

מינהל רפואה

חוזר מס': 15/2003

ירושלים, ה' אדר ב' תשס"ג
9 מרץ, 2003

תיק מס': 5/2/5

אל : מנהלי בתי החולים הכלליים

הנדון : ויתור סודיות - מסירת מידע רפואי על מטופל
סימוכין: חוזר המנהל הכללי מס' 19/96 מיום: 11.8.96

בהתאם לחוק זכויות החולה (וחוקים אחרים הנוגעים לעניין), מחוייב כל מוסד רפואי לשמור על סודיות המידע הרפואי הנוגע למטופליו.

למען הסר ספק כאשר מטופל עצמו מבקש ומקבל מידע רפואי על עצמו, אין צורך להחתימו על כתב ויתור, אלא רק על אישור קבלה.

מסירת מידע רפואי מהרשומה הרפואית של מטופל לצד שלישי מותרת רק במקרים הקבועים בחוק, או בהסכמת המטופל.

אין חוזר זה מבטל מצבים בהם קיימת חובת הודעה לגורמים ממשלתיים על פי חוק.

הננו להביא בזאת לידיעתכם כללים לקבלת הסכמת מטופל למסירת מידע לאחר, (במסגרת ויתור על סודיות רפואית).

1. הגדרות:

"מידע רפואי": מידע המתייחס באופן ישיר למצב בריאותו הגופני או הנפשי של מטופל או לטיפול הרפואי בו.

"רשומה רפואית": מידע רפואי המתועד בדרך של רישום או צילום או בכל דרך אחרת לרבות התיק הרפואי של המטופל בו מצויים מסמכים רפואיים אודותיו.

2. כבלל, ויתור על סודיות המידע הרפואי ייעשה במסמך בכתב, בחתימת המטופל למעט חריגים שיפורטו בהמשך.

3. מקרים בהם נדרש ויתור על סודיות רפואית:

3.1 המטופל מבקש לקבל מידע רפואי באמצעות צד שלישי או להעביר מידע לצד שלישי.

3.2 מטופל מבקש לקבל מידע רפואי בדרך בה לא ניתן לוודא את זהותו פנים אל פנים, כגון: בדואר או בטלפון וכו'.

3.3 צד שלישי מבקש מידע רפואי על מטופל למעט העברת מידע לקרוב משפחה מדרגה ראשונה או אדם אחר, עליו הורה המטופל וזאת במהלך טיפול ואשפוז.

4. כתב ויתור על סודיות רפואית יכול:

4.1 פרטי המוסד/ מוסדות הרפואי / מטפל/ מטופלים אליו הוא מופנה, שאצלם מוחזק המידע הרפואי.

4.2 פרטים מלאים של המטופל: שם מלא, מס' תעודת זהות, כתובת.

4.3 פרט הסכמת המטופל למסירת מידע רפואי הכולל סוג המידע וזהות המקבל.

4.4 שחרור מחובת הסודיות ומטענות ותביעות כתוצאה מהפרת הסודיות, או בגין הפרת הסודיות.

4.5 סייגים לויתור על הסודיות בהתאם לבקשת המטופל.

4.6 חתימת המטופל בצרוף תאריך.

4.7 חתימת עד מהימן המאשר כי המטופל חתם בפניו (רופא, אחות, עו"ד, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק).

4.8 פרטיו המזהים של העד לרבות מספר רשיון (אם יש).

רצ"ב דוגמא של נוסח כתב ויתור סודיות רפואית.

5. נוהל קבלת כתב ויתור סודיות רפואית:

על מקבל כתב ויתור סודיות (הגורם המתבקש למסור את המידע) במקרים שהוזכרו לעיל לוודא ולאמת את הנושאים המפורטים להלך:

5.1 קיום פרטים אישיים מלאים של המטופל ושל העד.

- 5.2 חתימת המטופל וחתימת העד.
- 5.3 טופס מקורי או "העתק מתאים למקור" המאושר כדין על ידי עורך דין או בית משפט.
- 5.4 חתימה בעט (ולא באמצעים המאפשרים מחיקה או זיוף).
- 5.5 וידוא כי הטופס מופנה אל אותו מוסד רפואי.

בכל מקרה של ספק יש לבצע ברור מול המטופל.

6 שונות:

6.1 ויתור סודיות בעל פה:

במקרים בהם המטופל נמצא במוסד הרפואי, ונמנע ממנו לתת ויתור על סודיות בכתב, יינתן הויתור בעל פה בפני שני עדים, ובלבד שהסכמתו לוותר על הסודיות תתועד בכתב ברשומה הרפואית סמוך בכל האפשר לאחר מכן.

6.2 מקרים חריגים נפוצים:

במקרים של בקשת מידע עבור המוסד לביטוח לאומי או באמצעותו העד המאמת יכול להיות פקיד מוסמך של המוסד לביטוח לאומי.

העברת מידע רפואי לאגף השיקום במשרד הביטחון ביחס לנכי צ.ה.ל אינה טעונה הצגת כתב ויתור סודיות (מאחר וויתור על סודיות הגו חלק מהבקשה לדבריה כנכח צ.ה.ל).

קופות החולים פטורות מהצגת כתב ויתור סודיות לצרכי המשך טיפול והתחשבות ביחס למבוטחיהן, מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

מטופל שהגיש תלונה על מטפל לגורם המוסמך לברר תלונות מסוג זה – רואים אותו כאילו הסכים לוותר על הסודיות הרפואית ביחס למידע הנחוץ לשם בירור תלונתו.

6.3 נפטרים:

כעיקרון ניתן למסור מידע רפואי אודות נפטרים ליורשיו של הנפטר. לצורך זאת המבקש יציג אחד מהמסמכים הבאים (מקור או "העתק מתאים למקור"):

צו ירושה בו הוא רשום כיוורש, או כאחד היורשים;

צו קיום צוואה בו הוא רשום כיוורש או כאחד היורשים;

צו בית משפט המאשר מסירת המידע לטובת המבקש (לדוגמא במהלך הליכי ירושה/עיזבון);

ניתן להסתפק בתצהיר של המבקש (מאומת ע"י עו"ד או רשם שופט בית משפט) בו הוא מצהיר כי הוא יורש של הנפטר (ע"פ דין/צוואה) ושאינ

יורשים נוספים או שכל היורשים מסכימים למסירת המידע ושהמבקש אינו מתנגד למסירת המידע ליורשים אחרים.
הערה- אם הצהרת המבקש סותרת מידע המפורט ברשומה הרפואית של המנוח, לא ניתן להסתפק בתצהיר אלא יש לקבל צו מבית משפט.

* אם יש צוואה יש לצרפה לתצהיר

6.4 מטופל קטין/חסוי/פסול דין:

החותם על כתב ויתור הסודיות יהיה אחד מהורי הקטין או אפוטרופוס ממונה של קטין. ניתן להסתפק בכתב ויתור סודיות של אחד ההורים בתנאי שלא ידוע שהורה השני מתנגד (אז יש לקבל חתימת משניהם).

במקרה של חסוי או של פסול דין, אפוטרופוס ממונה לעינייני – גוף. במקרה של אפוטרופוס יש לצרף עותק של צו המינוי שניתן על ידי בית משפט ולהקפיד שצו המינוי בתוקף (אם ניתן לזמן מוגבל) ושמדובר באפוטרופוס שמונה על גופו של החסוי (ולא רק על רכוש).

7. מיופה כח:

7.1 יפוי כח כללי (שניתן לעו"ד או לאדם אחר) אינו תחליף לכתב ויתור סודיות ויש לדרוש בנוסף כתב ויתור סודיות לפי הכללים הרגילים.

7.2 מיופה כח של מטופל, בעל יפוי כוח לפי סעיף 16 לחוק זכויות החולה, (שהוא יפוי כוח מיוחד לעינייני טיפול רפואי) – רשאי לקבל מידע רפואי אודות המטופל אך ורק לשם קבלת החלטות לצורך טיפול רפואי בפועל במטופל, וכל עוד יפוי הכוח בתוקף. מקום שהמטופל אינו זקוק לטיפול, מיופה הכוח אינו זכאי למידע, אלא אם נאמר במפורש אחרת ביפוי הכוח. מיופה כוח כאמור אינו רשאי להסכים לויתור סודיות בשם המטופל לטובת אחר, ולפיכך אינו רשאי לחתום על כתב ויתור סודיות בשם המטופל, אלא אם הדבר נחוץ להמשך הטיפול במטופל.

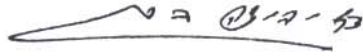
8 הבהרה:

ישנם גורמים וגופים שיש להם סמכות על פי דין לקבל מידע רפואי לצורך מילוי תפקידם והם רשאים לקבל את המידע ללא כתב ויתור סודיות. גופים כאלו הם, למשל: לשכת הגיוס, המכון הרפואי לבטיחות בדרכים, פסיכיאטר מחוזי, פקיד סעד, וכן בית המשפט ובית דין, לפי צו מנומק להמצאת המסמכים, שניתן לאחר שהוסרה הסודיות הרפואית ע"י השופט (ראה חוזר מס' 80/95 מיום 20/11/95 בדבר מסירת מסמכים רפואיים לבתי משפט).

אם נדרש מידע מכוח סמכות על פי דין, מגורם שאינו מוכר כבעל סמכות כאמור, יש לקבל ממנו פרטים על מקור סמכותו הנטענת (הוראת החוק / התקנות הרלוונטיות). במידת הצורך ניתן להעזר ביעוץ המשפטי של המוסד הרפואי / משרד הבריאות.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם ולוודא כי יפעלו בהתאם.

ב ב ר כ ה



ד"ר י. ברוך

ראש מינהל הרפואה (בפועל)

העתק : המנהל הכללי

המשרד למנהל הכללי

ס/מנכ"ל בכיר למנהל ולמשאבי אנוש

ס/מנכ"ל בכיר לתכנון ובינוי מוסדות רפואה

ס/מנכ"ל לכלכלת בריאות

ס/מנכ"ל לתכנון תיקצוב ולתימחור

ס/מנכ"ל קופות חולים

ראש המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות

נציב קבילות הציבור

נציב קבילות הציבור ע"פ חוק ביטוח בריאות ממלכתי

חשב המשרד

היועצת המשפטית

ס/מנכ"ל להסברה ויחסים בינלאומיים

מנהל האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות

מנהל אגף רישוי מוסדות ומכשירים

אחות ראשית ארצית וראש מינהל הסיעוד

ראש שרותי בריאות הציבור

רופא מחוזות - לשכות בריאות מחוזיות

ראש שרותי בריאות הנפש

מנהל האגף לגריאטריה

מנהל האגף לרפואה כללית

מנהל אגף בריאות השן

מנהל האגף לשרותי מידע ומחשוב

מנהלת תחום רישום ומידע רפואי

מנהל האגף למקצועות בריאות

מנהלת האגף להבטחת איכות

מנהל אגף ביקורת פנים

מנהלי האגפים הרפואיים - קופות החולים

מנהל תחום מינהל ומשק

מנהל המחלקה למעבדות

מרכזת המועצות הלאומיות

מנהלת השרות הארצי לעבודה סוציאלית

הספריה הרפואית

אחראית ארצית על הסיעוד - ברפואה כללית

אחראית ארצית על הסיעוד - בבריאות הנפש

אחראית ארצית על הסיעוד - בבריאות הציבור

אחראית ארצית על הסיעוד - בגריאטריה

אחות ראשית - קופ"ח הכללית

בתנוקה

לא

קרפ"ר - צ.ה.ל
קרפ"ר - שרות בתי הסוהר
קרפ"ר - משטרת ישראל
מנכ"ל הסתדרות מדיצינית - "הדסה"
רכז הבריאות, אגף תקציבים - משרד האוצר
יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל
מנכ"ל החברה לניהול סיכונים ברפואה
ארכיון המדינה

לא בתוקף

לוגו ביה"ח / קופ"ח

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד המוסד הרפואי _____

א.ב.

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל_____

להלן: "המבקש".

את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי, (מחק את המיותר)

או פרטים על _____

ובאופן שידרש על ידי המבקש, והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל לרבות טענת מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

* פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי).

שם משפחה _____

שם פרטי _____

מספר תעודת זהות _____

כתובת _____

תאריך _____

חתימה _____

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך: _____

פרטי העד לחתימה: (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח)

שם משפחה _____

השם הפרטי _____

מספר הזהות _____

הכתובת _____

מס' רשיון _____

חותמת _____

חתימה _____

תאור החומר הנמסר _____

שם וחותמת המקבל _____ תאריך קבלת / שליחת החומר _____