא כי מדובר במידע אמין המכבד את הרופא ואת מקצוע הרפואה.
6. רופא לא יעשה שימוש באמצעי תקשורת מקוונים לחיפוש מידע על אודות ההתנהלות האישית של מטופליו, גם לא לצורך מעקב על מצבם הרפואי או מתוך דאגה לבריאותם.
7. רופא הנחשף למידע רפואי ברשת על אודות מטופל יפעל בהירות ויפעיל שיקול דעת מקצועי בקשר לאופן מסירת המידע למטופל, כאשר לנגד עיניו יעמדו טובת המטופל והשפעת החשיפה על יחסי האמון בין הרופא למטופל.

"רופא המעורב בשיח קוליגיאלי ברשת יימנע מלמסור פרטים מזהים כלשהם על אודות מטופל ויפעיל שיקול דעת זהיר באשר לתוכן המועבר ברשתות החברתיות, תוך שימת דגש על שמירת פרטיות המטופל והחיסיון הרפואי".

רופאה שהועסקה בבית חולים פרסמה בחשבון הפייסבוק שלה סיפורים קצרים על אודות פציינטים שטופלו על ידה בבית החולים תוך שהיא מבקשת לקבל את עמדתם המלומדת של קולגות שהנם "חבריה".

הרופאה נהגה לציין את הדיאגנוזה ופרטים חושפניים נוספים הקשורים למטופלים. אמנם הרופאה לא ציינה את שמותיהם אך הפרטים שסיפקה כללו נתונים שיש בהם כדי ללמד על זהותם של המטופלים. הדבר מהווה הפרת הסודיות הרפואית אליה מחויבת הרופאה.

יחסי מטפל מטופל - מסירת מידע וייעוץ רפואי למטופלים באמצעות הרשת:

1. רופא יפעיל שיקול דעת זהיר ויקפיד על הסודיות הרפואית ופרטיות המטופל, כאשר הוא עושה שימוש בדרכי התקשורת דיגיטליות או במדיה החברתית לצורך טיפול רפואי או לצורך הגברת זמינותו ונגישותו למטופל.
2. רופא לא יציע טיפול או ייעוץ רפואי פרטני בדרכי התקשורת דיגיטליות ובמדיה החברתית אם לא נוצרו קודם לכן יחסי רופא-מטופל וללא הסכמה מפורשת ומתועדת של המטופל הנועץ עמו.
3. רופא או מוסד רפואי יכללו בתיק הרפואי של המטופל מסמך המאשר את ידיעת המטופל והסכמתו לסיכונים הנובעים מטיפול באמצעות תקשורת מקוונת.
4. בעת מתן ייעוץ רפואי יפעיל הרופא שיקול דעת זהיר באשר לסוג הייעוץ המבוקש ובאשר ליכולתו לתת מענה הולם באמצעות תקשורת מקוונת.
5. רופא יימנע ממחנך טיפול רפואי בדרכי התקשורת דיגיטליות ובמדיה החברתית בכל המקרים בהם נדרשת בדיקה גופנית של המטופל או התרשמות בלתי-אמצעית ממצבו הפיסי או הנפשי.

6. רופא המעורב במסירת מידע רפואי או מתן ייעוץ רפואי לאדם שאינו נמצא בטיפול, יקפיד לתת ייעוץ כללי בלבד ולעודד את המטופל שלא לראות בכך תחליף למפגש מקצועי.
7. על חומרים מקצועיים על אודות המטופל המועברים באמצעות תקשורת מקוונת, להישמר בתיקו הרפואי של המטופל ככל רשומה רפואית.
8. הייעוץ הרפואי והמידע הרפואי הניתנים והמועברים באמצעי התקשורת דיגיטלית ובמדיה החברתית, כפופים לכללי האתיקה הרפואית והדין.

"רופא יימנע מביקורת או מאמירות אישיות הקשורות למטופלים, בכל מקום שהוא ברשת ולא יעלה תוכן בעל אופן אישי ופוגעני המתייחס למטופל בעבר או בהווה, גם אם נשמר חסיונו הרפואי של המטופל"

רופאת נשים, שאחת ממטופלותיה איחרה באופן קבוע לתורים שנקבעו עבורה, פרסמה פוסט בפייסבוק בזה הלשון:

"פציינטית שלי מאחרת באופן קבוע לפגישות עמי... כתגובה לכך אני שוקלת לאחר ללידת התינוק שלה במספר שעות". אחד "מעוקביה" של הרופאה בפייסבוק ביצע "צילום מסך" של הפוסט ופרסם אותו בקבוצת פייסבוק ייעודית שנפתחה כפלטפורמה לדיון עבור אמהות שעתידות ללדת את תינוקם בבית החולים בו עבדה הרופאה. כתוצאה מפרסום הפוסט נשמעה ביקורת חריפה כנגד רופאת הנשים וכנגד בית החולים בו עבדה: המטופלות דרשו מבית החולים, באמצעות פרסום פוסט על ה"Wall" של בית החולים בפייסבוק, להטיל סנקציות על הרופאה בטענה להתנהגות באופן שאינו מקצועי וכן בטענה שפרסום הפוסט חושף פרטים שפוגעים בחיסיון רופא-מטופל.

שיח קולגיאלי ברשת

1. רופא ישתף ברשת את עמיתיו בידע, במיומנויות, בטיפולים חדשים ובתוצאות של מחקרים תוך שמירת כבוד המטופל ופרטיותו.
2. רופא המעורב בשיח קולגיאלי ברשת יימנע מלמסור פרטים מזהים כלשהם על אודות מטופל ויפעיל שיקול דעת זהיר באשר לתוכן המועבר ברשתות החברתיות, תוך שימת דגש על שמירת פרטיות המטופל והחיסיון הרפואי.
3. רופא ישמור בכל עניין מקצועי ברשת על יחס של כבוד וחברות כלפי עמיתיו למקצוע ויביע את דעתו בדבר טיפול רפואי שניתן על ידי עמית למקצוע בלשון עניינית, צנועה ומאופקת, הנסמכת על המידע הרפואי המקובל במועד שבו ניתן טיפול זה.
4. על הרופא לוודא כי המידע הרפואי אשר הינו מפרסם ברשת מבוסס על ספרות מקצועית ומחקרים ואינו מקודם על ידי גוף בעל אינטרסים כלכליים או מסחריים כלשהם.
5. רופא המעוניין לפעול בהסתמך על מידע רפואי המצוי ברשת יוודא כי המידע שהתקבל באופן מקוון מבוסס כיאות בספרות הרפואית ובמחקרים מתאימים, בטרם יפעל ליישומו בקשר למטופליו.
6. על הרופא לציין באופן ברור ונהיר האם המידע המפורסם על ידו מבוסס על מחקרים רפואיים, ניסיון מקצועי או דעה אישית.
7. רופא המזהה ברשת התנהגות בלתי-נאותה מבחינה אתית או מקצועית של חברו למקצוע, יתריע על כך בפני אותו עמית.

8. רופא המזהה ברשת התנהגות בלתי־נאותה (מבחינה אתית או מקצועית) של חברו למקצוע, הנמשכת למרות התרעתו על כך בפניו, ידווח לממונה על אותו אדם, לרשויות או לכל גורם מוסמך אחר לפי שיקול דעתו. כמו כן, רופא הנחשף למידע ברשת שיש בו כדי להפר את חיסיונו הרפואי או פרטיותו של מטופל, יפעל להגנה על המטופל ו/או על המידע בדרכים המקובלות.

"רופא ישמור בכל עניין מקצועי ברשת על יחס של כבוד וחברות כלפי עמיתיו למקצוע ויביע את דעתו בדבר טיפול רפואי שניתן על ידי עמית למקצוע בלשון עניינית, צנועה ומאופקת, הנסמכת על המידע הרפואי המקובל במועד שבו ניתן טיפול זה"

כתב עת העוסק ברפואה נוהג לראיין בכתבות קצרות רופאים מאזורים שונים בארץ ומציג מעין "פרופיל" של המרואיין. כתב העת מתחזק עמוד פייסבוק ומפרסם קישור לכתבות ולמאמרים - בכדי לעודד דיון באותו עמוד. פרסום ראיון עם אחד הרופאים בדף הפייסבוק גרר תגובה מצד קולגה של הרופא, שטען כי הרופא אינו יסודי ומקצועי וכי מספר רב של פעמים היה צריך "לתקן את העוול" שנעשה על ידי הרופא, שלטענתו בחר בשיטת טיפול מיושנת וארכאית. תגובה כזו הינה בלתי ראויה ופוגענית.

גילוי נאות

1. רופא ינהג בשקיפות מלאה ויחשוף כל ניגוד עניינים אישי, כלכלי, מקצועי או כל מידע אחר העלול להיות קשור במתן הייעוץ הרפואי, במידע הרפואי או בטיפול הנמסר או הניתן באופן מקוון.

פרטיות ואבטחת מידע ברשת

1. רופא יאבטח וישמור בצורה מסודרת את כל המידע הרפואי הממוחשב על אודות המטופל.
2. רופא יעשה שימוש בהגדרות פרטיות (privacy settings) שיבטיחו את שמירת המידע והתכנים האישיים המפורסמים על ידו ברשת ויגביל את הגישה למידע אישי על אודותיו.
3. רופא ימנע ממתן ייעוץ רפואי או מהעברת מידע רפואי באמצעי תקשורת מקוונים שאינם מוגנים על ידי מערכת אבטחה ממוחשבת התואמת את רגישות המידע הרפואי.
4. רופא יהיה מודע להוראות הדין המתייחסות להגנת הפרטיות וינהג על פיהן ביחס למטופליו.

"רופא לא יעשה שימוש באמצעי תקשורת מקוונת לחיפוש מידע על אודות ההתנהלות האישית של מטופליו, גם לא לצורך מעקב על מצבם הרפואי או מתוך דאגה לבריאותם"

רופא בעל קליניקה פרטית "עקב" אחד מטופליו באמצעות הרשת החברתית "אינסטגרם". כוונותיו היו תמימות וכל שהיה ברצונו הוא לשמור על קשר עם מטופליו, אך עם הזמן החל להיחשף "להדרגליהם המגונים" של המטופלים, אשר לעתים פעלו בניגוד לעצתו. באחד המקרים נחשף הרופא לתמונה של אחד ממטופליו הסובל מאסטמה, כשהוא מעשן סיגריה במועדון. הרופא הרשה לעצמו לנזוף במטופל על התנהגותו, בכדי להבהיר לו את ההשלכות שיש לעישון על חולי אסטמה. המטופל היה מופתע מכך שהרופא יודע לגביו פרטים שהוא עצמו לא סיפר לו מעולם.

פרסום ופרסומת:

1. רופא יפעל בהתאם לכללי האתיקה לעניין פרסום ופרסומת כאשר הוא עושה שימוש ברשת האינטרנט.
2. רופא נושא באחריות לכל פרסום שלו הנעשה על ידו בשמו או בעבורו, ברחבי הרשת ובמדיה החברתית.
3. בהתאם לתקנות הרופאים (פרסומת אסורה), התשס"ט-2008, רופא לא יפרסם באמצעות הרשת:
 - א. באתר המכיל תכנים של אלימות, פורנוגרפיה, תוכן בלתי חוקי אחר או באתר המיועד לקטינים;
 - ב. בדרך של פרסומת "קופצת" (pop up), לרבות באמצעות קישורים לאתרים אחרים, באנרים או בכל דרך אחרת;
 - ג. בניגוד להוראות סעיף 30 (א) לחוק התקשורת (בזק ושירותים) התשמ"ב 1982; ('חוק הספאם').

"רופא יימנע ממתן טיפול רפואי בדרכי התקשורת דיגיטליות ובמדיה החברתית בכל המקרים בהם נדרשת בדיקה גופנית של המטופל או התרשמות בלתי-אמצעית ממצבו הפיסי או נפשי"

פורטל אינטרנטי הבנוי בפורמט בו גולשים יכולים לשאול שאלות בנושאים רפואיים, נעזר ברופאים למתן מידע רפואי כללי. באחד המקרים, פרסם גולש שאלה בפורום וביקש לדעת באיזה תכשיר ניתן לטפל בבעיה רפואית המציקה לו. תוך מספר שעות הופיעה תשובה מטעם אחד הרופאים המועסקים בפורטל ובה המלצה לטיפול בתכשיר ספציפי, תוך שהוא מפרט את יתרונות התכשיר על פני תכשירים חלופיים הקיימים בשוק. בהתאם להמלצה, רכש המטופל בבית המרקחת את התכשיר ואולם, בדיעבד התברר כי התכשיר הכיל רכיב מסוים אליו היה אלרגי ובכך החמיר את מצבו במקום לסייע לו.

4. רופא רשאי לפרסם את שמו ותוארו, הכשרתו הרפואית (לרבות התמחויות מוכרות), תחומי עיסוקו, תפקידיו, מקום עיסוקו, שעות הקבלה ודרכי ההתקשרות עמו.
5. רופא יוודא כי המידע המפורסם על ידו ברשת ו/או ברשתות החברתיות הינו נכון וניתן לאימות, ויימנע מכל פרסום של מידע שגוי או חלקי המטעה את הציבור וממתן מידע פרסומי המתחזה כאובייקטיבי.
6. רופא לא יציין בפרסום ברשת את מעלותיו של טיפול רפואי מסוים מבלי לפרט במקביל את סיכניו ומגרעותיו.
7. רופא יימנע מציון שיעורי ההצלחה של הטיפול על ידו ולא יפרסם התחייבות לתוצאות צפויות או לריפוי. הרופא יימנע מפרסום הנותן שבח למיומנותו, לידיעותיו או לכישוריו.
8. רופא יימנע מכל פרסום ברשת העלול לפגוע בציבור המטופלים.
9. רופא לא יעודד באמצעות פרסום ברשת צריכה של טיפול רפואי שלא לפי התווית הרפואית.
10. רופא לא ישדל קבלה של טיפול רפואי באמצעות יצירת חשש או הפחדה.
11. רופא לא יעשה כל שימוש באיברי גוף מוצנעים לצורך הפרסום.
12. רופא לא יעשה כל שימוש במטופלים, גם בהסכמתם, ובכלל זה בשמם, בדיוקנם, בקולם, בהמלצתם או בחלקי גופם.
13. רופא יימנע מכל פרסום שיש בו כדי לפגוע בכבוד מקצוע הרפואה.
14. רופא לא יעשה שימוש בדמויות של אנשים מפורסמים וידועי שם או של אנשים הנחזים להיות מפורסמים, מטופלים או רופאים. לעניין זה ייראו ניצול קשרי חברות במדיה החברתית בין רופא לבין ידוען לצרכי פרסום כפרסומת אסורה.
15. רופא יימנע מפרסום תעריפים בגין טיפולים רפואיים ויימנע מפרסום בדבר הנחות, מבצעים או כל טובת הנאה אחרת תמורת קבלת הטיפול הרפואי.

16. רופא יימנע מפרסום או מהשתתפות בפרסומת למוצרים מסחריים, רפואיים ושאינם רפואיים. למען הסד ספק, יצוין כי לעניין זה פרסום באמצעות רשת חברתית מהווה פרסומת אסורה.
17. רופא רשאי לקחת חלק בפרסום שמטרתו קידום בריאות הציבור, בתנאי שהמידע מבוסס מדעית ושלא נעשה שימוש בשם מסחרי של מוצר או של טכנולוגיה מסוימת.
18. רופא יימנע מפרסום המשבח או מעודד קבלת טיפול רפואי במסגרת פרטית על פני טיפול רפואי במסגרת ציבורית.
19. רופא יימנע מפרסום המדגיש בלעדיות או ייחודיות של מיומנות או שיטת טיפול.

"רופא יפעיל שיקול דעת באשר למידע האישי המפורסם על ידו באמצעי התקשורת דיגיטליים ובמדיה החברתית וינהג באופן המכבד את מקצוע הרפואה"

אישה בשנות העשרים לחייה אושפזה בבית חולים בעקבות צריכת יתר של אלכוהול ואיבדה את הכרתה למחצית היממה.

רופא, שהכיר את המטופלת מבעוד מועד ועבד באותו היום בבית החולים בו אושפזה, נכנס לחדרה וצילם אותה בעודה מרותקת למיטה ובמצב נפשי רעוע. מאוחר יותר, התברר כי הרופא פרסם את התמונות בבלוג שלו, בצירוף פרשנותו האישית למצבה. בכך, חשף את עצמו ואת בית החולים בו הועסק לתביעה שעניינה פגיעה בפרטיות ובזכות המטופל לחיסיון רפואי.

דוגמאות להפרת כללי האתיקה הרפואית באמצעות שימוש במדיה החברתית מקרים מהעולם:

ארבע סטודנטיות סולקו מבית הספר לאחיות לאחר שפרסמו תמונה של שיליית אדם ברשת החברתית "פייסבוק":

ארבע סטודנטיות שהשתתפו בקורס מעבדה במרכז רפואי בקנזס, ארה"ב, ביקשו לחלוק את "החויה" עם חבריהם באמצעות הרשת החברתית "פייסבוק". הסטודנטיות ביקשו ממדריכת הקורס רשות להצטלם עם שיליית אדם והכריזו כי ברצונן להעלות את התמונה לרשת החברתית. לטענת הסטודנטיות, המדריכה לא השיבה בשלילה ואף לא ציינה כי מדובר במעשה אסור ולכן הסטודנטיות המשיכו במעשיהן. התמונה שותפה ברשת החברתית למשך שלוש שעות עד

שהן התבקשו (על ידי המכללה) להסיר את התמונה. מנהל מחלקת הסיעוד במכללה התייחס לאירוע ואמר כי "התנהגותן של הסטודנטיות לוקה בחוסר אחריות מקצועית ומפריעה לסביבת הלמידה". לאחר האירוע החמור סולקו הסטודנטיות מהלימודים בבית הספר לסיעוד.

נלקח מ-3 January 2011 dailymail.co.uk

אחות שעבדה בבית"ח פרסמה תמונה חושפנית בפייסבוק -

בית"ח העמידה לדין משמעתי:

אחות שעבדה בבית החולים בנורת'המפטון, ארה"ב, פרסמה באחת מהרשתות החברתיות תמונה בה היא מרימה את חולצתה וחושפת את שדיה בפני קולגה מבית החולים. התמונה, שצולמה במתחם בית החולים בו עבדו השניים, חשפה בבירור דמותו של אחד ממטופליו של בית החולים. הנהלת בית החולים החליטה להעמיד את האחות לדין משמעתי. בנוסף, החליטה ההנהלה לאסור על עובדי בית החולים את השימוש ברשתות חברתיות בעודם במתחם בית החולים וכן חסמה את הגישה לרשתות אלה במחשבי בית החולים.

נלקח מ-2 October 2008 metro.co.uk

אחות פרסמה פוסט בלתי הולם בפייסבוק - נזפה בפרמדיקים שעשו עבודתם - והושעתה:

בשנת 2009 נכנס אדם בן 88 למוזיאון השואה בווינגטון די.סי, ארה"ב ופתח באש. המניע לידי היה, ככל הנראה, על רקע גזעני. אחות שעבדה בבית החולים בניו ג'רזי פרסמה ברשת החברתית "פייסבוק", פוסט בזו הלשון: "גבר סוציופת לבן נכנס למוזיאון השואה בווינגטון הבירה והחל לירות. השומרים האחרים במקום הגיבו באש. אחד השומרים נהרג מהירי. גם היורה נפצע אך שרד. אני מאשימה את הפרמדיקים ורוצה להגיד להם שני דברים: מה חשבתם לעצמכם??? זו הייתה ההזדמנות שלכם לעשות שינוי. ולשומרים האחרים - לכו להתאמן בירי!" אחד מעובדי בית החולים, שהיה גם "חבר פייסבוק" של האחות ביצע "צילום מסך" של הפוסט ושלח אותו לידיעת מנהלי בית החולים. הנהלת בית החולים קבעה כי הפוסט שפורסם על ידי האחות מהווה התנהגות שאינה הולמת את מי שממלא תפקיד בצוות רפואי בבית חולים ועל כן החליטה לערוך בירור משמעותי בעניינה. בתום ההליך, הוחלט לפטר את האחות מעבודתה בבית החולים.

, Ehling v. Monmouth-Ocean Hosp. Serv. Corp

(No. 2:11-cv-03305 (WJM) (D.N.J. May 30, 2012

תביעה שעניינה רשלנות רפואית הוכרעה על סמך בלוג רפואי של הרופא הנתבע:

רופא ילדים נתבע לאחר שכשל באבחון מחלת סכרת אצל אחד ממטופליו והמטופל נפטר תוך זמן קצר. בתגובה, החליטה משפחתו של המטופל לתבוע את הרופא, אשר לעמדתם התרשל בבדיקה ולא אבחן את המחלה בזמן. באותה העת, ניהל הרופא בלוג רפואי אנונימי והרבה לתאר מקרים שהופנו לטיפולו ואף התייחס רבות למשפט שהתנהל נגדו בבלוג, תוך שהוא מתאר את תחושותיו ורגשותיו ובעיקר מותח ביקורת על אודות ההליך המשפטי, המושבעים, עורכי הדין וכו'.

באחד הפוסטים, תיאר הרופא פגישה שערך עם "מומחה" שהדריך אותו טרם עדותו מול מושבעי בית המשפט והסביר לו כי לרוב מושבעים מכריעים בתביעות שעניינן רשלנות רפואית, על סמך התרשמותם מדמותו של הרופא. בהמשך לכך, פירט עצות שקיבל מאותו "מומחה" כדי להתחבב על השופטים. ככל הנראה תיאורים אלו הכשילו את הרופא: לקראת סוף עדותו של התובע, שאלה את הרופא עורכת הדין של הצד שכנגד האם יש לו בלוג רפואי והאם הוא "FLEA" (השם הבדוי בו השתמש לכתיבת הבלוג). לרופא לא נותר אלא להודות שאכן הוא הרופא שעומד מאחורי הבלוג ששיקף דמות של רופא יהיר וביקורתי. משהבין הרופא, בהתאם לעצות שקיבל מעורכי דינו, כי סיכויי הניצחון בתביעה נמוכים - הסכים ליישב את התביעה באמצעות פשרה כספית.

נלקח מ- 31 May 2007 www.boston.com

צוות רפואי הושעה מעבודתו לאחר שחברי הצוות השתתפו במשחק צילומים בפייסבוק במהלך משמרת לילה:

צוות רפואי שלם הושעה לאחר שחבריו העבירו את זמנם במשמרת הלילה במשחק חברתי בפייסבוק. חברי הצוות, שכלל 7 רופאים ואחיות, השתתפו במשחק שמטרתו הייתה להצטלם בשכיבה על הבטן על גבי חפצים שונים. בין היתר, הצטלם הצוות בחדרים בבית החולים תוך שימוש בציוד רפואי השייך לבית החולים.

לאחר שנתגלה הדבר, החליטה ההנהלה כי למרות שהמשחק האינטרנטי לא פגע בשום אופן במטופלי בית החולים, התנהלות הצוות הרפואי הינה בלתי דאוויה ולכן יועמדו חבריו לדין משמעתי בהליך פנימי של בית החולים.

נלקח מ-9 September 2009 theguardian.com

86 | Telemedicine [רפואה מרחוק]

פורסם בינואר 2007
* חודש כחוברת בשנת 2019

רקע:

ההתפתחות המהירה של טכנולוגיות המידע שהתרחשה בעשורים האחרונים הביאה לשינוי עמוק בקשר המקצועי המסורתי בין הרופא למטופל. מה שהחל לפני שנים רבות כתשובה טלפונית פשוטה לפניית החולה, ועבר אחר-כך דרך מכשיר הפקס, הגיע עתה ליכולת המרשימה להעביר בזמן אמת, ובאופן דיגיטלי, מידע ביו-רפואי מורכב ביותר מכל צורה וסוג. כיום, אין עוד הכרח בביקור אצל הרופא, על מנת לקבל את חוות דעתו על תוצאת בדיקה זו או אחרת ולשמוע את הנחיותיו להמשך הטיפול.

הטכנולוגיות החדשות מאפשרות כיום לרופאים לאסוף, ממרחק, מידע רפואי מורכב וחיוני ולענות על הצרכים הרפואיים של המטופלים שלהם, מבלי שאלו יאלצו להשקיע זמן יקר בפגישה עם הרופא. ההחלפה המהירה של מידע רפואי מאפשרת למטופל להישאר בסביבתו הטבעית, כשהוא נוטל חלק גדול יותר ואחראי בניהול בריאותו. אין ספק, כי תהליך זה של "רפואה מרחוק" ילך ויתעצם, ועלינו להיערך לקראתו. מעבר לבעיות הטכנולוגיות הקיימות במערכת זו, הקשורות באיכות ובמהימנות המידע הרפואי, דרכי העברתו ואבטחתו, מתעוררות בעיות אתיות חדשות הייחודיות ליחסים הדדיים, דיגיטליים באופיים, בין רופא למטופל שאינם נמצאים בחדר אחד ואינם רואים כלל האחד את רעהו. לא ניתן לפרוס בשורות ספורות אלו את כל הסוגיות האתיות הקשורות בניהול דיגיטלי של רפואה מרחוק. נייר עמדה זה נועד, לפיכך, להביא את עיקרי הדברים ולעודד דיון רחב יותר ומחשבה נוספת בקרב הרופאים, בקופות החולים ובקרב כלל הציבור.

נייר העמדה:

1. התפתחות טכנולוגיות המידע מאפשרות כיום קשר מקצועי בין רופא למטופל גם ממרחק.
2. על אף יתרונותיה, רפואה מרחוק יוצרת מציאות אתית ומשפטית חדשה, והיא משנה את הקשר הרפואי המסורתי המבוסס על מפגש אישי בין הרופא למטופל.
3. שימוש מושכל ברפואה מרחוק עשוי לשפר את הקשר המקצועי עם החולה ואת הטיפול הניתן לו.
4. קיים הכרח, כי הן הרופא והן המטופל יזהו האחד את רעהו בוודאות מלאה, כאשר מתקיים ביניהם קשר מקצועי מרחוק.
5. על הרופא מוטלת אחריות מקצועית על איכות הטיפול גם ברפואה מרחוק, ולפיכך עליו לשקול האם השאלה הרפואית הנדונה מתאימה למסגרת קשר כזה, והאם קיים בידיו מידע המאפשר מתן תשובה מקצועית ראויה.
6. במקרים שנדרשת בדיקה גופנית של החולה או התרשמות בלתי אמצעית ממצבו הנפשי לא תינתן על-ידי הרופא רפואה מרחוק.
7. רפואה מרחוק מתנהלת על-פי כל מערכות החוקים והכללים האתיים של הרפואה המסורתית.
8. יש לקיים רפואה מרחוק רק בתנאים טכניים המאפשרים שמירת סודיות רפואית, אבטחת המידע הרפואי ותיעודו.

87 | פרסום ופרסומת*

מתוך נייר העמדה שפורסם בשנת 2000

לאחרונה התקבלה הצעת חוק המסדירה את נושא הפרסומת לבעלי מקצוע. הצעת החוק מתירה לבעלי מקצוע מסוימים⁴, ובין היתר, לרופאים לפרסם עצמם באופן נרחב יותר, בהשוואה לאופן המצומצם שהיה מותר עד כה.

ברקע קבלת הצעת החוק עמדו זכויות היסוד שקבלו תוקף חוקתי בעקבות חקיקת חוק יסוד: חופש העיסוק⁵ וחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו⁶ אשר סימנו את פתיחתה של תקופה חדשה, בה הוכרה, באופן עקרוני, זכותו של הפרט לפרסם את עצמו. לאור זאת הגיעה הכנסת למסקנה, כי אין עוד מקום לאסור, באופן גורף, פרסום עצמי של רופאים.

חרף זאת יש לזכור כי הנושא הוא בנפשה של הרפואה, וכי הקשר שבבין הרופא למטופל הינו קשר מיוחד ושונה מכל מערכת יחסים אחרת הקיימת בין ספק שירות ללקוח.

המטופל, מלכתחילה, נמצא בעמדה של תלות, וחוסר מידע שאיננה מאפשרת לו להעריך בעצמו את טיב ואיכות הטיפול לו הוא נזקק, ועל כן הוא תלוי, באופן כמעט מוחלט, ברופא המטפל.

כמו כן, קיים חשש, כי מתן אפשרות לפרסום לא מבוקר תביא לתחרות פרועה בין רופאים ומוסדות רפואיים שתביא לזילות מקצוע הרפואה ובסופו של דבר תגרום גם היא לפגיעה במטופלים.

לאור זאת נחקק החודש החדש, תוך שהוא מנסה להתמודד עם החששות המובאים לעיל, נעיר, כי החוק החדש מחליף את סעיפים 14-11 לפקודת הרופאים⁷.

בעתיד אמורות להיות מותקנות תקנות בנושא, שיותקנו לאחר התייעצות עם הר"י.

עם התקנת התקנות, נעדין בהתאם.

***בשנת 2008 אושרו בכנסת תקנות הרופאים (פרסומת אסורה), התשס"ח-2008.**

החוק החדש

סייגים בפרסומת

להלן נביא את נוסח החוק שנתקבל:

11. (א) רופא מורשה, לא יעשה, במישרין או בעקיפין, פרסומת לעיסוקו שיש בה כדי להטעות או שיש בה

משום פגיעה בכבוד המקצוע או שהיא בניגוד לתקנות שהותקנו לפי סעיף קטן (ג).

(ב) שר הבריאות, בהתייעצות עם ההסתדרות הרפואית ובאישור ועדת חוקה וחוק ומשפט של הכנסת

רשאי לקבוע סוגים, צורות ודרכים של פרסומת:

(1) שיש בהם כדי להטעות;

(2) שיש בהם משום פגיעה בכבוד המקצוע;

(ג) שר הבריאות, בהתייעצות עם ההסתדרות הרפואית ובאישור ועדת חוקה וחוק ומשפט של הכנסת

רשאי לקבוע איסורים על סוגים, צורות ודרכים של פרסומת שיש בהם משום פגיעה בציבור.

(ד) לא יעשה אדם פרסומת לעיסוק ברפואה או לעיסוקו של רופא מורשה, אשר אילו נעשתה בידי

4 מיילדות, עורכי דין, פסיכולוגים, אופטומטריה, וארינרים ורופאי שיניים.

5 חוק יסוד: חוק העיסוק (התשנ"ב, 1992).

6 חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו (התשנ"ב, 1992).

7 פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ו-1976.

- רופא מורשה היתה אסורה לפי הוראות סעיף קטן (א).
- (ה) רופא מורשה, שאדם אחר עוסק בפרסום עיסוקו, חייב לעשות כל שאפשר כדי למנוע מאותו אדם לפעול בניגוד להוראות סעיף קטן (ד); המפר הוראה זו, דינו – מחצית הקנס הקבוע בסעיף 61(א)(1) לחוק העונשין, התשל"ז-1977.
- (ו) הפר אדם את הוראות סעיף קטן (ד), לענין רופא מורשה מסוים, חזקה היא כי אותו רופא הפר את חובתו לפי סעיף קטן (ה), אלא אם כן הוכיח הרופא כי עשה כל שאפשר כדי למלא את חובתו.

שמירת דינים

12. הוראות לפי סעיף 11 באות להוסיף על הוראות כל דין

פרשנות החוק:

פרסומת אסורה

ככל החוק משתמש במושגים כלליים: הטעיה, פגיעה בכבוד המקצוע, פגיעה בציבור שמטרתם לאפשר גמישות באכיפת האיסורים על פרסומת אסורה. עם הזמן ניתן יהיה לדאות מהי הפרשנות שתינתן למושגים אלו.

הטעיה ופגיעה בכבוד המקצוע
סעיף 11(א) ו-ב לחוק קובעים:

11. (א) רופא מורשה, לא יעשה, במישרין או בעקיפין, פרסומת לעיסוקו שיש בה כדי להטעות או שיש בה משום פגיעה בכבוד המקצוע או שהיא בניגוד לתקנות שהותקנו לפי סעיף קטן (ג).

(ב) שר הבריאות, בהתייעצות עם ההסתדרות הרפואית ובאישור ועדת חוקה וחוק ומשפט של הכנסת רשאי לקבוע סוגים, צורות ודרכים של פרסומת:

(1) שיש בהם כדי להטעות;

(2) שיש בהם משום פגיעה בכבוד המקצוע;

זכותו של הרופא לפרסם את עצמו פרסומת מאוזנת בשני אינטרסים אותם מצא המחוקק אל נכון להדגיש:

א. איסור הטעיה.

ב. איסור פגיעה בכבוד המקצוע.

איסור הטעיה

בשלב זה לא ניתן להגדיר, כאמור, באופן פרטני מהי פעולה אשר נכנסת תחת הביטוי "הטעיה". עם זאת, ברור, שהכוונה במינוח הטעיה מתייחסת באופן כללי למסירת מידע לא נכון או למסירת מידע חלקי היוצר רושם לא נכון. את האמור ניתן להמחיש באמצעות מספר דוגמאות שיובאו להלן:

א. ציון אחוזי הצלחה של טיפול / מטפל מסוים במסגרת הפרסומת – לקורא המודעה בד"כ לא יהיו הכלים להעריך את הצלחתו האמיתית של המטפל (האם טיפל במקרים קשים או קלים, מהם המקרים בהם לא טיפל, כמות הטיפולים על בסיסה מוצגים הנתונים וכדומה).

ב. פרסומת המתמקדת אך ורק בשיבוח מיומנותו, ידיעותיו וכשירותו המקצועית של הרופא.

ג. פרסומת שתובא מטעם הרופא כ"מודעת תדמית", ושלכאורה, עשויה להיתפס על ידי הציבור ככתבה אובייקטיבית.

ד. פרסומים, תמימים, לכאורה, הקשורים לאינטרס עסקי של הרופא המפרסם.

ה. פרסומים המציגים תואר אקדמי או מומחיות שאינם מוכרים בארץ.

איסור פגיעה בכבוד המקצוע

בהמשך לאמור בנוגע לפרסום אסור, גם המושג "כבוד המקצוע" הנו מושג כללי שעם הזמן ניתן יהיה לראות מה הפרשנות שתינתן לו. עם זאת ניתן לקבוע באופן כללי, כי המדובר במידע שיש בו משום פגיעה בכלל הפרופסיה הרפואית, ובאופן פרטני ברופא זה או אחר. להלן נציג מספר דוגמאות:

- א. פרסומת בה מצוינים התעריפים עבור הטיפולים הרפואיים המוצעים – קיים חשש שפרסום תעריפים, כאמור יביא לילולות מקצוע הרפואה ולמלחמת מחירים שבה הדגש שיושם. על ידי מטפלים ומטופלים, כאחד, יהיה על מחיר הטיפול ולא על איכותו.
- ב. פרסומת המביאה דברי זלזול, השמצה ושלילת כשירותם של רופא ו/או רופאים אחרים.
- ג. צורתה של הפרסומת, צבעה של המודעה, גודלה ומיקומה עשויים להיות משום פגיעה בכבוד המקצוע, פרסומים בטלוויזיה יתאפשרו רק בצורת שקופית חסות, ברדיו רק בצורת קריינות ובאינטרנט רק באופן בו ניתן לפרסם מודעות בעיתונות.
- ד. אפיק הפרסום – משום פגיעה בכבוד המקצוע יש לראות פרסומות בצורת פלאיירים המחולקים לציבור, טלמרקטינג, פרסום חוצות, והצעות למתן טיפול רפואי הנעשות בדרך של ההתכתבות (לרבות בדואר ובאינטרנט).

איסור פגיעה בציבור

סעיף ו(ג) לחוק קובע כדלקמן:

- "(ג) שר הבריאות, בהתייעצות עם ההסתדרות הרפואית ובאישור ועדת חוקה חוק ומשפט שלה כנסת רשאית לקבוע איסורים על סוגים, צורות ודרכים של פרסומת שיש בהם משום פגיעה בציבור."
- גם המושג "פגיעה בציבור", כמו המושגים שהובאו לעיל הנו מושג כללי שיפורש עם הזמן. עם זאת ניתן להביא מספר דוגמאות שעשויות להמחיש מהי פגיעה בציבור:
- א. פרסומת המעודדת צריכה של טיפול רפואי לא נחוץ.
 - ב. פרסומת בה נעשה שימוש בשם או בדיוקנם של מטופלים הממליצים על הטיפול.
 - ג. פרסומת המשבחת מעלות של טיפול רפואי מסוים מבלי לציין את סיכוניו ומגרעותיו.

הוראות אחרות של החוק

סעיף ו(ד) לחוק קובע:

- "(ד) לא יעשה אדם פרסומת לעיסוק ברפואה או לעיסוקו של רופא מורשה, אשר אילו נעשתה בידי רופא מורשה היתה אסורה לפי הוראות סעיף קטן (א)."
- סעיף זה קובע, כי המגבלות על עשיית פרסומת, החלות על הרופאים, חלות גם על בני אדם מן היישוב שאינם רופאים (ועל חברות), בעת עשיית פרסומת לעיסוק של הרופא או לעוסק ברפואה.
- נראה, כי מטרת הסעיף הנה שלא לאפשר את עקיפת מגבלות הפרסום על ידי גוף אחר שאיננו רופא.
- סעיף ו(ה) לחוק קובע:
- "(ה) רופא מורשה, שאדם אחר עוסק בפרסום עיסוקו, חייב לעשות כל שאפשר כדי למנות מאותו אדם לפעול בניגוד להוראות סעיף קטן (ד); המפר הוראה זו, דינו – מחצית הקנס הקבוע בסעיף 61(א)(1) לחוק העונשין, התשל"ז-1977."
- הסעיף קובע, כי בנוסף על המגבלות החלות בעשיית הפרסומת עצמה, מוטלת על הרופא החובה למנוע מאדם אחר, האחראי לפרסום הרופא, לפרסם בניגוד לסייגים הקבועים בחוק.
- יש לשים לב! המפר הוראת סעיף זה צפוי לסנקציה פלילית בדמות קנס.
- סעיף ו(ו) לחוק קובע:
- "(ו) הפר אדם את הוראות סעיף קטן (ד), לענין רופא מורשה מסוים, חזקה היא כי אותו רופא הפר את חובתו לפי סעיף קטן (ה), אלא אם כן הוכיח הרופא כי עשה כל שאפשר כדי למלא את חובתו."

יש לשים לב! החוק קובע, כי במקרה בו האדם האחראי על פרסום הרופא, פרסם בניגוד למגבלות הקבועות בחוק, ישנה חזקה כי הרופא שלמענו נעשתה הפרסומת הפר את חובתו שנקבעה בסעיף קטן (ה), דהיינו: הרופא לא מנע מהמפרסם לפעול בניגוד למגבלות הפרסום. משמעות החזקה היא כי הרופא הוא זה שצריך להוכיח כי עשה הכל כדי למנוע מהמפרסם לפעול בניגוד למגבלות הקבועות בחוק.

סיכום

המצב המשפטי לאור החוק החדש שהתקבל הוא שפרסומת עצמית של רופאים מותרת, בכפוף למגבלות שהפרסומת אינה מטעה, אינה פוגעת בכבוד המקצוע ואינה פוגעת בציבור. עם הזמן תינתן לכל אחד מן המושגים הללו פרשנות משלו. עם זאת ניתן לנסות ולגדוד כל אחד מן המושגים הללו. בעתיד הקרוב, אמורות להיות מותקנות, על ידי שר הבריאות, תקנות שיבהירו, באופן ברור יותר, את המותר והאסור בנושא. תקלות אלו יותקנו לאחר התייעצות עם הר"י.

88 | איסור פרסום ברדיו או בטלוויזיה

פורסם באוגוסט 2009

רקע:

מתן טיפול רפואי אינו דומה לכל "מוצר צרכני" אחר, ובשל אופיו המיוחד של המקצוע אין הוא דומה גם למקצועות "החופשיים" האחרים. כל קיומה של הרפואה מושתת על אמון מלא בין המטופל והרופא, המתקיים בפערי ידע עצומים. יתר על כן, תלותו של המטופל ברופא היא מוחלטת, עד כי הוא מוסר, ממש כן, את חייו בידי - וכל זאת מתוך עמדת נחיתות ברורה שעליה לא יהיה ניתן לגשר לעולם. אין בידי המטופל כל כלי מדידה סביר, שבאמצעותו יוכל להעריך או להשוות את טיב הטיפול הנדרש לו, וכן את ההכשרה, הניסיון, הידע והמיומנות המקצועית של הרופא המציע לו טיפול זה.

האם בתרבות הצרכנית הקיימת כיום נבחר ברופא שיטפל בנו כפי שאנחנו בוחרים באבקת כביסה או בטלפון סלולרי - בהשפעת פרסומת יקרה ויעילה שבה השקיע מכספו אותו הרופא? האם ראוי כי נתיר לשווק את הטיפול הרפואי כפי שאנו מתירים לשווק כל מוצר צריכה אחר?

סעיף 11 בפקודת הרופאים (נוסח חדש), התשל"ז-1976, מטיל סייגים מחמירים על פרסום לרופאים, או בלשונו: "רופא מורשה לא יעשה במישרין או בעקיפין פרסומת לעיסוקו, שיש בה כדי להטעות או שיש בה משום פגיעה בכבוד המקצוע".

למרבה הצער, רופאים אחדים אינם מכבדים את החוק ופוגעים בכבוד המקצוע. לאחרונה החלו להישמע מעל גלי האתר פרסומות עצמיות בוטות של רופאים. אם לא נעצור תופעה זו בראשיתה, נגיע במוקדם או במאוחר למצב שבו תשודר תחזית מזג האוויר בטלוויזיה בליווי שקופית חסות של רופא המשבח את מרכולתו. חברי הלשכה לאתיקה סברו כי פרסום ופרסומת ברדיו או בטלוויזיה אינם ראויים ופוגעים בכבוד המקצוע, ולכן אסרו פרסומת שכזו בנייר עמדה זה.

נייר העמדה:

1. טיפול רפואי אינו דומה לכל "מוצר צריכה" או לכל שירות אחר הניתן לציבור.
2. הטיפול הרפואי מבוסס על אמון מלא, המתקיים בין המטופל והרופא בתנאים של פערי ידע, המקשים על המטופל בבחירת הרופא או הטיפול הרפואי המתאים לצורכי המטופל.
3. הבחירה ברופא או בטיפול רפואי אסור שתיעשה בהשפעת פרסומת עצמית של הרופא ברדיו או בטלוויזיה.
4. פרסומת אישית של רופאים באמצעי התקשורת המשודרת פוגעת בכבוד המקצוע ומכרסמת במעמד הרופא בחברה.
5. הרופא לא יעשה לעצמו כל פרסומת ברדיו או בטלוויזיה, ולא ירשה פרסומת על אודותיו בערוצי תקשורת אלה.

89 | שיווק המתחפש לאקדמיה

פורסם באוקטובר 2006

רקע:

הרפואה, בניגוד למקצועות החופשיים האחרים, מעוררת דרך קבע עניין רב בציבור. עבודות מחקר רבות הראו, כי מידע רפואי נצרך על-ידי הציבור יותר מכל תחום אחר בתקשורת, לדבות פוליטיקה וביטחון. ההסבר הניתן לתופעה זו נעוץ בעובדה שהרפואה הינה מעשית ונוגעת לכל אחד ואחד מאיתנו. אין זה מפתיע, כי כמיהה זו למידע זוהתה, במקביל, הן על-ידי המפרסמים והן על-ידי חברות התרופות. כך אנו עדים לאחרונה לפריחה מדהימה של "מוספי בריאות" למיניהם, המלווים את מרבית העיתונים בישראל. במוספים אלו מתלכדים אינטרסים כלכליים רבי-עוצמה: העיתון זוכה להכנסה כספית יקרת ערך מחברות התרופות ואילו התעשייה הפרמצבטית מקבלת במה לקידום המוצרים הרפואיים אותם היא משווקת.

על-פי החוק, חל על חברות התרופות איסור לפרסם ישירות לצרכן את התרופות המיוצרות על-ידן, ובמיוחד אוסר החוק פרסום תרופות שאינן רשומות בסל התרופות בארץ. לפיכך, פונות החברות אל הרופאים, רובם בעלי מעמד מקצועי בכיר ומשפיע, על מנת שיציגו "אקדמית" את יתרונות המוצר הרפואי שלהן. כך הופכים הרופאים אמצעי, המאפשר פרסומת סמויה, ובכך עוקפות חברות התרופות, לכאורה, את האיסור הקיים בחוק, מבלי שהרופאים השותפים לדבר מודעים לחלקם במהלך זה. מאחר שתופעה זו הולכת ומתרחבת, הוגשה ללשכה לאתיקה תלונה מהלשכה המשפטית של משרד הבריאות בבקשה להתערב בעניין זה.

חברי הלשכה לאתיקה שדנו בנושא ניסו למצוא, בכללים המתפרסמים בנייר העמדה שלהלן, את האיזון הנדרש בין החובה למסור את מרב המידע הרפואי למטופלים על כל טיפול רפואי קיים, בין בסל ובין מחוץ לו, לבין שמירת האמת המדעית. זאת, תוך מסירת מידע מאוזן ומאופק שאינו בא לשרת אינטרסים כלכליים של גופים מסחריים כלשהם. הרופא נדרש בכל פרסום כזה לגילוי נאות בדבר כל קשר שבו הוא נמצא עם חברת התרופות הנוגעת בדבר. בנוסף, נדרשים הרופאים שלא לנצל במה זו לפרסומת אישית החורגת מהוראות החוק וכללי האתיקה, תוך שהם מתבקשים ליטול אחריות ולבחון את הדברים המובאים בשמם טרם הפרסום.

נייר העמדה:

1. קידום הידע הרפואי הניתן לציבור הרחב נעשה כיום, בארץ ובעולם, בערוצי המידע ובעיתונות הפופולרית.
2. חובת הרופא, על-פי החוק, ליידע את המטופל על כל טיפול הקיים במחלתו, גם אם טיפול זה אינו נכלל בסל התרופות.
3. בפרסומים רפואיים לציבור הרחב יש להקפיד על האמת המדעית והרפואית הקיימת במועד הפרסום.
4. בכל פרסום יש לציין במקביל ובאופן שקול אפשרויות טיפוליות אחרות הקיימות במחלה מסוימת, תוך שמירת האיזון הנכון בין אפשרויות אלו.
5. בפרסומים אלו יש להשתמש בשם הגנרי של התרופה ולא רק בשמה המסחרי.
6. יש להימנע בפרסומים אלה מהמלצות גורפות, המשרתות אינטרסים של גופים מסחריים.
7. יש לכלול בכל פרסום שכזה גילוי נאות של כל ניגוד עניינים אפשרי שבו נמצא הרופא ושל כל קשר בינו לבין חברת התרופות או יצרנית הטכנולוגיה הרפואית, שאלהיהן הוא מתייחס בדבריו.
8. אין לנצל פרסומים אלו לפרסומת עצמית, אלא במסגרת המגבלות הקבועות בחוק ובכללי האתיקה לעניין פרסום ופרסומת.
9. ראוי, כי הרופא יאשר את הדברים המובאים בשמו טרם פרסומם.

90 | הרופא ברשת החברתית

פורסם בדצמבר 2009

הרשתות החברתיות, ובראשן Facebook ו-Myspace, משנות את צורת הקשר בין הרופא והחולה; עלינו להתחיל ליצור כללי התנהגות נאותה של הרופאים גם במרחב הווירטואלי החדש הזה. המרחב הרפואי שבו נפגשו החולה והרופא היה לפני שנים לא רבות מוגדר היטב, וגבולותיו ברורים וחדים: החולה היה פוגש את הרופא במרפאה או במחלקה בבית החולים. מעבר לגבולות פיזיים ידועים אלה, לא התקיים כמעט כל מגע ביניהם. מצב זה שימר את הריחוק שהיה נחוץ באותן שנים לשמירת מעמדו של הרופא. התפתחות אמצעי התקשורת שינתה באופן מהיר ודרמטי את מידת הזמינות של הרופאים, והקטינה באופן ניכר את המרחק המקצועי בין הרופא והחולה – עד כדי טשטוש גבולות בין ה"פורמלי" וה"פמילארי". ראשונים היו מכשירי הזימונית (Beepers), אשר אפשרו לחולה לאתר, באמצעות גורם ביניים, את הרופא שלו גם מחוץ לגבולות הפיזיים של משרדו. התפתחות הטלפונים הסלולריים ועימם טכנולוגיות המסרונים (SMS) הפכו את הרופא לנגיש עוד יותר, כמעט בכל מקום ובכל שעה, המרחב הפרטי והמרחב המקצועי של הרופא החלו להתערבב זה בזה. הדואר האלקטרוני יצר מדיום נוסף שבו יכלו הרופא והחולה להחליף מידע רפואי מרחוק, מבלי שהחולה היה צריך לפגוש פיזית את הרופא. בכל צורות התקשורת האלה היו רק שני שותפים לקשר: הרופא והחולה. ניתן היה לכן לשמור בנקל על פרטיותו של החולה ועל סודו הרפואי. הרשתות החברתיות הפכו בסערה מציאות דיסקרטית זו, והלו לדיון חברתי נוקב את עתיד הקשר המסורתי שבין הרופא והחולה בעידן החדש של שקיפות חברתית עצומת ממדים. ברשתות אלה, ובראשן Facebook ו-Myspace, משתתפים עשרות מיליוני אנשים המאוגדים בשרשרת של "חברויות" הולכות ומתרחבות. הרשת החברתית מאפשרת לכלל אדם להציג את עצמו כפי שהוא בוחר לעשות, ולפרוש את חיו הפרטיים במלל ובתמונות ככל שירצה. כל אחד יכול לבחור את חבריו ברשת, תוך בחירה אישית של דרגת החשיפה, הפירוט והאינטימיות של מהלך חיי היומיום שלו בפני כל אחד מהם. חיפוש מהיד ב-Google הראה כי מאמר מקוון, שהופיע ב-CNN.com בחודש ספטמבר 2009 ודן בשאלה "עד כמה כדאי להתיידד עם הרופא ברשת החברתית?", עורר עשרות אלפי תגובות. זו מציאות קיברנטית חדשה, אשר לקראתה עלינו להכין כללי התנהגות ראויים לציבור הרופאים.

מה עם ההיררכיה

המרחב הקיברנטי מאפשר לחולה לאסוף מידע על מחלתו, אך גם על הרופא עצמו. הוא עושה זאת לעתים בטרם פגש את הרופא, במהלך הטיפול או אחריו. האם ראוי כי רופא יקבל בחיוב הזמנה להימנות עם חוג חבריו של חולה הנמצא בטיפול? לחלופין, האם ראוי כי רופא יזמין מטופל להצטרף לרשת החברים שלו? האם תישמר ההיררכיה המקצועית כאשר החולה יהפוך ל"חבר ברשת", המשקיף בהתמדה אל תוך חיו הפרטיים של הרופא, כשהוא שותף למתרחש באירועים משפחתיים וחברתיים שבהם נוטל הרופא חלק? האם תישמר סמכותו המקצועית של הרופא לאחר שהמטופל צפה בו, לדוגמה, רוקד תחת השפעת אלכוהול במסיבה פרטית? די אם אותו רופא הוא "חבר" של "חבר", וזה העלה את תמונות הרופא לרשת מבלי ידיעתו. ניתן להבין בנקל, כי החולה מחפש את קרבתו של הרופא, ובאופן מודע או לא מודע מבקש ליצור עימו קשרי ידידות מחוץ לגבולות המרפאה. אם יצליח בכך, כך נראה לו, ישפר את יחסו של הרופא ויזכה לתשומת לב רבה יותר בביקור הבא במרפאה. יחסם של הרופאים לעניין זה חצוי: יש הרואים ברשת אמצעי נוסף לקשר מקצועי עם החולים, על אף הקושי המובנה ברשת לשמור על הסוד הרפואי: מקום שבו הם יכולים לפרסם את עצמם ולהרחיב את חוג חוליהם. זו גישה המונעת בעיקרה ממניעים כלכליים. רבים יותר הם הרופאים הנמנעים מלשתף את מי שנמצא בטיפולם ברשת החברתית שלהם. עיקר החשש

הוא מפני אותו טשטוש גבולות בין החיים המקצועיים והחיים הפרטיים של הרופא, ומפני חשיפת יתר בפני החולה. רופאים רבים נמנעים גם ממתן ייעוץ רפואי ברשת מסיבות נוספות: השקעת הזמן הנדרשת לכך ללא כל תמורה, חוסר היכולת לשמור על אחריות מקצועית נאותה, והחשש מתביעת רשלנות רפואית אפשרית עקב כך.

אין ספק, כי מציאות חברתית-דיגיטלית זו תשנה בשנים הקרובות את צורת הקשר בין הרופא והחולה, עלינו להתחיל ליצור כללי התנהגות נאותה של הרופאים גם במרחב החברתי הווירטואלי החדש הזה. האם נכון יהיה לקבוע כלל גורף, שלפיו "מה שלא ראוי לומר או לעשות מול החולה בחדר המיון, לא ראוי להעלות לרשת החברתי"?

נייר העמדה המצורף הוא ניסיון ראשון להתמודד עם מציאות חדשה זו.

נייר העמדה:

1. הרופא יסקול בזהירות אם ברצונו לשתף ברשת החברתית שלו גם אנשים הנמצאים בטיפולו הרפואי.
2. הרופא יימנע מלדון ברשת החברתית בנושאים רפואיים אישיים של מי שנמצא בטיפולו הרפואי, בנושאים אלו ניתן לדון, תוך המגבלות שפורסמו, במסגרת הדוא"ל האישי של הרופא.
3. הרופא יימנע ברשת החברתית מעירוב התחומים בין חייו הפרטיים וחייו המקצועיים.
4. הרופא יקפיד במשנה זהירות בדבר התוכן המילולי והחזותי העולה מטעמו לרשת החברתית, על מנת לשמור על מעמדו וכבודו המקצועי, ובהתאם לכללי ההתנהגות הראויה של הרופאים.
5. הרופא לא ינצל את הרשת החברתית לפרסומת עצמית העומדת בניגוד לכללים בדבר פרסום ופרסומת במדיה, ולא יעשה פרסומת לכל גורם אחר.

9 | רופאים בתקשורת חופש הביטוי מול כבוד המקצוע

פורסם באוגוסט 2014

רקע

הלשכה לאתיקה נדרשה לנושא התבטאויות רופאים באמצעי התקשורת בתקופה רגישה ובעיצומה של לחימה, שהחלה לאחר חטיפתם ורציחתם של שלושת הנערים תלמידי הישיבה וחטיפת הנער הערבי משועפאט ורציחתו.

בפני חברי לשכת האתיקה הוצגו מספר דוגמאות להתבטאויות פוליטיות, מדיניות או חברתיות של רופאים שהביעו את דעותיהם ברבים - בין אם באמצעי התקשורת האלקטרונית והכתובה ובין באמצעות הרשתות החברתיות והאינטרנט בכלל.

התלונות שהגיעו ללשכה לאתיקה קושרות בין התבטאויות הרופאים לבין החשש לאי-מילוי חובתם לטפל בכל מטופל באשר הוא ולתת את הטיפול המקצועי והמיטבי לכולם. האומנם יש אמת בהנחה זו? האם מותר ללשכה לאתיקה לקבל הכרעה לטובת הגבלת חופש הביטוי על רקע חשש זה? האין הבעת עמדות פוליטיות או חברתיות מהווה חלק מההתנהלות האזרחית במדינה דמוקרטית?

בחלק מהדוגמאות שעלו בדיון חברי הלשכה הודגש, כי חרף הבעת עמדות כאלו ואחרות על ידי רופאים - הטיפול שניתן על ידם היה מסודר והוענק לכל מי שנוקק למומחיותם המקצועית. הוזכרו גם פצועי מלחמה וחולים מהצד השני, שפנו לטיפול רפואי בבתי החולים בישראל בתוך ימי הלחימה וזכו ליחס ולטיפול מקצועי, ללא אפליה מטעם כלשהו.

חופש הביטוי הנו חלק מהזכות לחירות, וכולל השמעת עמדות והחלפת דעות מתוך כיבוד האוטונומיה ההדדית והאפשרות לנסות ולשכנע אדם את דעהו במסגרת המשטר הדמוקרטי שהחברה מנסה לבסס. וכפי שאמר וולטר: "איני מסכים לדעתך אך אגן בחיי על זכותך להביע אותה". מה קורה, אם כן, כאשר צורת הביטוי החופשי או תוכנו עלולים לפגוע באמון המטופלים ברופאים ובכבוד המקצוע?

חברי הלשכה לאתיקה נתבקשו לחוות את דעתם ולמצוא את הדרך הנכונה, שבין הגשמת הזכות לחופש הביטוי לבין חובתו של הרופא לשמור על כבוד המקצוע, תוך הקפדה על שמירת יחסי האמון והתייחסות נטולת פניות למטופלים. השאלה המרכזית הייתה: האם יש מקום להגביל את חופש הביטוי של הרופאים, אשר מהווה זכות יסוד של הפרט בדמוקרטיה, מהטעם של שמירה על עקרונות אלו?

נייר העמדה:

1. לרופאים קיימת הזכות לחופש ביטוי ככלל אזרחי המדינה.
2. מומלץ כי רופא ישקול את דבריו כאשר הוא מתבטא באמצעי התקשורת ובכלל, בבחינת "חכמים היוזרים בדבריהם" (אבטליון, משנה, מסכת אבות).
3. הרופא ינהג באחריות, בהתחשבות, בכבוד ובסובלנות בדיבורו בכלל ובתקשורת בפרט.
4. הרופא יתבטא באיפוק בכל מסגרת הקשורה למקצועו או למקום עבודתו.
5. הרופא לא ינצל לרעה את מעמדו, כאשר הוא מציג דעותיו כמסתמך על עולם הידע שלו ברפואה.

92 | שימוש במצלמות בחדרי מטופלים, חדרי בדיקה וחדרי ניתוח

ינואר 2021

רקע

השימוש במצלמות לצורך מעקב, פיקוח, ביטחון ועוד הפך נפוץ בארץ ובעולם. הטכנולוגיה השתפרה מאוד, ופרט למצלמות קבועות באזורים ציבוריים, לכל אדם כמעט יש טלפון נייד המכיל מצלמה, ורבים מאוד מצלמים, מתעדים ומשתפים ברשתות החברתיות השונות. השימוש במצלמות באזורים ציבוריים בבתי החולים ובמרפאות דומה במידה רבה לשימוש במרחב הציבורי הכללי.

במהלך מגיפת הקורונה התקיים דיון בלשכה לאתיקה בשאלה: האם מותר להשתמש בצילומים אשר נעשו במסדרונות בית חולים על מנת לאתר מגעים עם מי שהתגלו חיוביים לקורונה, לצורך מניעת הדבקה.

הפרטיות והזכות לשמור על רגעים שקטים בחיים הולכת ונעלמת מחיינו.

עם פרוץ מגיפת הקורונה - COVID-19 - והשימוש במצלמות לצורך שמירה טובה יותר על בידוד החולים ומעקב רפואי צמוד, נראה כי גבולות חשובים של אוטונומיה, פרטיות וסודיות רפואית עלולים להיעלם.

בחודש דצמבר 2020, בישיבת הלשכה לאתיקה, נערך דיון לגבי הכנסת מצלמות לחדר ניתוח. הובא לפתחה של הלשכה מקרה של בית חולים אשר מעוניין לצלם בחדר ניתוח באמתלה של צורך בלמידה, בכוונה ללמוד מהצילומים לצורך שיפור יעילות חדר ניתוח ולימוד שוטף למשתתפים בניתוח ואחרים מהנעשה בזמן הניתוח. ההצדקה נלקחה מצילומי ניתוחים לפרוסקופיים.

ברור לכל הרופאים, כי חובתנו לשמור על סודו הרפואי, פרטיותו וכבודו של המטופל בכל שלבי הטיפול בו. חובה זאת גוברת בהיותו תחת הרדמה, בחוסר יכולת להגיב לפגיעה בפרטיותו. כאשר המטופל חסר אונים, גוברת חובת הרופא המטפל להשגיח כי יישמר כבודו כאדם. מצד אחד, כאשר קיימת תועלת של שיפור העבודה בחדר ניתוח למטופלים, ייתכן שיש צורך למצוא איזון בין השניים.

צילום בחדר ניתוח או בחדרי חולים עלול לחשוף, למשל, את החולה העירום אשר נשמטה ממנו שמיכה. לימוד לא יהיה מכך. כמו כן לא ניתן ללמוד מצילום חדר הניתוח על הליך ניתוחי הקורה בבטן המנותח, כפי שנראה בניתוחים לפרוסקופיים. ניתן לפקח על הליכים כלליים, כגון: זמן ניקוי חדר הניתוח, כניסת הצוות, המטופל וכדומה. מדובר, למעשה, בפיקוח ברמה מנהלית, ועולה השאלה האם פיקוח זה מצדיק פגיעה קשה בפרטיות? לבד מהחשש לפגיעה בפרטיות המטופל, מתעוררת גם בעיית הפגיעה בפרטיות ובאוטונומיה של העובדים - כל הצוות הרפואי והפרא-רפואי. האם אין בכך כדי לפגוע בזכות הרופא לקבוע את סביבת העבודה שלו?

האם תשתנה התנהגות המטופלים כאשר הם מצולמים כל הזמן? האם השינוי יהיה לטובה או לרעה? תחושת השחיקה, חוסר האמון, "הקטנת האדם" - מה אלו יגרמו למסירות הצוותים הרפואיים? בישיבת הלשכה לאתיקה עלו חששות רבים, שמא הצילומים וההקלטות ישמשו לצרכים אחרים, ובראשם להליכים משפטיים.

דיונים קודמים בנושא צילום והקלטה נעשו בקרב הפסיכיאטרים, בעיקר בהקשר בדיקות לצורך גיבוש חוות דעת בהליכים משפטיים. במקרה ההוא סיכמה הלשכה לאתיקה כי זכותו של הרופא לקבוע את סביבת עבודתו. אם ההקלטה גורמת לשינוי פעילות הבריור והטיפול, רשאי הרופא להימנע מכך. כאשר ההקלטה פוגעת באמון רופא-מטופל, אסור לעשותה (כפי שעלה גם בנייד העמדה "הקלטת בדיקת מומחה רפואי על ידי הצד שכנגד - אסורה").

סיכום הישיבה היה כי יש להגיע לאיזון בין המטרה המדויקת של הצילום והצורך בו לשם השגת מטרה ראויה, לבין הפגיעה בפרטיות ובסודיות של המטופל, הפגיעה ביחסי אמון רופא-מטופל ומידת הפגיעה ביכולת השליטה של הרופא בסביבת עבודתו, ומכאן בחוסנו מפני שחיקה ובאיכות חייו המקצועיים.

נייר העמדה

1. ככלל, צילום בשטח ציבורי בבתי חולים, מרפאות ומתקנים רפואיים ייעשה בכפוף לכללים ולמען אותן מטרות אשר לפיהן נעשה צילום במרחב הציבורי בישראל.
2. ככלל, צילום או הקלטה בחדרי חולים, חדרי טיפולים, חדר רופא, חדרי ניתוח וכד' **אסורים** מפאת הפגיעה בפרטיות ובסודיות המטופל.
3. לרופא נשמרת הזכות לקבוע את סביבת עבודתו.
4. צילום או הקלטה יבוצעו רק אם קיימת סיבה ראויה לתעד את המפגש והפעילות הרפואית אשר תקדם את בריאות המטופל. יש ליידע את המטופל ואת הרופא על כך באופן ברור מראש.
5. נדרשת הסכמה ברורה בכתב מהמטופל לצלם או להקליט הליך רפואי שבו עלולה להיפגע פרטיותו; למשל, כאשר בצילום עשויים להופיע פניו או סממנים מזהים אחרים כלשהם.
6. בכתב ההסכמה יש לפרט את מטרת הצילום או ההקלטה, פרטים על אודות אחסונו ושמירתו של המידע, מי יהיה רשאי לעיין בו ובאילו נסיבות.
7. חובה על המחזים את המטופל להבהיר כי הטיפול הרפואי אינו מותנה בהסכמה לצילום, וכי יינתן לו טיפול מיטבי בין אם יסכים המטופל לצילום ובין אם יסרב.
8. רופא רשאי לסרב לצילומו או הקלטתו בזמן עבודתו בחדר ניתוח, בחדר הבדיקה וכיוצ"ב, אם הוא סבור כי הצילום או ההקלטה עשויים להפריע לו במהלך עבודתו.

93 | מדדי איכות לרופאים

פורסם במרס 2006

רקע:

השינויים המהירים שחלו בשנים האחרונות בטכנולוגיות המידע (IT), יחד עם יצירת כלים אמינים וזמינים למדידת איכות הטיפול הרפואי הניעו את המבטחים הרפואיים הגדולים בעולם המערבי לקדם מהלך חדשני, לפיו הרופאים מתוגמלים בכסף גם על טיב השירות הרפואי הניתן על-ידם. על-פי ההערכות המקובלות עולה, כי בבריטניה, לדוגמה, מגיע עתה תגמול ישיר זה לכדי שליש (!) מהשכר הממוצע של הרופאים.

כוונת השינוי אינה להעניש את "הרעים" ולתת פרס ל"טובים", אלא להביא לשינוי מהותי בהתנהגות המקצועית של כל רופא ורופא בכיוון המוסכם של רפואה טובה יותר - הן לגבי הטיפול הרפואי השוטף והן לעניין רפואה מונעת בקרב האוכלוסיה הנמצאת תחת השגחתו.

השימוש בתגמול כספי נועד להחיש מהלך זה, מתוך כוונה להעניק לציבור טיפול יעיל ובטוח יותר. כך, תוך שינוי הרגלי עבודה מסורתיים של הרופאים הבודדים, יצא לפועל שינוי עמוק ומבני בטיב הטיפול הניתן ברמה הלאומית, תוך צמצום הסיכוי לטעות או להזנחה. אין להסתיר את העובדה כי מאחורי שינויים אלו עומד גם אינטרס כספי מובהק של המבטח לחסוך, ככל האפשר, בהוצאות התפעול של המערכת הרפואית.

יש לזכור, בו-בזמן, כי מדדי איכות שאינם מתוקננים לטיב האוכלוסיה המטופלת עשויים להסיט רופאים מטיפול באוכלוסיות ממעמד סוציו-אקונומי נמוך, שהן בעלות תודעה בריאותית ירודה ורמת היענות נמוכה, לטיפול באוכלוסיה חזקה יותר. בכך יחמיץ השינוי המוצע את מטרתו העיקרית. מאידך גיסא, מתן תמריצים ל"איכות הטיפול" במקום ל"כמות הטיפול" תשפר את הרמה הכללית של הטיפול הניתן לכלל האוכלוסיה.

שינוי זה מהותי בתרבות העבודה של הרופאים ומתן "תעודות הצטיינות" על תפקוד מעולה לא יוכלו לצאת אל הפועל אם לא ייעשה שינוי מהותי מקביל, חשוב לא פחות, בתנאי העבודה של הרופאים - הפחתה ניכרת בעומס העבודה המוטלת עליהם על-ידי המבטח ושחרורם ממטלות שאינן רפואיות באופיין, שערכן המוסף הרפואי הינו שולי ומזערי.

חברי הלשכה לאתיקה התירו בהחלטה ייחודית זו מתן גמול כספי לרופאים המצטיינים באיכות הטיפול האבחנתי והרפואי וביחסי האנוש שלהם, כמפורט בנייר עמדה זה. עיקר הדאגה של חברי הלשכה הוא כי שינויים אלו יערכו בשקיפות ובשיתוף פעולה מלא עם הרופאים, תוך שינוי מקביל בתנאי העבודה שלהם, כאשר הכוח המניע מהלך זה הוא טובתו המובהקת של המטופל ובטחונו - ולא עומק הכיס של המבטח.

נייר העמדה:

1. השמירה על בריאות המטופל ובטיחותו היא ערך עליון ברפואה.
2. לפיכך, יש לשאוף לקיים את הרפואה ברמה המקצועית הגבוהה ביותר האפשרית.
3. "הנחיות קליניות" ו"מדדי איכות", הנסמכים על ראיות, הם כלים מוכרים לשיפור רמת הרפואה.
4. יש ליצור כלים אלו בכל תחום ברפואה באמצעות האיגודים הרפואיים הרלוונטיים.
5. הנחיות קליניות ומדדי איכות ייקבעו על-פי שיקולים רפואיים ומדעיים, לטובת המטופל, כשהם משוחררים מלחצים כלכליים.
6. רשאי המעסיק לבחון את ביצועיו הקליניים של רופא המועסק על-ידו, ובלבד שהדבר ייעשה על-פי מדדים מוכרים ומוסכמים, בשקיפות ולאחר שניתנה על כך הודעה מראש.
7. רשאי המעסיק להעניק תמריצים, לרבות כספיים, לרופא אשר רמת הטיפול הרפואי הניתן על-ידו הינה גבוהה במיוחד. לא יינתנו תמריצים לצורך חיסכון בהוצאות.
8. שביעות הרצון של מטופלים מיחסו המקצועי והאנושי של הרופא אליהם תהווה אף היא מדד.
9. מתן תמריצים לרופאים ייתכן רק לאחר שהמעסיקים, לרבות קופות החולים ומשרד הבריאות, יכירו בצורך ובחובה לספק לרופאים סביבת עבודה אשר תאפשר שירות רפואי איכותי ברוח נייר עמדה זה.

94 | Whistle blowing: חושפי מעשי שחיתות במערכת הרפואה

פורסם באוקטובר 2012

מערכת הרפואה פועלת בתנאי אי שיוויון מובהקים כאשר המידע המקצועי נמצא כולו בידי הרופא. המטופל עצמו נמצא במצוקה גופנית ונפשית ובאי וודאות מטרידה האם הטיפול המוצע לו הוא אכן נחוץ ונדרש. יתר על כן הרפואה אינה מתנהלת כ"שוק צרכני" רגיל והמטופל אינו יכול לערוך השוואות לעניין טיב הטיפול הנדרש לו ועלותו. תרבות "הדיעה השנייה" סגרה רק מעט מהפער הזה.

במערכת כלכלית המתגמלת רופא על פי נפח עבודתו נמצא הרופא בניגוד אינטרסים מובנה בו יש לרופא עניין בעשיית יתר, במיוחד כאשר מדובר בבדיקות פולשניות או בניתוחים. האם, בתנאים כאלו, אכן ההמלצה הניתנת על ידו היא טהורה מבחינה מקצועית?

ריבוי "השחקנים" במגרש הרפואי- המטופל, הרופא, קופת החולים, בית החולים, חברות התרופות ויצרני הציוד הרפואי יוצר מקלעת סבוכה בה קשה לעיתים להעביר את הגבול הדק שבין הטייה ושחיתות לבין הערכה שגויה או טעות תמימה.

"שחיתות" במערכת הרפואית משמעותה פעולה הנעשית בניגוד לחוק או בניגוד לאתיקה המקצועית, פעולה הנעשית מתוך בזוז מובהק של משאבים, פעולה הנעשית מתוך התנהגות שאיננה הולמת רופא, פעולה הנעשית מתוך חוסר כשירות מקצועית, פעולה הנעשית מתוך שיקולים שאינם לטובת המטופל לרבות שיקולים כלכליים של הרופא עצמו.

על פי ההערכות המקובלות בארה"ב לבדה עלות מעשי השחיתות והרמאות ברפואה מגיעה לכדי 12-23 מיליארד דולר בשנה, סכום עצום לכל הדיעות אשר בחלקו הגדול נושאת ממשלת ארה"ב.

"חוק לינקולן" משנת 1867 מתיר לכל אדם לחשוף, בחסות חוק זה, כל מעשה שחיתות הנעשה נגד ממשלת ארה"ב. חשיפה זו אשר זכתה לכינוי הפופולרי Whistle blowing נעשית תוך מתן תגמול לחושף השחיתות עד כדי 15-25% מההיקף הכספי של הקנסות שנגבו בגין אותו מעשה שחיתות.

על פי נתונים שהתפרסמו בעיתונות הרפואית עולה כי בשנים 1996-2005 נאספו בארה"ב 9 מיליארד דולר בקנסות לאחר חשיפת מעשי שחיתות ברפואה. בשנת 2010 בלבד נאספו כ-2.5 מיליארד דולר בקנסות שכאלו. מעניין לציין כי למרות שרק 4% מסך התלונות היו נגד חברות התרופות הרי שתשלומי הקנסות מהן היו 40% מסך הכסף שנאסף.

ממחקר שנערך עם 42 "מוסרי מידע" נגד חברות התרופות הסתבר כי 85% מהם היו מועסקים או מועסקים לשעבר של חברות התרופות להם היה "מידע פנים" שהביא לחשיפת השחיתות. זמן החקירה היה בממוצע כ-5 שנים. על כל דולר שהושקע בחקירה קבלה ממשלת ארה"ב הכנסות בסך 15 דולר. אשמת סרק שהוגשה מטעמי נקמה או חיסול חשבונות הייתה כרוכה בקנסות בסך אלפי דולר שהוטלו על מתלונן הסרק.

הגשת קובלנה לגורם חיצוני נעשית למרות העובדה שיש בכך, לכאורה, הפרת נאמנות ובגידה בארגון הנקבל. יש הכרח לכן כי הפעולה הנקבלת היא בעיני החושף בלתי חוקית או בלתי מוסרית כשהיא פוגעת בערכי היסוד של הקובל או של הארגון עצמו. מרבית הקובלים ניסו לפתור את הבעיה בתוך הארגון ופנו לשלטונות רק כאמצעי אחרון. מקצת מהקובלים עשו זאת להגנתם האישית, מתוך פחד לתביעה עתידית.

תוצאות החשיפה אינן ניתנות לחיזוי והן מותנות ביחסי הכוחות בין הקובל לבין הארגון הנקבל, בתרבות המקצועית של הארגון, בעוצמתו הכלכלית ובמיוחד הדבר מותנה בשאלה כיצד תתקבל החשיפה על ידי הדרגים השונים בארגון ועל ידי העומד בראשו. רבים מהקובלים חוו התקפת נגד של הארגון בהכפשה אישית, איום בפיטורים או פיטורים בפועל, בידוד חברתי בתוך הארגון והסטה לתפקיד זוט, והגשת תביעה נגדית בגין "גניבת מידע".

המחיר האישי של חשיפת השחיתות הינו רב ביותר. הוא כרוך בלחץ נפשי ממושך, הוצאות משפטיות,

ערעור המסגרת המשפחתית, אובדן מקום העבודה הנוכחי וקושי רב למצוא מקום עבודה חילופי בעתיד. גם התמורה הכספית הממוצעת למוסר המידע בסך 3 מיליון דולר לא נחשבה כתמורה ראויה לזמן שהושקע בהליך המשפטי, לסבל ולתוצאות הלוואי של התביעה. יש לראות במוסרי המידע חלק ממנגנון הבקרה של מערך הבריאות הלאומי וככאלו יש לספק להם את ההגנה המירבית האפשרית לרבות שמירה על מקום עבודתם.

הלשכה לאתיקה דנה בנושא זה ואישרה את נייר העמדה כלהלן:

1. רופא אשר הובא לידיעתו דבר מעשה שחיתות במערכת הרפואית בה הוא עובד יפעל לחשיפתה.
2. שחיתות במערכת הרפואית משמעותה פעולה הנעשית בניגוד לחוק או בניגוד לאתיקה המקצועית, פעולה הנעשית מתוך בזבוז מובהק של משאבים, פעולה הנעשית מתוך התנהגות שאיננה הולמת רופא, פעולה הנעשית מתוך חוסר כשירות מקצועית, פעולה הנעשית מתוך שיקולים שאינם לטובת המטופל.
3. יש ליידע בדבר מעשה השחיתות את המנהל הישיר העומד בראש המסגרת הניהולית בה בוצע מעשה זה.
4. בהעדר תגובה ופעולה ראויה מצד המנהל או כאשר קיים חשש מובהק כי המנהל עצמו מעורב במעשה השחיתות יש להביא את דבר מעשה השחיתות לרשות המתאימה במדינה.
5. על פי נסיבות העניין ישקול הרופא האם לשתף בעניין הגילוי את המטופל.
6. ההסתדרות הרפואית והלשכה לאתיקה יגנו על כל רופא אשר מתוך תום לב חשף מעשה שחיתות אשר הוכח על ידי המנהל, הרשות או בית המשפט כמעשה שכזה.



פרק ו' - עמדות הלשכה לאתיקה

חיסוני שפעת ותג "מחוסן לרופא"

אוקטובר 2014

מדיניות ההסתדרות הרפואית בישראל הנה עידוד הציבור בכלל וציבור הרופאים בפרט לאמץ את עקרונות הרפואה המונעת ובכללם נטילת חיסונים נגד מחלות מדבקות, לרבות שפעת. לצערנו, התפרסמה לאחרונה הידיעה כי ישנם ניסיונות לעודד חיסון בקרב רופאים באמצעות שיטות הפוגעות בזכויות הרופאים, כגון מתן סיכה שאמורה להיות מוצמדת לתג העובד, המציינת את עובדת התחסנותו של הרופא כנגד מחלת השפעת, כאשר מבקרי בית החולים נקראים לחפש את "התג הידוק המסמל שהעובד התחסן לשפעת".

עמדת הלשכה לאתיקה בהר"י היא כי **החלת חובת חיסון על צוותים רפואיים ופרסום קבלת החיסון בפני ציבור המטופלים אינם עולים בקנה אחד עם עקרונות האתיקה הרפואית** המבקשים לבסס את זכות האדם על גופו והזכות לסודיות רפואית. דרבון האוכלוסייה להתחסן כנגד מחלות מדבקות אין משמעותו נטילת האוטונומיה האישית של הרופאים וביצוע מהלכים חד צדדיים שייאלצו אותם לקבל חיסונים בניגוד לרצונם ו/או להסכמתם.

נשיאת תג המציין את עובדת התחסנותו של הרופא, מפרה באופן בוטה את זכות הרופא לסודיות רפואית ומעבירה מסר שגוי, לפיו רשאי המטופל לבוא בדרישות לרופא או לסרב לקבלת הטיפול אצל הרופא, רק בשל מימוש הזכות הבסיסית לקבלת החלטות הקשורות לרופא עצמו.

יודגש שוב כי הר"י אינה מתנערת כמובן מחובתו של הרופא לדאוג לשלום מטופליו, הן מכוח הדין והן מתוקף כללי האתיקה הרפואית ואף מעודדת וממליצה על קבלת חיסונים שיש בהם כדי למנוע את תחלואת הציבור, כאמור לעיל. יחד עם זאת, לא ייתכן כי מגזר הרופאים יופלה לרעה וכי הרופא לא יוכל לקבל החלטה חופשית האם ומתי להתחסן, ככל אדם אחר וככל מטופל. הפעלת אמצעי לחץ בדמות האיום בהדבקת מטופלים ונשיאת תג "המסמן" את הרופא, מהווה פגיעה בכבודו, בחירותו, בפרטיותו של הרופא ובאוטונומיה שלו. כפי שנקבע בנייר עמדה שפרסמה הלשכה לאתיקה בעבר, הרופא אינו חייב בדיווח למטופליו על מצבו הרפואי ו/או על טיפולים שהוא מקבל ואין כל הצדקה להחריג את נושא החיסונים ממסגרת זו.

יצוין, כי רבים מהרופאים בוחרים להתחסן באופן וולונטרי ונקיטת צעדים מאיימים שיש בהם משום אילוץ וכפיה, עלולה לפגוע במוטיבציה של הרופא לעשות כן. אנו חוזרים ומדגישים כי הדרך הנכונה לעידוד הציבור בכלל וציבור הרופאים בפרט לקבלת חיסונים, היא באמצעות טיפוח ההבנה, ההכרה והחינוך לבריאות ולרפואה מונעת דרך פעולות הסברה והדרכה ולא באמצעים המהווים הלכה למעשה כפיה. ברצוננו להבהיר כי ההסתדרות הרפואית תגן על כל רופא מול ניסיונות להפר את זכויותיו בכל הקשור לנושא שבנדון.

האם רופא רשאי לרשום לעצמו מרשמים והפניות

הסייג עליו החליטה הלשכה לאתיקה היה בנושא של רישום תעודות מחלה. לגבי טיפול עצמי יש המלצה/ הכוונה עקרונית שרופא יטופל ע"י רופאים אחרים לצורך שמירה על בריאותו אבל אין איסור.

טיפול רופא בעצמו ובקרובי משפחתו

יולי 2007

בדיון אשר נערך בלשכה לאתיקה בתאריך 10.7.2007 ועסק בנושא: האם נכון כי רופא יטפל בעצמו ובבני משפחתו? הועלו חששות כי חוסר האובייקטיביות עקב המעורבות הרגשית עלול להקשות על הרופא להחליט באופן רציונאלי על הטיפול הנכון ביותר עבור המטופל. לכן, המלצנו ככלל שעל הרופא לשקול את הנושא בכובד ראש לפני שמטפל בעצמו או בבני משפחתו. עם זאת, לא מצאנו לנכון לאסור על הרופא לטפל בעצמו ובבני משפחתו, מתוך כבוד והערכה כי הוא בעל הכישורים להעניק את הטיפול, כי הוא מכיר את עצמו ואת בני משפחתו באופן יסודי וכי ידצה את המיטב הרפואי עבורם.

כשהרופא הופך לחולה - פרופ' אבינעם רכס

פורסם ב"זמן הרפואה" נובמבר 2007

הנהלת בית חולים מסוים שמה לב לעלייה בלתי סבירה במספר המרשמים לשימוש עצמי שניתנו על ידי הרופאים באותו בית החולים. ועדה פנימית, שבה היו שותפים נציגי הרופאים, הציעה להנהלה להגביל את זכות הרופאים למתן מרשם עצמי בתרופות לשימוש כרוני מעבר לשישה חודשים או במרשמים הניתנים לטווח זמן קצר, מעבר למרשם השלישי ברציפות. במקביל, הציעה הוועדה כי הדבר ייעשה תוך מתן הסבר לציבור הרופאים שם. אולם רופאים אחרים באותו בית חולים ראו בהגבלה זו פגיעה באוטונומיה שלהם והפנו את הסוגיה אל הלשכה לאתיקה. סוגיית "הרופא כחולה" נידונה בהרחבה בספרות הרפואית. עבודות מחקר רבות מצביעות על כך שסביבת העבודה של הרופאים הינה אלימה במיוחד, וכי רבים מהם נחשפו לאיומים פיזיים ומילוליים במהלך עבודתם. אם נוסיף לכך את העובדה שמרביתם עובדים תחת עומס בלתי נסבל ובתוך מערכת של "רפואה מנוהלת", המגבילה את עצמאותם המקצועית ומכרסמת ממעמד הציבורי - לא נפתע לדעת כי הרופאים, ככלל, נוטים לשחיקה ולקשיים נפשיים יותר מאשר בעלי מקצועות חופשיים אחרים. רופאים גם חשופים לשאר המחלות ככל האדם.

רופא ההופך חולה מציב סוגיות אתיות מורכבות וייחודיות, המחייבות אותנו לעיון ולמחשבה נוספת. מרבית הרופאים לא הוכשרו אף פעם לטפל בחברים למקצוע שהפכו חולים.

רופאים, על פי האמירה השכיחה, הם "החולים הגרועים ביותר". רופא חולה נוטה, מטבע מקצועו והחשיפה למידע על מחלות, לחרדה רבה יותר מאשר כל חולה אחר. כולנו זוכרים את כל אותן "המחלות" שחשבנו כי דבקו בנו כסטודנטים צעירים בבית הספר לרפואה. כאשר הרופא הופך חולה של ממש, הוא נוטה, באותו מנגנון, לחשוב על "התרחיש הגרוע ביותר האפשרי". מכאן נובעת גם ההכחשה הנפוצה, המביאה את הרופא החולה להתעלם או להפחית במשמעות הסימפטומים שמהם הוא סובל. הכחשה זו מביאה לא פעם לדחייה קריטית באבחון ובטיפול במחלה.

קושי מיוחד יש לרופא החולה בשינוי הפסיכולוגי, המחייב אותו ב"החלפת תפקידים" - המעבר ממעמד של רופא כל-יכול למעמד של חולה, הנזקק לעזרתם של אחרים. החשש מפגיעה בפרטיות ובסודיות הרפואית והפחד מפני אובדן המעמד המקצועי והחברתי מחמירים את הבעיה פי כמה.

רופאים עמוסי עבודה מתקשים למצוא זמן פנוי לנהל את בריאותם וקושי רב לעשות זאת במסגרת הדיסקרטית הנדרשת להם. רבים מהקוראים שורות אלו יוכלו להיזכר באותה תחושה לא נוחה כאשר המתינו, כחולים, ליד דלתו של רופא אחר אשר לעזרתו המקצועית היו זקוקים.

אין זה מפתיע לדעת, כי למרבית הרופאים אין "רופא מטפל". עבודות מחקר שונות הראו כי הרוב המוחלט של הרופאים מטפלים בעצמם גם כאשר מדובר בהפרעות נפשיות. הנטייה להכחשה והמעורבות הרגשית מונעים מרופא חולה את מידת האובייקטיביות הנדרשת לטיפול רפואי אמין. קיימת הטיה סובייקטיבית של סמני המחלה - זו של פסימיות יתר והחמרה יתרה, מחד גיסא, או זלזול והפחתה במידת החומרה של הבעיה הרפואית, מנגד. יתר על כן, הגישה למאגרי מידע רפואי והנגישות המיידית לתרופות, לרבות כאלו הניתנות כדוגמאות על ידי חברות התרופות, מאפשרות לכאורה אבחון וטיפול מידיים, גם כשהם שגויים. כ-15% מהרופאים המטפלים בעצמם שוגים בטיפול שבחור. היעדר תיעוד רפואי מסודר הוא פן נוסף ושלילי של טיפול עצמי שכזה.

חברי הלשכה לאתיקה סברו, שאין להגביל את עצמאותם המקצועית של הרופאים ולחייב אותם בכללים אתיים נוקשים שימנעו מהם לטפל בעצמם בכל מקרה ומקרה. חברי הלשכה הציעו להפריד בין מצבים שכיחים ובנאליים, שבהם הטיפול "סטנדרטי", לבין הפרעות בתחום הנפש או מחלות בעלות פוטנציאל לנזק חמור או מידי. שימוש בתרופות נוגדות דיכאון וחרדה, תרופות שינה ותרופות פסיכואקטיביות מחייב אף הוא זהירות מיוחדת.

חברי הלשכה החליטו, באיזון הנדרש בין האינטרסים השונים, כי ראוי להשאיר את ההחלטה לשיקולו של הרופא הבודד, וקוראת לו להעביר, ברוח עצה זו, את האחריות לבריאותו לרופא אחר בכל מקרה של ספק.

ניירות עמדה וקווים מנחים קליניים - ללא חסויות

יולי 2019

לאור מקרים אשר הובאו לאחרונה לפתחנו במכון לאיכות ברפואה ובלשכה לאתיקה, נבקש להדגיש בפניכם כי פרסום ניירות עמדה או קווים מנחים (Guidelines) מקצועיים, צריכים כמובן להיות נקיים מכל גורם השפעה בעל אינטרסים כלכליים.

חברות תרופות, חברות מסחריות שונות עשויות להציע לאיגודים/חברות מדעיות תמיכה או חסות להתכנסות לשם גיבוש וקביעת ניירות עמדה מסוימים. אנו קוראים לכם להימנע מכך. גם אם החברה המסחרית אינה מתערבת ישירות בתכנים, יש להימנע מכל מצב בו, אפילו למראית עין בלבד, עשוי להתעורר חשד להשפעה של חברה או גוף בעלי אינטרסים כלכליים על גיבוש ופרסום הנחיות לטיפול רפואי.

בהמשך ישיר לכך, כמובן שאין זה ראוי שעל ניירות עמדה או קווים מנחים ייכתבו מילות תודה לחברה מסחרית ואין זה לגיטימי שלוגו של חברה מסחרית יופיע על גבי מסמכים מסוג זה.

ככלל, באזכור תרופות בקווים מנחים יש להשתמש בשם הגנרי של התרופות, ולא בשמן המסחרי. נא הישמרו, למען כבודכם וכבוד המקצוע של כולנו.

עמדת הלשכה לאתיקה של הר"י לגבי מעקבים בסיוע גורמי ביטחון אחר מטופלים

20 במאי 2020

אמש נערכה ישיבה שלא מן המניין של מליאת הלשכה לאתיקה, בהתאם לבקשתו של יו"ר איגוד רופאי בריאות הציבור.

הישיבה, אשר הוגדרה דחופה, עסקה בנושאים שהם ליבת העיסוק ברפואה ובמחויבויות המקצוע כלפי המטופלים.

עסקנו ביחסי אמון רופא-מטופל המחייב שמירה על פרטיות, סודיות ובכיבוד האוטונומיה של המטופל. בתקופת מגפה עלולה להיות חדירה מושכלת ומידתית לפרטיות המטופל כאדם בחברה, אולם מחובתנו להפסיק פעולות פולשניות אלו כמתחייב מכללי האתיקה והחוק בישראל העוסקים באוטונומיה של האדם בפרט, ובעיקר כאשר הוא נחלש עקב חולי.

ניתן להצדיק תועלת של פעולה מסוימת במצבי חירום רפואיים ואחרים. עם זאת, על מנת למנוע גלישה לשחיקה מוסרית ואיתת מחוסר תשומת לב, ראוי וצריך לשקול ולבדוק את עצמנו שוב ושוב - האם המהלך נחוץ ומועיל, מה הנזק והאם אכן יש תועלת.

בכניסה לאירוע המטלטל של המגפה הכלל-עולמית, נאלצו כל הגורמים, לרבות הרפואיים, להתמודד עם המשבר תוך כדי חוסר משמעותי בידע.

בספרי הרפואה הקלאסית לא תוארה מחלה בשם COVID-19, לא היה ידוע קצב ההידבקות, לא היה טיפול במחלה, ולא יכולנו לנבא במדויק את מספר החולים הקשים ואת התמותה. מטבע הדברים, חשש גדול ליווה את הרופאים, את הציבור הרחב ואת גורמי השלטון. ההיכרות קודמת עם מגפת ה-SARS, אשר פרצה בשנת 2003 ונגרמה על ידי נגיף ממשפחת הקורונה, והתיאורים הקשים של חברינו מסין ואחר כך מאיטליה, הגבירו את החשד כי מדובר במגפה קטסטרופלית. ההיערכות הייתה מרבית, וטוב שכך.

לכן בזמן הכניסה למגפה הסכמנו עם הפעלת האמצעים החוקיים להגנה על בריאות הציבור: הגבלת חופש התנועה של הפרט בישראל, החלטות גורפות על סגר ומעקב צמוד אחרי חולים וחשודים בנשאות המחלה, וכל זה בכוונה למנוע הדבקה מאסיבית של תושבי מדינת ישראל.

האמצעי הקלאסי של רופאי ואחיות בריאות הציבור הוא תשאול ארוך. נבדק איפה שהה החולה, למי הוא נחשף ואת מי אולי הדביק, כדי לבודד את המועמדים להדבקה בטרם ידביקו אחרים. כאשר חשבנו כי אלפים יהיו חולים בו-זמנית, ראוי היה להשתמש באמצעי מעקב חדשים, חלקם מופעלים על ידי גורמי כוחות הביטחון הישראליים, כי "המציל נפש אחת כאילו הציל עולם מלא". שאר המדינות הדמוקרטיות בעולם לא נעזרו בכוחות הביטחון.

בדומה לטיפול הפרטני במסגרת יחסי רופא-מטופל, גם בטיפול באוכלוסייה נדרש בכל שלב לבחון ממצאים, תגובה לטיפול, התקדמות המחלה ושינוי פרדיגמות וטיפולים, על מנת להשיג את התוצאה המיטבית. להמשיך תוכנית ראשונית ללא תחנות בדיקה הוא מעשה חסר אחריות ועלול להוביל לכישלון.

המגפה הולכת ונחלשת, אך סיומה אינו קשור בהכרח רק לפעולות אשר בוצעו עד כה. בשלב זה, כאשר יש "רק" עשרות חולים חדשים מדי יום, חובה עלינו להעריך את התחלואה הנלווית והמקבילה המתרחשת במצב של סגר מתמשך, ובכלל זה חולי ותמותה כתוצאה מפגיעה נפשית, כלכלית, אלימות במשפחה ועוד. כל התחלואים ממשיכים להתקיים במקביל למגפה החדשה, וחלקם אף עלולים להיות מואצים ומוגברים עקב הסגר, המעקב ותחושת חוסר אמון במערכת הרפואית.

היום אנחנו בצומת דרכים מרכזי, וזה הזמן לבחון חלופות טכנולוגיות מידתיות. מכאן חשיבותה של העמדה האתית-רפואית, הקוראת לשימוש בחלופה המידתית בעת הזו - הטכנולוגיה הטובה ביותר שתלווה בפגיעה המינימלית.

אמון המטופלים במערכת הבריאות הוא אחד המרכיבים החשובים ביותר בהשגת בריאות טובה. ההבנה הזאת עומדת בבסיס העשייה הרפואית, וזאת בשונה מהעשייה של שירותי הביטחון. השימוש באמצעי המעקב על ידי גורמי הביטחון לא הוכח כמפחית תחלואה משמעותי, מצד אחד, ומאידך גיסא נלווים לו נזקים העלולים להיגרם עקב שבירת האמון והקשר של המטופלים במערכות הבריאות; ונזק זה עלול להיות הרסני.

מעקב ופלישה לפרטיות של אזרחי המדינה על ידי הממשל, כוחות הביטחון וגורמים שאינם מטפלים בחולי, עלול לגרום לאובדן אמון במערכת הרפואית. על כן יש לתת לרופאים ולצוותים הרפואיים להמשיך לנהל את הטיפול במחלות בישראל, כולל מגיפת הקורונה. אם וכאשר ייווצר צורך, לא יהססו הרופאים העוסקים בבריאות הציבור לבקש עזרה מכל גורם העשוי לעזור במדינת ישראל.

בישיבת הלשכה הוחלט:

1. הלשכה לאתיקה של הר"י מלאת הערכה ואמון בכוחות הביטחון של מדינת ישראל. אנו מאמינים כי עובדי מערכות הביטחון הם מקצועיים ומצטיינים בתחומם בעשיית הביטחון. במידה שנשתכנע כי יש צורך באמצעי מעקב ופלישה לפרטיות, ברור ומוסכם שנכון להטיל את המשימה אך ורק על גורם לאומי ככוחות הביטחון, ולא על חברה פרטית.
2. במצב הנוכחי, על דעת רופאי בריאות הציבור ובהתחשב במצב התחלואה במגפה, ניתן וצריך להפסיק את המעקבים, הפוגעים באוטונומיה של אזרחי ישראל.
3. במעקב אחר מספר החולים החדשים והמטופלים בישראל היום ניתן להשתמש בכלי תחקירים אפידמיולוגיים קלאסיים.
4. אפשר להשתמש בשיתוף והסכמה של כל מטופל באופן פרטני במעקבים דיגיטליים המצויים בטלפון הנייד של רוב אזרחי ישראל.
5. אין מניעה לפרסם את מסלולי המטופלים כפי שנעשה עד כה, ללא זיהוי החולה, וסימון אזורים מוכי חולי לצורך הגברת הערנות ותשומת לב הציבור.
6. אנו מציעים להקים ועדה רחבה של רופאים ממקצועות שונים, המטפלים בקורונה על כל ההיבטים, עם יועצי אתיקה רפואית, משפטנים, אנשי ציבור ופוליטיקה, לקבלת החלטות מושכלות: האם ומתי להשתמש בשירותים אשר נועדו לשמור על ביטחון המדינה לשם טיפול רפואי.
7. מעקבים אישיים באמצעים שונים (ללא הסכמה פרטנית של המטופלים), אסור שייעשו באופן רחב, גורף או מעבר למינימום הנדרש דרך עולם הטיפול הרפואי. הלשכה לאתיקה של הר"י מתנגדת למהלך שעלול לפגוע באמון המטופלים.

באילו מצבים מותר/רצוי/אפשר להיעזר במצלמות האבטחה כאשר עושים תחקיר אפידמיולוגי? לדוגמה: אירוע נקודתי במיון או במסדרונות בית חולים - מקומות ציבוריים שבהם מאומת או חולה המתין, ואחרים המתינו לידו. התועלת הצפויה: קטיעת שרשרות ההדבקה במגפה.

אוקטובר 2020

התועלת כל מעשה שעוזר לקיים את הציווי "ונשמרתם מאוד לנפשותיכם", וערבות הדדית - נראה ראוי.
מצד שני, מה מידת הפגיעה בעקרונות האוטונומיה, הפרטיות והאמון.
מכאן השימוש במעקב על ידי מצלמות אבטחה צריך להיות מוגבל מאוד, מידתי ונקודתי.
תנאי חשוב הוא קיומה של שקיפות מלאה. ולכן חובה להתקין שלטים ברורים המיידעים על הימצאות מצלמות האבטחה ותפקידן.
במדינות רבות המרחב הציבורי רווי מצלמות. גם שטחים ציבוריים (לא חדרים פרטיים) בבתי חולים מרושתים במצלמות, זהו מצב נתון. השאלות הנתורות הן: מה השימוש שנעשה במצלמות? בידי מי נמצא התייעוד? ואיך נשמרת הפרטיות?
מצלמות אבטחה, כשמן, מיועדות לאבטחה, ואנו סבורים שניתן לכלול תחת כותרת זו גם את שלומם ובריאותם של הציבור. השאלה שעומדת בפנינו היא: האם תחקיר אפידמיולוגי בעת מגפה כלול בהגדרה זו?
בדיון בלשכה לאתיקה היו שחשבו כי אסור להתיר שימוש זה בשל פגיעה באמון, ומצד אחר - היו שתמכו בכך לצורך צמצום תחלואה ואולי הצלת חיים.

לפיכך, התשובה שלנו היא שיש לאפשר שימוש מצומצם מאוד במצלמות, ובתנאים הבאים:

- השימוש בצילומי מצלמות האבטחה בשטחים ציבוריים בשטח המרכזים הרפואיים, לצורך קטיעת שרשרות הדבקה בזמן מגיפת הקורונה הנוכחית, בנימוק של שמירת בריאות הציבור, צריך להיות מוגבל מאוד ותוך יידוע העובד או החולה אשר נבדקים.
- חייבת להיות שקיפות - המצולם צריך לדעת כי יש במקום מצלמות והוא מצולם. רווח משני עשוי להיות כי עצם הידיעה שיש מצלמות תגרום לשמירת מיגון וריחוק (כמו מצלמות מהירות בכביש).
- מוסד רפואי המתכוון להשתמש בצילומים לצורך חקירה אפידמיולוגית, צריך לפרסם זאת ברבים.
- חובת שמירת הפרטיות - החומר המצולם, אסור שידלוף מחוץ ליחידה המוגדרת במוסד כאחראית על איסוף ושימוש בחומר - וזו צריכה להיות מוגדרת.
- דגש על השימוש שיעשה בחומר - הגדרתו מראש לצורך חקירה אפידמיולוגית בלבד; שימוש לצרכים שהם לטובת הפרט והחברה לשמירת הבריאות.
- עמדת הלשכה לאתיקה היא כי בדיקת הצילומים לצורך החקירה האפידמיולוגית לא תשמש לענישה.

בני משפחה של חולי קורונה מאושפזים המבקשים להתקין מצלמות ליד מיטת המאושפז

אוקטובר 2020

לאחרונה, נוכח המצב המורכב, התחילו בני משפחה של חולי קורונה מאושפזים להתקין ליד מיטת המאושפז מצלמות המצלמות 24 שעות ביממה, שבעה ימים בשבוע, ומאפשרות למשפחה לצפות בנעשה בחדרו באופן רציף (וייתכן שאף להקליט קולות).

בהתקיים המעקב הצמוד באמצעות המצלמות, הצוות הרפואי מקבל מהמשפחה הערות לגבי אופי הטיפול בחולים, ויש שמגדילים לעשות, צופים בצילום מביתם ומתקשרים בזמן אמת לחדר הבקרה של המחלקה עם הערות ודרישות שונות לביצוע בו-בזמן, בעוד הם צופים במתרחש. מובן שהנהלת המחלקה נדרשת לשוחח עם המשפחה, להסביר את הקושי של הצוות להיות מצולם לאורך כל שעות היממה, להציע צעדים בוני אמון ולבקש שיסירו את המצלמות. כיצד הצוות הרפואי נדרש לנהוג אם המשפחה מסרבת לבקשותיו?

הסוגיה הראשונה אשר עלתה היא, כמובן, **פרטיותו של המטופל**. חשוב להדגיש כי המטופל עצמו הוא היחיד אשר רשאי לבקש בקשה מסוג זה. למשפחה אין זכות לצפות במטופל 24 שעות ביממה במצלמה עם שליטה מרחוק. זאת ועוד, אין אפשרות לדעת מי הצופים במטופל, וייתכן שהמטופל לא היה מעוניין להיחשף לעיניהם בעת שהוא מחליף בגדים, עושה צרכיו וכו'. לצוות הרפואי קיימת חובת שמירה על פרטיות החולה, ולפיכך אם אין ביכולת הצוות הרפואי לוודא את שמירת הסודיות והשליטה על הצופים מרחוק, עלינו לסרב לצילום מסוג זה. בדיון בלשכה עלתה שאלת **הבדידות אותה חווים חולי קורונה המאושפזים**. בעיית הבדידות לא באה לידי פתרון במצלמת מעקב אלא בדו-שיח עם המטופל. במרבית יחידות הקורונה ניתנת תשומת לב רבה לנושא, בין אם בשיחות טלפון, בזום ובוואטסאפ במכשירי הטלפון של המאושפזים, ובין אם באמצעות ציוד של המחלקה.

נוכח הצבת מצלמה על ידי בני משפחה, עלתה סוגיה נוספת העוסקת בפרטיות המטופלים האחרים וחברי הצוות הרפואי.

ברור כי במקרה כזה לא ניתן לשמור על פרטיותם של מאושפזים אחרים או של הצוותים הרפואיים, וזאת סיבה נוספת לא להתיר התקנת מצלמה פרטית במחלקה בבית חולים. תשובות אלה דומות ותואמות להחלטת הלשכה לאתיקה משנת 2012 בנושא הקלטת בדיקה פסיכיאטרית לצורך כתיבת חוות דעת מומחה לבית משפט. חברי הלשכה לאתיקה סבורים, כי אין להתיר הקלטה או צילום של הבדיקה הרפואית כמעשה של שגרה, גם לא במסגרת רפואית משפטית, אלא בהסכמה הדדית בין הרופא והנבדק או בנסיבות חריגות, שאותן יקבע מראש בית המשפט. לרופא צריכה להישמר האוטונומיה לעצב את סביבת עבודתו המקצועית. הרופא אינו חייב לקיים בדיקה רפואית בנוכחות מכשיר הקלטה או צילום אם הדבר מונע, לדעתו, ניהול תקין של הבדיקה. באופן דומה, גם זכות המטופל לנוכחות מלווה מסויגת באופן זה. הפרעה למהלך הבדיקה או פגיעה בפרטיות מטופלים אחרים עשויה להגביל זכות זו של המטופל.

לסיכום, ראינו חשיבות רבה לציין כי הצוותים הרפואיים בבתי החולים, ובמיוחד במחלקות הקורונה, פועלים במקצועיות ובמסירות רבה למען המטופלים המאושפזים. הצוותים הרפואיים מתמודדים עם לחץ ושחיקה מוגברים, מתוך חשש לבריאותם ושלומו של בני משפחותיהם, עמיתיהם ומטופליהם. הצבת מצלמות

הפועלות מסביב לשעון עלולה לפגוע ביכולת הצוותים לתפקד, ולהגביר עוד את הפגיעה בחוסנם. לפיכך, הלשכה לאתיקה ראתה לנכון להדגיש כי חשוב לאפשר ולקיים את הקשר בין המטופלים לבין בני משפחותיהם, ולעשות זאת באופן ממוקד ומידתי. בדרך זו יתאפשר למטופלים להתמודד עם הבדידות הנלווית למחלת הקורונה, מצד אחד, אך לא תהיה כרוכה בכך פגיעה ברופאים ובצוותים הפועלים ללא לאות למען בריאותם ושלומם, מן הצד השני.

מכתב לגבי המגבלות המקצועיות במתן אישורי כשירות על ידי רופאים

עונת הקיץ מתקרבת לשיאה, ורבים ממטופלינו צפויים לתכנן פעילויות, טיולים ונסיעות לחו"ל. ידוע לנו כי חברות ביטוח שונות דורשות לעיתים מהמטופלים להחתים את הרופאים המטפלים שלהם על אישורי כשירות למיניהם, בטרם יוכלו לקחת חלק בפעילויות השונות. בהזדמנות זו, אני מבקשת להזכיר לכם את נייר העמדה של הלשכה לאתיקה שכותרתו "אישורי כשירות מטעם הרופא".

לצורך מתן אישור כשירות, נדרשת לא רק הערכה של מצבו הבריאותי של המטופל בעת הבדיקה ושל הגבלות הנובעות מבעיות רפואיות, אלא נדרשת גם היכרות של הרופא עם הדרישות הגופניות והנפשיות הכרוכים בפעילות שלגביה מבוקש האישור. הדברים אינם פשוטים ודורשים רמת מקצועיות מתאימה. בחתימה על אישור כשירות, חלה על הרופא חובת אחריות מקצועית. לכן, עלינו להכיר במגבלות הידע והיכולת שלנו, ובכך שאיננו בעלי יכולת ניבוי, ולהסכים לקחת חלק אך ורק באישורים שתואמים את גבולות הידע והיכולת הרפואיים שלנו. עומד לרשותכם הגיבוי האתי לסרב לדרישות לכתיבת אישורים החורגים מגבולות מקצועיים אלה. ראה נייר עמדה בנושא: אישורי כשירות מטעם הרופא.

הצהרה בדבר הקשר בין רופאים לחברות טבק ועמדתה הנחרצת במאבק בעישון ונזקיו

מאי 2017

לבקשת איגוד רופאי בריאות הציבור בישראל נערך באפריל 2017 דיון במליאת הלשכה לאתיקה בנושא הקשר שבין רופאים לבין תעשיית הטבק.

במסגרת הדיון, הוצגה עמדת האיגוד בדבר המאבק בעישון ונזקיו והוצג הקשר הישיר והברור שבין שימוש במוצרי טבק לבין תחלואה ומוות. ייחודם של מוצרי הטבק בכך ששימוש בהם על פי הוראות היצרן אינו מביא תועלת כלשהי, אלא רק גורם לנזק בריאותי חמור ואף למוות, הן למשתמש עצמו והן לבני אדם בסביבתו.

בדיון הוצגה סקירה של הצעדים שנעשו לאורך השנים במדינת ישראל, בדגש על האמנה הבינלאומית עליה חתמה מדינת ישראל, אי קיומה והצורך בהטמעת עקרונותיה בחקיקה הישראלית. כמו כן, הוצגה פעילות הוועדה לצמצום נזקי העישון, אשר הדו"ח שלה אומץ בהחלטת ממשלה בשנת 2011. הצעות חוק פרטיות שונות הנוגעות למאבק בעישון ונזקיו הוגשו בכנסות האחרונות אך לא קיבלו תמיכה ממשלתית ולכן נפלו.

• האיגוד עמד על חשיבות ההכרה בעקרונות האמנה הבינלאומית בנושא ועל הצורך בהטמעתם בחקיקה בישראל ויישומם. הלשכה לאתיקה מצטרפת לעמדת האיגוד בעניין.

סופר בדיון כי דרך הפעולה של תעשיית הטבק בין השנים 1930-1953 הייתה שיתוף של רופאים בפרסומות לסיגריות כדרך פעולה אסטרטגית על מנת לשמר דעת קהל חיובית על עישון, זאת לנוכח הדאגות הגוברות בציבור באשר להשלכות השליליות של עישון על הבריאות. רק בשנת 1954 הבינו חברות הטבק כי השימוש בייצוג הרופא בפרסומות טבק איננו אמין יותר בעיני הציבור, והחלו לזנוח שיטת פעולה זו.

גם בישראל, עד סוף שנות החמישים של המאה הקודמת, ניתן היה למצוא פרסומות לסיגריות "דובק" בכתב העת של הר"י, "הרפואה", הממליצות להשתמש בסיגריות בעלות "פילטר", דבר אשר עודד צריכת סיגריות וכמובן שלא הפחית תחלואה. דרך פעולה דומה חוזרת על עצמה בימים אלו במסגרת פרסומים המעודדים שימוש בסיגריות הפועלות בטכניקת חימום ואידוי טבק (כגון "אייקוס" של פיליפ מוריס) וכדומה. לכאורה, מוצגת אלטרנטיבה מזיקה פחות לעישון, אך בפועל, מדובר במוצרים מזיקים וממכרים גם לפי הצהרת היצרן, אשר ימשיכו את הצריכה של מוצרי הטבק ואף יגדילו אותה למעגלי משתמשים חדשים, וכל זאת תוך שכאמור, מדובר במוצרים חסרי כל תועלת המהווים גורם מזיק חמור ביותר. כך לדוגמה, ענקית הטבק British American Tobacco ערכה סקר בקרב 105 רופאים באוסטרליה ממנו עולה כי 80% מהם תומכים בשימוש בסיגריה אלקטרונית. מאידך, טענו בהסתדרות הרפואית האוסטרלית כי מחקר זה הוא קולה של תעשיית הטבק ולא קולה של הפרופסיה הרפואית, וכי אין ספק כי לו התוצאות לא היו תומכות בעמדת תעשיית הטבק, הן כלל לא היו מתפרסמות.

סיגריות הפועלות בטכניקות חימום ואידוי טבק אינן חוקיות כיום באוסטרליה, ובעלי מקצוע בתחום הבריאות, לרבות גורמים בהסתדרות הרפואית שם, טוענים כי אין כיום די ראיות המוכיחות כי סיגריות אלו מסייעות בהצלחה למעשנים להפסיק לעשן. למעשה, הטענה היא שסיגריות חדשניות אלו רק ימשכו משתמשים נוספים לחברות הטבק.

פן אחר של גיוס רופאים לצד חברות הטבק בא לידי ביטוי בשימושם כעדים מומחים מטעם חברות הטבק בהליכים משפטיים שונים. במסגרת הדיון הועלו דוגמאות שונות מהעולם של רופאים אשר שימשו כעדים מטעם יצרניות בתעשיית הטבק ואשר העידו כי אין קשר הכרחי בין שימוש במוצרי טבק לבין תחלואה ריאתית וגידולים סרטניים. שישה רופאי אף-אוזן-גרון בארצות הברית העידו בין השנים 2009-2014 לטובתן של חברות טבק שנתבעו על-ידי מעשנים שחלו בסרטן ראש-צוואר. הרופאים, אשר העידו במצטבר בלמעלה מ-50 מקרים בסכומים שהגיעו עד ל-100 אלף דולר למקרה, טענו כי המחלות בהן לקו התובעים לא נגרמו בהכרח מעישון סיגריות, וכי הן יכולות היו להיגרם כתוצאה משלל גורמים סביבתיים – החל מחשיפה לתכשירי ניקוי וכלה במי שטיפת פה.

טענות אבסורדיות אלו הותקפו לא אחת. בדיון צוין כי פרופסור מומחה ברפואת אף-אוזן-גרון אשר חקר את עדויות הרופאים, טוען כי הן נעשו בצורה לא מקצועית, המנוגדת לידוע בספרות הרפואית. לטענתו, תעשיית הטבק מזהה את

טובי המומחים שכסף יכול לקנות, מאמנת אותם, ומשתמשת בהם בתביעות מסוג זה. פרק ד.6 לקוד האתי של הר"י קובע בסעיף א, שכותרתו "הרופא כעד מומחה", כללים אתיים בנושא, וכך גם נייד העמדה של הלשכה לאתיקה בעניין. כללים אלה חלים, אף ביתר שאת, גם על רופא המשמש כעד מומחה בסיטואציה כאמור, בה הוא נותן חוות דעת מקצועית או מעיד בבית המשפט בסוגיות הנוגעות לעישון ונזקיו, בין אם באופן כללי ובין אם בהתייחס למקרה מסוים.

- לאור כל המפורט לעיל, הלשכה לאתיקה רואה חשיבות רבה בשמירה על העקרונות והכללים האתיים לרופא המשמש כעד מומחה, ותראה בחומרה רבה הפרות של הכללים האתיים הללו לטובת חברות הטבק.
- איגוד רופאי בריאות הציבור, יחד עם קואליציה רחבה של החברה הרפואית למניעה ולגמילה מעישון בישראל, החוג לרפואת אורחות חיים - איגוד רופאי המשפחה ואיגוד רופאי הילדים פרסם ניירות עמדה רבים ופנה במכתבים לגורמים הרשמיים הרלוונטיים בממשלה ובכנסת, בהם קרא להיאבק בתופעת העישון ולמגר את השימוש במוצרי טבק שונים, בין אם בסיגריות הקונבנציונליות המוכרות ובין אם בסוגי עישון חדשים אשר נכנסו לשוק בשנים האחרונות ביוזמות חברות הטבק.
- עפ"י סקר של הר"י אשר פורסם בשנת 2016, 8.5% מהרופאים מעשנים. הר"י מזמינה את הרופאים המעשנים להשתתף בקורסי גמילה מעישון המתקיימים במסגרתה.
- על הרופאים להשתדל לשמור על בריאותם שלהם.
- הלשכה לאתיקה מחזיקה בעמדה כי לא מתקבל על הדעת שרופאים חלילה ימליצו או יעודדו שימוש כלשהו במוצרי טבק על סוגיהם השונים, וזאת כחלק מהתחייבויות האתיות לעשות טוב ולא להזיק.
- החברה האמריקנית לרפואת בית החזה קובעת כי יש ניגוד אינטרסים בין פעילות במסגרת החברה לקיום קשרים עם חברות טבק. בהתאם לכך, החברה קבעה הגבלות חמורות על השתתפות בפעילויות הנערכות במסגרתה, כגון פרסום בעיתוני החברה או קיום פעילות ציבורית, אשר חלות על כל חבר שנמצא בקשר עם חברות הטבק. כמו כן החברה דורשת גילוי נאות מכל מי שנמצא בקשר פיננסי או אחר עם חברות טבק.
- ההסתדרות הרפואית האמריקנית קבעה כללים למניעת ניגודי עניינים של בעלי תפקידים בה. בין היתר, נקבעו כללים הנוגעים לאיסור על מילוי תפקיד בהסתדרות הרפואית ובחברות בעלות אינטרסים נוגדים, וניתנה הדוגמא המפורשת של חברות טבק, כחברות בעלות מטרה הנוגדת את זו של ההסתדרות הרפואית האמריקנית.
- עלתה הצעה כי רופאים אשר נבחרו לשמש בתפקידים בהר"י ימנעו מקשר מכל סוג שהוא עם חברות תעשיית הטבק. ההצעה תעלה במסגרת הצעות להחלטות ועידת הר"י הבאה.

סיכום עמדת הלשכה לאתיקה:

- הלשכה לאתיקה מצטרפת לעמדת איגוד רופאי בריאות הציבור ומדגישה את חשיבות ההכרה בעקרונות האמנה הבינלאומית בנושא ואת הצורך בהטמעתם בחקיקה בישראל ויישומם.
- הלשכה לאתיקה רואה חשיבות רבה בשמירה על העקרונות והכללים האתיים לרופא המשמש כעד מומחה, ותראה בחומרה רבה הפרות של הכללים האתיים הללו לטובת חברות הטבק.
- הלשכה לאתיקה מעודדת את הרופאים להשתדל לשמור על בריאותם שלהם.
- הלשכה לאתיקה מחזיקה בעמדה כי לא מתקבל על הדעת שרופאים חלילה ימליצו או יעודדו שימוש כלשהו במוצרי טבק על סוגיהם השונים, וזאת כחלק מההתחייבויות האתיות לעשות טוב ולא להזיק.
- הלשכה לאתיקה מציעה כי רופאים אשר נבחרו לשמש בתפקידים בהר"י ימנעו מקשר מכל סוג שהוא עם חברות תעשיית הטבק. ההצעה תעלה במסגרת הצעות להחלטות ועידת הר"י הבאה.



פרק ז' - כללי האתיקה של ה-WMA

WMA INTERNATIONAL CODE OF MEDICAL ETHICS

Adopted by the 3 General Assembly of the World Medical Association, London, England, October 1949

Revised by the 22 World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968,

the 35 World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983,

the 57 WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006

and by the 73 WMA General Assembly, Berlin, Germany, October 2022

PREAMBLE

The World Medical Association (WMA) has developed the International Code of Medical Ethics as a canon of ethical principles for the members of the medical profession worldwide. In concordance with the WMA Declaration of Geneva: The Physician's Pledge and the WMA's entire body of policies, it defines and elucidates the professional duties of physicians towards their patients, other physicians and health professionals, themselves, and society as a whole. The physician must be aware of applicable national ethical, legal, and regulatory norms and standards, as well as relevant international norms and standards.

Such norms and standards must not reduce the physician's commitment to the ethical principles set forth in this Code.

The International Code of Medical Ethics should be read as a whole and each of its constituent paragraphs should be applied with consideration of all other relevant paragraphs. Consistent with the mandate of the WMA, the Code is addressed to physicians. The WMA encourages others who are involved in healthcare to adopt these ethical principles.

GENERAL PRINCIPLES

1. The primary duty of the physician is to promote the health and well-being of individual patients by providing competent, timely, and compassionate care in accordance with good medical practice and professionalism.
The physician also has a responsibility to contribute to the health and well-being of the populations the physician serves and society as a whole, including future generations.
The physician must provide care with the utmost respect for human life and dignity, and for the autonomy and rights of the patient.
2. The physician must practise medicine fairly and justly and provide care based on the patient's health needs without bias or engaging in discriminatory conduct on the basis of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, culture, sexual orientation, social standing, or any other factor.
3. The physician must strive to use health care resources in a way that optimally benefits the patient, in keeping with fair, just, and prudent stewardship of the shared resources with which the physician is entrusted.
4. The physician must practise with conscience, honesty, integrity, and accountability, while always exercising independent professional judgement and maintaining the highest standards of professional conduct.

5. Physicians must not allow their individual professional judgement to be influenced by the possibility of benefit to themselves or their institution. The physician must recognise and avoid real or potential conflicts of interest. Where such conflicts are unavoidable, they must be declared in advance and properly managed.
6. Physicians must take responsibility for their individual medical decisions and must not alter their sound professional medical judgements on the basis of instructions contrary to medical considerations.
7. When medically appropriate, the physician must collaborate with other physicians and health professionals who are involved in the care of the patient or who are qualified to assess or recommend care options. This communication must respect patient confidentiality and be confined to necessary information.
8. When providing professional certification, the physician must only certify what the physician has personally verified.
9. The physician should provide help in medical emergencies, while considering the physician's own safety and competence, and the availability of other viable options for care.
10. The physician must never participate in or facilitate acts of torture, or other cruel, inhuman, or degrading practices and punishments.
11. The physician must engage in continuous learning throughout professional life in order to maintain and develop professional knowledge and skills.
12. The physician should strive to practise medicine in ways that are environmentally sustainable with a view to minimising environmental health risks to current and future generations.

Duties to the patient

13. In providing medical care, the physician must respect the dignity, autonomy, and rights of the patient. The physician must respect the patient's right to freely accept or refuse care in keeping with the patient's values and preferences.
14. The physician must commit to the primacy of patient health and well-being and must offer care in the patient's best interests. In doing so, the physician must strive to prevent or minimise harm for the patient and seek a positive balance between the intended benefit to the patient and any potential harm.
15. The physician must respect the patient's right to be informed in every phase of the care process. The physician must obtain the patient's voluntary informed consent prior to any medical care provided, ensuring that the patient receives and understands the information needed to make an independent, informed decision about the proposed care. The physician must respect the patient's decision to withhold or withdraw consent at any time and for any reason.
16. When a patient has substantially limited, underdeveloped, impaired, or fluctuating decision-making capacity, the physician must involve the patient as much as possible in medical decisions. In addition, the physician must work with the patient's trusted

representative, if available, to make decisions in keeping with the patient's preferences, when those are known or can reasonably be inferred. When the patient's preferences cannot be determined, the physician must make decisions in the patient's best interests. All decisions must be made in keeping with the principles set forth in this Code.

17. In emergencies, where the patient is not able to participate in decision making and no representative is readily available, the physician may initiate an intervention without prior informed consent in the best interests of the patient and with respect for the patient's preferences, where known.
18. If the patient regains decision-making capacity, the physician must obtain informed consent for further intervention.
19. The physician should be considerate of and communicate with others, where available, who are close to the patient, in keeping with the patient's preferences and best interests and with due regard for patient confidentiality.
20. If any aspect of caring for the patient is beyond the capacity of a physician, the physician must consult with or refer the patient to another appropriately qualified physician or health professional who has the necessary capacity.
21. The physician must ensure accurate and timely medical documentation.
22. The physician must respect the patient's privacy and confidentiality, even after the patient has died. A physician may disclose confidential information if the patient provides voluntary informed consent or, in exceptional cases, when disclosure is necessary to safeguard a significant and overriding ethical obligation to which all other possible solutions have been exhausted, even when the patient does not or cannot consent to it. This disclosure must be limited to the minimal necessary information, recipients, and duration.
23. If a physician is acting on behalf of or reporting to any third parties with respect to the care of a patient, the physician must inform the patient accordingly at the outset and, where appropriate, during the course of any interactions. The physician must disclose to the patient the nature and extent of those commitments and must obtain consent for the interaction.
24. The physician must refrain from intrusive or otherwise inappropriate advertising and marketing and ensure that all information used by the physician in advertising and marketing is factual and not misleading.
25. The physician must not allow commercial, financial, or other conflicting interests to affect the physician's professional judgement.
26. When providing medical care remotely, the physician must ensure that this form of communication is medically justifiable and that the necessary medical care is provided. The physician must also inform the patient about the benefits and limitations of receiving medical care remotely, obtain the patient's consent, and ensure that patient confidentiality is upheld. Wherever medically appropriate, the physician must aim to provide care to the patient through direct, personal contact.
27. The physician must maintain appropriate professional boundaries. The physician must never engage in abusive, exploitative, or other inappropriate relationships or behaviour with a patient and must not engage in a sexual relationship with a current patient.

28. In order to provide care of the highest standards, physicians must attend to their own health, well-being, and abilities. This includes seeking appropriate care to ensure that they are able to practise safely.
29. This Code represents the physician's ethical duties. However, on some issues there are profound moral dilemmas concerning which physicians and patients may hold deeply considered but conflicting conscientious beliefs.
The physician has an ethical obligation to minimise disruption to patient care. Physician conscientious objection to provision of any lawful medical interventions may only be exercised if the individual patient is not harmed or discriminated against and if the patient's health is not endangered.
The physician must immediately and respectfully inform the patient of this objection and of the patient's right to consult another qualified physician and provide sufficient information to enable the patient to initiate such a consultation in a timely manner.

Duties to other physicians, health professionals, students, and other personnel

30. The physician must engage with other physicians, health professionals and other personnel in a respectful and collaborative manner without bias, harassment, or discriminatory conduct. The physician must also ensure that ethical principles are upheld when working in teams.
31. The physician should respect colleagues' patient-physician relationships and not intervene unless requested by either party or needed to protect the patient from harm. This should not prevent the physician from recommending alternative courses of action considered to be in the patient's best interests.
32. The physician should report to the appropriate authorities conditions or circumstances which impede the physician or other health professionals from providing care of the highest standards or from upholding the principles of this Code. This includes any form of abuse or violence against physicians and other health personnel, inappropriate working conditions, or other circumstances that produce excessive and sustained levels of stress.
33. The physician must accord due respect to teachers and students.

Duties to society

34. The physician must support fair and equitable provision of health care. This includes addressing inequities in health and care, the determinants of those inequities, as well as violations of the rights of both patients and health professionals.
35. Physicians play an important role in matters relating to health, health education, and health literacy. In fulfilling this responsibility, physicians must be prudent in discussing new discoveries, technologies, or treatments in non-professional, public settings, including social media, and should ensure that their own statements are scientifically accurate and understandable.
Physicians must indicate if their own opinions are contrary to evidence-based scientific information.

36. The physician must support sound medical scientific research in keeping with the WMA Declaration of Helsinki and the WMA Declaration of Taipei.
37. The physician should avoid acting in such a way as to weaken public trust in the medical profession. To maintain that trust, individual physicians must hold themselves and fellow physicians to the highest standards of professional conduct and be prepared to report behaviour that conflicts with the principles of this Code to the appropriate authorities.
38. The physician should share medical knowledge and expertise for the benefit of patients and the advancement of health care, as well as public and global health.

Duties as a member of the medical profession

39. The physician should follow, protect, and promote the ethical principles of this Code. The physician should help prevent national or international ethical, legal, organisational, or regulatory requirements that undermine any of the duties set forth in this Code.
40. The physician should support fellow physicians in upholding the responsibilities set out in this Code and take measures to protect them from undue influence, abuse, exploitation, violence, or oppression.

©2022 World Medical Association. All Rights Reserved. All intellectual property rights in the International Code of Medical Ethics are vested in the World Medical Association.

www.ima.org.il



ההסתדרות
הרפואית בישראל
הלשכה לאתיקה