

ט"ז באדר, התשפ"א
28 פברואר 2021
סימוכין : 270497521
(במענה : ציין סימוכין)

הנדון : תוספת לחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 8/16 מיום 8.9.2016 בנושא חיסון תלמידי מקצועות הבריאות ועובדי מערכת הבריאות

לנוכח מגפת נגיף קורונה החדש, ולאור זמינות חיסון יעיל ובטוח נגדו, להלן תוספת לחוזר המנכ"ל מס' 8/2016, בנושא שבנדון (להלן - "חוזר המנכ"ל"):

1. הגדרות - לפי ההגדרות שבחוזר המנכ"ל, וכן -

1.1. **מחוסן** - מי שקיבל את כל המנות הנדרשות של תרכיב נגד נגיף הקורונה (SARS-CoV-2), המאושר לשימוש בישראל, על פי הנחיות משרד הבריאות.

2. תלמיד מקצועות הבריאות או עובד במערכת הבריאות יחוסן בתרכיב נגד SARS-CoV-2, המאושר לשימוש בישראל, באחריות מנהל המוסד החינוכי בו הוא לומד או מנהל מוסד הבריאות בו הוא עובד, בהתאמה, במספר המנות הדרוש ובמרווחים המוגדרים לפי הנחיות משרד הבריאות.

3. מי שחוסן כנגד קורונה בחו"ל יידרש לבצע בדיקה סרולוגית בישראל. אם הבדיקה תהיה חיובית, ייחשב כמחוסן.

4. מי שהוגדר **כמחלים** לפי הוראת המנהל בנושא זה אינו נדרש לקבל חיסון, כל עוד אישור ההחלמה בתוקף, לפי הוראות המנהל וכל עוד לא תשתנה המדיניות בנושא זה.

5. במקרה של הוריית נגד לחיסון, יחולו על התלמיד/העובד הוראות סעיף 15.1 לחוזר המנכ"ל.

6. במקרה של סירוב לקבל חיסון של תלמיד/עובד מערכת הבריאות:

6.1. הוא יזומן למרפאת החיסונים לקבלת הסבר על ההשלכות הרפואיות של סירובו, כלפיו וכלפי מטופליו, ואת ההשלכות הפוטנציאליות של החלטתו (כולל השלכות ביטוחיות ונזיקיות). העובד יצהיר על סירובו ויתעד אותו בחתימה על טופס סירוב (נספח 1 למסמך זה).

6.2. טופס הסירוב של עובד מערכת הבריאות יישמר בתיקו של העובד במרפאת החיסונים/פרסונל של המוסד הרפואי, ואם אין מרפאה כזו - במחלקת משאבי אנוש של המעסיק, והודעה על כך תימסר למנהל האחראי על שיבוצו לעבודה.

6.3. משרד הבריאות הנחה ליישם את המדיניות המפורטת להלן במוסדותיו, וממליץ על יישומה על ידי כלל המעסיקים בתחום הבריאות:

6.3.1. תלמיד מקצועות הבריאות או עובד במערכת הבריאות, שלא חוסן כנגד קורונה, לא יוכל לעבוד עם חולים מהקבוצות או במחלקות הבאות במוסד הרפואי:

6.3.1.1. מחלקות ובהן חולים במצב של דיכוי חיסוני, כגון במחלקות להשתלת מח עצם, המטו-אונקולוגיה, אונקולוגיה, יילודים ופגייה או עבודה עם חולים אלו במרפאות או בקהילה.

6.3.1.2. מחלקות קורונה (כולל ט.ג.) ומיון נשימתי.

6.3.2. על אף האמור לעיל, רשאי מנהל המוסד הרפואי לאשר באופן פרטני עבודה של עובד מערכת בריאות לא מחוסן במחלקות שבהן חולים עם מצב של דיכוי חיסוני, בתנאי שאין תחליף מתאים לעובד.

6.3.3. בנוסף, עובד מערכת הבריאות יורשה לעבוד במחלקת קורונה רק אם הצהיר בטופס הסירוב, כי הוא מוכן לעבוד במחלקת קורונה (כולל ט.ג.) ומיון נשימתי אף שלא חוסן, בכפוף לאישור פרטני של מנהל המוסד הרפואי, על כך שאין תחליף מתאים לו.

6.3.4. לא יתקבל לעבודה במוסד רפואי עובד חדש, המסרב להתחסן.

6.3.5. תלמיד חדש במקצועות הבריאות שלפי מקצועו נדרש במהלך לימודיו לבצע עבודה מעשית באחת המחלקות המנויות בסעיף 6.3.1 לעיל, לא יוכל להתקבל ללימודים או להמשיך בלימודיו אם הוא מסרב להתחסן.

7. באחריות מנהלי מוסד חינוכי למקצועות הבריאות ומנהלי מוסד רפואי להשלים את ההתחסנות למי שנדרש או להחתים על טופס סירוב לפי הוראות מסמך זה עד 28.2.21 לגבי כל התלמידים והעובדים במוסדותיהם, בהתאמה.


בכבוד רב,
פרופ' חזי לוי

נספח א'

**סירוב עובד מערכת הבריאות או תלמיד מקצועות הבריאות לקבל חיסון נגד קורונה
(סמליל מרפאת החיסונים)**

משרד הבריאות הנחה, שעל כל עובדי הבריאות ותלמידי מקצועות הבריאות לקבל את החיסון כנגד נגיף קורונה החדש - SARS-CoV-2. החיסון הינו בטוח ויעיל להגנה מפני הידבקות ותחלואה בקורונה (COVID-19).

סירובך לקבל את החיסון עלול לסכן את בריאותך ואת בריאות מטופליך והקרובים אליך. בנוסף, קיימות השלכות פוטנציאליות, כולל ביטוחיות ונזיקיות, במקרה של הדבקותך במהלך עבודתך, או מעורבותך באירוע של הדבקות מטופל/ת.

עובדי בריאות שלא יקבלו את החיסון לא יוכלו לעבוד במחלקות או עם מטופלים חולים במצב של דיכוי חיסוני (כגון השתלת מח עצם, המטו-אונקולוגיה, אונקולוגיה, יילודים ופגייה), ובמחלקות קורונה (כולל ט.נ.) ומיון נשימתי, למעט מקרים חריגים, ורק באישור מנהל המוסד הרפואי. לפני חתימתך על טופס זה, אנא שאל/י כל שאלה בכל נושא המתייחס לפעולות החיסון, הנחיות, אמצעי הזהירות והוריות הנגד, והמשמעויות של היעדר חיסון או סירוב לקבל חיסון.

הצהרה:

לאחר שעיינתי בכתוב לעיל, קיבלתי הסבר וקראתי מידע על החיסון נגד קורונה, אינני מסכים/ה לקבל את החיסון נגד קורונה (SARS-CoV-2).

אני מבקש/ת לעבוד במחלקת קורונה, למרות שאינני מחוסן/ת, ומוכן לי הסיכון האישי בעבודה במחלקה זו ללא חיסון.

| שם מלא | מס' ת"ז | חתימה | תאריך |
|--------|---------|-------|-------|
|--------|---------|-------|-------|

חתימת עובד/ת המרפאה _____ תאריך: _____