

מדינת ישראל

בתי הדין למשמעת – משרד הבריאות בירושלים



תיק בד"מ 1/2/23

וועדת משמעת לפי סעיף 44 (א) לפקודת הרופאים [נוסח חדש], תשל"ז - 1976

ד"ר סאהר סרור - יו"ר, נציג המנהל הכללי
ד"ר ורד חרמוש - נציגת הסתדרות הרופאים
עו"ד אריה רוטר - נציג היועצת המשפטית לממשלה

הקובל:

המשנה למנהל הכללי של משרד הבריאות

ע"י ב"כ עו"ד יונתן ברג ואח'

נגד

ד"ר מחמוד עבאסי

הנקבל:

ע"י ב"כ עו"ד ליאור פרי ואח'

דין וחשבון לפי סעיף 44 (ה) לפקודת הרופאים (נוסח חדש) תשל"ז-1976 (להלן: "הפקודה")

עיקרי ההליכים והטענות

1. ביום 6/3/23 נתמנינו בכתב מינוי¹ מאת שר הבריאות לקיים את ההליך לפי סעיף 44 (א) לפקודה וליתן דין וחשבון בהתאם לסעיף 44 (ה) והכל בעקבות הגשת קובלנה נגד הנקבל.
2. בכתב הקובלנה (מיום 5/2/23) נטענו כלפי הנקבל הטענות העובדתיות הבאות שתובאנה להלן בתמצית: נטען כי הנקבל הינו רופא מורשה מאז 27.07.16 ובתקופה הרלוונטית

¹ בכתב המינוי וכן בכתב הקובלנה צויין שם הנקבל ד"ר מוחמד עבאסי. על פי סיכומי הנקבל השם הוא זה שבכותרת. כיון שכך, נעדיף את זה האחרון.

לקובלנה עסק כרופא במוקד "טרם" בפסגת זאב בירושלים ; ביום 24.09.2016 בשעה 22:59 התקבל במוקד המטופל מר XXXX XXXX XXX ז"ל ("המטופל") שהתלונן על כאבים בחזה ; המטופל היה כבן 56 שעבר צנתור לבבי עם סטנט בשנת 2009 וכן היה חולה סכרת, מעשן, עם רקע משפחתי של מחלת לב איסכמית ; **לטענת הקובל** הפרופיל הרפואי של המטופל לבדו, הספיק על מנת שיתעורר חשד ממשי לאירוע איסכמי המצריך פינוי ללא דיחוי בנט"ן לחדר מיון, אף ללא צורך בבדיקת אק"ג ; בשעה 23:05 בוצעה בדיקת אק"ג אשר פוענחה על ידי הנקבל כתרשים שאינו מלמד על סימני איסכמיה חריפה . הפענוח שנעשה לא היה תקין ; לאור העובדה כי סניף המרפאה "טרם" בפסגת זאב נסגר ב- 23:30 ומבלי להתייעץ עם כונן או רופא בכיר, המטופל נשלח ע"י הנקבל עצמאית להמשך טיפול בסניף "טרם" ברוממה - ירושלים שמשך הנסיעה אליו הוא כ- 20 דקות נסיעה ברכב ; ההנחייה שניתנה הייתה ביצוע אק"ג חוזר וכן ביצוע בדיקת טרופונין ; המטופל נסע ברכבו ממרפאת "טרם" בפסגת זאב למרפאת "טרם" ברוממה, אך לא השלים את הנסיעה ונפטר בדרך ברכבו.

3. המעשים והוראות החיקוק בהן הואשם הנקבל ואשר יוחסו לו בכתב הקובלנה הן :

הנקבל גילה **רשלנות חמורה** במילוי תפקידו כרופא מורשה, כאמור בסעיף 5 ל- **חוק זכויות החולה התשנ"ו-1996** ובסעיפים 41 (3) ו- (7) **לפקודה** בכך ש :

א. התעלם מהפרופיל הרפואי של מטופל המעורר חשד לאירוע איסכמי בשריר הלב, ועל כן לא פינה אותו מיד לבית חולים בנט"ן .

ב. לא פענח את תרשים האק"ג של המטופל כתרשים בעייתי .

ג. לא התייעץ עם הרופא הכונן או רופא בכיר ב"טרם" לפני ששלח את המטופל לסניף אחר .

ד. למרות שזיהה כי יש צורך בטיפול נוסף, הורה למטופל לנסוע עצמאית למרפאת "טרם" אחרת, ובכך לא דאג להשגחה כנדרש².

4. **בישיבה הראשונה** של הוועדה (ביום 25/4/23) הגיב הנקבל באמצעות באי כוחו לנוסח כתב הקובלנה . **כללית**, הייתה מצידו הסכמה ל- "סיפור המסגרת" כפי שתואר בקובלנה. עם זאת הייתה הסתייגות מצידו מכל מה שייחס לו **רשלנות חמורה** בנסיבות העניין . כך, כפר באופי ובחומרת האירוע כפי שתואר בקובלנה ; בכך שהפרופיל הרפואי של המטופל

² עוד מצא הקובל לציין בסוף כתב הקובלנה מהן הראיות העיקריות להוכחתה.

כשלעצמו היה בו די כדי לעורר חשד ממשי לאירוע איסכמי המצריך פינוי בהול ; שפענוח מרשם האק"ג לא היה תקין ; וכן בעובדה שהמטופל נשלח עצמאית ל- **טרם רוממה** בעוד שבפועל לוה על ידי גרושתו . **כמו כן** נטען כי למעשה המטופל לא נסע ישירות ל-**טרם רוממה** כפי שהונחה על ידי הנקבל אלא התעכב ועבר דרך בית גרושתו בטרם יצא ליעד הנ"ל . **עוד נטען** כי הנקבל לא התעלם מהפרופיל הרפואי של המטופל, ולא היה עליו בנסיבות העניין להיוועץ עם רופא בכיר ממנו . בסיום הישיבה הוגשה, טכנית , חוות הדעת של המומחה פרופ' **אלכסנדר בטלר** (מיום 12/5/20) מטעם הקובל וכן מסמכי הרישומים הרפואיים של האירוע . התיק נדחה לשמיעת הראיות .

5. **בישיבת הוועדה** הבאה (מיום 11/6/23) אמור היה להעיד פרופ' **בטלר** , מטעם הקובל , ולהיחקר על חוות דעתו . התברר כי הוא לא התייצב לדיון מטעמי בריאות והוצעה החלופה של שמיעת עדותו באמצעות יישומון **הזום** . ב"כ הנקבל הביע התנגדות להסדר זה . **החלטתנו** הייתה לקיים את הדיון ולאפשר שמיעת העד מרחוק כאמור . נפתחה החקירה הנגדית של העד על ידי הסניגור (עמ' 22-38 לפרוטוקול הישיבה) ; בחלוף כ-10 דקות של החקירה העד קטע אותה בניתוק הקשר באורח חד צדדי ובכך היא באה לסיומה. על משמעות הדברים נדון בהמשך . **ב"כ הנקבל** ביקש את מחיקת הקובלנה , ב"כ הקובל התנגד וביקש דחייה לשם שקילת המצב . לאחר מכן (16/6/23) נתנו החלטה שדוחה את בקשת הנקבל ומאפשרת את הדחייה המבוקשת .

6. **בהמשך** קיבלנו הודעה מוסכמת מאת הצדדים לפיה פרשת התביעה הסתיימה ונתבקש המשך דיון לשמיעת עדי ההגנה וכך הוחלט (החלטה מיום 31/8/23) .

7. **בישיבת הוועדה** הבאה (מיום 28/9/23) נשמעו **עדויות ההגנה** : עדות הנקבל ; עדותה של הגב' XXXXX XXXX, גרושתו של המטופל המנוח ; וכן עדותו של פרופ' **מיכאל זרשר** על חוות הדעת הכתובה שהגיש (1-1 - 28/9/23) מטעם הנקבל . **לבקשת הצדדים** ניתן צו לסיכומים בכתב . הללו הוגשו (סיכומי הקובל - 23/11/23 ; סיכומי הנקבל - לאחר מתן שתי ארכות זמן - 26/2/24) . ניתן איפוא לגשת לדיון עצמו .

הראיות – תיאור האירוע

8. **כאמור** - "סיפור המסגרת" של האירוע אינו שנוי במחלוקת ממשית . על פי רשומת הטיפול במרפאת הנקבל ב-**טרם** , המטופל (להלן גם " **המנוח** ") מר XXXXX XXXXX ז"ל , כבן 57, נתקבל שם ביום 24/9/2016 בשעה 22:59 ; נתונים בסיסיים נלקחו מיד בסמוך

להגעתו (שעה 23:01 - "מטריאז") : צויין כי הוא סוכרתי , עם עבר של בעיות לב, ללא יתר לחץ דם או כולסטרול גבוה , מעשן, " לא רוצה טיפול נגד כאבים" ; התלונה העיקרית - "כאבים בחזה". בסמוך נעשתה בדיקת א.ק.ג. (שבוצעה בשעה 23:03 ופוענחה בסמוך) ; בסיכום הביקור ציין הנקבל שטיפל במקרה , בין השאר , כי המטופל "...עבר צנתור עם סטנט בשנת 2009 ; כעת פנה בשל כאב בחזה מזה שעה במנוחה ; שולל הקרנה בכאבים או הזעות / בחילות בזמן הכאבים , ללא קושי בנשימה . ללא שיעול או חום לאחרונה " . את הבדיקה הגופנית תיאר : "מצב כללי טוב, לא במצוקה, נינוח , ל"ד 176/101 , לב סדיר , ריאות נקיות , אק"ג. ללא סימני איסכמיה חריפה " ; בהמשך - בפסקת מהלך ודיון - צויין : "הופנה לרוממה להמשיך טיפול , אק"ג חוזר + טרופונין ב-04:00 בבוקר . זיברתי בטלפון עם ד"ר נביל שקיראת , יש לעיין בגיליון הביקור הסרוק". שחרור המטופל היה בסמוך (בשעה 23:17 לערך) .

9. את ההחלטה לשלוח את המטופל ל-טרם רוממה ולא למצות את הטיפול במרפאתו הסביר הנקבל בכך שהמרפאה שלו אמורה הייתה להיסגר בשעה 23:30 ; מרפאת **טרם רוממה** פתוחה כל הלילה . בדיקת הטרופונין דורשת המתנה לפחות בין 4 ל- 6 שעות , משמע אמורה להתבצע בשעה 04:00 לפנות בוקר כך שלא ניתן היה למצות את הטיפול במרפאתו .

10. על השתלשלות האירועים באותו ערב שלפני הביקור במרפאה ולאחריו למדנו מעדותה של הגב' XXXX XXXX , גרושתו של המנוח (עמ' 85-75) . לדבריה הם שהו יחד בדירתם, המנוח לא חש בטוב, ונוכח עברו כמצונתר החליטו לגשת לבדיקה ב**טרם** . זו הייתה למיטב ידיעתה הפעם הראשונה שזה קרה לו מאז אותו צנתור בשנת 2009 . הם נסעו לשם ברכבו כשהוא נוהג . בעת הבדיקה היא המתינה מחוץ לחדר הבדיקה . כשיצא משם סיפר לה שעליו לגשת למרפאת **רוממה** לשם ביצוע בדיקה נוספת . היא לא זכרה לתאר בהילות מיוחדת בהתנהלותו . פניו היו אדומים , לא חיוורים . המנוח הסיע אותה חזרה לדירה והמשיך לנהוג לבדו למרפאת **רוממה** . על פי מסרון ששיגר אליה לאחר מכן ניתן ללמוד שבשעה 23:51 הוא היה במרחק של כשתי דקות מהמרפאה . מסרון ששיגרה אליו בחלוף כמה דקות נוספות, בשעה 00:01 כבר לא נענה מצידו . ניתן להסיק כי בין הזמנים הללו הוא נפטר . עוברי אורח מצאו אותו בתוך רכבו כשהוא ללא רוח חיים . נעיר כי לא הוצג ממצא - להבדיל מהשערה - לגבי סיבת המוות המדויקת .

דיון – חוות הדעת הכתובה של המומחים

11. כל אחד מהצדדים להליך הגיש חוות דעת של מומחה מטעמו.

א. כאמור, הקובל הגיש את חוות דעתו של פרופ' אלכסנדר בטלר (מיום 12/5/20)

שנמסרה לבקשת פרופ' בועז לב , נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים במשרד הבריאות . פרופ' בטלר מוצג בראש חוות הדעת כפרופ' אמריטוס לקרדיולוגיה בפקולטה לרפואה באוניברסיטת ת"א ; כיו"ר המועצה הלאומית למניעה וטיפול במחלות לב וכלי דם ; כמנהל בעבר של הקרדיולוגיה במרכז הרפואי רבין , ועוד שורת תפקידים ומעמדים מסוג אלו החל משנות ה-90 ואילך .

ב. המסמכים שעמדו לנגד עיני פרופ' בטלר היו תיעוד הביקור של המנוח ותרשים ה-אק"ג ; וכן פְּתָכָה מאתר המרשתת "כיכר השבת" מיום 25/9/19 על פיה " .. המנוח נסע ברכבו ממרפאת טרם בפסגת זאב לסניף טרם ברוממה אך לא הגיע ונמצא מת ברכבו " .

ג. לדעת פרופ' בטלר " די בנתונים אלה " (העובדה שהייתה למנוח מחלת לב איסכמית, עבר צנתור טיפולי כמה שנים קודם לכן , חולה סוכרת , מעשן והגיע לבדיקה בגלל כאב חזה מזה שעה) כדי " לקבוע שלמנוח אירוע כלילי חריף המחייב התקנת עירוי , טיפול במינון גבוה של אספירין והעברת המנוח לחדר מיון עם אמבולנס " . בנוסף מציין פרופ' בטלר כי " ..במקרה זה היו גם שינויים באק"ג , אותם לא תיעד ד"ר עבאסי , המעידים שהמנוח בשלב של אוטם היפראקוטי וזאת על פי הרמות מקטע ST וגלי T גבוהים בחיבורים V2-3 " . מסקנת פרופ' בטלר הייתה כי הנקבל " סטה בטיפולו במנוח מהפרקטיקה הרפואית הנדרשת..... לא איבחן על סמך נתונים קליניים ברורים ומתרשים האק"גשלמנוח אוטם חריף בשריר הלב , לא טיפל בו כנדרש , לא הפנה אותו בדחיפות עם אמבולנס לחדר מיון . במקום זאת הפנה אותו לנסוע ברכבו למרפאת טרם סמוכה כאשר המנוח קרוב לוודאי נפטר בדרכו מהפרעת קצב חריפה שנגרמה מאוטם שריר הלב " . עוד הוסיף פרופ' בטלר כי " ניתן להניח שמותו של המנוח היה נמנע בסבירות גבוהה לו טופל ע"י ד"ר עבאסי כמפורט לעיל וכנדרש מהרופא הסביר " .

ד. בסיום חוות דעתו , " בשולי הדברים " העיר פרופ' בטלר , על סמך מקרים קודמים שהועברו לעיונו , על חוסר יכולותיהם של רופאים מ- טרם לאבחן תסמונות כאלה והמליץ על השתלמות בנושאים הללו וריענון בקריאת תרשימי אק"ג.

ה. **מטעם הנקבל** הוגשה, כאמור, חוות דעתו של פרופ' **מיכאל דרשר** (מיום 20/9/23

סומנה - 1-28/9/23); הוא הוצג בראש חוות הדעת כיו"ר האיגוד לרפואה דחופה בהסתדרות הרפואית בישראל; כמנהל המחלקה לרפואה דחופה בבית החולים **בילינסון**; כפרופסור לרפואה דחופה בבית הספר לרפואה של אוניברסיטת תל אביב ועוד כיוצ"ב תפקידים ומעמדים.

ו. **החומר שעמד** לנגד עיני פרופ' **דרשר** היה בעיקרו הגיליון הרפואי של **טרם**; הגיליון של בית החולים **הדסה** (בעיקרו משנת 2009) וכן חוות הדעת של פרופ' **בטלר**.

ז. **בתמצית, עיקרי מסקנותיו** של פרופ' **דרשר** בחוות דעתו, על סמך החומר שהיה בפניו היו: התחום הרלוונטי לדיון הינו תחום ההתמחות של **רפואה דחופה** ולא תחום **הקרדיולוגיה**; המדובר במרכיב ייחודי של הערכת סיכונים בזמן אמת; הנקבל העריך נכונה את המצב של המטופל בכך ששלל קיומו של **אירוע איסכמי חריף**; מצבו היציב של המטופל ותוצאות בדיקת **האק"ג**, היעדר מצוקה ונינוחות מצידו (ביקש לא לקחת תרופה נגד כאבים), לא העלו חשד למחלת לב פעילה; **מאידך גיסא**, הנקבל לא שלל באופן סופי מחלה לבבית וביקש להמשיך בבירור ובהשגחה; המלצתו על המשך השגחה ובדיקת **טרופונין** לאחר מספר שעות עם בדיקת **אק"ג** נוספת להשוואת נתונים הייתה נכונה; **בהינתן** שהסניף בו עבד עמד להיסגר, בחירתו מבין **שלוש האפשרויות** שעמדו בפניו [שחרור המטופל לביתו; שליחתו לבית החולים; שליחתו לסניף **טרם** הסמוך להמשיך את הבירור (10 דקות נסיעה)] - הייתה נכונה; הוא הבטיח את רציפות הטיפול בשיחה עם עמיתו בסניף **רוממה** מתוך הנחה כי מדובר בנסיעה קצרה בליווי בת הזוג; עצם העובדה שהמנוח נהג בעצמו ברכב, נסע לדירה ולא ישירות לסניף **טרם** מעידה על היעדר מצוקה ממשית; בנסיבות אלה הסיכוי להתפתחות הפרעת קצב ממיתה (בהשערה שהמוות נגרם מהפרעת קצב ודום לב) היה נמוך ובלתי צפוי מראש; אין מקום לשפוט את הנקבל לפי התוצאה הטראגית אלא לפי הגיון הטיפול.

ח. **מסקנת** חוות דעתו של פרופ' **דרשר** היא ששיקולי הנקבל היו בנסיבות העניין סבירים בהחלט; תהליך הבירור שערך אינו מעיד על רשלנות או על חוסר יכולת מקצועית: "**בדיעבד לא ברור אם התעקשות על העברתו לבית החולים במקום טרם או לשלוח אותו באמבולנס במקום רכב פרטי היה מונע את המוות הפתאומי שלו**";

וכן: "**גם עצם העובדה שלא נסע... ישירות לסניף טרם אלא נסע קודם לבית גרושתו הוריד בוודאי את הסיכויים שלו לשרוד את אותו אירוע. אין ספק שאם היה נוסע ישירות**

לטרם כבר היה נמצא בתוך הסניף בעת ההתמוטטות שלו תחת השגחה רפואית צמודה אבל מלכתחילה לא ניתן היה לחזות את השתלשלות הדברים ונראה שהעברת המטופל לסניף פתוח בקרבת מקום היה כרוך בסיכון נמוך מאוד גם אם בדיעבד הסוף היה טראגי....".

דיון- טענות הצדדים בסיכומיהם

12. להלן תמצית עיקרי טענות הקובל בסיכומיו על סמך הראיות :

- א. כללית** מחדליו של הנקבל באו לביטוי בכך שלמרות שחשד באירוע לבבי ולא שלל את החשד הזה, לא נקט בצעד הסביר והמתבקש - להשאיר את המטופל תחת השגחה רפואית צמודה, ולהעבירו לבית החולים, או המרכז הרפואי, באמבולנס כאשר הוא מנוטר . במקום זה בחר הנקבל להעביר את המטופל ללא השגחה רפואית לסניף אחר של **"טרם"** ;
- ב. הנקבל התעלם** מהפרופיל הרפואי של המטופל המעורר חשד לאירוע איסכמי בשריר הלב, ולא פינה את המטופל לבית החולים באמצעות אמבולנס , תחת ניטור רפואי מתאים ;
- ג. בהיות המטופל בעל סיכון גבוה** - גם לשיטת פרופ' דרשר על פי מנגנון האבחוני שהוצג , ואף אם היה הסיכון **נמוך** - אסור היה לשחרר את המטופל או להוציא אותו מהשגחה צמודה בטרם קבלת מסקנה בדבר רמת ה-**טרופונין** של החולה ;
- ד. על פי חוות הדעת** של שני המומחים מטעם הצדדים , הן פרופ' **בטלר** והן פרופ' **דרשר** , חולה עם כאבים בחזה בסיווג של סיכון גבוה דורש אישפוז או לפחות השגחה בבית חולים . לאור האמור לעיל, הנקבל היה חייב לפנות את המטופל באופן מיידי לבית החולים **בנט"ן** בעקבות הסיכון הגבוה שהוא היה נמצא בו. **באמבולנס** קיימים אמצעי טיפול וניטור למצבים כאלה ;
- ה. הנקבל שגה** בפענוח תרשים ה-**אק"ג** שהיה לכל הפחות בגדר תרשים בעייתי ;
- ו. הנקבל** לא התייעץ עם רופא כונן או רופא בכיר ממנו בשאלה שהתעוררה בפניו ;
- ז. הנקבל התנהג התנהגות שאינה הולמת רופא** , משמע כזו - " **שאינה תואמת את העקרונות המנחים בתחום העיסוק ברפואה, בין שמדובר בכבוד המקצוע, בין שעניינם ביחסים שבין רופא לחולה וכן יתר כללים אתיים ואחרים, המעצבים ערכים ותפישות, שראוי כי יחדלו במקצוע הרפואה.**" (ע"א 86 / 580, בעמ' 615) ;

ח. **לעניין עדותו של פרופ' בטלר** - שנקטעה כאמור באיבה - קיים שיקול דעת לעניין קבילותה ולעניין המשקל שיש לתת לה. במקרה דנן לדעת הקובל יש לקבל את חוות הדעת ולקבוע את המשקל המתאים לה;

ט. **לעניין הסתירה שבחוות הדעת של המומחים** בפענוח תרשים ה- **אק"ג** - הקובל מבקש מהוועדה להכריע במחלוקת;

י. **לסיכום חוזר הקובל** וטוען כי הנקבל עבר את עבירות המשמעת שיוחסו לו בכך: שהתעלם מהפרופיל הרפואי של מטופל שעורר חשד לאירוע איסכמי בשריר הלב; בכך שלא הורה על פינויו מיד לבית-החולים **בנט"ן**; לא פענח נכונה את תרשים ה- **אק"ג** של המטופל כתרשים בעייתי; לא התייעץ עם הרופא הכונן או רופא בכיר ב"**טרם**" לפני ששלח את המטופל לסניף אחר; הורה למטופל לנסוע עצמאית למרפאת "**טרם**" אחרת, למרות שזיהה כי יש צורך בטיפול נוסף, ובכך לא דאג להשגחה כנדרש.

13. להלן תמצית טענות הנקבל בסיכומיו:

א. **יש להורות על פסילת חוות דעתו של פרופ' בטלר** ולמצער ליתן לה משקל אפסי נוכח היעדר חקירה נגדית מספקת;

ב. האירוע נשוא הקובלנה אירע בהיות הנקבל רופא צעיר בעל וותק וניסיון קצרים;

ג. הנחת הרופא היא שהנחיותיו למטופל מבוצעות;

ד. **המטופל במקרה** זה היה שנים לאחר האירוע הלבבי הקודם (**צנתור** בשנת 2009) ללא תלונות נוספות; לא בעודף משקל; לא ביקש משככי כאבים; למעט כאבים לא היו לו תסמינים נוספים כמו קוצר נשימה, הקרנות כאבים, הזעה ובחילות; לא היה במצוקה ומכל מקום הכאבים לא היו חריגים או חריפים; לחץ הדם הגבוה כשלעצמו לא היווה אינדיקציה למצב שמחייב הפנייה לחדר מיון;

ה. **לגבי תרשים האק"ג** - הנקבל התייחס לפענוח כזה שאינו מציג סימני איסכמיה חריפה; לא נכתב שהאק"ג מציג תמונה תקינה אלא שאינו מציג תמונה של איסכמיה חריפה. מכל מקום לא הייתה אינדיקציה לאירוע לב פעיל;

ו. **הנקבל** מילא שאלון מובנה במערכת המיחשוב של המרפאה ורשם:

CHEST PAIN EXAM: Chest pain NOT radiating, NO Diaphoresis with chest pain, NO Vomiting/Nausea with chest pain, NO Exertional Chest pain

ז. **מהדברים שכתב הנקבל בזמן אמת ניתן ללמוד**: שהוא לא שחרר את המנוח לביתו אלא ביקש שימשיך מעקב ובדיקות במרפאה סמוכה; הציב תוכנית סדורה, שכללה

אק"ג חוזר וכן ביצוע **טרופונין** בחלוף פרק הזמן הנדרש ; הוא עדכן את הרופא במרפאה השנייה בתוכנית הטיפול שהציע ; הוא לא שלל לחלוטין אפשרות להיווצרות מחלת לב פעילה ולפיכך בחר לבצע בדיקת **אק"ג** חוזרת ובדיקת **טרופונין**, אולם לא חשד שקיימת סכנה ממשית למצב רפואי חריף ;

ח. **טענת הקובל** על הצורך ב**טרופונין** עם כניסת המנוח למרפאה - טענה זו לא נטענה בחוות דעתו של פרופ' **בטלר**. השוואה בין בדיקות **טרופונין** רלבנטיות כאשר מדובר ב**טרופונין** שהוא High Sensitive ולא ב**טרופונין** הרגיל בו נעשה שימוש במרפאה . טענת הקובל שהמנוח היה **ספטי** - טענה זו לא הועלתה בחוות דעתו של פרופ' **בטלר** וממילא שגויה מהיסוד מבחינה רפואית ;

ט. **הגב' XXXXXX** בעדותה לא זכרה מצב של חיזור, זיעה או כאב או מצב של דחיפות ; מרחק הנסיעה הצפוי ישירות היה אמור לקחת בין כ- **10 דקות** ואף לדעת הקובל כ- **20 דקות** כשהנקבל מלווה על ידי בת זוגו ;

י. **נוכח כלל הנסיבות** הנ"ל גם אם הייתה התרשלות מצד הנקבל - אין מדובר ב**רשלנות חמורה** כלשון החוק ; הנקבל לא "שחרר" את המטופל אלא העביר אותו למרפאה סמוכה ;

יא. בדיקת **האק"ג** לא הייתה שגויה ; גם אם התרשים לא היה תקין לא היה בו כדי להצביע על בעיה אקוטית או על איסכמיה חריפה ;

יב. **בנסיבות העניין** לא חלה על הנקבל החובה להיוועץ באחרים שכן הוא לא "שחרר" אותו אלא הנחה לגבי המשך הטיפול ; מבין האפשרויות שעמדו בפניו בחר באפשרות סבירה מתוך הנחה שהמטופל פועל על פי הנחיותיו . גם אם מדובר בשיקול דעת מוטעה אין בכך **רשלנות חמורה**.

דיון- המצע המשפטי

14. **לנקבל יוחסו** כאמור עבירות על פסקאות (3) ו-(7) של סעיף 41 ל- **פקודת הרופאים** וכן

על סעיף 5 ל- **חוק זכויות החולה** ; סעיף 41 לפקודה בפסקאות הרלוונטיות אומר :

" ראה השר, על יסוד קובלנה של המנהל או של אדם שנפגע, כי רופא מורשה עשה אחת

מאלה, רשאי הוא, בצו חתום בידו, לבטל את הרישיון של הרופא או להורות שהרישיון

יותלה לתקופה שקבע בצו, או לתת לרופא נזיפה או התראה :

(1) - (2)

(3) גילה חוסר יכולת או רשלנות חמורה במילוי תפקידיו כרופא מורשה;

(4)-(6)

(7) הפר הוראה מהוראות חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996."

בהתאם לפסיקה (ראה: ע"א 3425/90-פינסטרבוס) מקובל לפרש את המונח רשלנות חמורה בהקשרה של תכלית דיני המשמעת לפי פקודת הרופאים: "אין מקום, לדעתי, לפרש את המושג 'רשלנות חמורה' לעניין פקודת הרופאים [נוסח חדש] על פי הכללים הנורמאטיביים ואמות המידה המנחים אותנו בקשר לפרשנותו של אותו ביטוי בדיני העונשין..... לא כן פקודת הרופאים [נוסח חדש]. זו עוסקת בנושאים שבתחום הספציפי של העוסקים ברפואה. בהקשר שאנו עוסקים בו תכליתה לקבוע נורמות התנהגות ורמת אחריות הנדרשות מרופאים במסגרת עיסוקם המקצועי....." (שם בעמ' 332); וכן: "..... רשלנות חמורה במובנה של פקודת הרופאים [נוסח חדש] משמעותה מהותית וכללית - סטיית רופא, במידה משמעותית, מרמת הטיפול המקובלת הצפויה ממנו במקרה נתון, הכל על פי נסיבותיו המיוחדות של כל מקרה ומקרה..." (שם בעמ' 333 – הדגשות הוספו).

סעיף 5 לחוק זכויות החולה קובע: "מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש". הוראה זו, הצהרתית בעיקרה, משקפת למעשה את המובן מאליו בכל הנוגע לציפיות המטופל מהמערכת הרפואית ואת חובות המערכת כלפי המטופל באשר הוא.

15. הקובל בסיכומיו התייחס להתנהלות הנקבל בדרך שאינה הולמת רופא. מן הסתם כיוון לחלופה נוספת, שלא הוזכרה בכתב הקובלנה, שבהוראת סעיף 41 לפקודה: "(1). נהג בדרך שאינה הולמת רופא מורשה"; כאמור, בקובלנה פסקה זו לא הופיעה וניתן להבין שהאזכור בסיכומים מתייחס לאפשרות של הרשעה חילופית.

16. פשיטא שאת דרך ההתנהלות של רופא בהתאם להוראות החוק הנ"ל, יש לבחון בנעליו בזמן אמת. בחינת התנהלותו בדיעבד, במבחן התוצאה, נוכח תוצאה טראגית שקרתה, הינה בדרך כלל בבחינת חוכמה שלאחר מעשה. עוד יש להניח כי כוונת המחוקק היא לבחון התנהלות של רופא כ-רופא סביר לפי מעמדו, תפקידו, הוותק שלו וכיוצ"ב. ברי כי לא ניתן להשוות בכל הנוגע לאיכות האבחון והטיפול המצופה מרופא מורשה, בין רופא בתחילת דרכו לבין רופא בעל וותק רב שנים, מוניטין עשיר והתמחות מעמיקה ומוכחת בתחום רפואי או מדעי מסויים. הדברים נכונים כמעט בכל מקצוע או תחום התמחות

מסויים: למשל, עורך דין בתחילת דרכו איננו יכול להיות מושווה ביכולת המקצועית שלו לעורך דין ותיק ורב ניסיון; אלא שלהבדיל מרופא במרפאה כמו **טרוס**, עורך הדין יכול לברור את לקוחותיו וממילא האחריות שרובצת עליו בהקשר זה של הבחירה הינה גבוהה יותר. לא כן רופא שבהיותו בעמדת התורן במרפאת מוקד איננו יכול או רשאי לברור את מטופליו ועליו להתמודד עם בעיותיו של כל מי שנזקק לעזרתו. מעסיקיו של אותו רופא ומסמיכיו לביצוע תפקיד מסויים אמורים לדעת את מכלול כישוריו לרבות מגרעותיו וחסרונותיו ולקחת זאת בחשבון בעת מינויו או הסמכתו לתפקיד או למשימה. **מאידך גיסא**, על רופא צעיר וחסר ניסיון, כמו גם על כל בעל מקצוע בתחילת דרכו, להבין **בענווה** המתבקשת את מגבלותיו ובכל מקרה של ספק לנהוג בהתאם, משמע לנקוט באמצעי זהירות, להיוועץ בבכירים ממנו וכד'.

17. **אכן, כפי שסבור הקובל**, לערכאה השיפוטית יש חלק בעיצוב נורמות ההתנהגות של בעלי מקצוע באשר הם. השאיפה התמימה וה**אידיאלית** היא לרף התנהלות גבוהה ככל הניתן על מנת לשפר את האיכות המקצועית ובכך להטיב עם כלל הציבור בראייה נורמטיבית צופה פני עתיד. אלא שביישום הדברים באורח מעשי - על "גבו" של נדון מסויים פלוני בהליך פלילי או משמעתי במקרה קונקרטי - אי אפשר להתעלם מהמציאות השוררת בפועל "בשטח" ואין מנוס מלהסתפק בשאיפה למצב **אופטימאלי**.

דיון – התייחסות לחוות הדעת של פרופ' בטלר

18. **בעליל ניכר** שכתב הקובלנה נוסח על פי חוות הדעת של פרופ' **בטלר**. בנסיבות אלה היה מצופה מהקובל לוודא מראש שהעד יהיה מוכן ומזומן לתמוך בקובלנה בכל הליך משפטי על כל הכרוך בכך (התייצבות פיזית, חקירה נגדית על כל הנגזר ממנה). **בפועל**, כפי שכבר תואר, העד נמנע מלהתייצב באולם הוועדה וגם עדותו מרחוק באמצעות יישומון "**הזום**" נקטעה ביוזמתו ובאופן חד צדדי לאחר זמן קצר מטעמים שלא הובררו לגמרי. ניכר היה שעצם החקירה הנגדית שמטבעה הינה לעומתית, איננה לרוחו. ההתנהלות הזו בוודאי אינה יכולה להיות מקובלת ומחמת כבודו של העד נניח כי היו לו סיבות אישיות שניתן להבין, גם אם לא להצדיק. **צודק איפוא** ב"כ הנקבל בטענתו שנמנע ממנו מלמצות את החקירה, בין השאר בדרך של עימות העד מול עמדות מקצועיות הפוכות כמקובל בחקירה נגדית. **כל זה** לא הצדיק את הערת ב"כ הנקבל (בסעיף 20 לסיכומיו) שטוב היה

לה אילו לא נרשמה ואנו נתעלם ממנה . מפאת כבודם של כל המעורבים לא נאריך מעבר לאמור .

19. **לגוף חוות הדעת** יש להעיר כי המצע העובדתי עליו היא נסמכת , מבוסס בין השאר על כתבה עיתונאית שפורסמה באתר חדשות אינטרנטי מסויים ביום 25/9/19, משמע כ-3 שנים לאחר מועד האירוע המתואר (ככל הנראה בעקבות הגשת התביעה האזרחית) : **"מתוך הכתבה ... אני למד שהמנוח נסע ברכבו ממרפאת טרם בפסגת זאב לסניף טרם ברוממה אך לא הגיע ונמצא מת ברכבו "** . מתוך מה שבא בפנינו ניתן לומר כי אף שהמשפט האמור כשלעצמו איננו שגוי , אין הוא משקף את **מלוא התמונה העובדתית** , משמע - את העובדה שהמנוח עבר בדרכו ל**ברוממה** דרך בית גרושתו , מה שמן הסתם האריך את הדרך ועיכב את הגעתו אל היעד . יש להניח שבחקירת העד הוא היה נשאל על עניין זה ואין לשער את תשובתו ומידת ההשפעה של הנתון האמור על מסקנת חוות דעתו . **ככלל** יש להעיר כי מצופה ממי שנותן חוות דעת של מומחה לסמוך אותה על מצע עובדתי מוצק יותר מכתבה עיתונאית .

20. **ב"כ הנקבל מבקש** שלא נקבל את חוות הדעת ולחילופין נייחס לה **משקל אפסי** ; לאחר עיון בכלל החומר מצאנו לנכון להותיר את חוות הדעת בתיק ולקחת אותה בחשבון . **זאת** לא רק נוכח פסיקת בית המשפט אליה הופנינו על ידי הקובל אלא גם נוכח היותנו בגדר **וועדה מייעצת** שאיננה כבולה לדיני הראיות או לסדרי דין קשיחים . בעניין **המשקל** המתאים שיש לייחס לה נדון בהמשך בחלק המתאים של הדיון לגופו .

21. **לעצם תוכנה של חוות הדעת** - היא נוגדת את חוות הדעת של פרופ' **דרשר** בכמה נקודות משמעותיות : במסקנות הנגזרות מנתוני הבסיס של המנוח ; במסקנות האיבחון המצופות מרופא במעמדו ובתפקידו ; בקריאת תרשים **האק"ג** ; ובהנחיות שניתנו לגבי המשך הטיפול כמתחייב . כאמור, נעסוק באלו בהמשך .

דיון - ניתוח האירוע והכרעה בטענות הצדדים

22. **השאלה העיקרית** המונחת לפתחנו היא אם הצליח הקובל - שעליו הנטל - להראות שהתנהלותו של הנקבל הגיעה כדי **רשלנות חמורה** כפי שזו פורשה בפסיקה שצוטטה לעיל : משמע- האם סטה הנקבל , **במידה משמעותית** , מרמת הטיפול המקובלת שהייתה מצופה ממנו במקרה שנדון כאן . השאלה מסתעפת לכמה שאלות משנה שנדון בהן ונביע את דעתנו להלן בקצרה :

- א. **פענוח תרשים האק"ג** - בעניין זה הייתה הסכמה בין המומחים שהתרשים לא היה תקין. **המחלוקת נסבה** על מידת אי התקינות והמסקנה שאמורה הייתה להיגזר מכך. דעות המומחים נחלקו בעניין זה. הקובל הציע להותיר את ההכרעה בידנו נוכח הרכבו של המותב דן שכולל שני רופאים. **נאמר מיד** כי למרות הדומיננטיות של אנשי הרפואה במותב, אין מי מהם בעל התמחות מובהקת בתחום הפענוח של תרשים **אק"ג**, בוודאי לא ברמת המומחיות של המומחים בעלי השם שחוות דעתם באה בפני הוועדה. לפיכך לא נכניס את ראשנו בין שני "הרים גבוהים" ונכריע בעניין זה.
- ב. **עם זאת** ניתן לאתר בחוות הדעת הנוגדות הללו וכן בדברים שעלו בעדויות בפני הוועדה **נקודות הסכמה** שיש להן חשיבות לשאלה הנ"ל. כך, כפי שכבר הוזכר לעיל, ביקש פרופ' **בטלר** בסיפא של חוות דעתו להוסיף - **"בשולי הדברים שהועברו לעיוני בעבר ... מקרים נוספים בהם רופאים מטרם לא איבחנו ולא טיפלו כנדרש בחולים עם תסמונות כליליות חריפות. חלק מרופאי טרם לא מודעים לכך שתסמינים קליניים מספיקים לאבחנת תסמונת כלילית חריפה ואין צורך בכל מקרה בשינויי אק"ג או טרופונין לאבחנה זאת, המחייבת טיפול ופינוי מיידי לחדר המיון. חלק מהרופאים זקוקים גם לריענון בקריאת תרשימי אק"ג. אני מציע לאחראים על טרם לארגון קורס השתלמות לרופאי המרפאות בנושאים אלה"**. מדברים אלה - המסמנים ציפייה לרף מקצועי גבוה - ניתן להבין אודות המצב השורר בפועל בשטח ומשליך על מידת הסטייה של הנקבל מן המצופה. מרופא סביר במצבו ובוותק והניסיון שלו. את דברי פרופ' **בטלר** יש לקבל הן כסימון הרף **הרצוי** והן כשיקוף המצב **המצוי**.
- ג. **מאידך גיסא** גם אליבא דפרופ' **דרשר** התנהלותו של הנקבל יצאה מהנחה שמדובר במצב של **סיכון למטופל**. אלא שבמכלול ניהול הסיכונים הוא בחר, לדעתו באפשרות הסבירה מבין האחרות כפי צויין לעיל.
- ד. **חלק מהמחלוקת** בין שני המומחים הנכבדים ניתן להסביר בנקודת המוצא השונה שלהם: **האחד**, פרופ' **בטלר** בא מתחום **הקרדיולוגיה**; השני, פרופ' **דרשר**, בא מתחום **"הרפואה הדחופה"**; אף ששתי הדיסציפלינות הללו נמצאות תחת הכותרת המשותפת של **מדע הרפואה**, לכל אחת מהן דגשים משלה. על המחלוקת ביניהם ניתן לומר כי **"אלה ואלה דברי אלוהים חיים"** (בבלי, עירובין, דף י"ג, ע"ב). השאלה היא איזו מן הדיסציפלינות הללו רלוונטית יותר לענייננו. **לאחר עיון** סברנו כי זו שעוסקת ב**רפואה דחופה** שייכת יותר לדיון שבפנינו. זאת בלי להתעלם גם מהגישה

האחרת. **מכל מקום**, נוכח המגבלות שבקבלת חוות הדעת של פרופ' **בטלר** כמות שהיא (בהיעדר אפשרות לחקירה נגדית משמעותית על חוות דעתו), לא עלה בידי הקובל לשכנע כי יש לייחס לדיסציפלינה אותה ייצג פרופ' **בטלר** עדיפות מכרעת.

ה. **להשערות** של שני המומחים, כפי שהוזכרו לעיל, כל אחד לשיטתו, באשר ל- "מה היה קורה אילו..." - אין לדעתנו רלוונטיות לדיון דנן.

23. **האם עלה בידי הקובל להראות רשלנות חמורה בהתנהלות הנקבל?** לאחר עיון בכלל הראיות והטענות, ולא בלי התלבטות, לדעתנו התשובה לכך **שלילית**. בהתחשב במעמדו, בוותק שלו ובניסיונו הקצר יחסית של הנקבל סברנו שאין מקום להטיל עליו אחריות ל**רשלנות חמורה**, משמע - **לסטייה חריפה** מן המצופה מרופא סביר במעמדו ובתפקידו. הקובל ביקש לבסס את עמדתו בין השאר על **המנגנון האבחוני** שחילץ מתוך חוות דעתו וכן מאמר של פרופ' **דושר** בדבר "**סטנדרט זהב**" בטיפול בכאבים בחזה בחדר מיון וממאפייני סיווג רמת הסיכון לפיהם על רופא לנהוג בהתאם לניקוד (חקירת העד מעמ' 166 ואילך). ספק אם המנגנון הזה ישים לנסיבות כמו אלו בפניהן עמד הנקבל בזמן אמת (להבדיל מניתוח בדיעבד), מה גם שככל הנראה מלאכת האבחון אינה מתמצה במנגנון מספרי אחד אלא מורכבת יותר.

24. **מאידיך גיסא** מצאנו פגמים בהתנהלותו של הנקבל שנכון להכניסם תחת ההגדרה של **"התנהגות בדרך שאינה הולמת רופא מורשה"**; להלן פירוט הדברים:

א. **איבחון מצבו של המטופל נוכח מצבו בעת הגעתו ונוכח נתוני היסוד שלו**: אנחנו מקבלים את גישת הקובל כי נוכח הרקע הרפואי הקודם של המטופל כפי שבא לידי ביטוי ברשומה הרפואית, לרבות עֶבְרוֹ - גם אם חלפו כ-7 שנים לאחר הצנתור ללא חזרה על תופעות דומות - היה על הנקבל לתת לעניין זה תשומת לב מיוחדת גדולה מזו שנתן. **הנתונים המדאיגים** בעיקר היו אמורים להיות תרשים האק"ג, שלכל הדעות לא היה תקין ונתוני **לחץ הדם** שהיו גבוהים באורח משמעותי מהנורמה. לא מצאנו שהנקבל התעלם מהנתונים הללו אלא שהוא לא נקט בדרך הפעולה המתחייבת בעיקר בכל הנוגע לחובת ההשגחה עליו נוכח זאת כפי שיפורט להלן.

ב. **חובת היוועצות**: נוכח הנתונים שהותירו את מצבו של המטופל **בספק**, שהיה אמור להיות מוסר רק בבדיקות הנוספות (**טרופונין**; **אק"ג חוזר**), אסור היה לנקבל לקבל החלטה עצמאית. העובדה שהמרפאה שלו אמורה הייתה להיסגר בשעה 23:30 לא הייתה צריכה להיות מרכיב מכריע בשיקוליו. היה עליו להיוועץ בבכירים ומנוסים

ממנו בקריאת התרשים, בהערכת המצב הכוללת ובמסקנות המעשיות. חובה זו נגזרת מן הענווה המצופה מכל בעל מקצוע צעיר כמו גם מן השכל הישר. עמדת הנקבל (למשל, בעמ' 64) בעניין זה איננה יכולה להיות מקובלת. אין להוציא מכלל חשבון אפשרות סבירה שהנחיית אותו בכיר, אילו ניתנה, לא הייתה שונה מהדרך בה נקט הנקבל. אך חובת הנקבל הייתה להתחלק במידע ובאחריות עם בעל ניסיון ובכיר ממנו.

ג. **שחרור המטופל**: הנקבל סבור שלא "שחרר" את המטופל שכן תיאם את הגעתו לסניף רוממה, הינחה אותו להגיע לשם להמשך מעקב וסבר שהוא מלווה על ידי בת זוג. לדעתנו בפועל הנקבל "שחרר" את המטופל שכן זה יצא משליטתו ומכל מקום לא היה בפעולות הללו די. גם לדעת פרופ' דרשר (בעמ' 118) המטופל היה צריך להיות תחת השגחה מיטבית. משזיהה את הסכנה האפשרית - ולו גם ברמת סיכון נמוכה - היה על הנקבל לוודא באופן מפורש את דרך הגעתו הבטוחה של המטופל אל היעד, להפגין כלפיו מפורשות את מידת הדחיפות והחיוניות של המהלך הזה, ולעקוב אחר התממשות הדברים. בהיעדר הנחיה מגורם בכיר ממנו היה עליו לשלוח את המטופל באמבולנס ולא להסתפק בהנחיה לגבי המשך התהליך; ההנחה כי כל הנוגעים בדבר מבינים את כוונותיו וינהגו לפיהן - לא היה לה על מה לסמוך ואכן בפועל היא הוכחה כשגויה. מהתנהלות המנוח ניתן לראות כי הוא לא חש כל בהילות או קריטיות במצב הביניים בו היה נתון, הרשה לעצמו להאריך את מסלול הנסיעה, המשיך למרפאת רוממה בגפו ולא הקפיד על עמידה בפרקי הזמן שהנקבל העריך. ברי כי האחריות הגוברת למידת האדישות הזו הינה על הרופא, ככל שלא הקפיד להבהיר את הדברים ולא רק על המטופל.

ד. בפסיקה (ע"א 580/86- פישמן) נקבע כי "התנהגות שאינה הולמת רופא היא זו שאינה תואמת את העקרונות המנחים בתחום העיסוק ברפואה, בין שמדובר בכבוד המקצוע, בין שעניינם ביחסים שבין רופא לחולה וכן יתר כללים אתיים ואחרים, המעצבים ערכים ותפישות, שראוי כי יחולו במקצוע הרפואה".

ה. דעתנו נוכח האמור היא שהנקבל לקה בהפעלת שיקול הדעת הנכון. טעות בשיקול הדעת המקצועי יכולה להגיע עד כדי התרשלנות. לא כל התרשלנות הינה בגדר רשלנות חמורה אך היא נוגדת את הערכים הנכונים של מקצוע הרפואה.

המלצה

25. **המלצתנו לכב' השר** הינה אפוא לקבוע כי הנקבל **טעה טעות חמורה** בהפעלת שיקול הדעת שלו ; **הוא התרשל** בתפקידו , אך בנסיבות בהן היה מצוי לא עד כדי **רשלנות חמורה** ; וכי בהתרשלותו זו **נהג בדרך שאינה הולמת רופא בישראל** בניגוד להוראת סעיף **41 (1)** לפקודה.

26. לאחר שמיעת הראיות והטענות לעניין **אמצעי המשמעת** הראוי לנקבל , יהיה מקום לקבוע את זה המתאים בבוא העת .

27. **הדיון יידחה** לשמיעת הצדדים לעניין אמצעי המשמעת המתאים . הצדדים יהיו רשאים לטעון את הטענות בעניין זה בכתב . הקובל יגיש את טענותיו בתוך **14** ימים והנקבל בתוך **14** ימים לאחר מכן . **ככל שמי מהצדדים** יסבור כי ראוי לקיים דיון באולם הוועדה בנוכחות הצדדים - יודיע על כך בהקדם והמזכירות תקבע מועד לשמיעת הטענות באופן פרונטלי .

ניתן היום, **26/3/24**, בהיעדר הצדדים .

ד"ר סאהר סרור - יו"ר, נציג המנהל הכללי
ד"ר ורד חרמוש - נציגת הסתדרות הרופאים
עו"ד אריה רוטר - נציג היועצת המשפטית לממשלה

