

**נציב קבילות
לחוק ביטוח בריאות ממלכתי**

דוח מס' 2

1998-1999

ירושלים, מרץ 2000
אדר ב' התש"ס

סודר בסדר צילום ונדפס בדפוס הממשלה, ירושלים

פתח דבר

מוגש בזאת הדוח השני של נציבת הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, הסוקר את פעילות נציבות הקבילות, בשנה השניה ובשנה השלישית לקיומה, בתקופה שבין ה-1 בינואר 1998 לבין ה-31 לדצמבר 1999. (מסיבות טכניות אוחדה פעילות בת שנתיים לדוח אחד).

דוח זה הנו אמצעי להביא לידיעת הציבור הרחב, נותני ומקבלי השירות הרפואי כאחת, את פעילות הנציבות בביקורת על יישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הנציבה מקווה כי הדוח יציג בפני קובעי המדיניות במשרד הבריאות ובקופות החולים תמונה עדכנית לגבי הליקויים והחסרים העולים מן הקבילות במהלך יישומו של החוק, וישמש בסיס לתיקונם של אלו בעתיד.

על אף הביקורת המובאת לגבי בעיות שונות העולות מחוק ביטוח בריאות ממלכתי, הנציבה בדיעה, שהאידיאולוגיה העומדת בבסיס החוק, עולה בקנה אחד עם אופייה הדמוקרטי של מדינת ישראל, ועל כן יש לחזק את החוק ולשקוד על מציאת פתרונות לבעיות העולות ממנו, וזאת על מנת להבטיח את המשך התפתחותו וביסוסו של הרעיון שביסודו של החוק.

הטיפול בקבילה אינו מתמצה אך ורק בבירורה של אותה קבילה, ובהצבעה על הצורך בתיקון הליקוי שנמצא. הנציבה רואה בקבילות המבוטחים ובבירורן, מקור מידע בעל חשיבות רבה, מאחר וניתן ללמוד מהן על דרך יישום החוק. במקרים בהם הקבילה מעלה ליקוי, או חסר, אשר השלכותיו הן מעבר לקבילה הבודדת, מצביעה הנציבה על אותו הליקוי, או חסר, היכול להוות עילה לקבילות נוספות באותו נושא, גם אם לא ניתן להיענות לקבילה הבודדת באותה עת.

תקופת הדוח התאפיינה בשינויים מהותיים רבים, ובעלייה חדה במספר הקבילות, אשר נבעה בין היתר משינויים אלו ומיישומם. תקופה זו התאפיינה במספר רב ביותר של תלונות הקשורות ברישום וחברות בקופות חולים, שנבע מהמאמץ חסר המעצורים של קופות החולים להגדיל את מספר מבוטחיהן, בטרם יעבור רישום המעברים מקופה לקופה, לרשות הדואר. בנוסף, גדל מספר הקבילות בנושא השירותים הרפואיים, כתוצאה מהסדרי גבייה חדשים, תהפוכות אשר חלו בסוגיית בחירת נותן השירותים, ובסוגיית ההפריה החוץ גופית, המשך גדילת הפער שבין התפתחות הטכנולוגיה לבין עדכון סל השירותים והתרופות, וכן העלייה במודעות הציבור לקיומה של נציבות הקבילות.

רבים סייעו לנציבות הקבילות במהלך תקופת הדוח בניסיון להתמודד עם הקשיים הכרוכים בהמשך התארגנותה והטמעתה של נציבות הקבילות ובעבודת הביקורת. הנציבה מבקשת להביע את הכרת תודתה לכל מי שנתן ידו בסיוע לנציבות, ולנציבה.

דוח זה אינו יצירת יחיד, כי אם פרי עבודה משותפת, ועל כן הנציבה מבקשת

להביע את תודתה והערכתה העמוקה לעובדת הנציבות, עו"ד אפרתי חגית, על עבודתה בעזרה לציבור המבוטחים, וכן על כתיבת ועריכת דוח זה, על חריצותה מסירותה ומקצועיותה הבאים לידי ביטוי בדוח על כל דפיו.

כן מביעה הנציבה את תודתה והערכתה לעובדת הנציבות עו"ד נאות-מרקוביץ על תרומתה הרבה בעבודת הנציבות ובכתיבת הדוח ולעו"ד רייפר שמעון, עו"ד שלומוביץ אשרת, ועו"ד הלפרין מיכל, על עזרתם בכתיבת ועריכת פרקים מהדוח, ובנוסף על עבודתם המסורה והמאומצת בעזרה לציבור המבוטחים.

כמו כן, מבקשת הנציבה להודות לעו"ד סאוסן עונאללה, עו"ד אביגיל ואן-קרפלד ועו"ד זאב גרוס, שעבדו בחלק מתקופת דו"ח זה בנציבות הקבילות, על שעזרו בהכנת חומר לדוח זה ועל עזרתם לציבור המבוטחים.

הנציבה מבקשת להביע תודה והערכה עמוקה לגב' דהאן שרון, על איפיון מחדש של נתוני כל הקבילות, והקלדתם לתוכנת הקבילות, לגב' מסוסני אורלי, על עריכת הדוח לשם הבאתו לדפוס, וכן את תודתה והערכתה ליתר עובדות הנציבות, לילך ניסים, שרית אזורן, קרן טגיינה, לאה אמסלם, יעל לנקרי, אורית אליהו, מרגלית דניאל, ושרית יששכר, שעמלו שעות רבות במסירות, ללא לאות, בתנאים קשים, בעבודת הביקורת, בעזרה לציבור המבוטחים, ובאיסוף הנתונים לדוח זה.

הנציבה מבקשת להביע תודה מיוחדת למר ראובן שטיינר יועץ כלכלי במשרד הבריאות, על עזרתו בעיבוד וניתוח הנתונים שבדוח, לאחיה, מר זאב ז'בוטינסקי על שאפיין וכתב תוכנה לנציבות בהתנדבות, ולמר יצחק כחילה, שעמל וסייע להטמעת התוכנה בקרב עובדי הנציבות.

הנציבה מודה לעובדי משרד הבריאות שסייעו ועזרו בעבודת הביקורת של נציבות הקבילות ולעובדי המשרד אשר נתנו את הערותיהם לדוח זה.

ד"ר קרני ז'. רובין
נציבת הקבילות
לחוק ביטוח בריאות ממלכתי

ירושלים, אדר ב', תש"ס
מרץ, 2000

תוכן עניינים

3	פתח דבר
11	תקציר

פרק ראשון

נציבות הקבילות - סמכויות ודרכי עבודה

15	1. תפקידו של נציב הקבילות וסמכויותיו
17	א. מתן פרשנות לחוק
17	ב. איסוף מידע הדרוש לצורך בירור הקבילות
19	ג. פיקוח על שירותים רפואיים הניתנים על ידי המדינה
20	ד. שירותי בריאות הניתנים מכח חיקוק אחר
24	2. קביעת מדיניות הביקורת של הנציבה
24	3. עצמאות הנציבות
25	4. התארגנות ודרכי עבודה

פרק שני

רישום וחברות בקופת חולים

29	1. קביעת הזכאות לקבלת שירותי בריאות
31	2. שיוך תושבים לקופת חולים
31	א. שיוך רטרואקטיבי עד לחוק ההסדרים 1999
33	ב. חוק ההסדרים 1999

36	 ג. שיוך נפטרים חסרי קופת חולים
36	 3. המעבר בין קופות החולים
36	 א. מבוא
37	 ב. תום עידן המחטפים
41	 ג. כללי המעבר, והתחרות בין קופות החולים
42	 ד. סיכום

פרק שלישי

חוק ביטוח בריאות ממלכתי שינויים ופרשנות

43	 1. מבוא
45	 2. הקף סל שירותי הבריאות
45	 א. סל השירותים
48	 ב. רשימת התרופות שבסל
51	 ג. מדיניות תרופות (תרופות חלופיות)
57	 3. עדכון סל השירותים והתרופות
58	 א. הסמכות לביצוע שינויים בסל
58	 ב. תהליך הוספת טכנולוגיות לסל - הלכה למעשה
62	 ג. תוספת הטכנולוגיות לסל - ה-9 למרץ 1999
64	 ד. קשיים בעדכון הסל
67	 4. הארכתה של תקופת הביניים וסיומה

68	5. המחלוקות בנושא תוספת התרופות לסל.....
70	6. שינויים בתשלומים עבור שירותי בריאות.....
70	א. תוכניות הגביה.....
77	ב. קבילות המבוטחים על תוכניות הגביה והטיפול בהן.....
80	ג. גביית דמי השתתפות בשיעור 50% ממחיר התרופה.....
83	ד. גביית דמי השתתפות בקופת חולים כללית.....
88	7. צמצום היקף הפעילות של קופת חולים.....
90	8. תמורות בשירותי הבריאות הנוספים.....
92	9. ליקויים בפרסום מידע בדבר זכויות המבוטחים.....

פרק רביעי

בחירת נותן שירותים

101	1. חובת פרסום הסדרי בחירה.....
104	2. סקירת הסדרי הבחירה.....
104	א. הסדרי הבחירה של קופת חולים כללית.....
107	ב. הסדרי הבחירה של קופת חולים מכבי.....
108	ג. הסדרי הבחירה של קופת חולים מאוחדת.....
109	ד. קופת חולים לאומית.....
110	ה. הפניית מבוטחים לבתי חולים פרטיים.....
113	3. פיקוח על הסדרי הבחירה וישומם.....

114	 א. מתן שירותי בריאות על בסיס איזורי
115	 ב. אפליה בין נותני שירותים
116	 ג. מתן טיפול "באיכות סבירה" ושמירה על רצף הטיפול
122	 4. מועד קביעת הסדרי בחירה ודרכי פרסומם

פרק חמישי סקירת שירותים רפואיים אשר היוו מוקד לקבילות הציבור

125	 מבוא
125	 1. טיפולי הפרייה חוץ גופית
129	 2. תרומת ביצית
133	 3. פיזיותרפיה
137	 4. פניות לחדר מיון
140	 5. שירותי חירום
143	 6. הסעות באמבולנס
144	 7. טיפול היפרבר
147	 8. טיפול פוטודינמי
148	 9. התפתחות הילד
155	 10. מזון תרופתי

פרק שישי מבחר תלונות ותיאור הטיפול בהן

161	 פתיחה
-----	-------------

162	1. שירותים, בדיקות, תרופות ודמי ההשתתפות הנגבים עבורם.....
197	2. בחירת נותן שירותים.....
207	3. רישום וחברות בקופות החולים.....

פרק שביעי נתונים מספריים והתפלגותם

219	1. סיכום הנתונים על מספר הקבילות, ההשגות, ותוצאות בירורן...
222	א. סיכום הנתונים על הקבילות והפניות בנושא החוק והסל.....
224	ב. סיכום הנתונים לגבי השגות של המבוטחים על רישום לקופות חולים.....
225	2. נתונים על התפלגות הקבילות.....
229	א. נתוני שנת 1998.....
245	ב. נתוני שנת 1999.....
261	ג. טבלאות ותרשימים השוואתיים.....

נספחים

277	1. פרק ט' לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.....
278	2. הסמכויות הנתונות לנציב תלונות הציבור על פי חוק מבקר המדינה.....
280	3. סעיפים 3א(א) ו-3א(ב) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.....
281	4. סעיף 3א(ה) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.....
282	5. נהלי רישום ומעבר.....

283		6. סעיף 8 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי
285		7. הגדרת חולה כרוני
288		8. הודעת קופת חולים כללית בדבר הסדרי בחירה בין נותני שירותים
290		9. הודעת קופת חולים מכבי בדבר הסדרי בחירה בין נותני שירותים
291		10. כללים רפואיים לטיפול הפרייה חוץ גופית - המלצות הועדה....
294		11. התווית לטיפול היפרברי
296		12. הוראות החוק בנושא התפתחות הילד

קיצורי לשון

שירותי בריאות כללית	-	להלן: "קופת חולים כללית"
מכבי שירותי בריאות	-	להלן: "קופת חולים מכבי"
המוסד לביטוח לאומי	-	להלן: "המל"ל"
שירותי בריאות נוספים	-	להלן: "שב"ן"

תקציר

דוח זה מסכם את פעילות נציבות הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בתקופה שבין ה-1 לינואר 1998 לבין ה-31 לדצמבר 1999.

בשנת 1998 התקבלו בנציבות הקבילות 30,381 תלונות ("השגות" כהגדרתן בחוק) לגבי רישום וחברות בקופת חולים, 3,016 קבילות שעניינן הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (אי מתן שירותים רפואיים, ותרופות, הסדרי הגבייה, הסדרי הבחירה וכו'), ונמשך הטיפול ב-468 קבילות, שהטיפול בהן החל בשנת 1997, ולא הסתיים במהלך אותה שנה. במהלך שנה זו הסתיים הטיפול ב-100% מההשגות, וב-57% מסך כל הקבילות.

מכלל הקבילות שהטיפול בהן הסתיים במהלך שנה זו, 51% נקבעו כמוצדקות, 22% נקבעו כלא מוצדקות, ו-13% נקבעו כ"קבילות אשר לא ניתן להיענות להן". 7% מהקבילות אין תוצאה, ו-8% מהן לא היו בסמכות הטיפול של הנציבה.

בשנת 1999 התקבלו בנציבות הקבילות 5,353 השגות, ו-3,465 קבילות. כמו כן נמשך הטיפול ב-1,502 קבילות שהטיפול בהן החל לפני ה-1 לינואר 1999, ולא הסתיים במהלך אותה שנה. במהלך שנה זו הסתיים הטיפול ב-100% מההשגות, וב-80% מסך כל הקבילות.

מכלל הקבילות אשר טיפול בהן הסתיים במהלך שנה זו, 38% נקבעו כמוצדקות, 26% נקבעו כלא מוצדקות, ו-19% נקבעו כ"קבילות אשר לא ניתן להיענות להן". 7% מהקבילות אין תוצאה, ו-10% מהן לא היו בסמכות הטיפול של הנציבה.

תקופת הדוח התאפיינה בשינויים מהותיים רבים, ובעליה חדה במספר הקבילות, אשר נבעה בין היתר משינויים אלו ומיישומם.

עד לחודש ספטמבר של שנת 1998 התקבלו בנציבות הקבילות מספר רב ביותר של תלונות הקשורות ברישום וחברות בקופות החולים. תלונות אלו נבעו בעיקר מהמאמץ של קופות החולים להגדיל את מספר מבוטחיהן, בטרם יעבור רישום המעברים מקופה לקופה, לרשות הדואר, מאמץ אשר תוצאותיו נראו באותה שנה גם זמן רב לאחר העברת הרישום לרשות הדואר. החל משנת 1999 ניכרה מגמת ירידה בתלונות מסוג זה וכמות תלונות אלו התייצבה.

בתקופת הדוח גדל מספר הקבילות בנושא שירותים רפואיים באופן משמעותי. הגורמים לעליה הניכרת בכמות הקבילות היו רבים, ביניהם ניתן למנות את

הסדרי הגבייה החדשים אשר היו תולדה של שינוי החוק באמצעות חוק ההסדרים - 1998, הציפייה לסיומה של "תקופת הביניים", תהפוכות אשר חלו בסוגיית בחירת נותן שירותים ובסוגיית ההפריה החוץ-גופית, המשך גדילת הפער שבין התפתחות הטכנולוגיות לבין עדכון סל השירותים והתרופות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, וכן, העלייה במודעות הציבור לקיומה של הנציבות.

נציבות הקבילות - סמכויות ודרכי עבודה

לנציבה נתונות סמכויות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ומכוח חוק מבקר המדינה, לצורך בירור קבילות של מבוטחים, וכן סמכויות נוספות אשר הואצלו לנציבה, לביצוע רישום והעברה לקופות החולים.

במהלך תקופת הדוח התקבלו בנציבות, קבילות גם בתחומים אשר אינם בסמכות הביקורת של הנציבה, אשר בהם קיימת אי בהירות משפטית, או חוסר במידע אודותיהם בציבור. בין תחומים אלו נמנים שירותים רפואיים הניתנים לנפגעי תאונות עבודה, שירותים רפואיים הניתנים על ידי המדינה - מכח התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ושירותים רפואיים הניתנים לילדים במסגרת החינוך המיוחד.

במהלך תקופת הדוח נמצא כי תפקיד הנציבה וסמכויותיה טרם הוטמעו לחלוטין בקרב הגופים השונים, והתעוררו מחלוקות הנוגעות לסמכות הנציבה, וקשיים בקבלת מידע, הקשור לבירור הקבילות.

דרכי העבודה בנציבות הקבילות מוכתבות מעצם הייחוד של הנושאים בהם מטפלת הנציבות. ייחוד זה הוא בכך, שלעתים קרובות מדובר בקבילות של חולים במצב קשה, הנמצאים בסכנת חיים, או של חולים הזקוקים לטיפול רפואי באופן בהול. עובדי הנציבות עושים את מירב המאמצים לתת מענה יעיל ומהיר לכל קבילה וקבילה, ובהתאם לדרגת דחיפותה.

רישום וחברות בקופת חולים

בתקופת הדוח בוצעו תיקונים מהותיים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר כתוצאה מהם השתנו דרכי הרישום והמעבר לקופות החולים, הזכויות המהותיות הקשורות לזכות לקבלת שירותי בריאות, וכן שונו סמכויות הנציבה הנוגעות לתחומים אלו.

בתחילת תקופת הדוח הועבר הליך הרישום והמעבר מקופות החולים לרשות הדואר. בכך הגיע הקץ למאבק חסר המעצורים, אותו ניהלו קופות החולים על

חברותם של המבוטחים, מאבק אשר כתוצאה ממנו טיפלה הנציבות במהלך שנת 1998 ב-30,381 השגות.

בחודש אפריל 1999 נכנס לתוקפו תיקון לחוק, אשר כתוצאה ממנו צומצמו סמכויות הנציבה, והופסקה סמכותה לבצע שיוכים רטרואקטיביים. החל מחודש זה נקבע מפורשות כי הזכאות לשירותי בריאות מכוח החוק מותנית, הן בקביעת המוסד לביטוח לאומי בדבר התושבות, והן ברישום בפועל לקופת חולים. עוד נקבעו התנאים בהם יהיה זכאי, מי שהיה לא חבר בקופת חולים בתקופה בה צרך שירותי בריאות, לקבלת החזר כספי.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי שינויים ופרשנות

תקופת הדוח התאפיינה בתמורות מהותיות רבות בתחום ביטוח הבריאות הממלכתי, לרבות תמורות הנובעות משינויים בחקיקה, ומפסיקתו של בית הדין לעבודה.

היקף סל השירותים

מספר הקבילות הרב ביותר תקופת הדוח הגיע לנציבות הקבילות בנושא זה.

השינויים בהיקף סל השירותים חלו בין היתר כתוצאה מסייומה של תקופת הביניים. ההמתנה לסייומ תקופה זו, ולבסוף סיומה בפועל, לוותה בהליך דינמי של בחינת היקף הסל שבחוק, הן על ידי קופות החולים, והן על ידי משרד הבריאות. בנוסף, סוגיות שונות אשר היו נתונות במחלוקת הועמדו להכרעתו של בית הדין לעבודה. בכך, צומצמו סוגיות של אי בהירות משפטית בחוק, תהליך מבורך אשר עודנו בתחילתו, וללא ספק ימשך.

לאחר הקמתו של האגף לטכנולוגיות ותשתיות, בסופו של תהליך בחינתן של טכנולוגיות, ודיונים בהכללתן בסל שבחוק, הוספה לסל רשימה של טכנולוגיות חדשות. בין התחומים הרבים שלגביהם בוצעה הרחבה נכללו טיפולים בהתפתחות הילד, טיפולי שיניים לחולים אונקולוגיים, והרחבה משמעותית של רשימת התרופות.

תוכניות הגבייה

קבילות רבות נתקבלו בנציבות לגבי השינויים בגביית דמי השתתפות עבור שירותי הבריאות, לאחר אישורם על ידי וועדת הכספים של הכנסת.

תכניות הגבייה השונות, אשר הוחלו בכל קופה, השפיעו על ההוצאה של המבוטחים עבור שירותי הבריאות, והמבוטחים הלינו על השינויים שחלו בגבייה עבור השירותים והתרופות. כמו כן נתקבלו קבילות ממבוטחים אשר הלינו על אי מתן מלוא זכויותיהם על פי הסדרים אלו, וממבוטחים אשר השינויים האמורים

העמידו אותם אל מול שוקת כלכלית שבורה.

פרסום מידע

כעולה מן הקבילות, קיימים ליקויים רבים בתחום פרסום המידע בדבר זכויות וחובות המבוטחים על פי החוק. הנציבה מצביעה בדוח זה על הצורך בפרסום, ובקידום פעולות, לשמירה על זכות המבוטחים לקבלת מידע.

בחירת נותן שירותים

בשלהי שנת 1998 החלו קופות החולים בפרסום הודעות בדבר הסדרי הבחירה בין נותני שירותים. דוח זה מביא סקירה של הסדרי הבחירה הנהוגים בקופות השונות, והליקויים אשר נמצאו בהם. במהלך תקופת הדוח חלה עליה חדה במספר הקבילות בנושא זה, בין היתר עקב הנוקשות שנקטה ביישומם של הסדרים אלו.

מוקדים בקבילות הציבור

מובאת בדוח סקירה של מבחר שירותים רפואיים, לגביהם נתקבלו קבילות בנציבות, והמצביעים על מוקדים כלל מערכתיים בעייתיים.

בין הנושאים הנדונים בלט תחום ההפריה החוץ גופית. בתחום זה חלו תהפוכות רבות בתקופת הדוח, החל מהצמצומים אשר ננקטו בשלהי שנת 1998, דרך סיום תקופת הביניים, ועד לועדה המקצועית אשר קבעה כללים רפואיים במתן טיפולים אלו.

תחום נוסף אשר נדון בהרחבה הוא התפתחות הילד. מחד, סל השירותים בתחום הורחב בחודש מרץ 1999, ומאידך, נתגלעו חילוקי דעות בין משרד הבריאות לקופות החולים, אשר נמשכים גם לאחר תום תקופת הדוח.

עוד נדונים בדוח זה תחומי המזון התרופתי, הטיפולים בחמצן בעל-לחץ (תא לחץ), ותרומת ביצית. כן נדונים שירותים רפואיים לגביהם רבו הקבילות כגון: פניות לחדר מיון, הסעות באמבולנס, וטיפול פיזיותרפיה.

* * * *

דוח זה איננו עוסק בשינויים שחלו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי החל מיום 1.1.2000, או בשינויים אשר נכנסו לתוקפם החל ממועד זה. שינויים אלו יידונו בדוח נציבות הקבילות השלישי.

פרק ראשון

I. נציבות הקבילות - סמכויות ודרכי עבודה

1. תפקידו של נציב הקבילות וסמכויותיו

נציבות הקבילות הוקמה מכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 (להלן - החוק) על מנת לברר את קבילותיהם של ציבור המבוטחים, נגד קופות חולים, נותני שירותים, עובד מעובדיהם או כל מי שפועל מטעמם, בכל הקשור למילוי תפקידם לפי חוק זה (סעיף 45 לחוק).

הזכות להגיש תלונה לנציב הקבילות הוענקה בחוק לכל מי שהוא תושב מדינת ישראל.

מינוי נציב הקבילות נעשה בהתאם לפרק ט' לחוק, הן בנציב הקבילות וקובע את דרך מינויו, סמכויותיו ודרכי בירור הקבילות.

סמכויותיו של נציב הקבילות נקבעו בסעיף 46 לחוק. בהתאם לסעיף 46(א) נתונות לנציב חלק מסמכויותיו של נציב תלונות הציבור על פי חוק מבקר המדינה, התש"ח - 1958 [נוסח משולב] (להלן - חוק מבקר המדינה) פירוט סעיפי החוק העוסקים בסמכויות הנציב מובא בנספחים 1 ו-2 לדוח.

בפני נציב הקבילות פתוחות כל דרכי החקירה והבירור, והוא רשאי לברר תלונות בכל דרך שתיראה לו. הנציב אינו קשור לכללים המקובלים של הנוהל המשפטי, דהיינו, להוראות שבסדר הדין או בדיני הראיות, והוא רשאי לשמוע כל אדם אם הוא רואה תועלת בדבר.

לנציב הסמכות לדרוש מהגוף או מן העובד שעליו התלונה ומכל אדם אחר, להשיב על שאלותיו, ולהמציא לו **כל מסמך וכל ידיעה** אשר עשויים לדעת הנציב לסייע בבירור הקבילה; מי שנדרש לעשות כן **חייב להיענות** לדרישה **תוך תקופה שיקבע הנציב** (סעיף 41 לחוק מבקר המדינה).

בהקשר זה יש לציין שבמהלך בירור הקבילות נמצא כי סמכויותיה של הנציבה טרם הוטמעו בקרב הגופים המבוקרים. כך למשל לאורך תקופת הדוח הנציבה נתקלה מספר פעמים בסירוב של עובדים בקופות החולים להענות לדרישה להעברת מסמכים אשר נדרשו לצורך בירור קבילות

וזאת בין היתר בטענה כי מדובר ב"נהלים פנימיים" של הקופה.³¹ רק לאחר התכתבות נוספת, תוך ציטוט סעיפי החוק, נתקבל המידע המבוקש.

במקרים המנויים בחוק מבקר המדינה, רשאי הנציב שלא לפתוח בבירור או להפסיק את הבירור בתלונה (סעיף 42 לחוק מבקר המדינה). בהתאם לסעיף 43 לחוק מבקר המדינה, לנציב הסמכות להכריע בתלונה, ולהצביע על הצורך בתיקון ליקויים שהעלה הבירור. בנוסף, לנציב הסמכות לקבל דיווח על צעדים שננקטו ובמידה ולא קיבל דיווח כאמור, לדווח על כך לגורמים הממונים המתאימים.

סמכויות נוספות אשר נקבעו לנציב בסעיף 46 לחוק, כוללות את האפשרות למתן המלצות לגורמים מוסמכים, השתתפות בישיבות מועצת הבריאות, ודיווח למנהל הכללי של משרד הבריאות על תוצאות בירור הקבילות.

יש להדגיש, שסמכויותיו של נציב הקבילות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינן גורעות מסמכויותיו ותפקידיו של נציב תלונות הציבור, לפי חוק מבקר המדינה.

בנוסף לסמכויות האמורות, לנציבת הקבילות הואצלו, לאחר מינויה, סמכויותיו של שר הבריאות, על פי סעיף 4(ב) לחוק, לרשום בקופת חולים את מי שאינו רשום בקופת חולים. כן הואצלו על הנציבה סמכויותיו של מנכ"ל משרד הבריאות, על פי סעיף 5ב לחוק, לטפל בהשגותיהם של מי שרואים עצמם נפגעים מהרישום שלהם, או של ילדיהם, בקופת חולים.

כפי שיפורט בהמשך, בתקופת הדוח נתקבלו בנציבות הקבילות בשנת 1998, 30,338 השגות על רישום לקופת חולים, ובשנת 1999, 5,353 השגות. כמו כן, התקבלו בשנת 1998, 236 בקשות לשיוך רטרואקטיבי לקופות החולים, ובשנת 1999, 35 בקשות. הטיפול בקבילות אלו היווה חלק בלתי מבוטל מעבודת הנציבות. יצויין כי ריכוז סמכויות אלו בידי הנציבה היה לטובת המבוטחים, מאחר ובאופן זה, קבילות הציבור רוכזו בידי גורם אחד. כך, פניות שערבו בתוכן גם תלונה הנוגעת לשייכות לקופת חולים וגם קבילה לגבי שירות הניתן על ידי הקופה, טופלו על ידי נציבות הקבילות במקביל.

א. מתן פרשנות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי

³¹המדובר במקרים בהם פנתה הנציבה ישירות לעובד הנילון או לממונה עליו ולא בפניות לנציבי הפניות של קופת החולים, אשר כאמור, פועלים תוך שיתוף פעולה עם הנציבה. דבר אשר הנציבה מברכת עליו.

בתקופת הדוח הועלתה בפני נציבת הקבילות הטענה, כי אין זה מסמכותה של הנציבה לשמש כמוסד לפרשנות משפטית וכי במתן פרשנות לחוק על ידי הנציבה יש משום פגיעה בעקרון הפרדת הרשויות.

הנציבה שבה וחוזרת על עמדתה כי מתפקידו של נציב קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, לתת פרשנות להוראות החוק כל אימת שהדבר נדרש, לצורך בירורן של קבילות, וכל זאת בכפוף לפרשנות המשפטית של בית המשפט. דבר זה הינו אינהרטי לבירור קבילות ולהכרעה בהן, ומחוייב התפקיד.

למותר לציין כי לצורך מתן פרשנות משפטית עומדת לעזרת הנציבה הלשכה המשפטית של משרד הבריאות, וכי הנציבה מכבדת כל פסיקה של הרשות השופטת, מקום שזו ניתנה בנושאים הקשורים לעבודת הנציבה.

ב. קבלת מידע הדרוש לצורך בירור הקבילות

איסוף מידע הדרוש לצורך בירורן של קבילות הוא חלק מרכזי וחיוני בעבודת נציבות הקבילות. אף על פי כן, בתקופת הדוח התעוררו קשיים בתחום זה הן בקבלת מלוא המידע הנדרש מן המוסד לביטוח לאומי והן בקבלת דיווח שוטף על התפתחויות הנוגעות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי וישומו. קשיים אלו ידונו להלן:

1. חובת עובד ציבור למסור מידע לנציב הקבילות

מיד עם הקמתה, ירשה הנציבות את ערוץ התקשורת שהוקם בין משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי כאשר חוק ביטוח בריאות ממלכתי נכנס לתוקפו. ערוץ תקשורת זה נתן נתונים חלקיים בלבד, ולא ענה על צרכי הנציבות בעבודתה השוטפת. העדר קשר רציף עם המוסד לביטוח לאומי יצר סרבול ניכר בעבודת בירור הקבילות בנושא מעבר מקופה לקופה.

ב-26.11.97 התקבלה במוסד לביטוח לאומי החלטה עקרונית להרחיב את היתרי המידע שיועמדו לרשות הנציבות. אולם, החלטה זו יושמה רק במהלך שנת 1998. למרות הרחבה זו, לא היה די בתוספת המידע אשר ניתן. הנציבה מצביעה על הצורך בהרחבה נוספת של ערוצי המידע, בכל הקשור להעברת נתונים לגבי ההיסטוריה של החברות בקופת חולים, המעברים מקופה לקופה, תאריכי עליה לארץ, תאריכי פטירה, ותאריכי הכרה בתושבות. הואיל והמדובר במידע החיוני

לעבודת הנציבות ראוי כי העברתו לנציבות הקבילות תתאפשר בהקדם.

בעוד שבנושא מעברים מקופה לקופה לא נותר המבוטח ללא קופה, הרי שלגבי שיוכים, מדובר על פי רוב באנשים חולים, אשר אין להם ביטוח בריאות ואשר במקרים רבים היו זכאים לשרותי בריאות. לגבי הקובלים האלו התעורר הצורך לברר באיזה תאריך הוגשה למוסד לביטוח לאומי הבקשה להכרה בתושבות, אישור על תשלום דמי ביטוח בריאות וממתי אלו שולמו.

לגבי מידע זה נתעוררה מחלוקת עם המוסד לביטוח לאומי, דבר אשר הקשה ועיכב את הטיפול בתלונות המבוטחים. מחלוקת זו התעוררה בעיצומה, במשך החודשים הראשונים של שנת 1998.

בעניין זה פנתה הנציבה אל עורך דין ברוך אברהמי, היועץ המשפטי של מועצת הבריאות, אשר חיווה דעתו ב-26.2.99, כי מחובת המוסד לביטוח לאומי להעביר לנציבה את המידע הדרוש לה.

לאחר קבלת חוות דעת זו, ב-5.3.98 נערכה פגישה ביוזמתו של מר שלמה כהן, סמנכ"ל מידע ותכנון, של המוסד לביטוח לאומי, במהלכה סוכם על ההכרח המידי ביצירת ערוצי מידע שוטפים, שבאמצעותם יתקבל מידע חיוני המצוי רק בידי המוסד לביטוח לאומי; כן סוכמו נוהלי ודרכי העבודה המשותפת.

2. קבלת דיווח שוטף על עניינים הנוגעים לעבודת הנציבות

החובה הקיימת על פי חוק, למסור לנציבה כל מידע הדרוש לה לבירורן של קבילות, קמה רק בעת שמתקבלת דרישה לכך, לצורך בירור קבילה מסויימת. חובה זו, אשר יש לציין כי היא חסרה אמצעים פשוטים לאכיפתה, אין די בה לצורך תיפקוד יעיל של הנציבות.

דוגמאות בולטות לליקויים בקבלת מידע אשר גרמו לקושי בבירור הקבילות ניתן למצוא בנושא פרסום הסדרי בחירה מבין נותני שירותים ובנושא תוכניות הגבייה:

בנושא הסדרי הבחירה, נקבע בחוק כי קופת חולים חייבת לפרסם את הסדרי הבחירה שלה בין חבריה ולהביאם לידיעת שר הבריאות. ואמנם, משפירסמו הקופות הודעות בדבר הסדרי בחירה הנציבה לא יודעה על פרסומים אלו בעת שבוצעו, וחלף זמן בטרם הגיע מידע זה לנציבות, דבר אשר היה חיוני לצורך מתן מענה מהימן לפונים. (וראה לעניין זה פרק מס' תת-פרק 1)

גם לגבי תוכניות הגבייה, במשך כחודשיים נמצאה הנציבות במבוכה, מול פניות הציבור, ללא המידע הנדרש לצורך מתן מענה לקובלים. זאת, באשר נציבת הקבילות לא יודעה מיידית על הדיונים בתכניות הגבייה החדשות, ולגבי אישורן. ועד שמידע זה נתקבל, במענה לקבילות של מבוטחים, גם חלף זמן רב. (וראה בנושא זה פרק מס' 3 לדוח תת פרק 6)

יצוין, כי לא בכל תחום קיימים ליקויים בהעברת מידע, וקיים מידע רב אשר מתקבל בנציבות באופן מסודר ושוטף כגון: חוזרי מנכ"ל וחוזרי מנהל רפואה חדשים המתפרסמים מעת לעת. כמו כן, לרוב, הנציבה מכותבת להתכתבויות הנוגעות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, הנערכות בין גופים שונים של משרד הבריאות, ובין אלו לקופות החולים. בנוסף, הנציבה נעזרת באופן קבוע, בגורמים ובאנשי מקצוע רבים במשרד.

עוד יודגש, כי החל מסוף שנת 1999 חל שיפור בהזרמת המידע לנציבות, התהדקו הקשרים של הנציבות עם יחידות שונות במשרד הבריאות ושוכללו דפוסי העבודה עם הממונים על פניות הציבור בקופת החולים. הנציבה מברכת על מגמה זו, ומקווה כי הדבר ימשך.

הנציבה מבקשת להדגיש, כי בהיות נציב קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, גוף המקשר בין רשויות הבריאות לציבור, בהעדרה של חובת עדכון ודיווח שוטף לנציב הקבילות יש בכדי לפגוע במנהל התקין וביכולת הנציבות לברר קבילות. אף שלקראת סוף תקופת הדוח זרימת המידע לנציבות היתה סדירה, הנורמה להעביר לנציבות הקבילות כל מידע הנוגע לישום החוק, באופן שוטף, טרם הוטמעה לחלוטין ובמיוחד בקופות החולים, ויש להקפיד על כך כי היא תמשיך ותשתכלל.

ג. פיקוח על שירותים רפואיים הניתנים על ידי המדינה

השירותים הרפואיים הניתנים מכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי נחלקים לשניים: שירותים הניתנים על ידי קופות החולים, כמפורט בתוספת השנייה לחוק, ושירותים הניתנים על ידי המדינה, המפורטים בתוספת השלישית לחוק.

על פי סעיף 45 לחוק, סמכות נציבת הקבילות הינה לברר תלונותיהם של תושבים נגד קופות החולים, נותני שירותיהם, עובדיהם או כל מי שפועל מטעמם. הואיל ומשרד הבריאות, בספקו שירותים על פי התוספת השלישית לחוק, אינו פועל כנותן שירותים של הקופה או מטעמה. נמצא, כי תלונות המבוטחים לגבי שירותים הניתנים על ידי המדינה מכח התוספת השלישית לחוק אינם בסמכות הברור של הנציבה.

מן התלונוות אשר נתקבלו בנציבות הקבילות עולה כי מצב דברים זה גורם למבוכה רבה בקרב המבוטחים. כך למשל, מבוטחים אשר פנו בתלונה לנציבות הקבילות התקשו להבין מדוע תלונוות נגד לשכות הבריאות אינן בסמכות הנציבה. כמו כן, שררה אי בהירות רבה בסוגיות בהם דובר בנושא גבולי או נושא המערב הן את המדינה והן את קופת חולים. בהקשר זה בלטו במיוחד תלונוות בנושא טיפת חלב, בריאות הנפש, ותלונוות בנושא בדיקת אורתופד לצורך קבלת מכשירי שיקום (במקרה זה, הבדיקה - מבוצעת בקופת חולים ומכשיר השיקום - ניתן על ידי לשכות הבריאות). יצויין, כי שירותי הבריאות הניתנים על ידי המדינה הנמנים בתוספת השלישית לחוק הינם בתחומים: רפואה מונעת, גריאטריה, פסיכיאטריה ומכשירי שיקום. המדובר בהיקף שירותים נרחב והטיפול בתלונוות בתחומים אלו אינו מרוכז בידי גורם אחד.

ד. שירותי בריאות הניתנים מכח חיקוק אחר

לפי סעיף 3(א) לחוק: "כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מכח חיקוק אחר" [ההדגשה איננה במקור – ק.ר.]. משמעות סעיף זה כי הזכאי לשירותי בריאות מכח דבר חקיקה אחר איננו זכאי להם מכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הואיל ובסעיף 45 לחוק נקבע, כי "כל תושב זכאי להגיש לנציב תלונה... בכל הקשור למילוי תפקידיהם לפי חוק זה" נמצא, כי תלונוות באשר לשירותי בריאות להם זכאי נפגע מכח חיקוק אחר, אינן בסמכות נציב הקבילות. זאת, אפילו במקרה בו נותן השירותים הוא קופת חולים והכל כפי שיפורט להלן.

סוגיית מתן שירותי בריאות מכח חקיקה אחרת עלתה בהקשר שלושה תחומים: תאונות דרכים, תאונות עבודה וטיפולים בהתפתחות הילד הניתנים במוסדות החינוך המיוחד.

1. תאונות דרכים

כבר ב-30.4.97 נפסק על ידי בית המשפט העליון, מפי כבוד השופט אור, כי סעיף 3(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו חל לגבי תאונות דרכים. נקבע, כי יש להבדיל בין דבר חקיקה המסדיר מתן שירותי בריאות, לבין חקיקה הקובעת זכות לפיצוי בגין שירותי בריאות להם נזקק הניזוק. וכך נאמר:

"השאלה על מי מוטלת החובה למתן השירות הרפואי היא החשובה לאותו ניזוק, אשר על-פי חוק הבריאות, הוא זכאי לשירותי בריאות כאמור בו. רק אם יש לו אל מי לפנות, פרט לקופת החולים שלו, על-מנת שזה יעניק לו את השירות הרפואי, תופטר קופת חולים ממתן שירות

כזה על-פי הסיפא לסעיף 3(א). רק אז יובטח כי ינתן לו השירות הרפואי, אף ללא קופת חולים. אכן, מטרת החוק בסעיף 3(א) היא לפטור את קופת החולים ממתן השירותים הרפואיים, במקרים שבהם קיים גורם אחר שאחראי על-פי הוראות חוק לתתם. הכוונה היא בעליל לאותם חוקים המעניקים לנתבע זכויות לשירותים רפואיים, כשפגיעתו הייתה בנסיבות שעליהן חלים אותם חוקים.

זהו, למשל, המצב כשהניזוק נפגע בתאונה המוגדרת כתאונת עבודה. במסגרת הזכויות המוענקות לו בחוק הביטוח הלאומי כנפגע עבודה, זכאי הניזוק לגמלאות בעין, ובין היתר הוא זכאי "לריפוי, להחלמה, לשיקום רפואי ולשיקום מקצועי" (סעיף 86 בחוק הביטוח הלאומי בנוסחו החדש, סעיף 42 בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], תשכ"ח - 1968).

[עא5557/96 סהר חברה לביטוח בע"מ נגד דוד אלחדד נא(2) 724, בעמוד 741]³²

בפסיקה זו השתנה המצב שהיה קיים לגבי תאונות דרכים, קודם לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בעבר, נפגעי תאונות דרכים קיבלו את מלוא הפיצויים מן המזיק - חברות הביטוח, כולל עבור שירותי בריאות שקיבלו או יקבלו מקופות החולים. קופות החולים, קיבלו את התשלום המגיע להן מן הניזוקים מתוך סכום הפיצויים אשר נתקבל מן המזיק. בפסק הדין המצב שונה. נקבע, כי בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מאחר וקופות החולים חייבות במתן שירותי הבריאות הכלולים בסל גם לנפגעי תאונות דרכים, שירותים אלו ינתנו על ידי הקופות חולים מכח חובתם על פי חוק. מאידך, הניזוקים לא יקבלו עבור שירותים אלו פיצוי מן המזיק, אלא עבור שירותים אשר אינם כלולים בסל שירותי הבריאות, בלבד. נקבע כי עבור השירות אשר סיפקה קופת החולים תהא הקופה זכאית לתבוע תשלום מן המזיק.

בפסיקתו, היה כבוד השופט אור ער לקשיים המעשיים אשר פסיקה זו מעוררת. בין קשיים אלו נמנו: העדר עילה לקופת חולים לתבוע בשל טיפולים שתעניק בעתיד, וחובת בית המשפט להדרש לדיון בפרטי כל טיפול רפואי כדי לברר, האם מדובר בשירות שיינתן על ידי קופת החולים, או שמא שירות אשר על המזיק לשלם פיצויים בגינו.

השופט אור ציין כי ניתן להתגבר על הקשיים שיתעוררו, למשל: על ידי צירוף קופת חולים כצד לדיון, קביעת הסדרים כוללים בין קופות החולים וחברות ביטוח, הסדר חקיקתי וכו'.

מן התלונות אשר נתקבלו בנציבות הקבילות עולה כי הקשיים הנזכרים

³² שופטי ההרכב בבית המשפט העליון: ת' אור, א' מצא, ד, בייניש.

לעיל, אשר נוצרו עקב מצב הדברים החדש, לא באו על פתרונם. השופט אור כתב בפסק הדין כי "נכון יהיה לומר כי במרבית המקרים יקבל התובע את הטיפול כולו בקופת החולים שבה הוא חבר" (עמוד 754 לפסק הדין), אולם, מטבע הדברים, כי, בהעדר תקציב מספק לעדכון הסל, הולך וגדל הפער בין עדכון הסל להתקדמות הטכנולוגיה ורבים השירותים אשר אינם כלולים בסל ואשר על הניזוק בתאונת דרכים לקבל פיצוי עליהם מן המזיק.

בנציבות הקבילות נתקבלו פניות שונות, הן ממבוטחים - נפגעי תאונת דרכים והן מנציגי חברות ביטוח, בבקשה לקבלת מידע, ויתרה מכך, תעודת עובד ציבור, בשאלה האם טיפול מסויים כלול בסל השירותים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי אם לאו. (בדרך כלל השאלה נשאלה לגבי רשימת טיפולים). דבר זה, עורר קושי רב לנציבות הקבילות, באשר תפקיד הנציבות הינו לברר קבילות ולא לשמש למבוטחים כמקור מידע מבלי שיערך תחילה בירור לגבי נושא הפנייה לגופו. השאלות: אלו שירותים כלולים בסל, היכן, כיצד ומתי ניתן לקבלם, לעיתים תכופות אינן פשוטות. **מתן מענה, מבלי שתתברר קבילה בנושא, עלול להוביל להטעיה.**

לאור האמור, מבוטחים אשר פנו לנציבות נתבקשו להגיש קבילה לגבי השירות נשוא פנייתם אשר תתברר על ידי נציבות הקבילות. מטבע הדברים, שלא היה בכך בכדי להועיל לפונים בשאלות הנוגעות לגבי העתיד ולמבקשים לקבל תעודות עובד ציבור מבלי להגיש קבילה.

יודגש בשנית, כי במקרים בהם מדובר בשירות אשר לכאורה ניתן על ידי המדינה, הנושא איננו בסמכות הנציבה כלל. במיוחד לגבי תאונות דרכים נתקבלו פניות שכללו שאלות על שירותים הניתנים על ידי המדינה או בנושא גבולי ומורכב. יצוין, כי למשל לגבי מכשירי שיקום (שירות הניתן על ידי המדינה) נמסר לנציבה כי בחוק קיימת הפנייה לנהלים ועל פי נהלים אלו אין שירותים הנתנים על ידי המדינה מסופקים לנפגעי תאונת דרכים ומכאן שעל המבוטחים לקבל פיצוי עבור שירותים אלו מן המזיק.

נמצא, כי במצב הקיים נמצאים נפגעי תאונות הדרכים במצוקה. מעורכי דין העוסקים בתחום נמסר כי בדרך כלל אין קופת החולים מצורפת להליך והנושא עודנו דורש פיתרון. בנוסף, לא ברור עד כמה מצליחות קופות החולים לגבות את המגיע להן ואין זה סביר כי חברות הביטוח תגבנה פרמיות ואילו קופות החולים תיתנה את השירות מבלי להפרע.

תאונות עבודה

.2

כפי שצוטט לעיל מדברי השופט אור, נפגעי תאונות עבודה זכאים

לשירותי בריאות מכח חוק הביטוח הלאומי ואינם זכאים לשירותים אלו מכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מכאן, כי תלונות נפגעי תאונות עבודה אינן בסמכות הבירור של נציבת הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

משנמצא, כי זהו המצב המשפטי, תלונותיהם של נפגעי עבודה, הופנו אל המוסד לביטוח לאומי. יצויין, כי נותן השירותים הרפואיים מטעם המוסד לביטוח לאומי הינו קופת החולים בה היה המבוטח חבר בעת התאונה וזאת גם במקרה שהמבוטח החליף קופה. דבר זה, הוביל לא פעם לטעויות, באשר במקרים רבים לא צויין בקבילה כי דובר בשירות רפואי הנדרש עקב תאונת עבודה. בנוסף, מקבילות המבוטחים עולה כי ציבור המבוטחים אינו מודע למצב המשפטי האמור.

3. טיפול פארה-רפואיים לילדים הנמצאים במסגרת החינוך המיוחד

הטיפולים אשר מקבלים ילדים במוסדות החינוך המיוחד ניתנים מכח חוק חינוך מיוחד ואינם בסמכות הביקורת של הנציבה. לגבי טיפולים הניתנים לילדים אלו שלא במסגרות החינוך המיוחד, אלא על ידי קופות החולים, בנושא זה נתגלעה מחלוקת בין קופות החולים למשרד הבריאות. מחלוקת זו והפסיקה לגביה, נדונה בפרק החמישי לדוח בתת הפרק העוסק בנושא התפתחות הילד.

2. קביעת מדיניות הביקורת של הנציבה

ביקורת ציבורית היא מאבני היסוד של תפיסה דמוקרטית-ליברלית, ועל כן קבע החוק את מנגנון הנציבות לשמירה על קיום החוק וזכויות המבוטחים הנובעות ממנו. לשם השגת מטרה זו, מדיניותה של הנציבה היא לתת פרשנות מרחיבה להוראות החוק, בהתבסס על השקפת עולם ליברלית ורגישות לזכויות הפרט.

הנציבה אימצה לעצמה את התפיסה הבסיסית, השאולה מעבודת הממונה על תלונות הציבור במשרד מבקר המדינה, שמטרתה של הביקורת היא, להביא את הגופים המבוקרים לתיקון הליקויים שהועלו ולמניעתם, וזאת באמצעות בירור העובדות, קביעת הממצאים והצבעה על הצורך לתיקון הליקוי. אימוץ תפיסה זו דורש טיפול מעמיק בקבילות ומחייב לעתים בירורים חוזרים עם אותם הגופים שאליהם נוגעות הקבילות, מתוך ניסיון למצות את הבירור ולהשיג תיקון לליקוי.

בעוד שבבירור הקבילה הבודדת, עוסקת הנציבה בהגנה על הפרט, הנציבה רואה

בביקורתה הכוללת, את האמצעי למניעת פגיעה בזכויותיהם של כלל ציבור המבוטחים. אין זה מסמכותה של נציבת הקבילות לערער על חלוקת המשאבים לצרכי בריאות, ועל קביעת המדיניות של משרד הבריאות. יחד עם זאת, מחובתה של הנציבה להצביע על הליקויים והחסרים במערכת הבריאות כפי שעולים מקבילותיהם של ציבור המבוטחים.

3. עצמאות הנציבות

ישנה מתיחות טבעית בתפקיד נציבת הקבילות בעבודת הביקורת, הנובעת מכך, שמחד גיסא, משרד הבריאות הוא נותן שירותים, ולו בעקיפין (באמצעות בתי חולים ממשלתיים), ועל כן הוא גוף המבוקר לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מאידך גיסא, משרד הבריאות מממן את הנציבות ופעילותה והוא הקובע מדיניות ביישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

תלותה של נציבות הקבילות בהנהלת משרד הבריאות, בהיעדר תקציב עצמאי, עשויים להביא לניגוד אינטרסים, שיש בהם כדי לפגוע בביצוע עבודת הביקורת שהוטלה על הנציבה על פי חוק.

לאור האמור לעיל, הנציבה שבה ומצביעה על הצורך להקצות תקציב עצמאי הולם לנציבות. הצורך בתקציב עצמאי הוא חיוני, ובכך שאין לנציבות הקבילות סעיף תקציבי עצמאי, יש טעם לפגם. מינהל תקין דורש שלצורך ביקורת ציבורית עצמאית יהיו לנציבות הכלים התקציביים הדרושים לעבודתה.

4. התארגנות ודרכי עבודה

להתארגנות הנציבות ולקשיים הרבים שבהקמתה, אשר נמשכו ברובם עד אוקטובר 1999, היתה השפעה מכרעת על עבודת הנציבות. נושאים אלו הם "טכניים" במהותם, ובעלי חשיבות משנית-לכאורה, אולם, היה בהם לקבוע את מכלול אפשרויות העבודה, אווירת העבודה והיכולת האובייקטיבית לבצע את משימת הביקורת.

לנציבות הוקצו, עם הקמתה שלושה תקנים בלבד: התקן של נציבת הקבילות, תקן למזכירה ותקן למברר תלונות. ברם, תוך זמן קצר התברר שבהקצאה זו של כח אדם לא היה די כדי לבצע את עבודת הביקורת, מאחר ומספר הפניות עלה בהרבה על הצפוי. המחסור בכח אדם היה הסיבה העיקרית לכך שהנציבות לא עמדה בלוח זמנים תיקני בבירור הקבילות.

מאמצע שנת 1997 תוגברה הנציבות בעובדים נוספים, ומספר העובדים עמד על שבעה. לקראת שנת 1998, מנתה מצבת כח האדם חמשה עשר עובדים. מספר העובדים שגדל ללא הגדלת שטח העבודה של נציבות הקבילות, גרם לצפיפות

רבה שפגעה אף היא בעבודה.

גם ב-1998, הועסק, תחילה, מברר (עורך דין) אחד בלבד. במחציתה השנייה של השנה עזב אותו מברר והצטרפו שני מבררים (עורכי דין) חדשים. לקראת סוף 1998 הצטרף מברר (עורך דין) שלישי. יחד עם זאת, המשיך הקושי להדביק את הפער שנוצר. מחסור במחשבים ובתוכנות תלונות המותאמת לצרכי הנציבות, תרמו אף הם לפיגור במענה לתלונות המבוטחים.

מאמצע שנת 1999 נוספו לצוות הנציבות שני מבררים (עורכי דין). במאמר מוסגר יצויין כי הייתה תחלופה של עובדים, לרבות מבררים, דבר אשר היה בו בכדי להאט את קצב העבודה. בנוסף, ולאור הצפיפות, הוקצו לנציבות חדרים נוספים. בשנה זו גם נכתבה לנציבות תכנת מחשב חדשה, בעזרתו של מר זאב ז'בוטינסקי, אשר סייע לנציבת הקבילות בהתנדבות. כל אלו, אפשרו לנציבות הקבילות עבודה יעילה יותר וכיום הטיפול בקבילות מהיר ומסודר יותר, ונעשים מאמצים מוגברים לסגירת הפער שנוצר.

דרכי הבירור

הייחוד בנושאים בהם מטפלת נציבות הקבילות הוא בכך שלעתים קרובות מדובר בנושאים המחייבים טיפול דחוף. הואיל וישנם מקרים דחופים רבים, ומפאת מספר הקבילות הרב, אין אפשרות לטיפול מיידי בכולם ויש צורך בדירוגם על פי סדר עדיפויות. קיים קושי רב בדירוג פניות בנושא בריאות יחד עם זאת יצויין כי עדיפות ניתנה לנושאים רפואיים, (להבדיל מבקשות להחזר כספי) ופניות של חולים קשים הנמצאים בסיכון או חולים הזקוקים לטיפול באופן בהול, טופלו, במידת האפשר, מיידי.

שיטת העבודה בנציבות הינה לרשום כל תלונה שהתקבלה לתת לה מספר סידורי ולבצע סיווג ראשוני לנושאים. לאחר הקלדת כל תלונה וסיווגה מועברת התלונה לטיפול של מברר בעל ידע משפטי.

בחלק מן המקרים ניתן היה להשיב באופן מיידי למשל בקבילות על אי קבלת שירות (טיפול או תרופה) אשר אין ספק או מחלוקת כי איננו כלול בסל השירותים. במקרים רבים, פתחה הנציבות בבירור ובהתדיינות עם קופת החולים בה מבוטח המתלונן, ועם גורמים במשרד הבריאות שלהם ידע בנושא,

כגון, אגף הרוקחות, מינהל רפואה וכדומה. היו מקרים לגביהם ביקשה הנציבות חוות דעת משפטית מהלשכה המשפטית של משרד הבריאות, ובמקרים אחרים נערכו בירורים גם עם גורמים מחוץ למשרד הבריאות, כגון המוסד לביטוח לאומי, משרד הפנים וגופים אחרים.

גם בתקופת דוח זה, היו מקרים בהם הגופים האמורים אליהם פנתה הנציבה, השהו את תגובותיהם לפרקי זמן ממושכים וגרמו על ידי כך לעיכוב בטיפול בקבילות. יש להניח כי העליה במספר הקבילות היותה גורם מרכזי להתארכות משך הבירור. בנציבות היה קושי לעקוב אחר העיכובים שנגרמו, מפאת מחסור בכח אדם ומפאת בעיית המיחשוב שנדונה לעיל. בנוסף, למרבה הצער, וכתוצאה מן הגורמים השונים אשר נמנו לעיל, גם בנציבות הקבילות התארך משך הטיפול בקבילות. נתונים על משך הטיפול ומשך הזמן אשר עבר עד לקבלת תשובות מגורמים אלהם פנתה הנציבה מפורטים בטבלאות 5 ו-13.

לאחר תום בירור הקבילות, תוצאות הבירור סווגו כדלקמן:

1. **קבילות מוצדקות** - קבילות על מעשה ו/או מחדל המהווים הפרה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותקנותיו.
2. **קבילות שאינן מוצדקות** - קבילות אשר לא הצביעו על מעשה ו/או מחדל המהווים הפרה של הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותקנותיו.
3. ככלל, קבילות בדבר שירותים או תרופות אשר אינם כלולים בסל נכללות בקטגוריה של קבילות אשר אינן מוצדקות. לצורך ביצוע מעקב אחר תרופות ושירותים אשר ציבור המבוטחים הלין על חסרונם קבילות אלו סווגו בקטגוריה משנה: **"קבילות אשר לא ניתן להיענות להן"**. הנציבה סבורה כי הפרדה זו הינה ראויה גם מאחר ומדובר באינטרס לגיטימי מובהק של המבוטחים.³³ הפרדה זו, קיבלה ביטוי גם בתשובות אשר ניתנו למבוטחים. כך למשל, חולה הזקוק להצלת חייו, לטיפול אשר איננו כלול בסל, לא נענה בתשובה: "קבילתך איננה מוצדקת" אלא הוסבר לו כי הואיל והמדובר בשירות אשר איננו בסל אין באפשרות הנציבה להיענות לקבילה. בנוסף, למבוטחים אשר פנו לנציבות נמסר כי נציבת הקבילות מדווחת על קבילות המבוטחים ומצביעה על ליקויים וחסרים העולים מהן וייתכן שיהיה בכך בכדי להיות לעזר (דוגמאות לקבילות מסוג זה והטיפול בהם, ראה פרק מס' 6 לדוח).

³³ אמנם בהתאם לסעיף 41 לחוק מבקר המדינה תוצאת בירור קבילה על ידי נציב קבילות הציבור הנה "מוצדקת" או "לא מוצדקת" יחד עם זאת יש לציין כי בהתאם לסעיף 46 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי סמכויות מבקר המדינה נתונות לנציב "בשינויים המחוייבים".

4. "אין תוצאה" - קבילות שונות לגביהן לא נקבעה תוצאה פניות אשר מעצם מהותן הן ללא נילון (כגון בקשות לקבלת מידע), קבילות אשר בוטלו לבקשת המתלונן, קבילות אשר נתקבלו ללא מידע מספיק ולא נתקבל מידע נוסף מן המתלונן וכו'.

5. "לא בסמכות הנציבה" - קבילות שאינן בסמכות הנציבה.

פרק שני

רישום וחברות בקופות חולים

אחד מעקרונות היסוד של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קבוע בסעיף 3(א) לחוק, לפיו "כל תושב של מדינת ישראל זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה...". פרק זה ידון ביישומו של העיקרון הנ"ל, ובשאלה עד כמה התממשה מטרתו זו של המחוקק.

לזכאות לשירותי בריאות שני אלמנטים. האחד – קביעת התושבות, והשני – חובת הרישום לקופה. במשך תקופה ארוכה היחס בין קביעת התושבות לחובת הרישום היה שנוי במחלוקת. מה-1.4.1999 תוקן החוק באופן המסדיר את היחס בין שני אלמנטים אלו של הזכאות. החל ממועד זה על המבוטח לקיים את שני התנאים גם יחד, קרי – על המבוטח להיות מוכר על ידי המוסד לביטוח לאומי כתושב, וכן להירשם לקופת החולים בפועל. בהעדר קיום שני התנאים, לא קמה הזכאות לקבלת מימון שירותי הבריאות על פי החוק.

עוד נקבע כי משקמה הזכאות על פי החוק, זכאי המבוטח, בהתקיים תנאים מסוימים, להחזר כספי בגין הוצאותיו הרפואיות.

פרק זה ידון גם בהיבטים השונים של שינוי חקיקתי זה.

1. קביעת הזכאות לקבלת שירותי בריאות

על פי סעיף 3 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הזכות לקבלת שירותי בריאות לפי חוק זה, ניתנה לתושבי מדינת ישראל. נקבע, כי תושב לעניין זה הינו מי שהוא תושב לעניין חוק הביטוח הלאומי, לרבות תושב ישראל כהגדרתו בסעיף 378 לחוק האמור.

הסמכות לקבוע את התושבות, ומכאן את הזכאות לשירותי בריאות, מצויה בידי המוסד לביטוח לאומי, אשר קובע את התושבות על פי חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה - 1995. המוסד לביטוח לאומי הגדיר קטגוריות שונות של סיווג מעמד

הרשומים במרשם האוכלוסין, אשר אינן זהות משפטית עם הקטגוריות של משרד הפנים. יובהר כי אין זה בסמכותה של הנציבה לערער על קביעת המוסד לביטוח לאומי בעניין זה.

בשנים 1998-1999 הגיעו לנציבות הקבילות, קבילות של רבים אשר תושבתם נשללה על ידי המוסד לביטוח לאומי. הקבילות התקבלו הן ישירות, והן מגורמים שונים, כגון לשכות הרווחה, עמותת רופאים לזכויות האדם, והמוקד להגנת הפרט. בקבילות אלו הלינו המתלוננים, בין היתר, על מניעת טיפול רפואי, או על הפסקת טיפול רפואי שכבר הוחל בו, וזאת כתוצאה משלילת תושבות על ידי המוסד לביטוח לאומי.

עוד הגיעו לנציבות בשנים 1998-1999 קבילות מזוגות בהם אחד מבני הזוג הינו תושב ישראל, ואילו בן הזוג השני אינו מוכר כתושב. במקרים אלה, לרוב, מנהל המוסד לביטוח לאומי חקירה ממושכת לגבי אמיתות הנישואין. כל עוד מתנהלת החקירה, אין בן הזוג זכאי לקבלת שירותי בריאות על פי החוק.

במקרים בהם אכן נשללת התושבות, אובדת יחד עמה גם הזכאות לקבלת שירותים רפואיים מכוח החוק, וזאת רטרואקטיבית, לכל התקופה בה נשללה התושבות.

הנציבה מודעת לתוצאות המשפטיות של שלילת התושבות, אך היא מצביעה על כך שמניעת טיפול רפואי במהלך בירור הזכאות לתושבות, בירור המתמשך לעיתים חודשים רבים, יוצר בעיה אנושית קשה. הדבר חמור במיוחד באותם מקרים בהם נשקפת סכנה לאובדן חיים אם לא יינתן הטיפול הרפואי, או באותם מקרים בהם נדרש מעקב רפואי, כמו למשל בתקופת הריון.

לדעת הנציבה, יש למצוא פתרון לכל אותם מקרים, הנסמך על המחויבות לזכויות האדם, מתוך ההבנה כי התוצאות של אי מתן טיפול רפואי הן בלתי הפיכות.

הנציבה מצביעה על הצורך להגביל את משך חקירת המוסד לביטוח לאומי לזמן סביר, בפרט באותם מקרים בהם גורם הזמן מהווה

אלמנט חשוב בטיפול הרפואי כגון: חולי סרטן הזקוקים לטיפולים, נשים בהריון הזקוקות למעקב, או טיפולים בילדים.

כן מצביעה הנציבה על כך שיש צורך להעניק לכל תושב את הזכות לקבלת התראה טרם שלילת תושבתו על ידי המוסד לביטוח לאומי, תוך מתן הזדמנות ראויה להביא את טענותיו בפני המוסד לביטוח לאומי לפני השלילה עצמה. דבר זה גם ימנע את המצב הקיים במקרים רבים, בו אדם מגלה כי תושבתו נשללה, ועמה גם זכאותו לקבלת שירותי בריאות, רק בעת פנייתו לקבלתם.

2. שיוך תושבים לקופת חולים

א. שיוך רטרואקטיבי עד לחוק ההסדרים 1999

סעיף 4(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע, כי כל תושב שמלאו לו 18 שנים חייב להירשם כחבר בקופת חולים, לפי בחירתו.

סעיף 4(ב) לחוק קובע, כי תושב שאינו רשום כחבר בקופת חולים, יראו אותו כרשום בקופת חולים שקבע שר הבריאות. סמכות זו של שר הבריאות, הואצלה לנציבת הקבילות.

בשנת 1998 נתבררו בנציבות קבילות של תושבים אשר, מסיבות שונות, לא היו רשומים לקופת חולים בעת שקבלו לנציבות. במקרים בהם היה הקובל זכאי לקבלת ביטוח בריאות על פי החוק נעשה, על ידי הנציבות שיוך של הפונה לקופת חולים. שיוכים אלו נעשו לעיתים אף באופן רטרואקטיבי, בהתאם לנסיבות של כל מקרה ומקרה. בין היתר, נעשו שיוכים עבור אסירים משוחררים, תושבים ישראלים בעלי דרכון זר, תושבים מהמגזר הערבי, ותושבים שנפטרו.

בסוף יולי 1997, התעוררה מחלוקת סביב סמכות הנציבה לבצע שיוכים רטרואקטיביים, מחלוקת אשר המשיכה ביתר שאת בשנים 1998-1999.

נציבת הקבילות ביצעה שיוכים רטרואקטיביים לקופות החולים בהסתמך על הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי: סעיף 3(א) לחוק קובע כי "כל תושב זכאי

לשירותי בריאות ... " , כן קבעה תקנה 9(א) לתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (רישום בקופות חולים ונוהלי מעבר) התשנ"ה - 1995, כי "יהיה הרישום תקף, בכפוף לתקנה 8, מן המועד שבו נעשה המבקש מבוטח כמשמעותו בחוק". לאור סעיפי חוק אלו היתה עמדת הלשכה המשפטית של משרד הבריאות, וכך גם עמדת הנציבה, שתוקפו של הרישום בקופה הוא ממועד היות האדם תושב, ולכן, משפטית, כלולה בסמכות לבצע שיוך לקופת חולים גם הסמכות לבצע שיוך רטרואקטיבי של מי שהוא חסר קופה, כל עוד השיוך נעשה למועד בו הוא מוכר כתושב.

על אף עמדה זו, סרבו קופות החולים, פרט לקופת חולים לאומית, להכיר בחוקיות השיוכים הרטרואקטיביים אותם ביצעה הנציבה, ולא מילאו אחריהם. [וראה לעניין זה דוח נציבות הקבילות לשנת 1997].

יש לציין כי קופת חולים מכבי הסכימה להכיר בשיוכים הרטרואקטיביים, במקרים של תושבים - עולים חדשים, בלבד.

נציבות הקבילות ביצעה בשנת 1998, 236 שיוכים רטרואקטיביים לקופות החולים השונות, ובשנת 1999, עד ל-1.4.1999, 35 שיוכים רטרואקטיביים. בסך הכל בוצעו על ידי הנציבה בתקופת הדוח, 271 שיוכים רטרואקטיביים לקופות החולים השונות. (ראה טבלה מס' 24).

יצוין כי הנציבה ביצעה את השיוכים הרטרואקטיביים, עד כמה שהדבר התאפשר, ביחס פרופורציוני להתפלגות המבוטחים בין הקופות השונות, כדלקמן: לקופת חולים כללית בוצעו 164 שיוכים רטרואקטיביים (60%), לקופת חולים מכבי בוצעו 31 שיוכים רטרואקטיביים (18%), לקופת חולים מאוחדת בוצעו 30 שיוכים רטרואקטיביים (11%), ולקופת חולים לאומית בוצעו 31 שיוכים רטרואקטיביים (11%).

ביצוע השיוכים הרטרואקטיביים אפשר לפתור בעיה קשה. בשנים 1998-1999 פנו לנציבות הקבילות מספר רב של תושבים, שחלקם שילמו דמי ביטוח בריאות ממלכתי כסדרם, אשר עם הזדקקותם לקבלת טיפול רפואי, לרוב במסגרת אשפוז בבית חולים, גילו להפתעתם כי הם אינם חברים בקופת חולים, ולכן אין גורם אשר יממן את ההוצאות הרפואיות שלהם. חלק אחר מהפונים היו עולים חדשים, אשר נזקקו לטיפול רפואי בטרם עלה בידם להסדיר את חברותם בקופת חולים, ולעיתים אף פונו ישירות משדה התעופה לקבלת הטיפול הרפואי. בכל המקרים הללו, שיוך רטרואקטיבי לקופת חולים היווה פתרון נכון למצוקת המבוטחים.

כתוצאה מסירוב חלק מהקופות להכיר בביצוע השיוכים הרטרואקטיביים על ידי הנציבה, לא מימנו כל הקופות את שירותי הבריאות שניתנו למבוטחים אשר

שווייכו אליהן רטרואקטיבית, והמבוטחים נותרו כשהם ניצבים בפני הליכים משפטיים לגביית חובות אלו.

מבחינה משפטית, היו מבוטחים אלו זכאים לקבלת מלוא סל השירותים שבחוק. משרד בריאות עושה בימים אלו את מירב המאמצים, מול קופות החולים, למציאת פתרון לבעיה של אותם מבוטחים אשר שוייכו רטרואקטיבית על ידי נציבות הקבילות. הנציבה מקווה כי הנושא יוסדר בהקדם האפשרי.

הפגיעה במבוטחים היתה חמורה במיוחד במקרים בהם המבוטחים הם אזרחי המדינה, אשר שילמו כסדרם את מס הבריאות, ואשר במרבית המקרים היו רשומים בקופת חולים בעבר, וגריעתם מאותם קופה נעשתה בלא כל סיבה נראית לעין, ובלא שניתנה להם על כך כל התראה או הודעה.

במהלך שנת 1999 התברר כי אלפי תושבים נפלטו מקובץ הבריאות של המוסד לביטוח לאומי, וזאת למרות שלא היה ספק בדבר תושבותם, הם שילמו את מסי הבריאות שלהם כדון, וחלקם אף נהנה מקבלת שירות רפואי בפועל, מהקופות.

מהמוסד לביטוח לאומי נמסר כי במהלך שנת 1998 נגרעו מרישומם כחברים בקופות החולים השונות 25,000 מבוטחים. עוד נמסר כי במהלך שנת 1999 פעל המוסד לביטוח לאומי, בשיתוף עם קופות החולים, להסדרת העניין, וכי עד לסוף שנת הדוח תיקן המוסד את הליקויים שחלו ברישומם.

כן נמסר כי תוקן רישומם של כ-7,000 תושבים, מתוך 8,000-9,000 תושבים, אשר היו רשומים כעצמאיים בקבצי המוסד לביטוח לאומי, אשר נפלטו מקובץ הבריאות כתוצאה מבעיות טכניות.

יחד עם זאת, נמסר לנציבות כי קיימים כיום רישומים של כ-100,000 תושבים אשר אינם רשומים כחברים בקופת חולים. עוד נמסר כי מבדיקה שערך המוסד לביטוח לאומי, נמצאו כ-50,000 תושבים אשר ניתן לאתר קשר כלשהו שלהם עם קבצים אחרים של המוסד לביטוח לאומי, והמוסד לביטוח לאומי פועל להמצאת התראה לידיהם כי הם רשומים כמי שאינם חברים בקופת חולים.

2. חוק ההסדרים 1999

חוק ההסדרים לשנת 1999 ביצע שינוי כולל בנושא שיוך מבוטחים לקופות החולים.

1. מקום הרישום

במסגרת חוק ההסדרים של שנת 1999 תוקן חוק ביטוח בריאות ממלכתי, והוסף

לו סעיף 3א', בו נקבע כי כל אדם המבקש להירשם לקופת חולים, ואינו רשום עדיין לקופה כלשהי, יגיש למוסד לביטוח לאומי בקשה לקביעת תושבותו, ולרישומו בקופת חולים. הבקשה תידון במוסד לביטוח לאומי, ועם קביעת התושבות, ירשום המוסד לביטוח לאומי את המבקש כחבר בקופת החולים המבוקשת.

לסעיף הנ"ל נקבעו מספר סייגים, אשר בהתקיימם זכאי המבקש לגשת ולהירשם ישירות ברשות הדואר. [ראה נספח מס' 5 לדוח]

התיקון לחוק נכנס לתוקפו ביום 1.4.1999. בהתאם לתיקון כל אדם, ללא הבדל בסיווגו במוסד לביטוח לאומי, הרוצה להירשם לקופת חולים רישום ראשוני, חייב לפנות תחילה למוסד לביטוח לאומי, על מנת שזה יברר את מידת זכאותו לקבלת שירותי בריאות על פי החוק, כתנאי לרישום בקופה.

דא עקא, תיקון זה של החוק איננו מקויים במלואו, על ידי המוסד לביטוח לאומי:

אי הנפקת טופס מתאים

עד היום טרם יצר המוסד לביטוח לאומי את טופס הבקשה הנדון. לאור זאת, למרות התיקון האמור בחוק, ובהתאם להנחיות המוסד לביטוח לאומי, מפנה הנציבות את הפונים אליה הנמצאים בסטטוס של "לא חבר", להירשם ישירות ברשות הדואר. סיווג זה, כפי שהוסבר לעובדי הנציבות, להבדיל מיתר הסיווגים של המוסד לביטוח לאומי, קובע כי בזמן הנתון אין במוסד לביטוח לאומי ספק בדבר תושבותו של המבקש, וכי מעמדו הוא של תושב שאיננו רשום בקופת חולים כלשהי. הפניית פונה זה להרשמות ברשות הדואר איננה כה חמורה, מבחינה מהותית, עם זאת יש בכך משום הפרה של החוק.

הנציבה פנתה למנכ"ל המוסד לביטוח לאומי, פרופ' שטסמן והתריאה על כך כי הטופס האמור איננו בנמצא, אך מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי טען בתשובה, כי קיים טופס מאז ומעולם.

הנציבה מצביעה על כך כי מטרת התיקון לחוק, אשר אין חולק על חשיבותה, היתה למנוע מתן שירותי בריאות על פי החוק, למי שאינו תושב ישראל. העובדה שהמוסד לביטוח לאומי איננו מיישם במלואו את התיקון, מחטיאה את מטרתו.

אי ביצוע רישום ראשוני לקופת חולים

בהתאם לתיקון האמור בחוק, תוקף הרישום בקופה יהיה מיום

מסירת ההודעה של המוסד לביטוח לאומי, **על הרישום בקופה**, וכי עד למועד זה אין מגיש הבקשה זכאי לשירותי בריאות לפי החוק.

על אף האמור, הפונים למוסד לביטוח לאומי להסדרת תושבותם, אינם נרשמים ישירות לקופת חולים על ידי המוסד לביטוח לאומי, ועם הסדרת מעמדם הם נשלחים להירשם בעצמם לקופת החולים, ברשות הדואר. כתוצאה מכך יכול רישומו לקופת חולים, של מי שפנה למוסד לביטוח לאומי להסדרת תושבותו, להימשך לאורך זמן רב, בו לא יהיה זכאי לקבלת שירותי בריאות על פי החוק, וזאת גם לאחר שכבר הוכר כתושב על ידי המוסד לביטוח לאומי.

בשנת 1999 הגיעו לנציבות קבילות של תושבים, אשר לאחר חקירה, הכיר המוסד לביטוח לאומי בתושבותם, והם נשלחו להירשם בדואר, אך עקב חגים, עיצומים או שביתות של רשות הדואר, לא עלה בידם להירשם לקופת חולים במשך זמן ממושך.

הנציבה מתריעה על כך כי אופן יישום החוק על ידי המוסד לביטוח לאומי איננו תקין, מנוגד לחוק ולמטרתו, ויש לפעול לתיקונו.

2. המועד בו נכנס השיוך לתוקפו

התיקון לחוק, שם קץ לסמכות הנציבה לבצע שיוכים רטרואקטיביים, ובכך שם קץ לויכוח ארוך הימים בנושא זה. התיקון הדגיש את הפיצול, (שהיה קיים עוד בטרם תוקן החוק), בין מועד קביעת התושבות מכוח חוק ביטוח לאומי, (ועמה החובה לשלם את מסי הבריאות), אשר יכולה לחול רטרואקטיבית, לבין הזכאות לקבלת שירותי בריאות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, החלה ממועד הרישום לקופה בפועל.

סעיף 3א(ה) לחוק המתוקן, קבע חריגים לכלל האמור, אשר בהתקיימם זכאי מגיש בקשה להכרה בתושבתו, לקבלת החזר רטרואקטיבי של הוצאותיו, בתקופה שקדמה להגשת בקשתו למוסד לביטוח לאומי. **כללים אלו חלים על מי שקיבל שירותי בריאות**

לאחר ה-1.4.1999, בלבד. [ראה נספח מס' 4 לדוח]

בהתאם לסעיף, בהתקיים תנאים מסוימים, זכאי מגיש הבקשה, להחזר מהמוסד לביטוח לאומי, בגין התשלומים החודשיים אותם שילם לקופת החולים, בתקופה בה לא היה זכאי לקבלת שירותי בריאות מכוח החוק. כמו כן זכאי מגיש הבקשה, בהתקיים אותם תנאים, להגיש בקשה **לועדה בין משרדית**, אשר תפקידה לאשר החזרים כספיים בגין תשלומים ששולמו עבור שירותי בריאות, שניתנו למגיש הבקשה בישראל.

הועדה הנדונה אמורה להיות מורכבת מנציגי משרד האוצר, משרד הבריאות, והמוסד לביטוח לאומי. דא עקא, למועד הגשת דוח זה, הועדה האמורה טרם קמה.

החל ממועד כניסת תיקון החוק לתוקפו, הגיעו לנציבות הקבילות תלונות האמורות להיות מובאות בפני הועדה. עד להקמת הועדה, תלונות אלו ממתונות בנציבות הקבילות.

מינוי הועדה אמור להעמיד פתרון לאותם חובות בגין קבלת שירותים רפואיים, אשר בעבר היה על הנציבה לבצע שיוך רטרואקטיבי על מנת לכסותם. עם זאת התיקון לחוק לא פתר את מלוא הבעיה, שכן יהיו גורמים אשר לא יהיה להם מעמד חוקי בפני הועדה, כגון בתי החולים, במקרה של חולים שנפטרו עירייתם, או בתי מעצר, במקרה של עצירים, שלא היו חברים בקופת חולים במועד מעצרו, והותירו אחריהם חובות שעל בתי המעצר לשלם.

רק עם הקמת הועדה, והתחלת פעילותה הסדירה, יתברר היקף הזכאים לפנות אליה ולקבל החזר כספי, ויתגלה היקף הבעיות המשפטיות, והאנושיות, המצריכות פתרון.

הנציבה מקווה כי הועדה תוקם בהקדם האפשרי, וכי עם הקמתה יתבצע דיון מהיר ויעיל בתלונות הממתונות לה, באופן שינתן מענה הולם למצוקת הפונים.

ג. שיוך נפטרים חסרי קופת חולים

במהלך השנים 1998-1999 התקבלו בנציבות פניות מצד קרובי משפחה של נפטרים, אשר במועד פטירתם היו זכאים לקבלת שירותי בריאות על פי החוק, אך לא היו רשומים בקופת חולים, ובמקרים רבים אף לא בביטוח בריאות חלופי.

הבקשות לשיוך רטרואקטיבי במקרים אלו היו, לצורך מימון שירותי בריאות שקיבלו הנפטרים, שכן קרובי המשפחה נתבעו על ידי בתי החולים לשאת בעלויות הטיפול הרפואי שקיבל הנפטר. כמו כן נתקבלו פניות לשיוך רטרואקטיבי של חולים אשר נפטרו עריריים, וזאת מבתי החולים בהם היו הנפטרים מאושפזים, ולחילופין ממוסדות למפגרים ובתי אבות.

למרות שהנציבה ביצעה שיוכים רטרואקטיביים במקרים אלה, לא נתן הדבר מענה לבעיה, שכן, כפי שנמסר לנציבה, אין זה באפשרותו של המוסד לביטוח לאומי לבצע רישום לקופת חולים של אדם המופיע בקובץ האוכלוסין כנפטר. כתוצאה מכך, נטל מימון הוצאות האשפוז והטיפולים הרפואיים, נפל על משפחת הנפטר, או על הגורם המטפל.

הנציבה הפנתה את תשומת לב המשנה ליועץ המשפטי של המוסד לביטוח לאומי למצב דברים זה, והצביעה על הצורך במתן פתרון לבעיה. בעקבות פניית הנציבה הוחלט על ידי המוסד לביטוח לאומי כי יש מקום לקיים דיון על הנושא עם נציגי משרד הבריאות, אך עד למועד דוח זה, לא חל שינוי במצב המשפטי האמור.

הנציבה בדיעה כי למרות שמדובר במקרים ספורים, יש למצוא פתרון מערכתי במקרים מעין אלה, ואין להסתפק בפתרון המשפטי הקיים כיום, לפיו עלות המימון של שירותי בריאות של תושבים שנפטרו ואשר לא היו רשומים לקופת חולים, חלה על יורשי הנפטרים, או על בתי החולים שטיפלו בהם.

.II

3. המעבר בין קופות החולים

.III

א. מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע, כי הרואה עצמו נפגע מקביעה בקשר לרישומן, או לרישום ילדו בקופת חולים, רשאי להשיג על כך בפני מנכ"ל משרד הבריאות או בפני מי שהוא הסמיכו לכך. סמכות זו הואצלה על נציבת הקבילות על ידי מנכ"ל משרד הבריאות.

ניתן להשיג בפני הנציבה על רישום לקופת חולים, באמצעות פניה בכתב, ובה

פירוט ההשגה ונימוקיה, על ידי המתלונן בעצמו (בבוגר), על ידי הוריו (במקרה של קטין), על ידי אפוטרופוס (בהסתמך על צו בעל תוקף במדינת ישראל), מיופה כוח, או עובדת סוציאלית. תלונות התקבלו גם מהרופא המטפל, מקרובי משפחה או מאדם שלישי, אך זאת בתנאי שחתימת המתלונן צורפה למכתב התלונה.

עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע בו, כי ביצוע הרישום לקופת החולים, וכן ביצוע רישום המעבר בין קופות החולים, יעשה בקופות החולים עצמן.

מאז החלת החוק, ובשל שיטת הקפיטציה (נוסחת חלוקת המשאבים בין קופות החולים השונות), השקיעו קופות החולים מאמצים וסכומי כסף ניכרים בניסיון להגדיל את מספר מבוטחיהן. התוצאה המעשית של מאמצים אלו היתה העברה מסיבית של מבוטחים מקופה לקופה, בניגוד לרצונם, הרבה פעמים מבלי שיכלו לבטל מעברים אלו. כמו כן, מצאו עצמם מבוטחים רבים מועמדים לעבור לקופת חולים אחרת, שוב מבלי שיוכלו לבטל את מעברם העתידי. [וראה לעניין דוח נציבות הקבילות לשנת 1997].

לאור ההיקף של המאבק חסר הרסן שהתנהל בין קופות החולים על הגדלת מספר מבוטחיהן, פעל מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' גבריאל ברבש, להעביר את נושא הרישום לקופת חולים, לאחריותו של גורם אחר. לאחר משא ומתן שערך כשנה הוחלט על העברת הנושא לרשות הדואר.

בעקבות ההחלטה האמורה בוצע בחוק ההסדרים - 1998, תיקון חקיקה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר נכנס לתוקפו ב-1.1.1998. במסגרת התיקון הוסף לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, סעיף 4 שעניינו נושא רישום ומעבר, וכן תוקנו תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (רישום בקופות החולים ונהלי מעבר), התשנ"ה 1995. [לעניין זה ראה נספח מס' 5 לדוח]

ב. תום עידן המחטפים

בסוף שנת 1997, ובטרם נכנס תיקון החקיקה האמור לתוקף, הגבירו מאוד קופות החולים את מאמציהן להביא להעברתם של מבוטחים רבים ככל הניתן אליהן, וזאת בטרם יעבור ביצוע הרישום לרשות הדואר.

כתוצאה ממאמצים אלו הגיעו במהלך שנת 1998 לנציבות עשרות

אלפי קבילות בגין רישום שנעשה בשיטות פסולות ובדרכי מרמה. בשנת 1997 התקבלו בנציבות הקבילות 20,132 השגות לגבי רישום לקופת חולים, ובשנת 1998 התקבלו בנציבות 30,381 השגות מסוג זה.

אופן יישום העברת הרישום לרשות הדואר תרם, אף הוא לריבוי התלונות.

בחודש דצמבר 1997 נקבעו הנהלים למעבר חברים בין הקופות, כדלקמן:

31.12.97" - סיום מעבר ורישום חברים חדשים דרך קופות החולים.

עד 31.1.98 - קליטת ביטולים מהקופות ע"י ביטוח לאומי.

1.1.98-28.2.98 - הקפאת מעבר לחודשיים של חברים בין קופות, רישום חברים חדשים בלבד – בבנק הדואר.

1.3.98-30.4.98 - המשך רישום חברים חדשים, תחילה מחדש של רישום מעבר חברים בין קופות – בבנק הדואר.

1.3.98 - תחילת עבודה של תוכנת ביטוח לאומי מול הנתונים שיועברו מבנק הדואר.

1.7.98 - ביצוע המעברים של החברים שנרשמו: בקופות עד 31.12.1997 ובבנק הדואר בין התאריכים 1.3.98-30.4.98"

נציבות הקבילות לא יודעה בזמן בדבר כניסתן לתוקף של הוראות מעבר אלו, וכתוצאה מכך, במשך זמן מה, הטעו עובדי הנציבות את ציבור הפונים, על ידי כך שמסרו להם בתום לב, מידע שגוי, לפיו ניתן לבטל מעבר לקופת חולים עד ל- 30.4.1998 (כפי שקבוע בחוק), בעוד שבפועל נקבע כי ניתן היה לעשות כן רק עד ל-31.1.1998. עם קבלת המידע בדבר הוראות המעבר הנ"ל, מהממונה על פניות הציבור בקופת חולים מכבי, הופסקה הטעיית הציבור.

לדעת הנציבה, אי עדכונה של נציבת הקבילות לגבי ההנחיות המחייבות, איננה תקינה, והנציבה אף הביעה את מחאתה על כך בפני מנכ"ל משרד הבריאות דאז.

הנציבה התריעה בפני מנכ"ל משרד הבריאות דאז, כי הוראות המעבר יביאו לידי כך שהמבוטחים יקבלו הודעה על היותם מועמדים למעבר מקופה לקופה, לאחר שחלף הזמן לביטול העברה זו.

הלשכה המשפטית של המשרד קבעה כי למרות שהמועד לביטול המעבר בין קופות החולים לא הוארך, "אין בכך כדי למנוע במקרים מתאימים (זיוף, הטעיה) - פניה לנציבת תלונות הציבור דרך ס' 5 לחוק, אף לאחר המועד האמור [31.1.1998 – ק.ר.]. בד בבד הובטח כי נציבות הקבילות תתגבר, הן בעובדים, והן בתנאים, על מנת שתוכל לטפל בעשרות אלפי הפניות שהנציבה צפתה שיגיעו.

החל מיום 1.1.1998, עם כניסתם לתוקף של תיקוני החקיקה, יכולים היו תושבים שלא היו רשומים באף קופת חולים להירשם לקופת חולים ברשות הדואר. לעומת זאת, מי שכבר היה רשום בקופת חולים, וביקש לעבור לקופת חולים אחרת, לא יכול היה לעשות כן עד ל- 1.3.1998.

הוראת שעה זו נקבעה בהתאם לבקשת המוסד לביטוח הלאומי, שנוקק לתקופת התארגנות. בהתאם לבקשה נקבע כי לא יאופשר לבטל בדואר מעברים אשר בוצעו על ידי קופות החולים, בתקופה בה הדואר טרם ביצע מעברים בין הקופות, קרי בתקופה שקדמה ל-31.12.1997. עוד נקבע, כי המקום היחיד בו ניתן יהיה לבטל מעברים אלו יהיה בקופת החולים עצמה, ואילו ביטול דרך הדואר יעשה רק לגבי מעברים חדשים שנעשו מלכתחילה בדואר (קרי ביטול מעברים אשר בוצעו אחרי ה-1.3.1998).

ב-13.1.1998 הוגשה תלונה במשטרת ירושלים, על ידי קופת חולים כללית, אשר עניינה חשד להעברתם, ללא ידיעתם, של כ-11,000 מבוטחים - רובם תושבי מזרח ירושלים, וכן של עובדי הקופה, מקופת חולים כללית לקופת חולים מאוחדת, תוך זיוף חתימות ומרמה.

על פי תקנה 8(ב) שהיתה בתוקף לפני תיקוני החקיקה, היה על

קופות החולים להעביר את טופסי המעבר מהקופה לקופה אחרת, למוסד לביטוח לאומי, בתוך 30 יום. בהתאם, הועברו טופסי המעבר שמולאו במהלך חודש דצמבר 1997 עד לסוף ינואר 1998. כתוצאה מכך קיבלו המבוטחים הודעה על מעברם העתידי רק בתחילת חודש פברואר 1998, כאשר כבר לא היה באפשרותם לבטל את המעבר, שכן המועד האחרון לביטול מעבר עתידי נקבע על ידי משרד הבריאות, באותה הוראת שעה, ל-31.1.1998.

בתחילת חודש פברואר 1998, כאשר נודע למבוטחים כי הם מועמדים למעבר לקופת חולים אחרת, מבלי שיש ביכולתם לבטל מעבר זה, "הוצפה" הנציבות מידי יום, באמצעות הטלפון, הפקס, התא הקולי והדואר, בקבילות של מבוטחים שהועברו, ללא ידיעתם, מקופת חולים אחת לאחרת.

זעקת המבוטחים הפכה לנהירה של מבוטחים כועסים למשרדי הנציבות, אשר נמשכה שבועות. הגעתם של המבוטחים פגעה ביכולת הטיפול השוטף בזרם הקבילות שהגיעו לנציבות, והביאה ליצירת פיגורים גדולים בטיפול בקבילות שוטפות. הדבר הוחרף במיוחד לאור התנאים הפיזיים בהם עבדה באותה עת הנציבות, אשר לא אפשרו למעשה קבלת קהל.

יש לציין כי בנושא זה התאפיינה שנת 1998 במספר רב של תלונות מהמגזר הערבי, במידה רבה יותר מאשר בשנת 1997. במקרים רבים הועברו משפחות שלמות מקופת חולים אחת לאחרת מבלי שידעו על כך. כן בלטו באופן מיוחד תלונות ממגזר זה על קשיים ניכרים בקבלת טופסי ביטול.

עקב ממדי התופעה זימן המנכ"ל, פגישה בה נכחו נציבת הקבילות, נציגי הלשכה המשפטית של משרד הבריאות, נציגי המוסד לביטוח לאומי, ונציגי כל קופות החולים.

בפגישה הוחלט כי המועד בו ניתן לבטל מעבר מקופת חולים אחת לאחרת יוארך עד ליום 20.2.1998, וכי הנציבה תטפל בכל פניה בה יתברר כי יש קושי בביצוע ביטול המעברים. עוד סוכם כי על קופות החולים ליידע את מבוטחיהן לגבי האפשרות לבטל את הרישום הלא רצוי עד למועד הנ"ל. בנוסף, הוחלט כי בכל אותם מקרים אשר בהם המבוטחים לא יספיקו לבטל את מעברם הבלתי רצוי לקופת חולים אחרת, הם יוכלו להשיג על כך בפני הנציבה, לפי סעיף 35 לחוק, וזאת גם לאחר תום המועד שנקבע לביטולים.

קופת חולים כללית המשיכה לקבול בפני הנציבה כי קופת חולים מאוחדת מערימה קשיים במתן טופסי ביטול, בדרכים שונות. מאידך קופת חולים מאוחדת קבלה על כך שמבוטחים הוסעו בהסעות מאורגנות למוקד המשותף בכדי שיבטלו את רישומם לקופת חולים מאוחדת, כאשר רבים מהם לא ידעו לצורך מה הובאו למוקד.

עם סיום תקופת ההארכה זומנה ישיבה אצל המשנה למנכ"ל משרד הבריאות, דר' בועז לב, אליה הוזמנו נציגי הלשכה המשפטית, נציגי המוסד לביטוח לאומי, נציגי קופת חולים כללית, ונציגי קופת חולים מאוחדת, (שלא הופיעו לישיבה), והנציבה.

בישיבה זו הוחלט שקופת חולים כללית תעביר לנציבות הקבילות את ההשגות של מבוטחי קופת חולים כללית ממזרח ירושלים, על העברתם לקופת חולים מאוחדת, ואשר מספרם נאמד בכ-13,000.

נמצא כי במהלך שנת 1998, מעבר לכל האמור, אלפי מבוטחים לא ידעו כלל כי הם מועמדים לעבור בעתיד לקופת חולים אחרת והדבר התחוויר להם רק במהלך השנה. מבוטחים אלו פנו לנציבות לאורך כל השנה, בין היתר גם דרך קופות החולים, והשיגו בפני הנציבה בהתאם לסעיף 5(ב) לחוק.

בסוף שנת 1998 החלה להסתמן ירידה במספר ההשגות בנושא רישום לקופת חולים, ונראה כי תיקוני החקיקה השיגו לבסוף את מטרותם.

בשנת 1998 הגיעו לנציבות הקבילות 30,381 השגות על מעבר מקופה לקופה, מתוכן נדחו 1,934, ונתקבלו 28,447.

בשנת 1999 הגיעו לנציבות הקבילות 5,353 השגות על מעבר מקופה לקופה, מתוכן נדחו 2,716, ונתקבלו 2,637. מרבית ההשגות שהתקבלו היו רפואיות, ומקצתן היו של חיילים אשר הועברו מקופת חולים אחת לאחרת, בניגוד לרצונם, ערב גיוסם לצה"ל, ואשר עם שחרורם ביקשו לשוב לקופתם, ושל מבוטחים אשר עברו לשוב אשר לא היה בו סניף של קופת החולים בה היו חברים. מגמת הירידה במספר ההשגות נמשכת.

ג. כללי המעבר, והתחרות בין קופות החולים

החוק קובע כללים נוקשים למעבר בין קופות החולים. קיימים שני מועדים בשנה, בלבד, בהם ניתן לעבור מקופה לקופה, ונדרשת המתנה של בין שלושה לתשעה חודשים, ממועד הגשת הבקשה למעבר, ועד למעבר בפועל. כמו כן נדרשת המתנה של שנה בטרם יוכל מבוטח לשוב ולבצע מעבר בין קופת חולים

אחת לאחרת.

מהקבילות ומההשגות, עולה כי רבים מהמבוטחים מלינים על כללי המעבר הנוקשים. חלק מהמבוטחים קבלו על משך הזמן הארוך בו נמצאו בקופה בה לא רצו להיות, ועל כך שיש לקצר את זמן המעבר מקופה לקופה. אחרים קבלו על אי יכולתם לממש את רצונם לחזור בהם ממעברם לקופה חדשה במשך שנה, בהרבה מהפעמים לאחר שנוכחו כי אינם זכאים לקבל בקופה החדשה שירות שהוא מעבר לשירות אותו קיבלו בקופתם הישנה.

ניתן לומר כי החוק יצר כלים למעבר שיווינוי בין קופות החולים השונות, אולם כעולה מהתלונות, בשנת 1999 התחרות ששררה בין קופות החולים הצטמצמה, וההשגות התמקדו בטענה כי המעבר בין הקופות איננו גמיש דיו מבחינת מועדי המעבר.

אחוז המעברים בין קופות החולים הינו נמוך יחסית. אין ספק כי גם המצב הכלכלי הביא לצמצום התחרות בין הקופות, כך שבפועל בכל קופות החולים לא מוצעים שירותים רבים נוספים, מעבר לאלו הכלולים בסל השירותים שבחוק. למרות זאת, אין להתעלם מכך כי כללי המעבר הנוקשים תורמים אף הם לצמצום התחרות האמורה.

לדעת הנציבה יש לעודד את המשך התחרות בין קופות החולים ולהקל את כללי המעבר הנוקשים, על ידי הגמשת מועדי המעבר בין הקופות, לפחות לאחת לרבעון, כך שהמבקש לעבור קופה לא יאלץ להמשיך ולקבל שירות רפואי שאין הוא מרוצה ממנו, לעיתים לתקופה של עד תשעה חודשים. באופן זה גם יהיה נהיר יותר למבוטחים מתי מתבצע כל מעבר ומעבר.

מהתלונות אשר הגיעו לנציבות עולה בעיה נוספת, התורמת לצמצום התחרות בין הקופות, והיא אי פרסום מספיק בנושא המעברים בין קופות החולים. מהתלונות עולה כי קיימת אי בהירות רבה של המבוטחים בדבר היקף זכויותיהם, והפונים לא ידעו הרבה פעמים מהם הנהלים בהם עליהם לנקוט, לצורך מעבר מקופת חולים אחת לאחרת. לנציבות גם הגיעו מספר קבילות טלפוניות בדבר קופות אשר סרבו "לרשום" מבוטחים עקב מצבם הרפואי, פעולה האסורה על קופות החולים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

בלא קשר למצב סוציו-אקונומי או להשכלה, הרבה מהמתלוננים לא היו מודעים לכך שיש באפשרותם לעבור לקופת חולים אחרת למרות מצבם הרפואי, וכי הם זכאים לקבלת מלוא השירותים שבסל השירותים שבחוק מהקופה החדשה, ללא כל תקופת אכשרה.

הנציבה בדעה כי יש לתת פרסום רחב יותר לזכויות המבוטחים על פי החוק, ולדרך מימושו. [לעניין זה ראה פרק 3, תת פרק 9]

נושא נוסף הגורם לצמצום המעבר של המבוטחים בין קופות החולים, קשור בביטוחים המשלימים. מהתלוות עולה חשש של מבוטחים לעבור מקופת החולים בה הם חברים, לקופת חולים אחרת, בשל הצורך בתקופות אכשרה בהם אינם זכאים לזכויות המוענקות במסגרת הביטוחים המשלימים של קופת החולים החדשה. הנציבה סבורה כי יש מקום למצוא פתרון חוקי לעיגון רצף זכויות של המבוטחים בביטוחים המשלימים, בבואם לעבור מקופה לקופה, באופן שלא ישללו מהמבוטחים זכויות אלו, שאם לא כן למעשה יהיו אלה הביטוחים המשלימים שימנעו את תחרות בין הקופות, במקום לעודד אותה.

ד. סיכום

נציבת הקבילות רואה בנושא של רישום וחברות בקופות חולים חשיבות רבה. לנושא זה יש השלכה על עצם מימוש זכותם החוקית של תושבי ישראל לקבלת טיפול רפואי, וכן השפעה על דרך קבלת הטיפול הרפואי וטיבו.

במועד הגשת דוח זה השיגו תיקוני החקיקה את מטרתם, והמעברים בין הקופות מתבצעים כסדרם, ברשות הדואר. עם זאת מהתלוות אשר הגיעו לנציבות הקבילות במהלך שנת 1999 עולה תמונה של העדר תחרות ממשית בין קופות החולים, כעס על הנוקשות של כללי המעבר, משך הזמן הרב שצריך להמתין בקופת חולים בה לא מעוניינים להיות, וחוסר במידע של המבוטחים בדבר זכויותיהם.

פרק שלישי

חוק ביטוח בריאות ממלכתי שינויים ופרשנות

1. מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994, (להלן: החוק) מושתת על העקרונות הנמנים בפרק ב' לחוק, ובראשם סעיף 3, הקובע לאמור:

"א. כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מכוח חיקוק אחר.

ב. המדינה אחראית למימון סל שירותי הבריאות מהמקורות המנויים בסעיף 13.

ג. קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה.

ד. שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13.

ה. שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות, ושמירה על הסודיות הרפואית."

כבר בפתח הדברים יודגש כי הנציבה סבורה שההפרדה בין סעיפים 3(ב), 3(ג) ו-3(ד) באה ללמד כי להבדיל מחובתה של הקופה על פי סעיף 3(ד) - לספק את שירותים הכלולים בסל תוך זמן ומרחק סביר וכו', חובת קופת חולים על פי סעיף 3(ג) - לספק את מלוא שירותי הבריאות למבוטחיה אינה כפופה למסגרת מקורות המימון העומדים לרשותה. במידה ויש לקופה טענה כי מקורות המימון העומדים לרשותה אינם מספיקים, עליה להפנות טענות אלה למדינה כמתחייב מסעיף 3(ב). אין לנהל מאבק תקציבי על גב החולים וסירוב לספק שירותים הכלול בסל הוא בלתי חוקי.

אבן הבוחן ואבן היסוד של חוק ביטוח בריאות ממלכתי מונחת בסעיף 3(ד) לחוק, הקובע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל, יינתנו באופן העומד במבחן הסבירות. כפי שיפורט בהמשך, לסעיף 3(ד) קיים משקל רב בקביעת תכנון והיקפו

של סל השירותים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

לא זו אף זו, חוק ביטוח בריאות ממלכתי נבחן על פי מידת יישומו של סעיף 3(ד). לא די בביקורת על כך כי קופות החולים יקפידו לספק לציבור את מלוא השירותים הכלולים בסל. חשיבות מכרעת קיימת לשאלות: היכן ניתן הטיפול? תוך כמה זמן? האם סופק השירות תוך מתן יחס הולם למבוטחים? מהו מסלול האישור אשר נדרשים מבוטחים לעבור בטרם יינתן השירות המבוקש (האם קיימת הכבדה בירוקרטית מיותרת)? ועד כמה מסופקים שירותים ותרופות בהתאם לשיקול דעת רפואי לעומת שיקול דעת מנהלי?

קיימת חובה, במיוחד בשנותיו הראשונות של החוק, לעמוד על המשמר ולפקח באופן מתמיד על אופן ביצועו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, למען תמנע הכבדה מיותרת על המבוטחים ותימנע ירידה באיכות השירות הניתן לציבור והכל תוך שמירה גם על השיקולים הכלכליים.

מלאכת הפיקוח על סבירות השירות הרפואי אינה פשוטה שכן בסעיף 3(ד) לא נקבעו לכך קריטריונים מדויקים. זאת ועוד, הסיפא של סעיף 3(ד) מכפיפה את חובת קופת חולים למתן השירותים באופן העומד במבחן הסבירות, במקורות המימון העומדים לרשות הקופה.

ניסוח זה של החוק נובע ממורכבות הנושא. זמינות ונגישות שירותים רפואיים הינו דבר מורכב ויחסי למצבים שונים, כגון: טיב המחלה, מצב החולה וגיל החולה. כן אין להתעלם מכך שמקורות המימון, העומדים לרשות קופות החולים, אינם בלתי מוגבלים, ובהכרח קיים איזון עדין בין טובת המבוטח הבודד לטובתם של כלל המבוטחים.

תפקידו של נציב הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי לבחון כל מקרה לגופו, תוך התייחסות לנסיבות ולשיקול הדעת הרפואי. גם בשנה זו, באותם מקרים בהם נמצא כי לא ניתן די משקל לשיקול

הדעת הרפואי ולצורך בזמינות ונגישות של השירות הרפואי, הצביעה על כך הנציבה והתערבותה הביאה, במקרים רבים, לתיקון המצב. (ראה דוגמאות לכך בפרק השישי לדוח, המפרט מבחר תלונות ותיאור הטיפול בהן)

בתקופת הדוח חלו תמורות רבות, הן בנושא סל השירותים, היקפו ועדכונו, הן בתחום איכות וזמינות השירות המוצע לציבור במסגרת החוק, והן בתחום גביית תשלומים עבור שירותים הכלולים בסל. להלן יידונו נושאים אלו ואופן הטיפול בקבילות לגביהם.

2. היקף סל שירותי הבריאות

"סל שירותי הבריאות" של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להלן: הסל), מוגדר בחוק ככולל את שירותי הבריאות המנויים בתוספת השניה ובתוספת השלישית לחוק. סל השירותים כפוף לשינויים הניתנים לעריכה באמצעות מנגנון העדכון של הסל, הקבוע בסעיף 8 לחוק. על מנגנון זה ויישומו ידובר בהמשך.

בבחינת היקף השירותים הכלולים בסל, יש להבחין בין שירותים הניתנים על ידי קופות החולים, לבין שירותים הניתנים על ידי המדינה. תחום השירותים הניתנים על ידי המדינה, הנמנים בתוספת השלישית לחוק, אינו בסמכות נציבת הקבילות (על כך הורחב בפרק 1, תת פרק 1, סעיף ג).

השירותים הניתנים על ידי קופת החולים נחלקים לשניים: רשימת התרופות הכלולות בצו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות), התשנ"ה - 1995, (להלן: רשימת התרופות שבסל) והשירותים הכלולים בסל (להלן: סל השירותים). שני תחומים אלו יידונו להלן בנפרד.

א. סל השירותים

היקפו של סל השירותים הוא נושא מורכב לגביו קיימת אי בהירות רבה. מחד, נקבע כי סל השירותים הוא הסל אשר ניתן על ידי קופת חולים כללית במועד הקובע. מאידך, השירותים הכלולים בסל מנויים בתוספת השנייה לחוק והמחוקק, בהגדירו את מכלול השירותים הנמנים בתוספת, קבע במקרים רבים רשימות פתוחות. ניסוח זה מאפשר מתן פירוש מרחיב לשירותים אלו ומקנה לסל השירותים גמישות ודינמיות מסויימת.

לא זו אף זו, הקביעה כי סל השירותים שבחוק הוא הסל שניתן בקופת חולים כללית במועד הקובע היא סוג של חזקה משפטית. בירור הקבילות העלה כי ישנם מקרים בהם שירותים אשר ניתנו על ידי קופת חולים במועד הקובע לא נמנו (או נמנו באופן חלקי) בתוספת השנייה, **ולהיפך**.

לדוגמא, במועד הקובע, מימנה קופת חולים הסעה באמבולנס לאדם אשר איבד הכרתו במקום ציבורי ועובר אורח הזמין עבורו אמבולנס.

מנגד, לדוגמא, נקבע בחוק כי ישנה השתתפות עצמית של \$350 עבור תותב של אין אוניות. אולם, מטעם קופת החולים נטען כי קיימת גם תקרה לתשלום של הקופה.

לא למותר לציין כי בכל המקרים הללו (בהם אין מדובר בלקונה גרידא אשר ניתן לישיבה על דרך הפרשנות) גובר הכלל הקבוע בחוק.

בוועדת החקירה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו ומימונו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי נאמר על ידי השר חיים רמון, אשר תרומתו הרבה בחקיקת החוק ידועה, דברים כדלקמן:

"...עד חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא היה קיים במדינת ישראל הנושא של סל בריאות. אנחנו מדברים על סל בריאות כאילו קיים מקדמת דנא. לא היה ולא נברא. אני בקשתי לקבל מקופות החולים, כשר בריאות, מה זכויותיו של החבר, למה הוא זכאי, איזה שירותים. אמרו לי שהם יתנו קודם, הם יתנו אחר כך... בסוף, כשהתחלתי לקבל, קיבלתי את הכללית ואת מכבי. כמוכן שקיבלתי מהכללית סל תיאורטי, שבינו לבין מה שנתנו לא היה קשר אפילו דמיוני. היו הרבה חורים מעט מאוד סל. אז ידעתי את נפשם של פקידי האוצר ובדבר, לא כל כך בסדר, גם את מה שלא נתנו הקפצנו קצת. ב-10%, 15%, וקשה היה להוכיח שזה לא כך, כי הם הסכימו שזה הסל של קופת חולים. זאת אומרת הסל שנרשם בסל הבריאות היה סל שמעולם לא ניתן, במקרה או לא במקרה לפי מומחים הוא היה בחמשת סלי הבריאות הטובים בעולם."

אשר לפרשנות סל השירותים, שאלת היקף חבותה של קופת החולים לפי התוספת השניה לחוק מעלה סוגיות סבוכות בפרשנות החוק, שהשלכותיהן כבדות משקל.

קיימת גישה פרשנית, המתבססת, בין היתר, על הוראות סעיף 7 לחוק, ועל הניסוח הפרטני של התוספת השניה לחוק, לפיה כוונת המחוקק היתה להעתיק באופן מדויק ככל הניתן את סל השירותים אשר נהג בקופת חולים כללית במועד הקובע.

גישה פרשנית אחרת היא זו האומרת כי מבנה התוספת השניה ונוסחה נועדו לשמר, בצד קביעת מסגרת מחייבת, מידה מספיקה של דינמיות פנימית ומחייבים ככלל, להעתיק את נקודת הכובד הפרשנית מפירוט השירותים המנויים בה (או בסל השירותים של הקופה מן המועד הקובע), אל השאלה עד כמה מהווה השירות המבוקש מענה טיפולי "באיכות סבירה", כנדרש בסעיף 3(ד) לחוק.

מתעוררות השאלות מהו היחס בין דינמיות זו לבין הליכי עידכון הסל הקבועים בחוק, וכיצד יפוצו קופות החולים בגין תוספת הנטל הכלכלי שייגרם להן. אין ספק כי קיים קושי רב במציאת נקודת האיזון הנכונה.

הפרשנות המייחסת לחוק, יסוד מובנה של דינמיות זו, לא נתקבלה על קופות החולים, והקופות המשיכו לסרב לממן שירותי בריאות אשר לא סופקו על ידי קופת חולים כללית במועד הקובע. יצויין כי במקרים רבים הקופות עמדו בסירובן, גם כאשר דובר בשירות אשר עלותו פחותה, ומבלי להביא בחשבון את עלות השירותים הנלווים כגון ימי אשפוז, תרופות וכדומה.

סוגיה נוספת אשר הייתה נתונה במחלוקת, במהלך שנת 1998, הנוגעת למתן שירותים רפואיים במימון הקופה, הובאה לסיומה בשנת הדוח, עם פסיקתו של בית הדין הארצי לעבודה בנושא. המדובר בשאלה האם **מנועה** קופת חולים מלספק שירותים אשר אינם כלולים בסל. מטעם קופת חולים לאומית נטען כי שירות אשר איננו כלול בסל, חל **איסור** על הקופה לממנו ואף יש בכך משום עבירה פלילית [סעיף 47(א)(4) לחוק].

בעניין זה נקבע בפסק דינו של בית הדין הארצי לעבודה כדלקמן:

"המאפיין את ביטוח הבריאות הממלכתי הוא כי על פי מבנה חוק הבריאות וגורם התחרות שבין קופות החולים, השירותים הרפואיים אשר קופת חולים חייבת לתיתם הם בגדר "רצפה", וקופת חולים מוסמכת ורשאית להעניק שירות רפואי או תרופה נוספים מעבר לקבוע בחוק או על פיו. זאת כמוכן בשים לב למשאביה הכספיים של קופת חולים ומילוי הוראות החוק ועקרונותיו כמפורט בסעיף 1(ב) ובשים לב למעמדה של קופת החולים כגוף ציבורי".

[דבע 7/97 ירמה מדזיני ודרורה קידרון נ' קופת חולים הכללית ומדינת ישראל (משרד הבריאות) עמ' 11 לפסק הדין. (להלן: **פסק דין מדזיני**)]

בהתאם לפסיקה זו הועברו לידיעת קופת החולים גם קבילות בהן הלינו מבוטחים על שירותים או תרופות אשר אינם כלולים בסל. כך ניתן לקופת החולים לבחון כל פניה ונסיבותיה ולבדוק את האפשרות ליתן למבוטחים שירותים מעבר לבסיס הקבוע בחוק במקרים בהם הדבר התאפשר.

בפסק דין **מדזיני**, אשר עסק בהיקף שירותי הפיזיותרפיה הכלולים בסל, נפסק גם, כי ניתן לראות בהיקף השירותים אשר נתנה קופת חולים כללית, במועד הקובע, **בפועל** חלק מן השירותים עצמו אשר ניתן, ועל כן, לקרוא לתוך סל השירותים, את המגבלה על מספר השירותים בה נהגה הקופה. על נושא זה יורחב בפרק החמישי לדוח, בחלק העוסק בטיפול פיזיותרפיה.

יצוין, כי מפסיקה זו יש ללמוד כי בבואנו לפרש אלו שירותים יש לראות ככלולים בסל, גם לשיטת הפרשנות לפיה מייחסים יסוד של דינמיות לסל, יש לבחון גם עד כמה מדובר בשירות רפואי אשר היה קיים במועד הקובע ובמידה ומדובר בשירות אשר היה קיים גם אז, לבדוק האם שירות זה סופק על ידי קופת החולים ובאיזו הגבלה.

עמדת הנציבה

הנציבה סבורה כי מן הראוי לנקוט בגישה הפרשנית לפיה קיימת בחוק מידה של דינמיות, אשר יסודה בחובת הקופה לספק שירותים באיכות סבירה, והבאה לידי ביטוי בכך שהמחוקק קבע "רשימות פתוחות" בתוספת השניה לחוק.

יש לנקוט בפרשנות זו באופן זהיר, ותוך בחינת כל סוגיה לגופה, כאשר בגדר בחינה זו, יש לבדוק, בין היתר את מידת מקובלותו של הטיפול המבוקש, וקליטתו ב-State of the art.

הנציבה סבורה כי על אף הבעיות הכרוכות בפרשנות הנ"ל, גישה זו עולה בקנה אחד עם רוח החוק, ועם העיקרון של שמירה על סל שירותי בריאות באיכות סבירה.

ב. רשימת התרופות שבסל

רשימת התרופות הכלולה בסל של חוק ביטוח בריאות ממלכתי מפורטת בצו בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות) התשנ"ה - 1995, (להלן: **צו**

התרופות או: הצו). בצו, נמנות התרופות בצורתן הגנרית, לפי סדר ה- A,B,C . אין בצו חלוקה למשפחות של תרופות וכן, למעט תרופות אשר נתווספו לסל משנת 1997 ואילך, לא מצויין בצו, לאלו התוויות נכללת התרופה בסל. (ההתוויות של תרופה הן המחלות או המצבים הרפואיים שהתרופה הותרה לשימוש בהן בישראל).

בניגוד לסל השירותים שקבע המחוקק, המאפשר מתן פירוש מרחיב, רשימת התרופות מוגדרת וקבועה והתחום הניתן לפרשנות מוגבל.

שתי הסוגיות החשובות בפרשנות רשימת התרופות הן: נושא מדיניות תרופות (בחירת הטיפול התרופתי והחלפתו) ונושא ההתוויות. נושא מדיניות התרופות ידון בהרחבה בהמשך. בנושא ההתוויות ניתן בשנת 1998 פסק דין בו הוכרעה הסוגיה וכתוצאה מכך טווח הפרשנות בתחום זה הוסיף וצומצם. בטרם יצוטט מהפסיקה ולצורך הבנת נושא רשימת התרופות שבסל ועדכונה, להלן תובא סקירה של המצב הקיים לגבי תהליך הרישום והאישור לשימוש של תרופה בישראל, ודרכי מימונה.

כל תרופה המשווקת בישראל חייבת להירשם במשרד הבריאות טרם שיווקה, בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל (להלן: "פנקס התכשירים"). בקשה לרישום תרופה ניתן להגיש כאשר התרופה רשומה בארץ יצורה ויש לגביה נתונים המוכיחים את בטיחותה ואת יעילותה. בסופו של תהליך הרישום, שהינו מורכב ולעיתים נמשך מספר חודשים, נרשמת התרופה, ומאושרת להתוויות מסוימות (כאמור, ההתוויות של תרופה הן המחלות או המצבים הרפואיים, שהתרופה אושרה לטיפול בהם). לצורך רישום התוויה נוספת נדרש הליך אישור ורישום נוסף. ראוי להדגיש, שאישור ורישום של תרופה מסוימת והתוויותיה בפנקס התכשירים, אין משמעותו בהכרח, הכנסה אוטומטית של התרופה לרשימת התרופות שבסל.

רק תרופה שהוכללה ברשימת התרופות שבסל תינתן על פי שיקול דעת רפואי, במימון קופת חולים. עד היום הוכללו בסל אך ורק תרופות אשר אושרו ונרשמו בפנקס התכשירים. תרופה, אפילו אושרה ונרשמה, כל עוד לא הוכללה ברשימת התרופות שבסל, אין חובה על קופת חולים לממנה. בהתאם לפסק דין מדזיני, רשאית קופת חולים לנהוג לפנים משורת הדין ולממן גם תרופות ושירותים שאינם בסל אולם הדבר נתון לשיקול דעת הקופה וכפוף לאמצעים העומדים לרשותה.

לגבי מבוטחים הנמצאים באשפוז המצב הוא שונה. קופת החולים מנפיקה למבוטח התחייבות לצורך האשפוז ומבוטח הנמצא באשפוז מקבל מבית החולים כל שירות או תרופה אשר הומלצו לו, על פי שיקול דעתם של הרופאים המטפלים בבית החולים. לבית החולים, אסור לגבות מן המבוטח כל תשלום נוסף מעבר למחיר האשפוז³⁴ (מחירי אשפוז מוסדרים על פי חוק הפיקוח על מצרכים ושירותים). אין לעניין זה כל נפקה מינה, באיזו תרופה או טיפול מדובר, ואם התרופה כלולה בסל או אינה כלולה בסל. החרג היחיד לכלל זה הינו טיפול ניסויי. **במידה ומתבצע טיפול במסגרת ניסוי**, מממנו עורך הניסוי, לא ישלם עליו המבוטח ולא המבטח. אולם, אין כל חובה לספק שירות או תרופה שהנם ניסויים.

תרופה אשר לא נרשמה לשימוש בישראל, או התוויה של תרופה אשר התרופה לא נרשמה לשימוש בה, כאמור, אין על קופת חולים חובה לממנה. אולם, במקרה של חולה אשר איננו נמצא באשפוז, יש וניתן לקבלה באחת משתי הדרכים הבאות:

א. במידה ומדובר בטיפול ניסיוני, במסגרת של ניסוי קליני לאחר אישור של ועדת הלסינקי של בית חולים בו נעשה הניסוי ובאישור משרד הבריאות. במקרה זה ממומנת התרופה על ידי עורך הניסוי.

ב. באישור על פי תקנה 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים רפואיים), התשמ"ו - 1986 (המוכר בכינויו בקהילה הרפואית "טופס 29ג").

תקנה זו מאפשרת, בהתקיים תנאים מסוימים, שימוש חורג בתרופה שאינה רשומה בפנקס התכשירים או הרשומה בפנקס התכשירים אבל לא להתוויה הדרושה. במקרה כזה במידה והתרופה ניתנת באופן אמבולטורי היא נרכשת, על פי רב, ביבוא ומימון אישי של המבוטח.

בשנת 1998 נדונה בבית הדין הארצי לעבודה, תביעה של חולי טרשת נפוצה, שעניינה מתן התרופה אימונוגלובולינים. המדובר בתרופה הכלולה בסל, אולם לא נרשמה להתוויה המבוקשת לשימוש בישראל. (כלומר, ניתנה באישור על פי תקנה 29א(3) הנ"ל).

כאמור, לכאורה יש להבדיל בין תרופה אשר לאחר שהוכללה בסל, אושרה

³⁴ פרופסור י. שמר בתפקידו כראש המנהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות, הצביע על כך שבהעדר אישור על ניצול טכנולוגיות חדשות בבתי חולים, תהליך שהוא הכרחי ומבורך, נוצרות בעיות לקופות חולים והן לבתי חולים (לבתי החולים קשה להתמודד עם עלות טכנולוגיות אלו ולקופות החולים אין חובה למימון הטכנולוגיות כאשר החולים משתחררים לקהילה) המצב הקיים חשוב להתקדמות הרפואה אולם בעייתי.

לשימוש גם בהתוויות נוספות, שנרשמו אף הן בפנקס התכשירים, לבין תרופה אשר הוכללה בסל והתעורר צורך לתיתה בהתוויה חדשה אשר לא נרשמה בפנקס התכשירים. אולם אף כי הסוגיה שעמדה בפני בית הדין עסקה במתן תרופה הכלולה בסל להתוויה נוספת אשר לא נרשמה, בפסק הדין התייחס בית הדין לשני סוגי תוספת ההתוויות, כאחת.

בבית הדין הארצי לעבודה נפסק: "מקובלת עלינו טענת קופת חולים שנתמכה על ידי נציג היועץ המשפטי לממשלה כי רשימת התרופות שבצו התרופות מביאה בחשבון, בין השאר את ההתוויות לגבי אותן תרופות, בעת הכללתן בצו התרופות, המצביעות על היקף השימוש הצפוי בתרופות, וכתוצאה מכך - העלות הצפויה של התרופות. בצדק טען לפנינו נציג היועץ המשפטי לממשלה כי לא יהיה זה נכון לחייב את קופות החולים לספק תרופה שעלותה גבוהה, ושהתווייתה היא למחלה בלתי נפוצה, אם יתברר כי אותה תרופה יעילה אף למחלה נפוצה וזאת מבלי שהדבר ימצא ביטוי הן בהתוויה לפי תקנות הרוקחים והן בהליך על פי חוק הבריאות". [דבע 4-7/97 לילי כרמל נ' קופת חולים כללית אוחד עם דבע 3-7/98 ודבע 7-48 בעמ' 18 לפסק הדין (להלן: פסק דין כרמל)]

באותו מקרה נפסק כי הואיל ומדובר בתרופה שהתווייתה לא שונתה, אין לחייב את הקופה לתיתה למבוטחים.

בפסק הדין צוטטה הפסיקה במדויני כי סל שירותי הבריאות הינו אך "רצפה" ולא "תקרה" ובית הדין ציין כי אינו יכול להתעלם מחוות הדעת על יעילות התרופה ועל סבלם של התובעים ועל כן, קרא לקופת חולים לנהוג על פי מידת הצדק והאחריות הציבורית המוטלת עליה ולמצוא את התשובות המתאימות למצוקתם של המבוטחים.³⁵

פסק דין זה מדגים את הבעייתיות שברשימת תרופות נוקשה ומוגדרת, באי מימון תרופות לחולים קשים והקושי בעדכון הסל. נושאים אלו ידונו בהמשך הפרק.

ג. מדיניות תרופות

כפי שנאמר לעיל בצו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות) התשנ"ה - 1995, מפורטת רשימת התרופות שבסל בצורתן הגנרית, ולא בשמן המסחרי, ולכן מתעוררת השאלה האם יש לראות ככלולות בסל את כל התרופות הנושאות את אותו שם גנרי.

³⁵ נמסר לנציבה כי לאחר מתן פסק הדין נבדקה במשרד הבריאות כדאיות הכללת התרופה להתוויה המבוקשת, אולם נמצא כי אין הצדקה להכללתה בסל.

קיימות מספר אפשרויות פרשנות:

- א. לראות ככלולות בסל רק את הצורות המסחריות אשר סופקו ע"י קופת החולים כללית בינואר 1995 ("המועד הקובע" לגבי תרופות).
- ב. לאמר כי די באספקת תרופה מסחרית אחת של התרופה בכדי להוציא את קופת החולים ידי חובתה³⁶.
- ג. לראות ככלולות בסל את כל החלופות המסחריות של תרופה גנרית אשר נמנית ברשימת התרופות שבסל.

יש לציין כי ישנן וריאציות שונות של דרכי פרשנות אלו.

עמדת הנציבה

הנציבה סבורה כי אין זה סביר שיקבעו ככלולות בסל רק הצורות המסחריות אשר סופקו בינואר 1995. המדובר בתחום דינמי, ולא פעם צורה מסחרית אחת, איננה מיוצרת עוד, וישנה חברה אשר מייצרת את אותה תרופה גנרית בצורה חדשה עם שם חדש. מאידך, ישנם מקרים בהם יוצאת לשוק תרופה בעלת אותו שם גנרי, אשר החומר הפעיל בה הינו בעל עוצמת פעילות אחרת, ומחירה גבוה מהתרופה הקודמת. במקרים אלו ראיית כל התרופות הגנריות ככלולות בסל, הינה בעייתית. בנוסף, הואיל וקיימים הבדלים בין מחירי התרופות הגנריות השונות, יש לאפשר לקופת החולים מידה מסוימת של גמישות.

אשר על כן, הנציבה סבורה כי מחובת הקופה לספק לפחות צורה מסחרית אחת של כל תרופה גנרית. **אולם**, אין לראות צורות מסחריות אחרות כאילו אינן כלולות בסל ועל כן לא לספקן, או לגבות עבורן תעריף גבוה יותר, לכן במידה וקיימת הצדקה כי חולה מסוים יקבל דווקא תרופה בצורה מסחרית אחת ולא אחרת, על הקופה לספקה. דוגמא למצב בו מחויבת הקופה לספק דווקא חלופה מסחרית מסוימת, הוא המצב בו חולה קבל תרופה מסוג מסויים זמן רב והחלפתה גורמת לפגיעה בבריאותו.

פרשנות זו עולה בקנה אחד עם חובת הקופה, על פי סעיף 3(ד), למתן הטיפול והתרופות הכלולים בסל "באיכות סבירה".

³⁶ ככל הנראה זוהי שיטת הפרשנות בה נוקטת קופת חולים מאוחדת.

הנושא של החלפת תרופות עלה בתקופת הדוח באופן מעורר דאגה, בשני תחומים. האחד בעניין אשר נזכר לעיל - החלפת תרופות גנריות, והשני החמור יותר - בעניין החלפת הטיפול התרופתי בין תרופות **שונות** השייכות לאותה קבוצה טיפולית. להלן ידונו שני נושאים אלו (מן הקל אל הכבד) והטיפול בקבילות לגביהן.

החלפת תרופה גנרית אחת באחרת

לכאורה לא צריך להיות הבדל בין צורות מסחריות שונות של אותה תרופה ("תרופות גנריות"). יחד עם זאת, בתקופת הדוח (לקראת סוף שנת 1998) מבוטחים התלוננו כי לאחר החלפה בין תרופות הגנריות לאפילפסיה טגרטול וטריל (צורות מסחריות שונות של התרופה CARBAMEZAPIN), נמצאו הבדלים בהשפעת התרופות ונגרם נזק לבריאותם.

מאגודת אי"ל – אגודה ישראלית לאפילפסיה, נמסר כי נתקבלו אצלם תלונות רבות בהם דווח שההחלפה בין טגרטול לטריל גרמה לריבוי התקפים, להתקפים חזקים יותר, ולתופעות לוואי חדשות. הנושא נבדק בספרות המקצועית מטעם האגודה, ונשלח אל נציבות הקבילות קובץ מאמרים, המצביע על כך כי קיימת השפעה להחלפת התרופות ועל כן יש צדק אוביקטיבי בדברי המתלוננים.

שוני זה, באיזון במעבר לתרופה גנרית, אפשרי, מאחר ורמת הדיוק הנדרשת של הפעילות הביולוגית בין צורה מסחרית אחת לאחרת, היא של 20%, ולכן, כאשר האיזון הוא עדין ביותר, ההבדל יכול להיות מאוד משמעותי.

כאמור, עמדת הנציבה בנושא זה היא, כי היות והתרופות כלולות בסל בשמן הגנרי, אין קופות החולים חייבות באספקת כל סוגי החלופות המסחריות הקיימות לכל תרופה, ודי בחלופה אחת. יחד עם זאת, טפול באיכות סבירה מחייב שמירה על רצף הטיפול, וחולים אשר קבלו תרופה מסוג מסויים בעבר, מחובת הקופה

להמשיך ולספק להם את התרופה מהסוג שקבלו, במיוחד באותם חולים אשר בהם ההחלפה פוגעת באיזון שהושג.

במקרה זה, של החלפת תרופות לחולי אפילפסיה התערב דר' יצחק ברלוביץ', ראש מנהל שירותי רפואה, וכתב למנהל האגודה הישראלית לאפילפסיה:

"הנני להבהיר כי אין להחליף לחולי אפילפסיה המאוזנים בתרופה אתית אחת לתרופה אתית אחרת גם אם היא אותה תרופה מבחינה גנרית וזאת, בגלל החשש לסטייה בזמינות ביולוגית וחלון טיפולי צר"

הנציבה מקווה, כי לאור הנלמד ממקרה הטגרטול והטריל, ינקטו קופות החולים במשנה זהירות בעת החלפת תרופות גנריות, ותלונות מסוג זה לא יישנו.

החלפת הטיפול בתרופה אחת לטיפול בתרופה אחרת

בסוף חודש אוקטובר 1998, הובאו לידיעתה של נציבת הקבילות חוזרים של קופת חולים כללית, בהם הונחו רופאי קופת החולים, לנסות ולשנות את הטיפול בתרופות LOVALIP ו-SIMOVIL ל-LIPIDAL ואת הטיפול ב-NORVASC ו-CONVERTIN ל-TRITACE.

בין החוזרים נמנו: הנחיות לרופאים שלא להתחיל בטיפול בתרופות הנ"ל ללא אישור ההנהלה הרפואית (בקרת תרופות), הנחיות לרוקחים להפנות מבוטחים עם מרשמים לתרופות הנ"ל לרופא המטפל על מנת שישנה את הטיפול (ובמידה והרופא סבור כי אין להחליף את התרופה עליו להפנות את הבקשה למנהל המנהלת), והנחיות להוריד תרופות אלו מן המדפים, לא ליתן אישורי קניה פרטית עבורם, ולא החזרים כלשהם בשל קניה כזו.

בנוסף, הובא לידיעתה של הנציבה מכתב של אבטחת איכות במחוז ירושלים, הנושא את הכותרת "טיפול רציונלי בהיפרליפידמיה" ובו

הודעה לרופאים על ביצוע הליך ביקורת על הטיפול בו נקטו.
הרופאים נתבקשו לבחור שיטת בקרה מבין האפשרויות הבאות:
בקרה עצמית (מילוי דוחות שישלחו ליחידת הבקרה), בקר חיצוני
(ביקורת של רופא בקר), או בקרה משולבת (בקרה של רופא בקר
בצורת פגישה ודיון). זאת ועוד, לנציבה נמסר העתק ממכתב של סגן
מנהל רפואי של אחד המחוזות, לרופא של קופת החולים בו נתבקש
הרופא להסביר מדוע הוחל טיפול בתרופה CONVERTIN ולהציג תכנית
לטיפול בנדון.

נוכח הנחיות אלו והלשון אשר ננקטה בהם, התעורר החשש כי יופר
האיזון התרופתי של חולים הסובלים מיתר לחץ דם ויתר שומנים
בדם. יובהר בשנית, כי גם אם התרופות החילופיות אינן פחות
יעילות מארבעת התרופות שצוינו, עדיין תיתכן פגיעה במצבם
הבריאותי של המבוטחים הנזקקים לתרופות הנ"ל, שכן כאמור,
עצם החלפת התרופה עלול להפר את האיזון התרופתי.

לא זו אף זו, הנחיה, המגבילה את שיקול הדעת הרפואי של הרופא
המטפל, ופועלת למניעתו מלתת תרופה הכלולה בסל התרופות,
עלולה לגרום לרופאים המטפלים, לפעול בניגוד לחובתם לשים מול
עיניהם את טובת המטופל בלבד.

בעקבות הידיעה הנ"ל, ב-29.10.1998, פנתה הנציבה לפרופ' מיכה
לוי, יו"ר החברה הישראלית לפרמקולוגיה קלינית של ההסתדרות
הרפואית בישראל, ובקשה את חוות דעתו, האם אכן יש בהנחיות
משום הגבלה של שיקול דעת רפואי, והאם יש בכך משום פגיעה
במצבם הבריאותי של המבוטחים הזקוקים לתרופות שצוינו לעיל.
פרופ' לוי אישר את החששות.

ואמנם, בסמוך לקבלת הידיעה הנ"ל החלו להתקבל בנציבות
הקבילות תלונות בדבר החלפת התרופות האמורות. מן הקבילות
עלה כי היה בסיס לחשש לפגיעה במבוטחים. לאור התלונות, פנתה
נציבת הקבילות לנציב פניות הציבור של קופת חולים כללית לצורך

בירור הנושא וכן לפרופסור רביד, מנהל מחלקה פנימית בבית חולים מאיר ויו"ר וועדת התרופות של קופת חולים כללית, ובקשה את התערבותו.

במקביל, נציבת הקבילות העבירה למנכ"ל משרד הבריאות את ההנחיות, בצירוף העתקים מקבילות המבוטחים בנושא. מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' גבריאל ברבש, הגיב בחומרה על כל קבילה.

בעקבות מאמצים משותפים של מנכ"ל משרד הבריאות ושל הנציבה, נמסר לנציבת הקבילות מטעם קופת החולים, כי נשלחו, מטעם הנהלת הקופה, מכתבים לכל הגורמים האחראים לנושא, אשר באו להבהיר את ההנחיה אשר ניתנה, ולהעמיד את הדברים על תיקונם.

כך, ב-8.1.1999- נשלח מכתב למנהלים הרפואים עליו היו חתומים : דר' ליברמן (ראש האגף הרפואי בחטיבת הקהילה), דר' מוטי ליפשיץ (ראש אגף רפואה בחטיבת בתי החולים), פרופ' אבי פורת (מנהל מחלקת מדיניות בחטיבת הקהילה) ופרופ' מרדכי רביד. בחוזר זה הובהרה מדיניות התרופות של קופת חולים והודגש כי :

"התועלת לחולה עומדת בראש סולם השיקולים של הקופה, ומדיניות לגבי התרופות כאמור נעשית רק בין תרופות מהשורה הראשונה. ההחלטות מתקבלות ע"ס לימוד הספרות העדכנית והעדויות המדעיות במדינות המתקדמות ביותר בעולם בתחום הרפואי.

מדיניות הקופה מובאת לידיעת הרופאים כהמלצות לשיקול בעת בחירת טיפול תרופתי. אין אנו מחייבים רופאים לרשום תרופה מסויימת. קופת חולים כללית מעולם לא נקטה בשיטות של מתן פרס כספי או איום בסנקציות נגד רופאים שלא קיבלו את המלצות הקופה בנושא תרופות והקופה מתנגדת לכך נחרצות. השיטה שהקופה פועלת בתחום זה היא חלק מתהליך כולל של הנחיה

לאיכות"

בסיפא המכתב נאמר : "נבקשכם שכל הנחיה לשטח בתחום זה תעשה בכפוף ותוך הקפדה על עקרונות אלו"

ב13.1.1999- נשלח מכתב נוסף להנהלת המחוזות ובתי החולים מנהלים רפואיים ורוקחים ראשיים מטעם דר' ליברמן. במכתב הובהרו הנחיות הקופה לשימוש בתרופות חלופיות. בין היתר צויין כי קופת חולים זכאית ואף חייבת לפעול להתאמת השירותים שבסל למסגרת מקורות המימון העומדים לרשותה וזאת תוך הפעלת שיקול דעת רפואי. צויין כי רופאים רשאים לכתחילה לרשום תרופות גנריות חלופיות ובלבד שישמר רצף הטיפול התרופתי הניתן למטופלים.

גם בסופו של מכתב זה נאמר : "הנכם מתבקשים להקפיד על ביצוע הנחיות אלה המבטלות כל הנחיה קודמת בנושא"

ב12.1.1999- התפרסם חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 2/99 אשר נשא את הכותרת "רופאים במילכוד - שימור האמון בעידן של התנגשות אינטרסים". בחוזר זה דן מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופסור גבריאל ברבש, בסוגיית השמירה על האיזון בין חובת הרופאים לחולה לבין חובתם למערכת בה מתפקדים ולשמירה על התקציב. בין היתר נאמר בחוזר :

"... בימים אלה, הוצאתי מכתבי התרעה למספר רופאים מנהליים באחת הקופות. רופאים אלו הנחו במכתב רשמי את הכפופים אליהם להחליף, משיקולי עלות, טיפול תרופתי של חולים ביתר לחץ דם שהיו מטופלים בתרופה אחת - בתרופה אחרת.

מקצוע הרפואה מבוסס על מערכת יחסי אמון בין החולה לרופא המטפל. החולה שם בנו הרופאים את אמונו ומייחל למיטב שיפוטנו

הרפואי והבלתי תלוי! אסור לנו בשום דרך או אופן לנקוט בפעולות, או לקבל החלטות שיפגעו במרקם היחסים החיוני והרגיש כל כך.

בחוזר מנכ"ל זה ברצוני להתריע בפני הסחף שחל בנושא ולהביא לאיזון נכון יותר של האינטרסים המתנגשים במסגרתם מתפקדים כיום הרופאים. ברצוני להבהיר לכן:

א. אין מניעה להתחיל טיפול תרופתי בתרופות נגזרות – גנריות או חליפיות שיעילותן זהה.

ב. על הרופא להקפיד לשמור על רצף טיפול תרופתי. אין להחליף תרופות משיקולי עלות, בחולים בהם כבר הושג איזון תרפויטי..."

עמדת הנציבה

נציבת הקבילות תומכת בדברים שנאמרו בחוזר המנכ"ל הנזכרים לעיל. לכך יש להוסיף כי קיים הכרח להקפיד על שמירת האיזון שבין הסיפא של סעיף 3(ד) לחוק, לפיו חובת קופת חולים לאספקת שירותים כפופה לאמצעים העומדים לרשותה, לבין הרישא של סעיף זה הקובע את החובה להקפיד על מתן תרופות וטיפולים **לפי שיקול דעת רפואי**.

הגבלת שיקול הדעת הרפואי מהווה פגיעה חמורה בעקרונות היסוד של החוק. מחובת קופת החולים, אף כשהיא מקיימת בקרה, לאפשר לרופא המטפל להפעיל את שיקול דעתו המקצועי ובהתאם לשיקול דעת זה ליתן את התרופה בעלת היעילות וההתאמה הגבוהה ביותר לחולה.

הנציבה סבורה כי בנושא רגיש זה אין די בקביעת העקרונות לשמירה על האיזון ונדרש פיקוח **בפועל** על מדיניות התרופות של הקופות.

הנציבה מדגישה, כי קיימת בעיתיות מיוחדת בהחלפה של טיפול תרופתי בין תרופה שבסל לתרופה שאיננה בסל וכך הוא המקרה לגבי חלק מן התרופות בהם דובר בפרק זה. אמנם לא תמיד רשימת התרופות שבצו מבטאת מדיניות (כלומר קביעת עמדה בשאלה – איזו חלופה טיפולית עדיפה), אולם, כאשר קופה מספקת תרופה שאיננה בסל, אפילו אם היא מסבסדת אותה כאילו הייתה בסל ואף מודיעה כי התרופה כלולה "בסל השירותים של הקופה", עדיין קיימת הסכנה כי הקופה תפסיק את סבסוד התרופה. קיימת הגישה לפיה, במקרה זה מחובת הקופה להמשיך במתן התרופה המהווה חלופה טיפולית לתרופה הכלולה בסל וזאת מכח החובה למתן טיפול באיכות סבירה ושמירה על הרצף הטיפולי אולם הדברים אינם פשוטים.³⁷

הנציבה קוראת להחמרת הפיקוח על מדיניות התרופות של הקופות אולם מקווה כי מכל מקום, קופות החולים תקפדנה על שמירת האיזון הנזכר, כמתואר במכתבים אשר צוטטו לעיל.

3. עדכון סל השירותים והתרופות

רבות דובר ונכתב אודות בעיות התקציב הקשות במערכת הבריאות והמצוקה הכלכלית בה מצויות הן קופות החולים והן בתי חולים. לקראת סוף שנת 1999

³⁷ אחת הבעיות של גישה זו הינה האבחנה בין מתן תרופה **כחלופה טיפולית לתרופה שבסל** לתרופה הניתנת ע"י הקופה **מעבר לחובתה על פי החוק**. כך למשל בשנת 1998 נתקבל מספר רב של תלונות נגד קופת חולים כללית בגין הפסקת מימון של תרופות אשר הקופה סיבסדה לפנים משורת הדין (בד"כ התרופות סובסדו בשיעור של 45% ממחירן). בשנת 1999 הדבר חזר על עצמו לגבי התרופה SEROXAT אשר עם הכנסתה לסל הפסיקה הקופה לסבסד אותה להתייה של דכאון, התוויה אשר לא נכללה בהרחבת הסל.

מונתה, ביזמת חבר הכנסת דוד טל, ועדת חקירה פרלמנטרית לבדיקת יישומי ומימונו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להלן: ועדת החקירה). הרקע להקמת ועדת החקירה, על פי סיכומי הביניים של הוועדה, היה תהליך היווצרותו של פער, הולך וגדל, בין התקציב הניתן לסל ולעידכנו לבין הצרכים. נכתב כי התהליך הגיע לשיאו בהודעת שר הבריאות, הרב שלמה בניזרי, כי "אנשים מתים בשל המחסור בתרופות".

בדוח זה לא יורחב הדיון בכל סוגיית שיעור עדכון עלות הסל, נושא עליו שוקדת ועדת החקירה, ואשר אין נציבות הקבילות עוסקת בו, אולם פרק זה יוקדש לעדכון הסל בכל הנוגע לתוספת טכנולוגיות תחום אודותיו רבו קבילות הציבור.

גם בתקופת דוח זו, כמו בקודמתה, נתקבלו בנציבות הקבילות, כדבר של יום ביומו, תלונות בגין אי הכללתם של שירותים ותרופות בסל, או הכללתם עם הגבלות נוקשות. אין להתעלם מכאבם של מבוטחים הנזקקים לטיפול או תרופה יקרים אשר קצרה ידם מלרכשם ומן התלונה החוזרת של מבוטחים כי על אף התשלומים הרבים הנגבים עבור ביטוח בריאות, יש ובעת שנוקקו הם או בני משפחתם לטיפול רפואי, הפנתה להם המערכת עורף ולא נמצאו מקורות המימון לטיפולים ולתרופות להם נזקקו.

יש לחזור ולהדגיש כי אין חברה שמשאביה בלתי מוגבלים. תקציב רפואי בלתי מוגבל, שיענה על כל הצרכים הרפואיים של כל המבוטחים בכל עת, הוא בגדר אוטופיה ולא רק במדינת ישראל בה יש להתחשב בצרכים לאומיים חשובים אחרים. יחד עם זאת, לצורך שמירה על סל שירותים סביר יש הכרח במנגנון עדכון הולם, ותקציב הנדרש לקיומו. הדבר הכרחי למניעת התרוקנותו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי מתוכן, ולמען עמידה בעקרונות היסוד הקבועים בחוק יסוד כבוד האדם וחירותו כי: "אין פוגעים בחייו, בגופו, או בכבודו של אדם באשר הוא אדם" (סעיף 2 לחוק היסוד) וכי: "כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו" (סעיף 4 לחוק היסוד).

להלן ידון המנגנון הקיים להוספת טכנולוגיות, יישומי והמלצות הנציבה לפתרונות ושינויים נוספים.

א. הסמכות לביצוע שינויים בסל

עד לכניסתו לתוקף של חוק ההסדרים - 1998, הסמכות ל**ייזום** שינויים בשירותי הבריאות והתשלומים בעדם, ובכלל זה ברשימת התרופות, ניתנה בידי שר הבריאות וזאת בהתאם לסעיף 8(א) וסעיף 8(ז)(2) לחוק. נושא זה נידון בהרחבה

בדוח השנתי הראשון של נציבות הקבילות.

בחוק ההסדרים – 1998, בוצעו שינויים בסעיף 8 לחוק וכיום, האפשרות ליזום שינויים בשרותי הבריאות והתשלומים בעדם, נתונה גם בידי קופות החולים. הצעות קופות החולים, טעונות את אישור שר הבריאות³⁸ ובמידה ויש בהצעות בכדי לשנות את תשלומי החברים, נדרש גם אישור ועדת הכספים של הכנסת.

בסעיף 8 לחוק, כפי שתוקן, נקבעו תחומים לגביהם רשאיות קופות החולים להציע שינויים, ועקרונות אשר צריכים להתקיים בשינויים המוצעים. לאור חשיבות הנושא מובא ציטוט מלא של הוראות סעיף 8 בנספח מס' 6 לדוח.

בהתאם לסעיף 8 המתוקן, כבר בשנת 1998, עשו קופות החולים שימוש בסמכותם ליזום שינויים **בגביית תשלומים** עבור שירותים הכלולים בסל. על שימוש זה בסמכות הקופה, יורחב בהמשך. להלן יידונו העדכונים אשר חלו בתחום תוספת טכנולוגיות לסל השירותים והשינויים אשר בוצעו בתהליך עדכון הסל.

ב. תהליך הוספת טכנולוגיות לסל - הלכה למעשה

בדוח הקודם, הצביעה הנציבה על כך, כי עד לשנת 1997, עדכון סל השירותים ורשימת התרופות שבסל, היה מינימלי וזאת לאור העדרם של מסגרת מימון ומנגנון עדכון מתאים. צויין, כי רק לאחר שקמה זעקה ציבורית, הצליח שר הבריאות לקבל תקציב מיוחד עבור עדכון הסל בסך מאה וחמישים מיליון ש"ח.

לאחר תקופה כה ארוכה בה לא עודכן הסל באופן ממש, התקציב אשר ניתן לא הספיק בכדי להדביק את החסר.

הנציבה הצביעה על ההכרח במתן תקציב הולם לעדכון הסל ובמנגנון עדכון סביר באמצעותו ייבדק באופן קבוע, סל השירותים הבסיסי, רשימת התרופות וההגבלות בהן ניתנות, וייבחן, אלו שירותים ותרופות ראוי שיגרעו או יתווספו לסל.

³⁸ בהתאם לסעיף 8 לחוק (המובא בנספח 6 לדוח זה), שר הבריאות רשאי להתנגד לשינוי אם יש בו בכדי לפגוע בבריאות הציבור או אם אינו עומד בקריטריונים הקבועים בסעיף זה.

במהלך שנת 1998, הוקם במשרד הבריאות, במסגרת חטיבת הבריאות, גוף אשר תפקידו לעסוק במדיניות טכנולוגיה ברפואה המכונה המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות (להלן: המינהל). תפקידי המנהל וסמכויותיו פורטו בחוזר המנהל הכללי מספר 3/98 מיום 1.3.1998. משהוקם, החל המנהל בבנייתה של שיטה לבדיקה ואפיון של טכנולוגיות חדשות, בכדי לדרג את עדיפות הכנסתן לסל. המונח "טכנולוגיות" בא לכלול: תרופות, אביזרים, מכשירים רפואיים, פרוצדורות, בדיקות דיאגנוסטיות ובדיקות סקירה.

בהתקיים מנגנון להערכת טכנולוגיות, **במידה וניתן תקציב לכך**, באפשרות המינהל להעביר רשימת טכנולוגיות, מדורגות על פי סדר עדיפויות, לשיקול דעת הגורמים המוסמכים לעדכון הסל.

לאור החשיבות הציבורית הרבה הקיימת לעניין עדכון הסל, להלן יתואר תהליך עדכון הסל כפי שנתבצע בתקופת הדוח:

1. המנהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות

כפי שהוסבר על ידי פרופסור יהושע שמר, המשנה למנכ"ל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות, כתפקידו אז, (כיום, מנכ"ל משרד הבריאות), עבודת המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות, מבוססת על בחינת טכנולוגיות חדשות על פי קריטריונים מקצועיים של בטיחות, יעילות, הערכה כלכלית והערכת צרכים.

בין הפרמטרים הנבחנים על ידי המינהל, נמנים:

- ♦ יעילות הטכנולוגיה
- ♦ הצורך בטכנולוגיה להצלת חיים עם הבראה מלאה / מניעת המחלה
- ♦ מספר החולים הנזקקים לטכנולוגיה וקבוצת הגיל הנזקקת
- ♦ קיום חלופה טיפולית ובדיקת יעילות החלופה

- ♦ טיפול במחלה קשה או הגורמת סבל רב לעומת מחלה קלה
- ♦ בדיקת עלות הטכנולוגיה לעומת הרווח הצפוי
- ♦ הארכת חיים ביחד עם שיפור איכות חיים (יכולת תפקוד עצמי)

או

ביחד עם סבל רב לחולה

- ♦ ביטוח הדדי חברתי לתרופה יקרה מאוד (שהוכחה יעילותה)
- כשעלותה לפרט גבוהה, לעומת זאת, לחבריה סבירה
- ♦ הבטים אתיים וחברתיים

אין באמור לעיל, בכדי לפרט את כל הסוגיות והקושיות העומדות בפני המנהל וברור מאליו כי המלאכה העומדת בפני המנהל אינה פשוטה, וכי מדובר בפעולה הדורשת זמן ומומחיות.

נמסר, כי בתקופת הדוח, בוצעה עבודת המנהל באופן הבא:

<u>1999</u>	<u>1998</u>
מאי -	מרץ -
התבצעה פניה למוסדות בבקשה להציג הצעות לטכנולוגיות רפואיות חדשות. הפניה הופצה למנהלי בתי חולים, קופות חולים, יושבי ראש מועצות לאומיות, הנהלת משרד הבריאות, יחידות מרכזיות במשרד הבריאות ועוד. לפניה צורף טופס בו נדרש המציע לפרט מידע על הטכנולוגיה המוצעת לרבות, תרומתה, הוכחות ליעילותה והערכת אוכלוסיית	התבצעה פניה ראשונה למוסדות, בבקשה להציג הצעות לטכנולוגיות רפואיות חדשות. הפניה הופצה למנהלי בתי חולים, קופות חולים, יושבי ראש מועצות לאומיות, הנהלת משרד הבריאות ויחידות מרכזיות במשרד הבריאות. לפניה צורף טופס בו נדרש המציע לפרט מידע על הטכנולוגיה המוצעת לרבות, תרומתה, הוכחות ליעילותה והערכת אוכלוסיית

היעד.	היעד.
יוני -	יוני -
המועד האחרון להגשת בקשות בטכנולוגיות חדשות.	נשלחה תזכורת לפניה הראשונה.
ספטמבר -	אוגוסט -
בוצע מיון עיבוד וניתוח החומר שנתקבל במנהל הטכנולוגיות. התקיימו ישיבות עם גורמים שונים במערכת (כגון קופות חולים ומועצות לאומיות) לצורך עיבוד נוסף של המידע.	המועד האחרון להגשת בקשות בטכנולוגיות חדשות.
אוקטובר -	ספטמבר -
ישיבות פנימיות של משרד הבריאות לצורך גיבוש סופי של ההצעות.	נערכה פגישה עם נציגי קופות החולים ובוצע מיון, עיבוד וניתוח החומר שהתקבל.
	אוקטובר -
	העברת טיוטה ראשונה למנכ"ל משרד הבריאות.

במהלך שנת 1998 נוצרו יחסי עבודה בין המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות לבין נציבות הקבילות. מעובדי המינהל נמסר, כי נעשה שימוש באמור בדוח הנציבה, בדבר התפלגות התלונות על אי הכללתן של טכנולוגיות בסל או הכללתן במגבלות נוקשות. לאור האמור, מטעם הנציבות המשיכה העברת מידע למינהל, בדבר קבילות על טכנולוגיות אשר רבו התלונות על חסרונן. בשנת 1999, לקראת הדיונים על הכללת רשימה נוספת של טכנולוגיות בסל, הועברו למינהל נתונים בדבר התפלגות תלונות המבוטחים בשנת 1998 ובמחצית הראשונה של שנת 1999.

הנציבה רואה, ביכלתה להצביע על החסרים עליהם רבו הקבילות, את אחד היעדים של הביקורת. שמטרתה היא, מעבר לקבילה הבודדת, להצביע על הליקוי הכוללני, ובכך להוות לפה לציבור המבוטחים, במטרה למנוע את העילה לקבילות בעתיד.

2. הועדה הציבורית

לאור חשיבות הנושא, וכובד ההחלטה המונחת על כפות המאזניים, מינה שר הבריאות ועדה ציבורית לדון בעדכון הסל. לועדה מונו אנשי ציבור, לרבות, אנשי רוח, נציגי בתי חולים, נציגי קופות חולים, נציגי מועצות ציבוריות ומומחים שונים.

החומר אשר עובד במינהל, הועבר לועדה ואנשי המינהל עמדו לרשות הועדה בכל שאלה. יודגש, כי כל ההחלטות העקרוניות הושארו לשיקול דעתה של הועדה. כך למשל, נמסר לנציבה כי לגבי תרופות אשר לא נרשמו בפנקס התכשירים ואשר ניתנות באמצעות אישור על פי תקנה 29א(3) לתקנות הרוקחים, הוחלט על ידי הועדה הציבורית כי לא יבחנו לצורך הכללה בסל, עד אשר יאושרו וירשמו כנדרש.³⁹

ג. תוספת הטכנולוגיות לסל - ה-9 - למרץ 1999

עם היוודע לציבור דבר התקציב אשר ניתן לצורך עדכון הסל, כמות הפניות לנציבות הקבילות, בבקשות ובשאלות בדבר תוספת השירותים הצפויה, הלכה וגברה. בתחילת שנת 1999, חלה עליה

³⁹ בשנת 1999 הוכללה בסל התרופה RIBAVIRIN בטרם רישומה בארץ. הואיל ולצורך מתן תרופה אשר איננה רשומה כדין, נדרש אישור על פי תקנה 29א(3) לתקנות הרוקחים, חובת קופת חולים למתן התרופה חלה רק מקום בו הונפק טופס זה. על נושא מתן תרופות אשר לא נרשמו כדין או שלא בהתוויתן הרשומה, ראה דיון בפרק זה בתת פרק ד.

חדה במספר הפניות בעיקר הטלפוניות, עת פורסמה בעיתונות כתבה בדבר רשימת הטכנולוגיות העתידה להיכלל בסל. אולם, לנציבה נמסר, כי דובר בהדלפה של מידע אשר איננו מדויק. בהתאם, נאמר לפונים להמשיך ולהמתין להודעה רשמית.

ב-9.3.1999 נמסרה, בחוזר מנכ"ל מספר 7/99, ההודעה המיוחלת בדבר הרחבת סל שירותי הבריאות⁴⁰. בחוזר נמנתה רשימת הטכנולוגיות אשר הוחלט על הוספתן, תוך פירוט כללים והוראות למתן שירותים אלו. בחוזר נקבע כי "שירותי הבריאות החדשים ייכנסו מיידית לסל השירותים של קופת החולים וקופות החולים נדרשות לספק שירותים אלו למבוטחיהם החל מיום 9.3.1999. לכשיושלמו הליכי החקיקה יהיה תוקפם ממועד זה".

ב-23.8.1999 פורסם ברשומות נוסח עידכון סל שירותי הבריאות. רשימת התרופות שהוכללו בסל וההוראות למתן תרופות אלו, פורטו בצו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות) (תיקון) התשנ"ט-1999. רשימת השירותים אשר הוספו לסל והתנאים וההגבלות במתן שירותים אלו, פורטו בצו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספת השניה לחוק) התשנ"ט-1999. בשני הצווים נקבע כי תחולתם היא מיום כ"א אדר התשנ"ט (9.3.1999).

בהרחבת סל שירותי הבריאות נכללו הטכנולוגיות כדלקמן:

- א. שתלים קוכליאריים.
- ב. שירותים בהתפתחות הילד (הרחבה).
- ג. סטימולציה ספינלית לטיפול בכאב.
- ד. גסטרופלסטיה לפרוסקופית לטיפול בהשמנת יתר חולנית.
- ה. מכשיר עזר ללב שמאלי.
- ו. טיפולי שיניים נוספים לחולים אונקולוגים.

⁴⁰ בתפקיד מנכ"ל משרד הבריאות במועד זה - פרופ' יהושע שמר.

ז. רשימה של 44 תרופות (לרבות הרחבת התוויה של תרופות) מהן חמש תרופות אשר היו כלולות בסל ונוסף להן מינון.

תיקצר היריעה מלהכיל פירוט מלא של הטכנולוגיות הנ"ל והקריטריונים אשר נקבעו במתן שירותים אלו. כאמור, מידע זה פורט בצווים אשר נזכרו לעיל.⁴¹

ניתן לראות, כי תוספת של רשימה כה ארוכה של טכנולוגיות התאפשרה על ידי הגבלת מתן שירותים ותרופות אלו בתנאים מגבילים. נמסר כי תנאים אלו נקבעו מתוך כוונה להביא לאופטימיזציה של המשאבים הנתונים במחסור ומטרתם ולהבטיח שהטכנולוגיה תנתן לאוכלוסיית יעד אשר תפיק ממנה את התועלת המוכחת הרבה ביותר.

אשר לאופן הרחבת סל התרופות כפי שבוצע בצו, יש לציין, בשולי הדברים, כי נמשכה הנקיטה בצורת הניסוח הקיימת של צו התרופות, דבר שיש בו בכדי להגדיל את אי הבהירות שברשימת התרופות שבסל. כפי שמפורט בהמשך, בחלק העוסק בליקויים בפרסום, (נמצא בפרק זה בתת פרק 9), על פי רוב, לא מצויינות בצו התרופות ההתוויות לשמן כלולה כל תרופה בסל. משמעות הדבר היא, כי על מנת לבדוק בחוק, אם תרופה מסויימת כלולה בסל, מעבר לצורך לתרגם את שם התרופה משמה המסחרי לגנרי, יש לברר לאילו התוויות היא רשומה.

בירור השאלה איזו התוויה לשמה כלולה תרופה בסל הינו מורכב. תרופה שנכללה בסל מיום היכנס החוק לתוקף, חובת קופת חולים לספק חלה לגבי ההתוויות אשר היו רשומות לאותה תרופה במועד הקובע לגבי תרופות (כלומר בשנת 1995, וזאת בהתאם לפסק דין כרמל הנזכר לעיל בפרק זה תת פרק מס' 2 בסעיף ב'). תרופה אשר נוספה לסל בצו, במועד מאוחר יותר, אלא אם כן נקבע אחרת, ההתוויות לשמן היא כלולה בסל, הן ההתוויות אשר היו רשומות בעת

⁴¹ פורסמו בקובץ התקנות 5995, י"א באלול התשנ"ט, 23.8.1999.

הוספתה לסל.

לגבי חלק מן התרופות אשר נכללו בהרחבות לסל, נקבע בצו מפורשות, לאילו התוויות הן נרשמו וכן במקרים מסויימים נקבעו תנאים והגבלות נוספות במתן התרופה. דא עקא, ישנן תרופות אשר התוויתן לא צויינה בצו (או לא צויינה באופן ברור דיו). כתוצאה מן האמור, לאחר הרחבת הסל, בעת הבירור לאיזו התויה כלולה תרופה בסל, אין די בבירור מהן ההתוויות להן התרופה רשומה מאז 1995, אלא יש לבדוק מהו המועד המדוייק בו נכללה התרופה בסל ורק אז לברר מהן ההתוויות אשר היו רשומות באותו מועד.

לאור כל האמור לעיל, הנציבה מצביעה על הצורך בתיקון הצו ופירוט ההתוויות לשמן רשומות התרופות הכלולות בסל.

ד. קשיים בעדכון הסל

כאמור במבוא לפרק זה, אין חברה שמשאביה בלתי מוגבלים. הנציבה ערה לכך כי לתיקון הליקויים המתוארים בדוח זה ולכל המלצה לפתרון אשר מובאת להלן ישנה עלות כלכלית וכי ישנם ליקויים אשר לא נמצא התקציב המתאים לפתרונם ובעיות אשר אין להן מענה פשוט.

בתת פרק זה ידונו סוגיות מרכזיות אשר הנציבה סבורה כי מן ההכרח ליתן עליהן את הדעת. כמו כן, על מנת שעדכון הסל יתבצע תוך התחשבות בתלוניותיהם של ציבור המבוטחים, הנציבה מבקשת לשמש לציבור לפה, ולהביא בדוח זה נתונים מפורטים בדבר נושאי הקבילות השונים והתפלגותם. התפלגות התלוניות בדבר שירותים רפואיים מובאת בפרק השביעי לדוח בטבלה מס' 21 והתפלגות התלוניות בדבר תרופות בטבלה מס' 25. כמו כן מובאת בפרק

החמישי לדוח סקירה של שירותים אשר היוו מוקד לתלונות הציבור בתקופת הדוח ובפרק השישי - תאור של מבחר קבילות מבוטחים.

1. מתן תקציב הולם לעדכון הסל ועגונו בחוק

ב-27.12.1999 הוגשו המלצות הביניים של ועדת החקירה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו ומימונו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בין היתר, הומלץ על החזרתו של המס המקביל. הומלץ, כי התקציב לשנת 2000 יתעדכן ב-5% לתחום הבריאות : 3% בגין גידול האוכלוסיה והזדקנותה ו-2% בגין שינויים טכנולוגיים והוספת תרופות. בנוסף, הועדה המליצה להקצות תוספת תקציבית לצורך תיקון עיוותי העבר.

נציבת הקבילות מברכת על הקמת וועדת החקירה ועל פעילותה והמלצותיה ומקווה כי המלצות הוועדה ייושמו. הנציבה שבה ומדגישה כי בכדי לשמור על סל בריאות ברמה נאותה, תוספת תקציב לצורך עדכון הסל היא הכרחית ומן הראוי כי מתן תוספת זו יעוגן בחוק.

יוזכר בשנית כי לאור העדכון המועט לסל הבריאות עד לשנת 1997, יש צורך בתקציב מוגדל לשם סגירת הפער שנוצר ואשר עלול ללכת ולהחריף.

גם בדוח לשנת 1997 הצביעה הנציבה על ההכרח בעיגון בחקיקה של תקציב לצורך עדכון הסל. בדוח הקודם, הנציבה הציעה, כי התקציב יינתן כחלק מעדכון עלות הסל, כלומר, מבלי לקבוע את יעודו מפורשות. לאור המחלוקת שהתעוררה בשנת 1998, בדבר העברת התקציבים למימון התרופות אשר הוספו לסל (ראה תת פרק מס' 5 לפרק זה), הנציבה מדגישה כי את הרחבת התקציב לצורך הכללת טכנולוגיות חדשות לסל נדרש לקבוע בחוק תוך ציון מפורש לגבי

יעוד הרחבת תקציב זו.

הנציבה שבה ומצביעה על הצורך במתן עדיפות לתיקון זה של החוק שאם לא כן, יתיישנו סל השירותים ורשימת התרופות וחוק ביטוח בריאות ממלכתי יתרוקן מתוכן.

2. מחלות נדירות

מצוקתם של חולים, אשר סובלים ממחלות נדירות הינה אחת הבעיות הקשות אשר טרם נמצא לה פתרון בחוק.

הבעיה של חולים נדירים היא, כי מעצם היות המחלה נדירה, במקרים רבים הטיפול בה הוא בתרופות שלא בהתוויה לה נרשמו, ומפאת נדירות המחלה אף לא סביר כי יירשמו להתוויה זו בעתיד.

בנציבות הקבילות התקבלו, הן ישירות והן מעמותת אית"ן - איגוד ישראלי לתסמונות מיוחדות (להלן: עמותת אית"ן), קבילות של מבוטחים, אשר אובחנו כסובלים מבעיות רפואיות נדירות, שהרפואה יכולה לתת להם מענה, במחיר שהחולים לא מסוגלים לשאת בו בעצמם. יצויין, כי לאור נדירות הבעיה הרפואית, והמומחיות הנדרשת מהרופא המטפל וכן המכשור המיוחד הנדרש לכך וכו', עלות הטיפול למבוטח הבודד היא גבוהה במיוחד, אולם העלות הלאומית הגלובלית מועטה (מבעיות רפואיות נדירות סובלים מן הסתם חולים בודדים וכיוון שכך העלות המצטברת של הטיפול בכל אותם חולים אינה גבוהה. דוגמא לכך הם חולים הסובלים מדיסאטנומיה משפחתית - תסמונת ריילי דיי⁴²).

הנציבה מצביעה על הצורך בפתרון אנושי הולם לחולים אלו אשר מצוקתם קשה ומתמשכת.

3. חולים במצב קשה

⁴² לגבי מחלות אלו יש לציין כי מאחר ואחוז גבוה מהן נובעות משינויים גנטיים, מן הראוי היה כי גם הבדיקות לצורך גילוי הנשאות למחלות, אשר מטרתן מניעת הולדה של ילדים הסובלים מן המחלות הנ"ל, ימומנו.

גם בשנים 1998 ו-1999- נתקבלו תלונות רבות של חולים במצב קשה (בעיקר אונקולוגיים), הזקוקים לטיפול המציל או מאריך חיים, אשר איננו ממומן על ידי קופות החולים. תוצאת אי מימון טכנולוגיות אלו היא, שהמבוטחים או בני משפחתם נאלצים, במקרה שהטכנולוגיה יקרה, למכור את רכושם, או חסכוניהם על מנת לממן את הטכנולוגיה, או, לוותר על הטיפול בשל חסרון כיס.

אין פתרון פשוט לבעייה חמורה זו של החולים הקשים, אולם קיימות מספר הצעות ולו חלקיות אשר יש ליתן עליהן את הדעת.

ראשית, יש להבחין בין תרופות אשר נרשמו בארץ לתרופות שאינן רשומות, או שהתוויותיהן אינן רשומות. תרופות שנרשמו בארץ, ובדומה, טיפולים שאינם ניסויים, אשר אינם כלולים בסל הבריאות - אולם נדרשים לצורך הצלת חיים, ניתן לבדוק את כדאיות הכללתם בסל. לגבי מקרים אלו פתרון אפשרי הוא ליזום הליך של עדכון הסל והוספת טכנולוגיות אלו באופן תכוף יותר מאשר פעם בשנה.

יחד עם זאת יש להיות ערים לכך כי כל פתרון מסוג זה דורש תקציב הולם, והערכות מערכתיות מתאימה, דבר הכרוך בקשיים, אולם הנציבה סבורה כי הדבר רצוי למען מצוקת החולים, אשר מלחמתם הינה גם נגד הזמן, הפועל לרעתם.

אשר לתרופות שאינן רשומות בארץ, או שהתוויות שלהן אינן רשומות, הבעיה מורכבת יותר. כנזכר לעיל, במקרה של תרופות, או התוויות של תרופות, שלא נרשמו, וניתנות באמצעות אישור על פי תקנה 29א(3) לתקנות הרוקחים, בהתאם להחלטת הועדה הציבורית אין דנים בהכללתן בסל, עד לרישומן כדין.

במקרה זה כל הצעה לפתרון מעלה קושי רב מאחר והכללת תרופה

בסל מבלי שנרשמה גורמת לכך כי נמנעת בדיקת התרופה, כנדרש בהליך הרישום, ומהווה תמריץ לאי נקיטה בהליך זה. כך גם במקרה שהתויה של תרופה איננה נרשמת מתוך בחירה של חברת התרופות. אכיפה ומימון של הרישום על ידי המדינה תתמרץ את אי רישומן של תרופות על ידי חברות המיבאות תרופות. ומאידך אכיפת רישום ללא מימונו עלולה לפגוע ביבוא התרופה.

הצעה אחרת לפתרון בעיה זו עניינה בהקמת גוף אשר יאשר טיפולים מצילי חיים לחולים קשים, הנזקקים לתרופה שאינה רשומה, או שהתויה אינה רשומה.

חסרונות הצעות מסוג זה מעבר לבירוקרטיה הכרוכה בכך הינם :

ראשית, אם כל בקשה של מבוטח תבדק באופן פרטני, הדבר מצריך זמן לא מועט ובעל עלות גבוהה. שנית, מתן תרופות שאינן רשומות עלול ליצור תמריץ שלא לרשמן כדין. שלישית, במידה ומקורות המימון המוצעים הינם ברובם מתרומות הרי שאילו מטיבם, עלולים להגמר.

יצוין, כי, הצעה מעין זו לפיה תרופות מצילות חיים מסובסדות מתרומות היא אולי הפתרון האנושי הנותר במצב המתואר כאשר אין לבעיה פתרון פשוט ומאידך אין את התקציב הדרוש למימון תרופות אלו.

סיכום

נציבת הקבילות מברכת על פעולת המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות אשר תפקידו לתת מענה מקצועי תוך התחשבות בהבטים חברתיים ואתיים לבעיית הוספת טכנולוגיות לסל.

יחד עם זאת הנציבה שבה ומצביעה על ההכרח במתן תקציב הולם לצורך הוספת טכנולוגיות חדשות לסל הבריאות. רק תקציב מתאים יאפשר לשמור על סל שירותים באיכות סבירה, סגירת הפער שנוצר ומניעת יצירתו של פער נוסף.

נציבת הקבילות קוראת לכל הגורמים הנוגעים בדבר, לפעול למטרה זו כך שינתן גם מענה הולם למצוקתם של החולים במצב קשה

ובאופן אשר יעלה בקנה אחד עם ערכי מדינת ישראל על שמירה על כבוד האדם גופו וחיו.

4. הארכתה של תקופת הביניים וסיומה.

בסעיף 70 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, נקבעה תקופת היערכות לתחילת החוק, המכונה "תקופת הביניים". סעיף 70 קובע, כי במהלך תקופה זו רשאית קופת חולים קיימת להמשיך ולתת למי שרשום בה את שירותי הבריאות כפי שהיו נהוגים בקופה ב"מועד הקובע" (דהיינו ב-1.1.1994).

תקופת הביניים, נקבעה בסעיף 70(א), לפרק זמן של שלוש שנים מיום תחילת החוק, זולת אם יקבע שר הבריאות, באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, תקופה אחרת או תקופות אחרות לעניין מסוים.

בחוק ההסדרים לשנת 1998, שונה סעיף 70(א). תקופת הביניים הוארכה בחצי שנה, ונקבע כי תסתיים ב-30.6.1998. (צוין בחוק, כי ההארכה לא תחול לגבי מתן שירותי בריאות נוספים למצטרפים לאחר ה-1.1.1998).

ב-29.6.1998, הוארכה תקופת הביניים בשנית. הארכת התקופה בוצעה באמצעות הודעה על תקופה אחרת, אשר פורסמה ברשומות. בהודעה נאמר כי מתוקף סמכותו של שר הבריאות על פי סעיף 70(א), תוארך תקופת הביניים עד 31.12.1998. נקבע, כי ההוראה לא תחול על תרופות הכלולות בצו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות) אשר קופת חולים לא סיפקה במועד הקובע, או שהוספו לצו לאחר תחילתו, והתשלום בעדן.

הארכתה של תקופת הביניים הביאה לפרץ של קבילות ממבוטחים

מאוכזבים, וכן למספר לא מבוטל של קבילות ממבוטחים אשר ההודעה על הארכת התקופה טרם הגיעה לאוזניהם ועל כן סברו כי קופות החולים עוברות על החוק.

מטבע הדברים, שמהארכתה של תקופת הביניים נפגעו בעיקר קבוצות המבוטחים אשר נזקקו לשירותים רפואיים, שבהתאם לסעיף 70(ב) היו קופות החולים רשאיות להגביל. למשל: נתקבלו קבילות ממבוטחי קופת חולים מאוחדת אשר התלוננו על אי אספקתה של התרופה SIMOVIL וכן קבילות של מבוטחים אשר הוסעו באמבולנס מד"א ואושפזו, אולם, מאחר וקופת חולים מאוחדת מימנה במועד הקובע, החזרים עבור נסיעות בנט"ן בלבד, לא חלה עליה בתקופת הביניים חובה למימון הסעה באמבולנס.

עיקר הקבילות היו ממטופלי הפריה חוץ גופית (i.v.f), תחום אשר במועד הקובע ניתן בכפוף להגבלות שונות של גיל ומספר, הן בקופת חולים מכבי, הן בקופת חולים מאוחדת והן בקופת חולים לאומית. על נושא ההפריה החוץ גופית יורחב בהמשך, בפרק נפרד, אולם יצויין כי בנושא זה בלט במיוחד, ריבוי הקבילות, עת הוארכה תקופת הביניים, אזי נכזבה ציפייתם המובנת של רבים ממבוטחים אלו, לקיצה של תקופה זו.

הנציבה אינה יכולה שלא לציין כי הארכתה של תקופת הביניים בוצעה בשתי הפעמים בשלב מאוחר מאוד וללא התראה מוקדמת ובנסיבות אלה אין כל פלא כי כעסם של המבוטחים היה רב.

ב-1.1.1999 נסתיימה תקופת הביניים. ייתכן, כי אחד הגורמים המרכזיים שהביאו לכך היה השתלשלות הארועים בנושא ההפריה החוץ גופית ועל כך ראה פרק 5, תת פרק 1. בכך הגיעה לסיומה תקופת היערכות לחוק, שנמשכה ארבע שנים והחל עידן בו חייבות כל קופות החולים במתן שירותי בריאות בהתאם להוראות החוק ללא הגבלות נוספות.

5. המחלוקות בנושא תוספת התרופות לסל

נושא חשוב סביבו נסבו קבילות רבות, עניינו בתרופות אשר הוספו לסל בצו

ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות) (תיקון) פורסם ביום : 31.12.1997. התלונות היו לגבי 3 תרופות: PRANDASE (ACRABOSE), ZYPREXA (OLANZAPIN) ו-RISPERIDAL (RESPERIDONE).

תחילה, נתקבלו בנציבות, קבילות לפיהן ה-PRANDASE לא סופקה כלל על ידי קופת חולים כללית. מטעם קופת החולים נמסר, כי טרם נתקבל על ידי הקופות מימון עבור תרופות אלו.

בעניין ה-PRANDASE, פנתה נציבת הקבילות לפרופסור ברבש, מנכ"ל משרד הבריאות דאז. בתשובה לפנייתה, כתב המנכ"ל לנציבה, ב-24.3.98, כדלקמן :

"ברצוני להבהיר חד משמעית שקופות החולים קיבלו את המימון בגין התרופות החדשות שנכללו בסל, כולל הפרנדאז.

עליהן לספק את התרופה לחולים שזכאים לקבלה עפ"י קריטריונים רפואיים ואני מבקש להבהיר עמדתי זו (כולל משלוח עותק של מכתבי) לקופות."

למכתב זה היו מכותבים מנכ"לי כל קופות החולים.

סמוך לאחר קבלת מכתב זה, תמו התלונות בגין אי מתן התרופות הנ"ל.

דא עקא, החלו להתקבל בנציבות הקבילות, תלונות בגין **גביית דמי השתתפות גבוהים מהמותר**, עבור תרופות אלו. נגד קופת חולים כללית וקופת חולים מכבי, נתקבלו תלונות על גבייה של חמישים אחוז ממחיר התרופות הנ"ל. מטעם קופת חולים לאומית נמסר כי עבור 30 טבליות RISPERIDAL נגבו 37.5 ש"ח ועבור ה-ZEPREXA נגבו עשרים אחוז ממחירה. לגבי קופת חולים מאוחדת דווח על גביה של

50% עבור ה-ZEPREXA, אולם, מאוחר יותר, נמסר מטעם הקופה כי נגבו דמי השתתפות של עשרה אחוזים ממחיר התרופות הנזכרות.⁴³

בענין זה התקבלו בנציבות פניות גם מיחידות של משרד הבריאות עצמו. כך למשל, בסוף אפריל התקבל מכתב מד"ר פסח ליכטנברג, רמ"ד אשפוז, מהמחלקה למערך קליני בשירות בריאות הנפש, בו נתבקשה הנציבה להנחות את הקופות שלא לגבות מעבר לתעריף המותר למנה עבור התרופות ZYPREXA ו-RISPERIDAL.

במאי, נתקבל מכתב מהגב' מוריה טייג, עוזרת הפסיכיאטר המחוזי, בלשכת הבריאות חיפה, בו נמסר כי ישנן תרופות שונות ובעיקר ZYPREXA אשר אינן ממומנות במלואן על ידי הקופות, והדבר מוביל לכך שלא ניתן לקלוט אדם בהוסטל או בדיור מוגן בקהילה, אם הוא מטופל בתרופה זו. נמסר, כי אנשים כאלה נאלצים להתאשפז במקום להשתקם בקהילה.

נציבת הקבילות פנתה בעניין אל לשכת היועצת המשפטית של משרד הבריאות ומן הלשכה המשפטית נתקבלה חוות דעת לפיה תרופות שנתווספו לסל הבריאות לפי צו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות) (תיקון), הקופות חייבות באספקתן למבוטחיהן בהתאם למחירים המצויינים בסעיף 1 לתוספת לצו, וזאת כל עוד לא אושר להן לגבות עבורן השתתפות עצמית שונה לפי הוראות חוק ההסדרים החדש.

בהתאם לחוות דעת זו, נקבעו הקבילות בנושא כמוצדקות.

הנציבה הודיעה לקופות החולים את עמדתה אולם ללא הועיל. הנציבה פנתה בעניין אל מנכ"ל משרד הבריאות והמנכ"ל אשר תמך בעמדתה. דא עקא, המחלוקת נמשכה.

⁴³ מטעם קופת חולים מאוחדת נמסר גם כי תרופות אלא סופקו על ידי הקופה עוד בטרם הכללתן בסל.

ב29.6.1998-, עת הוארכה תקופת הביניים בשנית, נכתב מפורשות בהודעת השר, כי הארכת התקופה לא תחול על תרופות שהקופה לא סיפקה במועד הקובע, או הוספו לסל לאחר תחילתו והתשלום בעדן.

בהמשך להודעה זו שלח מנכ"ל משרד הבריאות מכתבים לכל מנכ"ל קופות החולים ובנדון: השתתפות עצמית של חברי קופות חולים בתרופות החדשות שנוספו לסל. במכתב הודגש כי משמעות הודעת השר בדבר הארכת תקופת הביניים למעט לגבי תרופות הינה **כי קופת החולים חייבת במתן התרופות הנ"ל בהתבסס על התעריף שבסעיף 1 לתוספת השניה לצו.**

גם לאחר תכתובת זו, המשיכה גביית היתר עבור תרופות אלו.

מבלי להגיע לפתרון, הגיעה מחלוקת זו לקיצה (והחלה מחלוקת אחרת), עת בהתאם לתיקונים אשר בוצעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי באמצעות חוק ההסדרים לשנת 1998, אושרו לקופות החולים תוכניות גבייה ובהן הסדרים חדשים לגביית תשלומים עבור תרופות. הסדרים אלו יידונו להלן.

6. שינויים בתשלומים עבור שירותי הבריאות

א. תוכניות הגבייה

כפי שהוסבר לעיל, סעיף 8 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תוקן באמצעות חוק ההסדרים ונקבע, כי קופות החולים תהיינה רשאיות להציע, שינויים בתשלומים אשר יחולו על החברים בקופת חולים, עבור שירותי בריאות הכלולים בסל. מפאת חשיבותו, ציטוט סעיף 8

המתוקן מובא בנספח 6 לדוח זה.

נקבע, כי על השינויים המוצעים על ידי קופות החולים, לעמוד בעקרונות הקבועים בסעיף 8(א) לחוק, לרבות חובת קביעת תשלומים שהינם אחידים ובלתי מפלים, אשר אינם תלויים בהכנסות החברים, וכן חובת קביעת הנחות ופטורים לחברים בקבוצות המנויות בסעיף 8(א)(2)(ג).

ואמנם, בהתאם לסעיף 8(א) לחוק, הגישו קופות החולים לאישורם של שר הבריאות וועדת הכספים של הכנסת, הצעות לשינויים בגביית תשלומים. הצעות אלו יכוננו להלן: **תוכניות הגבייה**.

כל קופת חולים הגישה תוכנית גבייה באופן נפרד. בין התוכניות קיימים הבדלים בגובה דמי ההשתתפות, במועד תחולת התכנית, ובקביעת הפטורים. יחד עם זאת, תוכניות הגבייה בעלות מבנה דומה ומהותן: תוספת גביית דמי השתתפות עבור שירותי הבריאות.

כתוצאה מתכניות הגבייה נתקבל בנציבות מספר רב של קבילות. בפרק זה יידונו תכניות אלו, הבעיות אשר התעוררו לגביהן, והטיפול בתלונות הרבות בנושא.

ראשית, יפורטו השינויים אשר בוצעו באמצעות תוכניות הגבייה. הדברים מובאים כפי שנמסרו ממשרדה של הגב' מיכל עבדי, סמנכ"ל לפיקוח על קופת חולים ושירותי בריאות נוספים וכפי שפורסמו בהודעות קופת החולים. יצוין, כי במקרים מסוימים נמנו בהודעות מטעם קופות החולים פטורים מעבר למה שנמסר כי אושר להן בתכניות הגבייה. בנוסף, לפניית הנציבה נמסר מטעם קופות החולים, מידע בדבר פטורים נוספים אשר נתנו.

השתתפויות (למעט תרופות)

לקופות החולים אושרה גביית דמי השתתפות עבור פניה למרפאות חוץ של בתי חולים, עבור פניה למכונים, ועבור ביקור אצל רופא שניוני. למעט קופת חולים מכבי, לא אושרה גביית דמי השתתפות עבור ביקור אצל רופא ראשוני. (לקופת חולים מכבי ניתן היתר לכך, מאחר ובקופה זו היתה נהוגה גבייה עבור ביקור אצל רופא ראשוני גם בעבר).

"רופא ראשוני" - הוגדר כרופא אליו פונה המטופל בדרך כלל לראשונה. בהגדרה זו נכללו רופאים כלליים (שאינם מומחים), ורופאים מומחים בענפי הרפואה: רפואת משפחה, רפואת ילדים, רפואה פנימית וגינקולוגיה.

"רופא שניוני" - (רפואת מומחים בקהילה) רופא שאינו נכלל בהגדרת רופא ראשוני. הגדרה זו כוללת גם דיאטניות, ופודיאטריה.

"מרפאות חוץ" - מרפאות הפועלות במסגרת בתי חולים כלליים.

"מכונים" - מכוני הדמיה, מכוני אבחון, ומכונים אחרים. מכוני הדמיה: מכוני רנטגן, אולטרה סאונד, רפואה גרעינית, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), אקוקרדיוגרפיה. מכוני אבחון: EEG, EMG, אודיומטריה, ארגומטריה. מכונים אחרים: מכון להתפתחות הילד,⁴⁴ מכון לגסטרואנטרולוגיה, מכון להפרעות בשינה.

השתתפויות לרבעון (בש"ח) - השוואה בין הקופות

⁴⁴ הכללת מכון להתפתחות הילד בהגדרת "מכונים" עוררה מחלוקת. נושא זה נדון בהמשך בפרק מספר 5 תת פרק 9.

מאחדת	לאומית	מכבי	כללית	
-	-	5	-	רופא ראשוני
15	15	15	10	רופא שניוני
20	20	*20	20	מרפאות חוץ ומכונים
**140	140	80	120	תקרה לרבעון למשפחה

* לפי הודעת קופת חולים מכבי, (שפורסמה במכביתון 20), דמי ההשתתפות עבור פניה למכוני מכבי הנם 15 ש"ח לרבעון.

** מטעם קופת חולים מאוחדת נמסר כי על אף האישור לתקרה בגובה 140 ש"ח, הקטינה הקופה את התקרה ל-100 ש"ח בלבד.

השתתפויות נוספות

אישור לגבייה נוספת אשר ניתן לקופת חולים **מכבי** (פורסם בהודעת הקופה אשר נזכרה לעיל במכביתון) הינו להמשך גביית דמי השתתפות עבור טיפולים פסיכותרפיים כדלקמן: 40 ש"ח עבור טיפול ראשון, 80 ש"ח עבור טיפול 15-2, 120 ש"ח עבור טיפול 19-30, ו- 40 ש"ח עבור טיפול קבוצתי.

מטעם קופת חולים מאוחדת נמסר כי הותר לקופה לגבות דמי השתתפות עצמית בטיפולי פריזון אולם הוחלט לוותר על כך בשלב זה.

הנחות ופטורים מהשתתפות (למעט תרופות) נקבעו במקרים הבאים:

א. פטור מלא מדמי ההשתתפות ניתן לקבוצות האוכלוסייה המפורטות להלן, המנויות בסעיף 8(א1)(2)(ג)(5-3):

1. חבר, בן זוגו וילדו שמשתלמת בעדם גמלה לפי חוק הבטחת הכנסה התשמ"א 1980.

2. חבר והתלויים בו, שמשתלמת בעדם גמלה לפי פרק ט' לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה 1995.

3. חבר שהוא זוכה כהגדרתו בסעיף 1 לחוק המזונות, (הבטחת תשלום), התשל"ו 1972, שמשתלם בעדו תשלום לפי החוק האמור.

ב. לחולי דיאליזה, אונקולוגיה, אידס, גושה, CF, תלסמיה, המופיליה ושחפת, ניתנים פטורים כדלקמן:

1. בהתאם לתכניות הגבייה אשר אושרו לקופות – פטור מתשלום עבור ביקור במרפאות חוץ ומכונים.

2. בקופת חולים מכבי - פטור מלא מכל השתתפות.

3. על פי הודעת קופות חולים מאוחדת - פטור גם מדמי ההשתתפות עבור ביקור אצל רופא מומחה בקופה.

ג. נקבעו תקרות תשלום למשפחות. תקרות התשלום הנן רבעוניות (רבעון קלנדר), ומתייחסות לכל סוגי ההשתתפויות

- למעט תרופות.

לעולים חדשים, בשנה הראשונה לעלייתם, ולמבוטחים מעל גיל 65, נקבעו תקרות הנמוכות ב-50% מהתקרות הרגילות למשפחה⁴⁵.

⁴⁵ בהתאם למידע אשר נמסר לנציבות די בכך כי אחד מבני הזוג יהיה עולה חדש בשנתו הראשונה או מעל גיל 65.

גביית דמי השתתפות עבור תרופות

שיטת הגבייה עבור תרופות נקבעה באופן הבא :

קופת חולים	דמי השתתפות מינימליים	דמי השתתפות מקסימליים
כללי ת	9.5 ש"ח למנת תרופה*, ובמידה ועלות התרופה נמוכה מכך, המחיר המרבי לצרכן למנת תרופה.	9.5 ש"ח למנת תרופה, ולא יותר מ-10% ממחיר התרופה המרבי לצרכן למנת תרופה, לפי הגבוה מן השניים.
מכבי	10 ש"ח לאריזה**	15% מהמחיר המרבי לצרכן.
לאומית	1998 – תרופה אשר מחירה המרבי לצרכן נמוך מ-75 ש"ח – דמי השתתפות 9 ש"ח***, או מחיר התרופה המרבי לצרכן, לפי הנמוך מביניהם. 1999 – 10 ש"ח.	1998 – תרופה אשר מחירה המרבי לצרכן גבוה מ-75 ש"ח – דמי ההשתתפות 12%*** ממחיר זה. 1999 – 13.5% מהמחיר המרבי לצרכן.
✓	תרופה אשר מחירה המרבי לצרכן הינו עד 75 ש"ח – דמי השתתפות בסך של 10 ש"ח למנה או, מחיר התרופה המרבי לצרכן, לפי הנמוך מביניהם.	תרופה אשר מחירה המרבי לצרכן גבוה מ-75 ש"ח – דמי ההשתתפות בסך 15% ממחיר זה.

* הגדרתה של מנת תרופה בקופות חולים כללית, תידון בהרחבה בהמשך.

** יש לשים לב כי בקופ"ח מכבי אין הוראה הקובעת כי במקרים בהם מחיר

התרופה נמוך מ-10 שקלים, תסופק התרופה בהתאם למחירה לצרכן, ובמקרים אלה, עדיף לרכוש את התרופה בבית מרקחת פרטי.

*** על השינוי בין השנים בתוכנית הגביה של קופת חולים לאומית, נלמד רק ממידע שנתקבל ממשרד הבריאות, ומתלונות על המתבצע בפועל. לא ידוע לנציבות על פרסום בדיוור ישיר למבוטחים המתריע על שינויים אלה.

הנחות ופטורים מדמי השתתפות בעבור תרופות

קופת חולים	תקרת השתתפות לחולים כרוניים*	פטור מלא מדמי השתתפות
כללית	190 ש"ח	**פטור מלא מתשלום עבור תרופות יעודיות לחולי גושה, איידס, דיאליזה, המופיליה, אונקולוגיה, שחפת וחולים לאחר השתלה.
מכבי	220 ש"ח	פטור מלא לכל התרופות לחולי תלסמיה, גושה, CF, המופיליה, דיאליזה, שחפת אונקולוגיה, ואידס.
לאומית	220 ש"ח	**פטור מלא מתשלום עבור תרופות יעודיות לחולי גושה, איידס, דיאליזה, המופיליה, אונקולוגיה, ותלסמיה.
מאוחדת	220 ש"ח	אין פטור.***

* נקבע כי תקרות התשלום לחולים כרוניים יחושבו על בסיס חצי שנתי. על פי המידע אשר נמסר ממשרדה של הגב' מיכל עבדי על התקרות לכלול גם

את התרופות שצורכים חולים אלו על פי מרשם רופא, שאינן חלק מן הטפול במחלה הכרונית. ההגדרה למונח חולים כרוניים מובאת בנספח מס' 7 לדוח זה.

**** פטור זה ניתן על ידי הקופה על פי הודעתה ומבלי שנקבע בתכנית הגבייה.**

***** מטעם קופת חולים מאוחדת נמסר כי על אף שהקופה איננה חייבת בכך הוחלט לפטור חולים במחלות קשות מאגרת תרופות.**

יש לשים לב להבדלים בין הפטורים למחלות שונות בקופות השונות. לעיתים אפילו באותה קופה (לפי הודעתה) אין זהות ברשימת המחלות של הפטורים לביקורים ושל הפטורים לתרופות.

עוד יצויין, כי מלבד הפטורים וההנחות הקבועים בהסדרי הגבייה קיימת גם הנחה מתשלומים עבור תרופות לאזרחים ותיקים המקבלים גמלה לפי חוק אבטחת הכנסה וזאת בהתאם לסעיף 8(ז)(3) לחוק.

הנחות ופטורים נוספים (שירותים ותרופות)

פטור נוסף, אשר נקבע בחוק ההסדרים לשנת 1999, הוא הפטור לאברכים המקבלים הבטחת הכנסה ממשרד הדתות.

כמו כן, לפניית הנציבה לקופות החולים בשאלה האם קיימים פטורים נוספים הניתנים על ידי הקופות, נענתה הנציבה כדלקמן:

מטעם קופת חולים מכבי נמסר כי נקבעה תקרה בגובה 120 ש"ח ליחיד, ו-175 ש"ח לזוג, עבור מקבלי הבטחת הכנסה, או מקבלי קיצבת נכות כוללת בשיעור העולה על 75% (להנחה זו ניתן פרסום ב"מכביתון"). בנוסף, נמסר מטעם הקופה כי קיימת תקרה הניתנת על בסיס כלכלי, ובהתאם לבדיקה סוציאלית, בגובה 10% מההכנסה של בני המשפחה, עבור סך ההיטלים וההשתתפויות ("מסלול סוציאלי").

מטעם קופת חולים כללית נמסרה רשימה של קבוצות של חולים הזכאים לפטור מתשלום עבור השתתפויות בגין שרות רפואי המתחייב עקב פגיעתם. ברשימה זו נמנו: נפגעי תאונות דרכים שאושרו על ידי המשטרה, נפגעי תאונות עבודה שהוכרו על ידי המוסד לביטוח לאומי, נפגעי פעולות איבה שאושרו על ידי המוסד לביטוח לאומי, ונפגעי הנאצים המקבלים גמלה ממשרד האוצר.

יש לציין כי חלק מהקלות אלה נובעות מדברי חקיקה אחרים, כגון ההקלה לנכי רדיפות הנאצים, הקשורה לחוק נכי רדיפות הנאצים התשי"ז - 1957, שבאחריות משרד האוצר. מטבען, הקלות אלו

הנובעות מחקיקה, חלות על כל קופות החולים וממילא אינן מכח
חוק ביטוח בריאות ממלכתי, והתלוונות לגביהן אינן בסמכות נציבת
הקבילות.

מועד תחולת תוכניות הגבייה:

קופת חולים כללית:

גביית דמי השתתפות עבור תרופות החל מיום 3.9.1998.

גביית דמי השתתפות עבור פניה למכונים ומרפאות חוץ החל מיום
15.10.1998.

גביית דמי השתתפות עבור פניה לרופא מקצועי החל מיום 1.1.1999.

קופת חולים מכבי:

כניסת השינויים לתוקף החל מיום 15.9.1998.

קופת חולים לאומית וקופת חולים מאוחדת:

כניסת השינויים לתוקף החל מיום 1.10.1998.

ב. קבילות המבוטחים על תוכניות הגבייה, והטיפול בהן

שלא במפתיע, עם היוודע לציבור דבר השינויים בתשלומים עבור שירותי הבריאות, נתקבלו בנציבות מספר רב ביותר של קבילות. מבוטחים רבים זעמו על עצם השינוי, על ההבדלים בדמי ההשתתפות בין הקופות, ועל כך שהגבייה איננה פרוגרסיבית ועל כן פוגעת בשכבות החלשות.

בנציבות הקבילות נתקבלו תלונות וקריאות להגדלת ההנחות והפטורים, ותלונות על אי הכללתן של מחלות למיניהן וקבוצות חולים שונות, בין הזכאים לפטור.

במשך כחודשיים נמצאה הנציבות במבוכה מול פניות הציבור, ללא המידע הנדרש לצורך מתן מענה מהימן לפונים וזאת באשר נציבת הקבילות לא יודעה מיידית על הדיונים בתכניות הגבייה החדשות, ומה אושר, וחלף זמן בטרם נתקבל מידע זה בנציבות.

אשר לפרסומי קופות החולים, בהוראות שר הבריאות הונחו קופות החולים לפרסם בקרב חבריהן, בדיוור ישיר, הודעה על השינויים בדמי ההשתתפות העצמית.

ככל הנראה, עבר זמן בטרם הגיעו הודעות אל כלל ציבור המבוטחים, אולם מן הקבילות שהתבררו בנציבות נתקבל הרושם כי עם הזמן מבוטחים רבים קיבלו את ההודעות בדבר גביית דמי ההשתתפות הנוספת.

ככל שגדל מספר המבוטחים להם נודע על תכניות הגבייה, הלכו הקבילות ורבו. למותר לציין כי לכל הפונים בבקשה לביטול רוע הגזרה ולהגדלת הפטורים, לא היה באפשרות נציבת הקבילות לסייע. יחד עם זאת, נציבת הקבילות מבקשת לשמש פה לציבור

הקובלים ומצביעה על כך, כי השינויים בדמי ההשתתפות הביאו לתלונות רבות על פגיעה בשכבות האוכלוסיה החלשות. רבים טענו כי על אף ההנחות והתקרות הקבועות לדמי ההשתתפות הנגבים ממשפחות ומחולים כרוניים, הורגשה העלייה בדמי ההשתתפות עבור תרופות, ונמצא כי הסכום שנדרשו לשלם עבור שירותי בריאות (לרבות התרופות) מהווה נטל כבד ויש אשר לא יכלו לשאת בו.

הנציבה מצביעה על כך, כי רק ימים יגידו האם השינויים האמורים גרמו לפגיעה בבריאות הציבור. ההנחה כי גבית דמי השתתפות בעבור שירותי רפואה שניונית מפחיתה ביקושים עודפים ואינה פוגעת בבריאות הציבור נמצאת במחלוקת ודרוש מחקר מעמיק בנושא. בנוסף, הנציבה סבורה, שיש מקום לשקול מחדש את העיקרון הקבוע בסעיף 8, בדבר קביעת תשלומים אחידים אשר אינם תלויים בהכנסות, גביה אשר איננה פרוגרסיבית.

אשר לפטורים וההנחות אשר נקבעו בתוכניות הגביה, בנושא זה נתקבלו בנציבות הקבילות תלונות רבות וכן בקשות שונות, להרחבת מספר הקבוצות הזכאיות להנחות ופטור. דוגמאות לכך הן תלונות חולי הסכרת, תלונות הנכים הגמלאים, ותלונותיהם של חולים לאחר השתלה.

• חולי הסכרת :
חולי סכרת נכללים בהגדרה של "חולה כרוני" ועל כן זכאים לתקרת דמי ההשתתפות הקבועה לחולים אלו. יחד עם זאת, חולי הסכרת אינם זכאים לפטור מהיטלי תרופות ולפטור מדמי השתתפות עבור ביקורים אצל רופא. על ידי חולים אלו (במיוחד חולי סכרת נעורים) נטען, כי ראוי שיקבלו פטור נוסף בהיותם נזקקים לטיפול תרופתי ולמעקב מתמשך, ולצידו מתכלה רב ויקר (דיון נוסף בחולי סכרת מובא בפרק העוסק בחדרי מיון).

• תלונות הנכים הגמלאים :

בהתאם לתכניות הגבייה ניתן פטור מביקורים אצל רופאים ל-
"מבוטח והתלויים בו שמשתלמת בעדם גמלה בגין נכות כללית לפי
פרק ט' לחוק הביטוח לאומי נוסח משולב התשנ"ה – 1995" (להלן :
חוק הנכים). בנציבות הקבילות, התקבלו תלונות לפיהם נכים אשר
הגיעו לגיל 65, בהתאם לנהלי המוסד לביטוח לאומי, הפסיקו לקבל
קצבה מכח חוק הנכים והחלו לקבל קצבת זקנה. המבוטחים הלינו
כי התוצאה של שינוי זה היתה כי שוב לא היו זכאים לפטור הניתן
לנכים ונמצא שעם הגיעם לגיל 65 הם "הפסיקו להיות נכים" ונאלצו
לשלם את דמי ההשתתפות.

- חולים לאחר השתלת איברים :
החולים המושתלים נכללים בהגדרת חולה כרוני, וזכאים על כן
לתקרה הקבועה לחולים אלו. למעט קופת חולים כללית, שם נמנו
החולים המושתלים בגדר הזכאים לפטור עבור תרופות יעודיות
(וזאת כאמור, בנוסף לפטור שאושר בתוכנית הגבייה) לא זכאים
חולים אלו לפטור מהיטלי תרופות ולא לפטור מדמי השתתפות עבור
ביקור אצל רופאים. נטען על ידי חולים אשר עברו השתלה, כי לפלא
בעיניהם שלאחר ששולם סכום כה גבוה עבור השתלת האיברים, לא
ממומנות במלואן כל התרופות להם הם נזקקים. ללא תרופות אלה,
וזאת במצבים בהן לא נרכשות התרופות בשל חסרון כיס, קיימת
סכנה לחיי החולים ויש ונדרשת השתלת איברים חוזרת.

מלבד הקבילות על עצם תכניות הגבייה, נתקבלו בנציבות הקבילות
תלונות בדבר ליקויים בהודעות על תכנית הגבייה וליקויים ביישומן.

מבוטחים הלינו על אי בהירות בהודעות ועל העדר פרסום מספק של
הגדרת המונח "חולה כרוני". כן נתקבלו תלונות על המתנות ארוכות
לקבלת החזרים ועל אי עדכון המחשבים בקופה בדבר הזכאות
לקבלת פטורים.

מייד לאחר שנתקבל בנציבות המידע בדבר תכניות הגבייה
וההגדרות למונח "חולים כרוניים", התאפשר לנציבות להשיב

למבוטחים אשר פנו בעניין זה. בנוסף, נמסר לנציבה ממושרדה של הגב' מיכל עבדי כי לקופות החולים נשלח מכתב לפיו, בין היתר, קופות אשר לא פרטו בעלון את הגדרת "חולה כרוני" כפי שנקבעה על ידי משרד הבריאות - חייבות להעמיד מידע זה לרשותם של המבוטחים בסניפי הקופה, במוקדי השירות ובמוקדי המידע.

הנציבה מצביעה על כך כי אף שנמסר שניתן לדברים פרסום הולם, בתחילת שנת 1999, הקבילות בדבר אי פרסום היו רבות ובמיוחד אי פרסום ההגדרה שניתנה למונח "חולה כרוני".

באשר לליקויים במתן פטורים והנחות, כפי שהוסבר, זכאים לפטור מדמי השתתפות, עבור ביקור אצל רופא שניוני, מכונים ומרפאות חוץ:

1. מקבלי גמלה על פי חוק הבטחת הכנסה.
2. זוכה כהגדרתו בסעיף 1 לחוק המזונות.
3. מבוטח או תלויים בו שמשלמת עבורם גמלה בגין נכות כללית לפי פרק ט', לחוק הביטוח הלאומי.

הנתונים בדבר הזכאות לפטורים נמסרים לקופות החולים מן המוסד לביטוח לאומי. מטעם קופת חולים נמסר לנציבה כי אחת לחודש, מתעדכנים מחשבי הקופות בנתונים אלו וכי בתחום זה לא צפוי כי יחולו בקופה שגיאות. לאור האמור, מבוטחים אשר הלינו על אי עדכון זכאותם במחשב הקופות, הופנו למוסד לביטוח לאומי לבירור זכאותם.

תלונות רבות נתקבלו לגבי משך הזמן הארוך הנדרש לקבלת החזרים ובמיוחד תלונות של חולים כרוניים, אשר הלינו כי נדרשו להמתין ששה חודשים בטרם יקבלו החזר. עקב תלונות אלה, פנה שר הבריאות לקופות והנחה אותן כי ייערכו לכך שגביית ההשתתפות לחולים כרוניים תעשה כך שהמבוטח לא יידרש לצבור תשלומים מעבר לתקרה שנקבעה. **לבקשת** שר הבריאות היה על הקופות להשלים הערכות זו עד ה-1.4.1999, עד להשלמת הערכות זאת, היה על הקופה להחזיר למבוטחים סכומים החורגים מן התקרה, על בסיס חודשי (ולא רבעוני או חציוני), ולאפשר למבוטח לדרוש החזר מידי חודש, כאשר החזר ינתן לו, לא יאוחר מעשרה ימים ממועד דרישתו.

בקשתו זו של שר הבריאות דאז, (ח"כ יהושוע מצא), לא קיבלה ביטוי בהסדרי הגבייה ולא בחקיקה. עם זאת, בסיומה של תקופת הדוח (ב-2.1.2000) פנה שר הבריאות הנוכחי, (הרב שלמה בניזרי) ליו"ר ועדת הכספים של הכנסת בבקשה רשמית לביצוע תיקונים בתכניות הגבייה. בין התיקונים המבוקשים נמנו הוראות לפיהם המבוטחים לא יידרשו לצבור תשלומים מעבר לתקרות שנקבעו וזאת הן לגבי התקרות לחולים כרוניים והן לגבי תקרות ההשתתפות לביקורים אצל רופאים. כמו כן השר ביקש שייקבע כי פטורים מתשלומים יינתנו מיידית, ולא יידרשו תשלומים מאנשים הפטורים מהם, ומתן החזר רטרואקטיבי. נדרש, כי על הקופות יהיה להעריך לביצוע הוראות אלו עד ליום 1.4.2000.

ג. גביית דמי השתתפות בשיעור 50% ממחיר התרופה

עם היכנס הסדרי הגבייה לתוקף, החלו להתקבל בנציבות, קבילות רבות בהן הלינו המבוטחים על גביית דמי השתתפות עבור תרופות הכלולות בסל, בשיעור של 50% ממחירן.

בירור העלה, כי אמנם קיימות תרופות אשר מסופקות על ידי קופות

החולים תוך גביית דמי ההשתתפות בשיעור זה. נמצא, כי הדבר נובע מהאמור בתכניות הגבייה כי יהיו תרופות מסוימות שדמי ההשתתפות עבורן יעמוד על 50%.

גביית 50% עבור תרופות בוצעה באופן שונה בקופות החולים :

יודגש : בקופת חולים מאוחדת לא בוצעה גבייה של 50% עבור תרופות הכלולות בסל כחלק מתוכניות הגבייה. יחד עם זאת, כתוצאה מפרשנות שונה של רשימת התרופות שבסל, היו תרופות עבורן גבתה קופת חולים מאוחדת דמי השתתפות בשיעור של 50% מתוך ההנחה כי הן אינן בסל. בנושא פרשנות סל התרופות, הורחב הדיון בתחילת פרק זה (וראה לעניין זה תת פרק 2, סעיף ב).

לגבי קופת חולים כללית - סוגיית הגבייה עבור תרופות מורכבת יותר, הואיל ובקופה זו יושמה שיטת גבייה השונה מזו של קופות החולים האחרות. דיון מורחב בנושא שיטת הגבייה של קופת חולים כללית והתלוונות הרבות בנושא, מובא בתת פרק הבא.

בקופת חולים מכבי - נכתב בהודעת הקופה כי תמשך הגבייה של 50% ממחירי תרופות. כלומר, גבייה בשיעור של 50% בוצעה לגבי תרופות אשר סופקו בשיעור השתתפות זה בשנים עברו. יצוין כי ככל הנראה, אמנם מבוטחי קופת חולים מכבי היו רגילים לגבייה זו, שכן מספר התלוונות בנושא זה נגד קופת חולים מכבי היה מועט. בנוסף, מטעם קופת חולים מכבי נשמעה טענה כי הקופה קיבלה אישור מוועדת הכספים של הכנסת לגבייה כאמור.

בעניין הגבייה של 50% פנתה נציבת הקבילות הן ללשכה המשפטית של משרד הבריאות והן לגב' מיכל עבדי (שהיא כאמור הסמנכ"ל לפיקוח על קופות חולים ושירותי בריאות נוספים). משני גורמים אלו נמסר כי אין לקופות החולים אישור לגביית דמי השתתפות בשיעור של 50%.

מטעם הלשכה המשפטית הוסבר, כי מעת שהפעילה הקופה את תוכניות הגבייה אשר אושרו לה, גובר ההסדר הקבוע בה על כל הסדר אחר של השתתפות עצמית. הודגש, כי לצורך גביית 50% דמי ההשתתפות נדרש אישורו של שר הבריאות ואישור זה לא ניתן.

לנציבת הקבילות הועברו העתקים מהתכתבות בנושא זה בין הגב' מיכל עבדי לקופות החולים ומהן עלה כי העמדה לפיה גבית דמי השתתפות בשיעור של 50% אסורה, הודעה לקופות מפורשות ובאופן חוזר.

בהתאם לאמור לעיל הודיעה נציבת הקבילות לכל הקובלים בדבר גבייה של 50%, ללא היתר, כי קבילתם מוצדקת.

קופות חולים המשיכו לפעול באופן זה, אף לאחר שניתנה הבהרה מטעם משרד הבריאות, (לרבות מכתב מהשר) כי בהתאם להחלטת ועדת הכספים, כל עוד לא אושרה רשימת תרופות על ידי משרד הבריאות, אין הקופות רשאיות לגבות 50% לגבי כל תרופה.

למרות האמור ועל אף עמדתה של נציבת הקבילות המשיכו קופות החולים (כללית, מכבי ולאומית) בגביית 50% דמי השתתפות.

אחת ממבוטחות קופת חולים כללית, אשר קיבלה את עמדת הנציבה כי קבילתה מוצדקת, פנתה, מצוידת בעמדת הנציבה, לבית הדין לעבודה, והגישה תביעה נגד קופת החולים. בית הדין פסק לטובת התובעת. בפסק הדין נאמר:

"במקרה שלפנינו, פנתה התובעת, מספר פעמים למוסד נציב קבילות, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וקיבלה תשובות, לפיהן

יש ממש בטענותיה,⁴⁶ נראה כי קופת חולים כללית, לא נתנה דעתה במידה מספקת, לתשובות אלה שהתובעת קבלה. אנו סבורים, כי במקרים כאלה, יש למצוא את הפתרון, מבלי שיהא צורך לאלץ את המבוטח, לשוב ולפנות בסוגיית כגון דא, לבית הדין לעבודה המוסמך לדון בשאלות אלה".

(לבקשת הפונה לשמירה על פרטיותה, לא מוזכרים שמה ופרטי פרסום פסק הדין)⁴⁷

סוף דבר

נושא גביית 50% עבור תרופות נדון בימים אלו בבג"ץ. יצויין כי גם בעניין זה מסתמן סוף למחלוקות. נושא גבייה בשיעור 50% נכלל אף הוא במכתבו הנזכר לעיל של שר הבריאות ליו"ר ועדת הכספים של הכנסת. בעניין גבייה זו ביקש השר לשנות את תוכניות הגבייה כך שתבוטל לחלוטין האפשרות של גביית 50% עבור תרופות. נכתב, כי הנהלת משרד הבריאות שוכנעה שהשאיפה לספק למבוטח תרופות נחוצות כנגד תשלום הוגן, גוברת על הרציונל המקורי להכנסת האופציה לאישור של גביית 50%, שהיא עידוד השימוש בתחליפים פרמצבטיים שעלותם נמוכה יותר, ומה עוד שהשימוש בתחליפים זולים איננו ניתן בדרך כלל להחלטת המבוטח או בחירתו.

⁴⁶ האמור ע"י בית הדין כי המבוטחת קיבלה מספר תשובות מנציבות הקבילות, לפיהן קבילתה מוצדקת, נובע מכך, כי הקובלת פנתה לראשונה לנציבות בתקופה בה נגבו 50% עבור תרופות שנתווספו לסל בשנת 1997 (על כך הורחב בתת פרק 5 לפרק זה) וגם בשלב זה נקבעה הקבילה כמוצדקת. לאחר הכנס תכניות הגבייה לתוקף, פנתה הקובלת בשנית לנציבה, לאור גבייה של 50%, ופעם נוספת נקבעה הקבילה כמוצדקת.

⁴⁷ כפי שיפורט להלן (בפרק הבא), בתקופת הדוח נקטה קופת חולים כללית במספר שיטות של גבייה. התביעה הנ"ל הוגשה בתקופה בה נקטה קופת חולים כללית בשיטה "אחוזית". עם שינוי השיטה השתנו גם שיעורי ההשתתפות אשר נגבו עבור התרופות כך למשל עבור ה-Favoxil, עד לחודש ספטמבר 1998 עבור 30 כדורים ניגבו 45 ש"ח, ומחודש דצמבר 1998 ואילך, ניגבו 57 ש"ח. לעומת זאת, עבור ה-Zyprexa, תחילה נדרשה המתלוננת לשלם 350 ש"ח, לאחר מכן נגבו ממנה 114 ש"ח, עבור כל 28 כדורים, ולאחר דצמבר 1998 ירד המחיר ל-19 ש"ח לכל 30 כדורים, מחיר הנמוך מזה הנגבה בכל יתר הקופות.

הנציבה מקווה כי תיקון זה יבוצע ובכך הקץ לגבייה זו.

ד. גביית דמי השתתפות עבור תרופות בקופת חולים כללית

נושא גביית דמי ההשתתפות עבור תרופות, בקופת חולים כללית היווה מוקד למספר רב של קבילות ועל כן, לנושא זה ולקבילות שנתקבלו בנדון, יוקדש הפרק שלהלן. לאור מורכבות הנושא, יפורטו תחילה שיטות הגבייה הקיימות עבור תרופות, והחלתן.

ערב הכנסו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי נהגו בקופות החולים שתי שיטות של גביית דמי השתתפות עבור תרופות. שיטה אחת אשר תכונה להלן **"השיטה האחוזית"** היא גבייה של דמי השתתפות המהווים אחוז מסויים ממחיר התרופה. בשיטה זו מחיר התרופה נקבע בזיקה לגודל האריזה המסחרית של התרופה.⁴⁸

שיטה אחרת הינה שיטה אשר תכונה להלן **"שיטת המנות"**, ואשר מכונה גם **"שיטת הבולים"**. בשיטה זו, למונח "מנת תרופה" הגדרות קבועות, הנבדלות בהתאם לקבוצות שונות של תרופות ולאופן מתן התרופה (כמוסות, משחה, תרסיס, זריקה וכו). לכל מנת תרופה כפי שהוגדרה, נקבעו דמי ההשתתפות הנגבים עבורה. דמי ההשתתפות אשר נגבו כברירת מחדל הינם מחיר ה-"בול". (כלומר: תרופה לגבייה לא נקבעה אחרת, סופקה תמורת "מחיר הבול", היו תרופות שנגבה עבורן מחיר של מספר "בולים", היו תרופות שנגבו

⁴⁸ לנציבות הקבילות נמסר מן הממונה על מחירי תרופות במשרד הבריאות. מחירון לתרופות מתוצרת הארץ. לגבי מחירי תרופות מיובאות הוסבר כי הנושא נידון בבג"ץ. בפועל, המחירים הנהוגים בבתי מרקחת ממוחשבים על מערכת ירפא שהיא תכנת המחשב המספקת לבתי מרקחת את מחירוני התרופות של חברות התרופות. לאור האמור, קבילות מבוטחים בדבר מחירי תרופות נבדקו בהתאם למחירון זה.

עבורם 50%, תרופות שנקבע לגביהם תקרת השתתפות חודשית וכן הלאה). מחיר הבול הוא סכום בסיסי אשר נקבע והתעדכן מזמן לזמן. כך למשל, בקופת חולים כללית, ערב תכניות הגבייה, מחיר הבול היה 7.5 ש"ח.

השיטות אשר נהגו בקופות החולים עובר להסדרי הגבייה היו :
במכבי ובמאוחדת – השיטה האחוזית, בכללית – שיטת "המנות", ואילו בקופת חולים לאומית בוצע שילוב של השיטות, כאשר בבתי מרקחת של הקופה נהגה שיטה של מנות, ואילו בבתי מרקחת פרטיים אשר נתנו שירות לחברי קופת חולים לאומית, נהגה השיטה האחוזית.

בתוספת השנייה לצו בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות) מתוארת שיטת גבייה מסוג שיטת המנות. ככל הנראה, המדובר בתיאור של השיטה אשר הייתה נהוגה בקופת חולים כללית בינואר 1995.

לא למותר הוא לציין כי שיטת המנות, כפי שמתוארת בתוספת השנייה לצו הינה מורכבת וקיימות בה אי בהירות רבות. ככזו, השיטה קשה יותר להבנה וקשה לפיקוח. דוגמא לאי בהירות הקיימת בצו ניתן לראות בסעיף 1 לתוספת השנייה לצו. כך למשל סעיף זה קובע כי מנת תרופה הניתנת בטבליות, בהעדר הגדרה אחרת, הינה "עד" 10 כדורים. נותרת השאלה כיצד מתפרשת המילה "עד".

בתוכניות הגבייה אשר אושרו לקופות החולים מכבי, לאומית ומאוחדת הוחלה השיטה האחוזית. ניתן לראות זאת באופן ברור מניסוח הודעות הקופות בדבר שינויים בגביית דמי השתתפות (ראה טבלה בהמשך). בכל הקופות האלו, לצורך גביית דמי ההשתתפות, נקבעו שתי תקרות : האחת : אחוז מקסימלי ממחיר התרופה, והשנייה : סכום מינימלי הנגבה עבור תרופה.

השאלה באיזו שיטה הותר לקופת חולים כללית לגבות דמי השתתפות נתונה לפרשנויות שונות. בהודעת קופת החולים בדבר השינויים בגביית דמי השתתפות נקטה הלשון כדלקמן :

1. "ההשתתפות ברכישת תרופות תהיה בשיעור של 9.5 ש"ח **למנת תרופה** ולא יותר מ- 10% ממחיר המרבי לצרכן **למנת תרופה** - הגבוה מן השניים..."

2. "ההשתתפות ברכישת תרופות שהמחיר המרבי לצרכן **למנת תרופה** נמוך מ- 9.5 ש"ח תהיה לפי המחיר המרבי לצרכן **למנת תרופה** "

[ההדגשה איננה במקור - ק.ר.]

מעת שנכנסה לתוקף תכנית הגבייה של קופת חולים כללית, החלה עליה במספר הקבילות הנוגעות לגביית דמי השתתפות עבור תרופות בקופת חולים כללית. תחילה, סברה הנציבה, בתיאום עם הלשכה המשפטית של משרד הבריאות, כי שיטת הגבייה אשר אושרה הינה השיטה האחוזית, שהרי נקבע כי לא ייגבו דמי השתתפות העולים על 10% **מן המחיר המרבי** לצרכן, לאמור: השיטה האחוזית כפי שאושר ליתר קופות החולים. בהתאם לפרשנות זו נבדקו הקבילות וניתנה תשובה למבוטחים.

על פי מידע אשר נמסר לנציבה לאחר מעשה, ככל הנראה בחודשים הראשונים להחלת התכנית, נקטה קופת חולים כללית בשיטה שהיא בחלקה אחוזית אם כי לא בצורה האחוזית הפשוטה בה נקטו קופות החולים האחרות. יש להניח, כי שיטת הגבייה בה נקטה הקופה היוותה ביטוי לתפיסת הקופה כי השיטה שאושרה היא לגבות דמי השתתפות המהווים אחוז ממחיר התרופה עבור מנה כהגדרתה לפי שיטת המנות.

ב1.1.1999 - חזרה קופת חולים כללית לגבייה לפי שיטת המנות בה נהגה בעבר, כאשר בהתאם לתכניות הגבייה, מחיר הבול הועמד על 9.5 ש"ח. לקראת סוף שנת 1999 נודע לנציבה כי דר' יצחק פטרבורג,

מנכ"ל קופת חולים כללית הודיע לשר הבריאות, ב-27.12.1998, על מהלך זה.

לצורך הבנת משמעותו של הצעד בו נקטה קופת חולים להלן מספר דוגמאות:

1. FAVOXIL 100 MG - מחירה המירבי לצרכן של התרופה, עבור 30 כדורים, היה 171.10 ש"ח, ובסה"כ 10% מהמחיר = 17.11 ש"ח. בקופת החולים נמכרת התרופה בסכום של 3 מנות תרופה, קרי 28.5 ש"ח. (9.5X).
2. LIPIDAL 10 MG - מחירה המירבי לצרכן של התרופה, עבור 30 כדורים, היה 137.30 ש"ח, ובסה"כ 10% מהמחיר = 13.7 ש"ח. בקופת החולים נמכרת התרופה בסכום של 3 מנות תרופה, קרי 28.5 ש"ח.
3. PREMARIL 0.625 MG, שמחירה המירבי לצרכן, עבור 28 כדורים, היה 46.20 ש"ח, ובסה"כ 10% מהמחיר = 4.6 ש"ח. בקופת החולים נמכרת התרופה בסכום של שתי מנות תרופה, קרי 19 ש"ח. (נמצא כי התרופה נמכרת ב-400% יותר ממחירה לצרכן). לתרופה זו אין גג של שתי מנות.
4. ZYPREXA, שמחירה המירבי לצרכן עבור 28 כדורים, היה 1137.5 ש"ח עבור מינון של 10 MG, 568.71 ש"ח, עבור מינון של 5 MG, נמכרה בקופת חולים כללית ב 19 ש"ח, עבור 30 כדורים מכל מינון.⁴⁹

גם לאחר שחזרה קופת חולים כללית לגבייה לפי שיטת המנות המשיכו להצטבר בנציבות הקבילות, תלונות בגין דמי ההשתתפות אשר נגבו בקופה. מבוטחים רבים אשר קיבלו את הודעת הקופה בדבר שינויים בהסדרי הגבייה, מצאו כי נגבה מהם סכום העולה על 10% מן המחיר הנגבה בבית מרקחת, וסברו, באופן מובן, כי קופת החולים עוברת על החוק. לא למותר הוא לציין כי מבוטח מן השורה

⁴⁹ דוח זה איננו דן בתקופה שלאחר 1.1.2000 אולם בהקשר של ה-ZYPREXA, על מנת שיועמדו דברים על דיוקם יצויין כי לאחר תקופת הדוח נקבע כי יהיו תרופות עבורן הקופה תגבה דמי השתתפות בשיעור של עשרה אחוזים ממחירן. בין תרופות אלו נמנתה ה-ZYPREXA אשר הופסקה אספקתה עבור 19 ש"ח והחלה גביית דמי השתתפות בסך עשרה אחוזים ממחירה.

אשר קיבל את הודעת קופת חולים לפיה דמי ההשתתפות אשר ייגבו לא יעלו על 10% ממחיר התרופה הבין את הדברים כפשוטם, שכן בהודעה לא נאמר, באופן מפורש, דבר באשר לשיטת גבייה זו או אחרת.

קבילות המבוטחים הועברו לתגובת קופת החולים. בתשובות לפניוניה של הנציבה נתקבל ממר יצחק קאופמן, נציב פניות הציבור של קופת חולים כללית, מענה בנוסח כדלקמן :

"על פי החלטת ועדת הכספים של הכנסת מיום 11.8.1998, התייקרו מחיריהן של התרופות בכל קופות החולים וכן בקופת חולים כללית. הקופה הנהיגה שיטת גבייה חדשה לפיה נדרשו המבוטחים לשלם עבור מנת תרופה 9.5 ש"ח או לחילופין 10% ממחיר התרופה בבית מרקחת פרטי, הגבוה מהשניים.

לאחר כניסת השיטה החדשה לתוקף, וההתייקרויות במחירי התרופות שנבעו מכך, פנו להנהלת הקופה מבוטחים רבים, שהתקשו להתמודד עם התייקרות מחירי התרופות. משעמדה הנהלת הקופה על היקף הפניות ועל ההשלכות שהשינוי היה עלול לחולל בבריאות המבוטחים, החליטה הקופה, בשלב זה, לוותר על תשלום מקסימלי של 10% ממחיר התרופה, ולהסתפק במרבית המקרים בתשלום מקסימלי של 9.5 ש"ח בלבד למנת תרופה. למיטב ידיעתי כל השינויים נעשו בידיעת משרד הבריאות. בנוסף, על מנת להקל עוד על מבוטחיה, החליטה הקופה לקבוע גג לתרופות כרוניות רבות, שיעמוד על שתי מנות תשלום. כל זאת בנוסף לגג חודשי של 190 ש"ח, שאישרה ועדת הכספים של הכנסת, לתרופות כרוניות הנכללות בסל ושנרשמו על ידי רופאי הקופה. בעקבות החלטה זו, שהופעלה מיום 1.1.99, הוחזרה שיטת הגביה הקודמת לתוקף"

מאוחר יותר, לקראת סוף שנת 1999 נוסח התשובה החוזרת של קופת החולים השתנה. במכתבים אלו נאמר כי :

"... קופת חולים נדרשה, ע"י משרד הבריאות, לחזור לשיטת הגבייה הישנה, עפ"י המנות ולא כאחוז ממחיר התרופה בבית מרקחת פרטי. וזאת תוך עדכון מחיר המנה מ7.5 - 9.5 ש"ח..."

בחלק מן התשובות נטען, כי לא זו בלבד שהקופה פועלת כדין אלא שהיא גובה פחות מכפי שהיא רשאית. כך למשל נכתב לגבי הליפידל:

"... בעבר גבתה הקופה מחיר של 6 מנות עבור 30 כדורים. כיום קופת חולים גובה עבור התרופה הנ"ל רק מחיר של שלוש מנות עבור כל 30 כדורים. כאשר למעשה מותר לקופה לגבות שש מנות..."

בירור העלה כי אמנם המהלך בו נקטה קופת חולים נעשה בידיעת משרד הבריאות, יחד עם זאת לא נמצאו כל סימוכין לכך כי הדבר התבצע לפי **דרישת** המשרד.

לאור כל השתלשלות העניינים כפי שתוארה לעיל נערכה בחינה מחודשת של הנושא. מאחר ובתכניות הגבייה לא נקבעה הגדרה מדויקת ל"מנת תרופה" נמצא כי יש יסוד לפרשנות לפיה מדובר בשיטת המנות. הוחלט, כי לאור האמור אין לראות את הקבילות נגד הקופה כמוצדקות, ובהתאם להחלטה זו נתנו התשובות למבוטחים. לפונים בשאלות לנציבות בנושא הוסברו הפרשניות השונות וכי קופת החולים נוהגת בשיטת המנות.

במקביל מבצע משרד הבריאות בדיקה של נושא גביית דמי ההשתתפות בקופת חולים כללית במטרה לפעול להסדרת שיטת הגבייה.

עמדת הנציבה

הנציבה בדיעה כי רצוי לקבוע מפורשות את שיטת הגבייה של קופת חולים כללית בנוסף הנציבה סבורה כי יש לשקול השיטה האחוזית באופן שווה בכל הקופות. באופן זה, יישמר השוויון, תתאפשר מלאכת פיקוח יעילה יותר, והמבוטחים לא ימצאו במבוכה באשר לשיטת הגבייה הנוהגת ויוכלו לבצע השוואה פשוטה בין הגבייה בקופות החולים.

7. צמצום היקף הפעילות של קופת חולים

בתקופת הדוח נתקבלו בנציבות הקבילות תלונות רבות בנושא צמצום היקף הפעילות של קופת חולים. הקבילות בנושא זה נחלקו לשתיים:

- א. קבילות בדבר צמצום שעות פתיחה של מרפאות.
- ב. קבילות בדבר סגירתן של מרפאות על ידי קופת חולים.

א. צמצום שעות פתיחה של מרפאות

מבוטחים רבים פנו לנציבות הקבילות בתלונה על צמצום בשעות הפתיחה של מרפאתם. התלונות אשר הופנו נגד קופות חולים כללית ומכבי, עסקו ברובן בסגירת המרפאות בימי שישי. בתלונות אחרות דובר על סגירת המרפאות בשעות הערב המאוחרות, לאחר תום יום העבודה.

השאלה מהו מספר השעות בהן על מרפאה להיות פתוחה איננה פשוטה. למעט מבחן הסבירות, הקבוע בסעיף 3(ד) לחוק - לגבי כל טיפול רפואי, חוק ביטוח בריאות ממלכתי איננו קובע קריטריונים לכך.

כמו בכל שאלה של סבירות, לצורך בדיקת הנושא נדרשת בחינה של מכלול שיקולים לרבות מיקום המרפאה, גודל האוכלוסיה וכו'. נמצא, כי המדובר בנושא המצריך בדיקה מערכתית ואינו ניתן לבחינה ברמת הקבילה הבודדת. על

כן תחום זה דורש את בחינת הנהלת משרד הבריאות.

מטעם קופת חולים מכבי נמסר, כי לאחר תקופה קצרה של סגירת מרפאות בימי שישי סקרי דעת קהל הצביעו על ירידה חדה בשביעות הרצון מן הקופה. לאור זאת, נפתחו המרפאות מחדש.

בשלהי 1999, גם קופות חולים כללית הודיעה על פתיחת המרפאות בימי שישי והודעה זו נמסרה לקובלים בנושא.

ב. סגירתן של מרפאות על ידי קופת חולים

בהתאם להוראות חוק ההסדרים לשנת 1998 תוקן גם סעיף 29(ב), לחוק ביטוח בריאות ממלכתי שכותרתו "הוראות בדבר ניהול עניינה של קופת החולים".

בין היתר, הוסף לסעיף זה, סעיף קטן (ג) הקובע כללים בדבר פעולתן של מרפאות, לאמור:

"(ג) (1) בישוב שאוכלוסייתו אינה עולה על 5,000 תושבים, לא תפעל יותר ממרפאה אחת; בישוב שאוכלוסייתו אינה עולה על 10,000 תושבים לא יופעלו יותר משתי מרפאות; שר הבריאות רשאי לקבוע כי לעניין זה יראו כמה ישובים סמוכים כישוב אחד; בסעיף זה, "מרפאה" – מבנה בהחזקת קופת חולים שבו ניתנים שירותי בריאות לפי חוק זה.

(2) שר הבריאות יקבע את הקופה או הקופות שיפעילו את המרפאה או המרפאות בישוב כאמור בפסקה (1), לתקופה שיקבע מראש; בחירת הקופה תיעשה באמצעות מכרז, בהתאם לכללים שיקבע שר הבריאות בהסכמת שר האוצר.

(3) בישוב שביום ג' בטבת התשנ"ח (1 בינואר 1998) היו קיימות בו מרפאות שלא בהתאם להוראות פסקה (1), רשאי שר הבריאות לפעול להתאמת מספר המרפאות להוראות האמורות; פעולה כאמור תיעשה בהתאם להוראות פסקה (2) לאחר התייעצות עם קופות החולים.

(4) הקופה שתיבחר תיתן במרפאה שירותים לחברי כל קופות החולים בהתאם לסל השירותים והתשלומים של הקופה שבהם הם חברים.

(5) שר הבריאות רשאי לבטל החלטה כאמור בפסקה (2) לפני תום התקופה שנקבעה, אם הפרה הקופה תנאי שנקבע במכרז או אם אינה מספקת לכלל התושבים בישוב את השירותים שלהם הם זכאים, ברמה נאותה וללא הפליה.

הנציבה מצביעה על כך, כי מתוכן הסעיף וניסוחו ניתן ללמוד על תנאים שנועדו למנוע פתיחת מרפאות נוספות ללא פיקוח, והוראות המשמשות לצורך כפיית סגירתן של מרפאות. אולם לנושא של סגירת מרפאות יזומה על ידי הקופות - אין התייחסות מפורשת.

במהלך שנת הדוח נתקבלו תלונות על סגירתן של מרפאות קופת חולים כללית וזאת בעיקר בישובים קטנים. נראה, כי פעולות אלו מתבצעות באופן שהינו נטול פיקוח לחלוטין.

הנציבה מצביעה על כך, כי בנושא זה, שהינו רגיש ובעל חשיבות רבה, לא די בסעיף 3(ד) המחייב מתן שירות "במרחק סביר" וראוי כי ייקבעו קריטריונים ברורים גם לצורך פיקוח על סגירת מרפאות היזומה על ידי קופות החולים.

8. תמורות בתחום שירותי הבריאות הנוספים

בחק ההסדרים לשנת 1998 בוצעו שינויים מהותיים בסעיף 10 לחוק שעניינו שירותי בריאות נוספים. להלן יידונו השינויים אשר

הגיעו לידי ביטוי בעבודת הנציבות.

ראשית, **שינוי במונחים** : כותרת הסעיף שונתה מ-"ביטוח משלים" ל-"שירותי בריאות נוספים". (ככל הנראה מינוח זה בא על מנת להדגיש את ההבדל בין תכניות הקופות לביטוחים פרטיים). בקופות החולים ניתנו כינויים שונים לתכניות לשירותי הבריאות נוספים, כגון : "ביטוח מושלם", (בקופת חולים כללית), "מכבי מגן", "מאוחדת עדיף", "לאומית לכל", "לאומית ועוד" וכו'. שירותים אלו יכוננו מכאן ואילך "שירותי בריאות נוספים" ולהלן, בראשי תיבות : "שב"ן".

איסור אפליה והתניה בהצטרפות לתכנית השב"ן

בסעיף 10(ג)(1) לחוק נקבע, כי קופת חולים תצטרף לתכנית כל חבר המבקש להצטרף אליה, ללא קשר למצבו הבריאותי או הכלכלי וללא התניה כל שהיא למעט תקופות אכשרה סבירות.

לאור הוראה זו, כל תלונה אשר נתקבלה בגין סירוב קופה לצרף מבוטח לתכנית שלה, הועברה להתייחסות קופת החולים. מטעם הקופות, לאחר שהובאו התלונות לידיעתן, הובא הדבר על תיקונו מיידית.

כללי הפעלתה של תכנית שב"ן

בסעיף 10א לחוק, כפי שתוקן בחוק ההסדרים, נקבע בין היתר, כי קופת חולים רשאית להציע לחבריה תכנית לשב"ן, בעצמה או באמצעות חברת בת, הנמצאת בשליטתה המלאה. עוד נקבע, כי תוכנית השב"ן תהיה אך ורק למתן שירותים בפועל, ולמעט שירותי סיעוד, ולא תכלול מתן פיצוי כספי לעמית כתחליף שירות.

יובהר, כי בהתאם לסעיף זה, אך ורק תוכנית שב"ן מטעם קופת חולים או מטעם חברה בבעלותה המלאה, נתונה בסמכות הביקורת של הנציבה. כל תכנית אחרת של שירותי בריאות אינה בסמכות הנציבה אלא מבוקרת על ידי המפקח על הביטוחים, במשרד האוצר.

הנציבה מצביעה על כך, כי נושא זה גרם לבלבול רב בקרב המבוטחים. כך למשל, במהלך שנת 1998, קופת חולים לאומית לא הציעה לחבריה תכנית משל עצמה, אלא ביטוח של "הפניקס", חברה לביטוח אשר אינה בבעלות קופת חולים לאומית. נמצא, כי תלונות מבוטחי קופת חולים לאומית בנושא שירותי הבריאות הנוספים, לא היו בסמכות הביקורת של הנציבה. עם זאת, החל מה-1.4.1999 החלה קופת חולים לאומית בהפעלת תכנית שב"ן של הקופה, ותכנית זו מצויה בסמכות הביקורת של הנציבה.

השב"ן וציבור הקשישים (ביטוח סיעודי)

עקב הוראת סעיף 10(א) כי תכנית השב"ן של הקופה תהיה "למעט שירותי סיעוד", נתקבלו מספר תלונות ממבוטחים, אשר בקשו להצטרף לתכנית ביטוח סיעודי, ונתקלו בסירוב מפאת גילם או מצבם הבריאותי.

לאור ההוראה, כי תכנית השב"ן של הקופות לא תכלול שירותי סיעוד, נמצא, כי הנושא אינו בסמכות הנציבה. על תוכניות אלו, אף אם הן משווקות יחד עם תוכניות השב"ן של הקופות, להוות ביטוח נפרד אשר מוצע באמצעות חברות שאינן בשליטה של הקופות. על כן – לא היה באפשרות הנציבה לסייע לפונים בעניין זה, והם הופנו לבירור עניינם אל המפקח על הביטוחים.

הנציבה מצביעה על כך, כי במצב דברים זה נגרמת פגיעה קשה בציבור הקשישים בישראל. יצויין כי הוראת סעיף 10(ה) לחוק לפיה "מחיר התכנית יהיה אחיד לכל גיל" מוביל לכך כי דווקא הקשישים משלמים את התעריפים הגבוהים ביותר עבור השב"ן. עוד יוזכר, כי גם במסגרת סל השירותים הבסיסי, קיימת פגיעה בציבור הקשישים

הנובעת מההפרדה, בתחום הגריאטריה בין שירותים הניתנים על ידי המדינה, לשירותים הניתנים על ידי הקופה⁵⁰.

לא זו אף זו, לאור התיקון לחוק, גם מתן שירותי בריאות נוספים בתחום הסיעוד - אינו נתון בידי קופות החולים. מובנת מאליה התחושה הקשה של ציבור המבוטחים הקשישים, כי דווקא בהגיעם לגיל זקנה, ככלות כוחם, מושלכים הם מן המערכת המוכרת של קופת החולים, ונאלצים לפנות למסגרות אחרות.

אישור תכניות השב"ן על ידי משרד הבריאות

על פי התיקון לחוק נקבע בסעיף 10(א) כי תוכניות קופת חולים לשירותים נוספים, וכל שינוי בהן, טעונים אישור של שר הבריאות.

כהוראת ביניים נקבע כי עד להסדרת הנושא רשאיות הקופות לפעול ללא אישור.

עד כה, אישור שר הבריאות, טרם ניתן לאף אחת מתכניות השב"ן.

הנציבה מודעת לכך כי הליך הסדרת השב"ן הוא מורכב ויארך זמן יחד עם זאת הנציבה מצביעה על כך, כי העדר אישור לתכניות השב"ן מצמצם את יכולת הנציבה לברר תלונות הנוגעות לתוכן תכניות השב"ן והביקורת מוגבלת בעיקר לישום עקרונית החוק (העדר אפליה בקבלת מבוטחים וכו').

⁵⁰ שיקום, ואשפוז סיעודי מורכב – ניתנים ע"י קופת החולים, אשפוז סיעודי (למעט סיעודי מורכב) – מסופק ע"י המדינה. יודגש כי נציבת הקבילות מוסמכת לברר קבילות כנגד קופות חולים ונותני שירותיהן אולם לא קבילות שכנגד המדינה. על כן, בהתקבל בנציבות הקבילות תלונות בתחום הגריאטריה הנוגעות לשירותים הניתנים על ידי המדינה, מופנות תלונות אלה לאגף הגריאטריה של משרד הבריאות.

9. ליקויים בפרסום מידע בדבר זכויות המבוטחים

מן הקבילות אשר נתקבלו בנציבות הקבילות עולה, כי המידע הקיים בידי ציבור המבוטחים, בדבר שירותי הבריאות בישראל, מועט ביותר. רבים מן המבוטחים אינם מודעים לזכויותיהם על פי החוק ואף לא למגבלות החוק ולכך שחובת קופות החולים למימון שירותי בריאות הינה אך ורק למתן השירותים והתרופות הכלולים בסל. עוד נמצא כי עדיין קיימים מבוטחים רבים אשר אינם מודעים לזכותם לעבור מקופה לקופה מבלי קשר לגילם או מצבם הרפואי.

אף כי ככל דבר חקיקה, ניתן לעיין בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, בספריות השונות וכן לרכוש קובץ חקיקה בנושא מאת חברות העוסקות בשיווק מידע משפטי, אין די בפרסום זה בכדי להעמיד את ציבור המבוטחים על זכויותיו לשירותי בריאות.

ראשית, מלאכת איתור חומר משפטי ועיון בו איננה פשוטה, קל וחומר בהתקיים ריבוי של דברי חקיקה העוסקים בנושא. בתחום זה קיימים דברי חקיקה רבים וביניהם: צו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות) התשנ"ה – 1995, תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (שירותי בריאות במדינות חוץ) התשנ"ה – 1995, תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (רישום בקופת חולים ונהלי מעבר) התשנ"ה – 1995, הודעות בדבר תנאים ותשלומים לשירותי בריאות שנתנה המדינה לפרט במועד הקובע לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994, וכו'. למותר לציין כי בכל דברי חקיקה אלו, מוסדרים תחומים אשר לציבור עניין רב בידעתם.

שנית, כאמור, נושא היקף סל השירותים מורכב ורבה בו אי הבהירות וישנו מידע רב אשר איננו בא לידי ביטוי בהוראות החוק. על כן, אף מבטח אשר קיים ברשותו קובץ חקיקה מעודכן בנושא, לא יהיה די בכך בכדי להעמידו על זכויותיו, והוא יידרש למקורות מידע נוספים.

בין התחומים אשר אינם מפורטים בחקוקים בביטוח בריאות ממלכתי נמנים:

1. **הסדרי קופות החולים בדבר בחירת נותן שירותים**
נושא הסדרי הבחירה וליקויי הפרסום בו נידון בהרחבה בפרק הרביעי לדוח, על האמור בפרק זה ניתן להוסיף כי גם במצב דברים בו יתקיים הפרסום האופטימלי להסדרי בחירה, על מנת שיוכלו המבוטחים לעשות שימוש בפרסומים אלו, נדרש מידע בדבר נותני השירותים של הקופות השונות, לצורך השוואתם. (יצוין כי למשל, באתר האינטרנט של מכבי, נמסרים נתונים אודות סקרי שביעות רצון אשר נערכו לגבי בתי חולים, הנמנים בין נותני השירותים של הקופה).
2. **תכניות הגבייה של קופות חולים**
כמפורט, קופות חולים נצטוו לפרסם בדו"ר ישיר את התכניות אשר אושרו להם. יחד עם זאת יצוין כי כל קופה פרסמה את הסדרי הגבייה שלה למבוטחיה בלבד ומכאן שקיים קושי למבוטח המבקש לערוך השוואה בין הקופות. בנוסף, כפי שהוסבר בפרק העוסק בהסדרי גבייה, בנושא זה התקיימו מחלוקות שונות אשר מבוטח מן השורה איננו מודע להם, למשל שיטות הגבייה השונות, גביית 50% ממחירי תרופות וכיוצא בזה.
3. **הליכי אישור**
רבים מהמבוטחים אינם מודעים להליך האישור הנדרש לצורך קבלת שירותים, או למוסדות הקיימים בקופות החולים להגשת תלונות וערעורים. בעניין זה, סעיף 26(א) לחוק קובע, כי לקופת חולים יהיה תקנון אשר יקבע את זכויות חבריה, וכן דרכים להגשת תלונות ובירורם. על פי סעיף 26 (ה) כל תושב זכאי לעיין בתקנון ולקבל ממנו עותק תמורת תשלום הוגן. יחד עם זאת, מבוטחים רבים אינם מודעים לקיומו של תקנון ולא לאפשרות לקבל העתק ממנו. יצוין, כי ידוע לנציבה שאף על פי שקופות החולים פועלות על פי תקנוניהן, התקנונים לא קיבלו את אישור שר הבריאות, כנדרש על פי חוק.
4. **נהלים המסדירים מתן שירותים**
תחומים רבים בשירותי הבריאות מוסדרים באמצעות נהלים. הדבר בולט במיוחד בתחום השירותים הניתנים ע"י המדינה, שם קיימת בגוף החוק הפניה מפורשת לנהלים. כך למשל בתוספת השלישית לחוק הן סעיף 2 העוסק בגריאטריה והן סעיף 4 העוסק בקבלת מכשירי שיקום, קובעים, כי שירותים אלו יינתנו על-פי נהלים במשרד הבריאות. שירותים הניתנים על ידי המדינה, כאמור, אינם נמצאים בפיקוח נציב הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כך שנמצא, שלא די בכך שבתחומים מסוימים אין המבוטח מודע לזכויותיו, אלא

שבעניין זה אף אינו יכול להיעזר בנציבות הקבילות.

גם בתחום השירותים הניתנים ע"י קופות החולים קיים מידע רב אשר אינו מופיע בחוק ומוסדר באמצעות חוזרים, הן חוזרים פנימיים של קופות החולים והן חוזרי מנכ"ל וחוזרי מינהל רפואה של משרד הבריאות. דוגמאות למידע המצוי בחוזרי מינהל רפואה: כללים למימון נסיעה באמבולנסים בין בתי חולים, התוויות מוכרות לטיפול בתא לחץ, וכו'. רבים מחוזרי המינהל מסדירים את ענייני בתי החולים, אולם, אין להתעלם מן ההשפעה ההדדית שבין בתי החולים לקופות חולים.

לא פעם יש בהסדרת תחומים בבתי חולים השפעה ישירה על זכויות המבוטחים לשירותי בריאות. (דוגמא לכך: החוזר הקובע כי גם עבור פניה חוזרת למיון תוך 24 שעות, יגבה תשלום. לעניין זה ראה פרק מס' 5 לדוח תת פרק 4 העוסק בנושא חדר מיון)

נמסר לנציבה, כי בהתאם לסעיף 6 לחוק חופש המידע, התשנ"ח - 1998, לחוזרים ולנהלים של משרד הבריאות יינתן הפרסום המתחייב בחוק והם יעמדו לעיון הציבור. באשר לקופות החולים לדעת הנציבה מן הראוי כי קופת חולים תוגדר כרשות ציבורית לצורך חוק חופש המידע ועל כן תידרש לעמוד בחובות הנגזרות מכך, לרבות פרסום הנחיות מנהליות כתובות. על-פי סעיף 2 לחוק חופש המידע על מנת שקופת חולים תוגדר כ"רשות ציבורית" לצורך חוק זה, נדרשת קביעה של שר המשפטים כי הקופה הינה "רשות ציבורית" וכן אישורה של ועדת החוקה חוק ומשפט של הכנסת.

יצויין, כי במידה והדבר יעשה, תצמח מכך גם תועלת רבה בפיקוח על קופות החולים, באשר העמדת הנחיות מנהליות של הקופה לעיון הציבור, תגרום לכך כי ליקויים יובאו מהר יותר לידיעת הגורמים המתאימים במשרד הבריאות, לרבות נציבות הקבילות.

דוגמא מובהקת למידע חשוב אשר אינו מופיע בחוק וקיים בידיעת קופת החולים, הובאה בפסק דין מדזיני. כאמור, בפסק הדין נקבע כי יש לראות הגבלות שנהגו בקופות החולים במועד הקובע כחלק מן השרות הניתן על ידי הקופה ולקראו לתוך החוק. מטבע הדברים, שמדובר בהגבלות אשר אינן מופיעות בגוף החוק וכך למשל בפסק דין מדזיני נקבע כי טיפולי פיזיותרפיה יינתנו לחולים כרוניים עד 12 פעמים בשנה בלבד, הגבלה זו איננה נזכרת בתוספת השניה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

5. רשימת התרופות

כפי שצויין לעיל בתת פרק מס' 2 לדוח בסעיף ב' בצו ביטוח ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות), נמנות התרופות בשמן הגנרי על פי סדר

ה-ABC. כאמור, למעט תרופות אשר הוספו לרשימת התרופות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי לאחר החלת החוק, לא מצוינות בצו ההתוויות לשמן כלולה כל תרופה בסל. למותר לציין, כי כל מבוטח מן השורה, אשר איננו מתמצא בתחום הרוקחות (ואשר אינו יודע לתרגם תרופה משמה הגנרי לשמה המסחרי, ובוודאי שאינו יודע לברר לאיזו התוויות רשומה תרופה מאז שנת 1994), לא תועיל הרשימה בצורתה זו. לנציבת הקבילות לא ידוע על כל פרסום אחר לרשימת התרופות שבסל שירותי הבריאות במתכונת שונה.

6. **שירותים ותרופות שאינם בסל**

שירותים אשר מספקת קופת חולים, מעבר לחובתה על פי חוק, מטבעם שאין להם זכר בהוראות החוק. כך למשל מחוברת סל השירותים של קופת חולים כללית עולה כי במקרים מסוימים משתתפת הקופה במימון של תרופות שאינן בסל, לפני משורת הדין. דוגמא נוספת: בחוברות השירות של קופת חולים לאומית וקופת חולים מאוחדת נמנים אביזרים, תכשירים ותרופות ללא מרשם רופא, הנמכרים בהנחה בבתי המרקחת של הקופה. ככלל, לא מופיע בספר השירות, שיעור ההנחה. יצוין כי על פי הנטען בקבילות שונות שנתקבלו בנציבות עולה כי קיים מספר לא מבוטל של שירותים הניתנים בקופות חולים השונות, שלא מכוח חובה על פי חוק ואין לדבר פרסום.

7. **שירותים הניתנים מכוח חקיקה אחרת.**

מלבד האבחנה הקיימת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בין שירותים הניתנים ע"י קופות החולים לשירותים הניתנים ע"י המדינה, דבר אשר כאמור, כשלעצמו מהווה מקור לבלבול וטעויות, ישנם שירותים רפואיים, או הקשורים למצב רפואי, הניתנים שלא מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אלא מכוח חקיקה אחרת. דוגמא לכך: תאונות עבודה, שם הזכאות לריפוי, החלמה ושיקום, קמה מכוח חוק הביטוח הלאומי, כאשר קופות החולים מהוות נותן השירותים של המוסד לביטוח לאומי. בעניין זה קובע סעיף 3(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי כי "כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה אלא אם כן הוא זכאי להם מכוח חיקוק אחר", מכאן כי במקרים אלו לא חל חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בסעיף 3 לחוק, לא מובאת רשימה של חקוקים אחרים העוסקים בשירותי בריאות. בנושא זה רב הנסתר על הגלוי לדוגמא: על פי החוק, מבוטח אשר הוסע באמבולנס ואושפז, זכאי להחזר עבור ההסעה. אין בחוק כל אבחנה בין יולדת לחולה אחר. על אף האמור, בירור העלה כי הסעת יולדות באמבולנס מד"א, נזכרה בחוק הביטוח הלאומי. נמצא, כי אין חוק ביטוח בריאות ממלכתי חל בתחום זה.

8. **תכניות לשירותי בריאות נוספים (להלן: תכניות השב"ן)**

מקבילות הציבור עולה כי בנושא השב"ן קיימת אי בהירות רבה בקרב המבוטחים. רבים אינם מודעים לכך כי כל קופת חולים רשאית להציע

תכנית שב"ן אחרת וכי אין להתנות או להגביל הצטרפות לתכנית. נושא זה, מוסדר בחוק, אולם מעבר לצורך להביא לידיעת הציבור את ההסדרים הקבועים בחוק, תוך מתן הסברים ברורים ותוך שימת דגש על הזכויות בזמן מעבר בין קופות.

מן הראוי כי יערכו השוואות בין תכניות השב"ן השונות המוצעות לציבור, על מנת שהמבוטחים יוכלו לעשות שימוש גם במידע זה, במעבר מקופת חולים אחת לאחרת. ייתכן, ותפקיד חשוב זה יכולה לקחת על עצמה מועצת הבריאות אשר אחד מתפקידיה הינו פרסום מידע בדבר זכויות המבוטחים.

9. מוסדות לתמיכה וסיוע

בתחום הבריאות, קיים מספר רב של ארגונים, עמותות וקבוצות תמיכה שונות אליהם יכול הציבור לפנות ולהיעזר בשירותיהם. דוגמאות לארגונים אלה: יד שרה, דעת - שירותי מידע לבריאות על שם פרופ' ק. י. מן, המועצה לשלום הילד, איגוד ישראלי לתסמונות מיוחדות (אית"ן), ארגון ישראלי להפרעות אכילה - אנורקסיה ובולמיה (אביב), ואחרים, חלקם מאוגדים תחת ארגון צרכני בריאות ישראל (צב"י) וחלקם לא. למותר לציין, כי בפרסום מסודר של ארגונים אלו תצמח תועלת רבה לציבור. יוזכר, כי ידוע לנציבה שמטעם האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, קיים עלון, המפרט בין היתר את הארגונים הקיימים בתחום זה. יחד עם זאת גם לגבי בריאות הנפש מבוטחים רבים אינם מודעים לקיום החוברת וכיצד ניתן להשיגה.

בהקשר זה חשוב להדגיש כי גם לנציבות הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר הוקמה על פי חוק לפני כשלוש שנים, נדרש פרסום נוסף. הדבר חיוני הן למען אותם מבוטחים אשר אינם מודעים להוראות החוק בנושא והן לצורך מתן הסבר בדבר אופן הפניה לנציבות והמידע הנדרש לצורך בירור יעיל ומהיר של הקבילה.

מידע בדבר נציבות הקבילות נתפרסם בעיתונות פעמים ספורות, אולם הנציבה מצביעה על הצורך בפרסום נוסף לעיתים מזומנות יותר, דבר המצריך תקצוב מתאים.

חובות פרסום הקבועות בחוק

חובות פרסום מידע בדבר זכויות מבוטחים, קיימות בסעיפים שונים של החוק. כפי שנאמר בפרק העוסק בהסדרי בחירה, על פי סעיף 23 לחוק, חייבת קופת חולים לפרסם את הסדרי הבחירה על פי הם היא נוהגת בקרב חבריה. בנוסף, על פי סעיף 26(ה) לחוק, על כל קופת חולים לפרסם **ברבים** את השירותים העומדים לרשות חבריה, היכן ניתן לקבלם ומי הם נותני השירותים מטעמה.

כאמור, מן הקבילות שנתבררו בנציבות הקבילות עולה כי בקופות החולים קיימות חוברות שירות, אולם המידע המפורט בהן אינו מספק. ככלל, חוברות

אלו אינן מתייחסות לבחירה בין בתי חולים וכן לא קיים בהן פירוט של סל השירותים.

באשר לחוברות המפרטות את סל השירותים, לבקשות הנציבות לקבלת מידע זה, נתקבלה בנציבות הקבילות חוברת סל שירותים של קופת חולים כללית בלבד. לא ידוע לנציבה על פרסום חוברות מעין אלו, מטעם קופות חולים מכבי, מאוחדת ולאומית.

מקופת חולים כללית נמסר, כי בכל מרפאות הקופה קיים העתק מחוברת זו ולכל דורש ניתן לעיין בה. על אף האמור, מקבילות המבוטחים עולה כי לא זו בלבד שאין המבוטחים מודעים לאפשרות העיון בחוברת זו, בחלק מהמקרים, מבוטחים שהופנו על ידי עובדי הנציבות למרפאתם, לעיין בחוברת, נענו כי חוברת זו אינה בנמצא.

יצוין, כי על אף הפרוט הרב הקיים בחוברת זו, קיים מידע אשר אינו נזכר בה. למשל: מצוינים בחוברת תעריפי שירותים לפי קודים, דבר אשר טבעי שאינו מובן למבוטחים וכן לא נזכרת רשימת התרופות שבסל.

גוף נוסף אשר אחד מתפקידיו הוא פרסום זכויות המבוטחים, הנו מועצת הבריאות (המועצה לביטוח בריאות ממלכתי). על פי סעיף 52(ד) לחוק, מתפקיד מועצת הבריאות, לפרסם מידע עדכני ושוטף לחברי קופות החולים, בדבר זכויותיהם לפי חוק, השירותים העומדים לרשותם, היכן ניתן לקבלם, ומי הם נותני השירותים מטעם קופות החולים.

כפי שצוין, עורך דין אברהמי, היועץ המשפטי למועצת הבריאות: תפקיד זה של המועצה שהינה גוף בלתי תלוי, בא בנוסף לחובת הפרסום החלה על הקופה, וזאת על מנת לתת לציבור כלי אמין ואובייקטיבי, אשר אין בו הטיה למשוך חבר לקופה, או רצון לשאת חן.

אין ספק כי המשימה העומדת בפני מועצת הבריאות איננה פשוטה. על פי הידוע לנציבה, אף כי התקיימו דיונים רבים בנושא, טרם התבצע מטעם מועצת הבריאות כל פרסום של זכויות המבוטחים.

מכל האמור לעיל עולה כי מידע בדבר סל שירותי הבריאות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, פזור על פני מקורות רבים אשר לא לכולם קיימת מודעות של הציבור ולא לכולם קיים פרסום מסודר. יתרה מכך, לא פעם מופצים בציבור פרסומים בלתי מדויקים ואף מטעים. דוגמא לכך היא פרסומי בתי החולים בדבר זכות המבוטחים לבחור מבין כל נותני השירותים של הקופה, הודעות עליהן המשיכו מבוטחים להסתמך, גם לאחר פרסום הסדרי הבחירה. נמצא, כי

לא זאת בלבד כי לא נמסר לציבור המבוטחים די מידע בדבר זכויותיו, אלא שקיים בידיו מידע שאיננו נכון.

גם לנציבות הקבילות, במקרים רבים, אין אפשרות לשמש למבוטחים כמקור מידע, להבדיל מהסמכות לבירור קבילות. השאלות: אלו שירותים ותכונות כלולים בסל, היכן, כיצד ומתי ניתן לקבלם, לעיתים תכופות אינן פשוטות. מתן מענה, מבלי שתתברר קבילה בנושא, עלול להוביל להטעיה. (יודגש: במקרים בהם מדובר בשירות אשר לכאורה ניתן ע"י המדינה, מופנים המבוטחים לברר את זכויותיהם בלשכות הבריאות).

עמדת הנציבה

הנציבה מצביעה על הצורך בפרסום מידע עדכני ושוטף למבוטחים, בכל התחומים אשר נמנו לעיל, לרבות דברי הסבר לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ודברי החקיקה הנלווים לו (למשל: תקנות שירותי בריאות במדינות חוץ, תקנות רישום בקופת חולים ונהלי מעבר וכו').

מן הראוי, כי פרסום שכזה, יתבצע ויתעדכן במהלך התקופות בהם רשאים מבוטחים לעבור מקופה לקופה. זאת, על מנת לעודד את גורם התחרות בין קופות החולים ועל מנת שהמבוטחים יוכלו לעשות שימוש בזכותם, להחליף קופה, מתוך מודעות מלאה לזכויותיהם וחובותיהם (על מועדי הפרסום הרצויים הורחב בפרק הרביעי לדוח העוסק בבחירת נותן שירותים בתת פרק מס' 4).

בנוסף לפרסום זה, אשר אין ספק כי ביצעו אינו פשוט ויארך זמן, הנציבה סבורה כי יש לחייב את קופות החולים לפרסם בחוברות את סל השירותים ולהעמידן לעיון הציבור, לפחות בכל מרפאה.

זאת ועוד, הנציבה מציעה כי יתפרסמו כרזות, בהם יופנו המבוטחים למקורות המידע השונים העומדים לרשותם, ולגופים השונים הקיימים, בקופה ומחוצה לה, להגשת תלונות ולקבלת תמיכה וסיוע. למשל, כרזה הנושאת את הכותרת: **האם את/ה מודע לזכויותיך?** על כרזות אלו להתפרסם בכל מרפאות הקופות בנוסח דומה, בשינויים המחויבים (כל קופה והגורמים האחראים לבירור תלונות אצלה).

השמירה על זכות המבוטחים לקבלת מידע, מתחייבת הן מחוק ביטוח בריאות ממלכתי, הן מחוק זכויות החולה, והן מחוק יסוד כבוד האדם וחירותו. זמן רב מדי נעשו דברי המחוקק לפלסטר תוך פגיעה בציבור המבוטחים. הנציבה מצביעה על כך כי מין הדין,

שצעדים לקיום חובות הפרסום הקבועות בחוק, יתבצעו לאלתר.

פרק רביעי

בחירת נותן שירותים

אחד הנושאים המרכזיים בתקופת הדוח אשר היווה מוקד למספר רב ביותר של קבילות (ראה טבלאות 1(ב) ו-9(ב)) היה נושא בחירת נותן השירותים.

נושא זה הנו בעל חשיבות מכרעת, מאחר והשוואת אפשרויות הבחירה מבין נותני השירותים, המוצעת על ידי כל קופת חולים, צריכה להוות קריטריון ראשון במעלה, בבחירת קופת חולים על ידי המבוטחים.

קביעת נותני השירותים של קופת החולים, והיקף החופש הניתן למבוטחים לבחור מבין נותני שירותים אלו, משקפים גם במידה רבה, את איכות הטיפול המוצע לציבור, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

לאור חשיבות הנושא והתמורות הרבות אשר חלו בו בתקופת הדוח, אף כי הנושא שייך לפרק השלישי לדוח, הוקדש לו בדוח זה, פרק נפרד.

1. חובת פרסום הסדרי בחירה

סעיף 23 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שכותרתו "בחירה מבין נותני השירותים" קובע:

"(א) חבר בקופת חולים זכאי לבחור נותן שירותים עבור עצמו ועבור ילדו הרשום בה מבין נותני השירותים של הקופה או מטעמה, בכפוף להוראות סעיף 12.

(ב) קופת חולים תקבע את הסדרי הבחירה והיקפה במידה שהיא קשורה עם יותר מנותן שירותים אחד; קופת החולים תביא את ההסדרים לידיעת שר הבריאות ותפרסם בקרב חבריה.

(ג) בסעיף זה, "נותן שירותים" – לרבות בעל מקצוע רפואי או פארה רפואי, ובלבד שקיבל רשיון או הכרה במעמד מן המנהל."

נציבת הקבילות שבה והדגישה, כי עמדתה הינה שרק במידה וקופת החולים

הביאה את הסדרי הבחירה שלה, לידיעת שר הבריאות ופרסמה אותם בקרב חבריה, כנדרש בסעיף זה, היא זכאית להגביל את זכות הבחירה הנתונה למבוטחיה.

בכל קופות החולים נתפרסמו חוברות שירות (המוסיפות להתעדכן ולהתפרסם מעת לעת) ובהם רשימות הרופאים, המעבדות והמכונים עמם קשורה הקופה וכן שעות ומקום הקבלה שלהם. בתחום זה, כמעט ולא נתקבלו קבילות בנציבות הקבילות ועל כן, לא יורחב על כך הדיון בדוח זה.

קבילות הציבור בעניין הסדרי הבחירה עסקו רובן ככולן, בהסדרי הבחירה לגבי בתי חולים, כלומר, ההסדרים הקובעים אלו בתי חולים עומדים לרשות חברי הקופה בהידרשם לשירותי אשפוז, וההסדרים החלים לגבי פניה למרפאות חוץ של בתי החולים.

עד לחודשיה האחרונים של שנת 1998, לא התפרסמה, מטעם אף אחת מן הקופות, הודעה בדבר הסדרי בחירה בין בתי חולים (להלן: הסדרי בחירה) וקופות החולים המשיכו להגביל את זכות הבחירה של המבוטחים ללא פרסום הסדרי הבחירה שלהן.

יש לציין, כי מעבר לחובת קופת החולים לפרסם הסדרי בחירה, על פי סעיף 52 לחוק, גם מועצת הבריאות (המועצה לביטוח בריאות ממלכתי), ממונה בין יתר תפקידיה גם על פרסום נותני השירותים מטעם קופות החולים. יחד עם זאת, מטבע הדברים, שבמצב בו אין הקופות מפרסמות את הסדרי הבחירה שלהן, לא קיים בידי מועצת הבריאות המידע הנדרש לצורך פרסומו. (תפקיד מועצת הבריאות נדון לעיל בפרק מס' 3 תת פרק 9 העוסק בליקויים בפרסום מידע בדבר שירותי בריאות).

לאחר תקופה ארוכה, בה קופות החולים לא פרסמו את הסדרי הבחירה שלהן, ומאחר והקופות החלו בהקשחת הנהלים ובמניעת מתן התחייבויות למבוטחים אשר ביקשו לקבל שירות במרפאות החוץ של בתי החולים - פתחו ארגון רופאי המדינה, בשיתוף עם ארגון צרכני בריאות ישראל, (צב"י), במאבק. מטעם ארגונים אלו פורסמו הודעות בעיתונות ובבתי החולים, בהם נאמר כי על פי חוק, זכאים המבוטחים לבחור נותן שירותים מבין נותני השירותים של הקופה או מטעמה. מבוטחים אשר נתקלו בקשיים בקבלת התחייבויות מהקופה, הונחו לפנות לארגונים אלו באמצעות הפקסימיליה והובטח להם כי הקבילה תועבר לכל הגורמים הנוגעים בדבר, לרבות משרד ראש הממשלה.

בעקבות האמור, הועברו לנציבות הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מספר רב של קבילות על ידי הארגונים הנ"ל. רבות מהקבילות, הועברו לנציבות בצורת תדפיס ובו תמצית הקבילה. מאחר והקבילות לא נתקבלו בנציבות באופן ישיר מהמבוטחים, באופן הקבוע בסעיף 45 לחוק, ומאחר ובמקרים רבים לא פורט בקבילות מלוא המידע הנדרש, נמסר לכל פונה כי במידה וברצונו שתלונתו תתברר על ידי הנציבות, עליו לשלוח קבילה ישירות לנציבות. ברב המקרים אכן קבלו אותם מבוטחים, ישירות לנציבות.

בית החולים האוניברסיטאי, הדסה עין כרם, אף הוא יצא בפרסום וקרא למבוטחים לעמוד על זכותם לבחור נותן שירותים. גם עקב פרסום זה נתקבלו בנציבות הקבילות, קבילות רבות.

במהלך שנת 1998 עד לפרסום הסדרי הבחירה של קופת חולים כללית ביום 8.9.1998, נתקבלו בנציבות הקבילות 174 קבילות נגד הקופה, בעניין בחירת נותן שירותים. מתוכן 153 לגבי מרפאות חוץ ומכונים, ו-20 לגבי אשפוז. סך הכל היו 310 קבילות נגד קופת חולים כללית במהלך כל שנת 1998 בנושא בחירת נותן שירותים, מתוכן 267 לגבי מרפאות חוץ ומכונים, ו-43 לגבי אשפוז.

במהלך שנת 1998 עד לפרסום הודעת קופת חולים מכבי בדבר הסדרי בחירה ביום 15.9.1998, נתקבלו 20 קבילות כנגד הקופה, מתוכן 18 לגבי מרפאות ומכונים ו-2 לגבי אשפוז. סך הכל היו 34 קבילות נגד קופת חולים מכבי במהלך כל שנת 1998 בנושא בחירת נותן שירותים, מתוכן 32 לגבי מרפאות חוץ ומכונים, ו-2 לגבי אשפוז.

נגד קופת חולים לאומית, אשר לא פרסמה הסדרי בחירה, נתקבלו בכל שנת 1998, 34 קבילות בנושא בחירת נותן שירותים, מתוכן 31 לגבי מרפאות ומכונים ו-3 לגבי אשפוז.

נגד קופת חולים מאוחדת נתקבלו במהלך כל שנת 1998, 19 קבילות בנושא בחירת נותן שירותים, מתוכן 18 לגבי מרפאות ומכונים ו-1 לגבי אשפוז.

סך כל הקבילות במהלך כל שנת 1999 נגד קופת חולים כללית בנושא בחירת נותן שירותים היה 351 קבילות, מתוכן 268 לגבי מרפאות חוץ ומכונים, ו-83 לגבי אשפוז.

סך כל הקבילות במהלך כל שנת 1999 נגד קופת חולים מכבי בנושא בחירת נותן שירותים היה 28 קבילות, מתוכן 23 לגבי מרפאות חוץ ומכונים, ו-5 לגבי אשפוז.

סך כל הקבילות במהלך כל שנת 1999 נגד קופת חולים לאומית, בנושא בחירת

נותן שירותם היה 32 קבילות, מתוכן 26 לגבי מרפאות ומכונים ו-6 לגבי אשפוז.

סך כל הקבילות במהלך כל שנת 1999 נגד קופת חולים מאוחדת, בנושא בחירת נותן שירותם היה 32 קבילות, מתוכן 26 לגבי מרפאות ומכונים ו-6 לגבי אשפוז.

בהתאם לעמדת הנציבה, כפי שפורטה לעיל, ועל מנת להביא את קופות החולים לפרסם את הסדרי הבחירה בהם נקטו - כל קבילה אשר נתקבלה בעניין בחירת נותן שירותים, טרם פרסום הסדרי הבחירה, נקבעה כמוצדקת.

בחודש מאי 1998, פנתה הגברת אתי פרץ, יו"ר הועדה לזכויות החולה במועצת הבריאות והיועצת המקצועית לצרכני בריאות בישראל, כתפקידה אז, למנכ"ל משרד הבריאות. אף היא התריעה על הפרות החוק, בנושא זכות המבוטח לבחירה בין נותני שירותים. במכתבה הודגש כי זכות הבחירה של החולה היא מעקרונות היסוד של החוק, ואי קיום דרישות החוק מביא לקיפוח זכות החולה לממש את זכותו לעבור מקופת חולים אחת לאחרת, באשר בהעדר המידע הרלוונטי, אינו יכול לשקול בחירתו בצורה מושכלת. נטען כי הסתרת המידע מאפשרת לקופות להימנע מתחרות בנדון וזאת בניגוד לטובת החולים וטובת הציבור.

נציבת הקבילות שבה והתריעה, הן בישיבות הנהלת המשרד והן בדוח השנתי הראשון של נציבות הקבילות, על ההפרה הנמשכת על ידי קופות החולים, של חובת פרסום הסדרי הבחירה בין נותני שירותים. הנציבה הצביעה על הצורך בפעולה נחרצת של משרד הבריאות, כולל הפעלת סעיף 37 לחוק, הן בפעולות עונשין, במידה ולא ימצא פתרון אחר.

לקראת סוף שנת 1998, ולאחר מאמצים רבים והפעלת הלחצים אשר תוארו לעיל, פורסמו הודעות בדבר הסדרי בחירה. תחילה, מטעם קופת חולים כללית, ומיד בעקבותיה מטעם קופת חולים מכבי ובהמשך מטעם קופת חולים מאוחדת.

2. סקירת הסדרי הבחירה

לאור החשיבות הרבה אשר נודעה לפרסום הסדרי הבחירה ומספר הקבילות הרב אשר נתקבל בנושא, תובא להלן סקירה של פרסומי קופות החולים בדבר הסדרי בחירה. יצויין, כי לא נקבעה בחוק חובת הבאת הסדרי הבחירה לידיעתה של נציבת הקבילות ולמרבה הצער כל הסדרי הבחירה של קופות החולים הגיעו לידיעת הנציבות במועד המאוחר ליום פרסומם.

א. הסדרי הבחירה של קופת חולים כללית

כבר בחודש אפריל 1998, החלה קופת חולים כללית, בצעדים לפרסום הסדרי הבחירה שלה. ב-26.4.1998, נשלח מכתב ממנכ"ל קופת חולים כללית אל מנכ"ל משרד הבריאות, ובין המכותבים היו שר הבריאות ונציבת הקבילות.

במכתב נמסר, כי ניתנה הוראה למנהלי המחוזות, כי בנוסף לפרסום נותני השירותים במסגרת הרפואה הראשונית והשניונית, עליהם לפרסם גם את רשימת בתי החולים עמם הם קשורים. למכתב צורפה רשימת בתי החולים וכללי הבחירה מתוכם.

מנוסח המכתב עלה, כי מדובר בהחלטה סופית של הקופה. על כן, חרף העובדה כי טרם מולאו דרישות החוק באופן מלא, (דהיינו – טרם בוצע הפרסום לחברי הקופה) ראתה הנציבה לנכון, להדריך את הפונים בנושא זה, בהתאם להוראות המכתב.

פעולה זו זכתה לתגובה נזעמת של הנהלת קופת חולים כללית, אשר טענה כי מדובר במכתב פנימי למנכ"ל ואין להפיץ מידע זה ברבים. תשובת הנציבה, אשר הופתעה מתגובת הקופה, הייתה, כי מן המכתב עלה שמדובר בהסדרים סופיים ולא הצעה בלבד וכי מדובר במכתב אשר נשלח אליה וככזה היא רשאית לעשות בו שימוש.

יחד עם זאת, לאור עמדת הקופה, השימוש במכתב הופסק ובהתאם, הנציבה חזרה לעמדתה המקורית, כי כל עוד לא פורסמו הסדרי הבחירה לשר הבריאות ולציבור המבוטחים, כנדרש בחוק - אין הקופה רשאית להגביל את זכות הבחירה הנתונה למבוטחיה.

הסדרי הבחירה של קופת חולים כללית, פורסמו רשמית לציבור ב-9.9.1998. ההודעה מובאת כלשונה בנספח מס' 8 לדוח זה.

בהודעת קופת החולים, מספר יסודות חשובים :

א. הוגבלה זכות הבחירה של המבוטחים מבין בתי החולים הממשלתיים.

הגבלת הבחירה נקבעה באופן הבא :
ראשית, בסעיף 1 להודעה, הוגדר המונח "נותן שירותים" כמוסד או מוסדות הקשורים בהסכם עם הקופה. זאת, להבדיל ממוסדות בבעלות או בתפעול ישיר של הקופה.

שנית, בסעיף 4 להודעה נקבע כי מנהל, המוגדר בסעיף 1 להודעה כמנהל

אגף רפואה, מנהל רפואי מחוזי, או מי שהוסמך על ידם, **רשאי להורות** [ההדגשה איננה במקור - ק.ר.] כי מבוטח יופנה לקבלת שירות רפואי אצל נותן או נותני שירותים כהגדרתם לעיל.

שלישית, בסעיף 5 נקבע כי **במידה והופנה** מבוטח (ההדגשה איננה במקור - ק.ר.) לקבלת טיפול אצל נותן שירותים, ניתנת לו זכות בחירה מבין בתי החולים המפורטים בסעיף 5. בסעיף 5 חולקה הארץ ל-13 אזורים, כאשר לכל אזור נקבע בית חולים או בתי חולים מתוכם רשאי מבוטח לבחור, בהתאם לאזור מגוריו.

קריאה קפדנית של סעיפים אלו, ובמיוחד של סעיף 4, מלמדת, כי אין המבוטח רשאי לבחור מבין נותני שירותים אלה, אלא אם כן הופנה לנותן שירותים על ידי מנהל כהגדרתו בסעיף 1.

שמע מינה, כי מסמכותו של מנהל, שלא להפנות לנותן שירותים כלל, על פי שיקול דעתו. לא נאמר בהודעה דבר באשר לקריטריונים אותם ישקול המנהל בהפניה לנותן שירותים. לכאורה, בסמכות המנהל להפנות למוסדות הקופה בלבד.

נמסר לנציבת הקבילות על ידי פרופסור רווח, מנהל המרכז הרפואי רמב"ם, כי ב-1.9.1998, הוציא המנהל הרפואי המחוזי של קופת חולים הכללית במחוז חיפה והצפון, הוראה, כי מטופלות בהפריה חוץ גופית (למעט כאלו הנמצאות באמצע התהליך) לא יופנו לטיפולים בבתי חולים ממשלתיים אלא לבית חולים כרמל. מטעם קופת החולים ניתן אישור כי כך נעשה, אולם נטען כי הקופה סוברנית להעדיף טיפול במוסדותיה.

עמדת הנציבה

אין די באמור בסעיף 4 להודעת הקופה ויש לתת ביטוי מפורש לקריטריונים הנשקלים בבוא המנהל להחליט באם להפנות לנותן שירותים אם לאו. על תוכנם של קריטריונים אלו תובא הרחבה בהמשך. (ראה בפרק זה, תת פרק 3 סעיף ב' העוסק באיסור אפליה בן נותני שירותים וכן תת פרק 3 סעיף ג' העוסק במתן שירותים תוך זמן סביר). יודגש, כי במקרה כגון זה, בו הקופה נוהגת בהגבלה גורפת ומפורשת, עליה לתת לכך פרסום ברור. הואיל והגבלה זו איננה מובנת לציבור מתוך הודעת הקופה, אי מתן המידע כמוהו כהטעיית הציבור.

ב. למבוטחי קופת חולים כללית ניתן חופש בחירה מבין מוסדות קופת החולים, ללא הגבלה לאזורים. מוסדות קופת החולים הוגדרו בהודעה מוסד או מוסדות בתפעול ישיר או בבעלות הקופה.

בהודעת הקופה לא פורסמה רשימה של בתי החולים הנמצאים בבעלותה או בתפעולה הישיר. בין מוסדות אלו נמנים: מרכז רפואי רבין (בית חולים

בילינסון, בית חולים מאיר, ומרכז רפואי שניידר לילדים), בית חולים העמק, בית חולים קפלו, בית חולים סורוקה, בית חולים כרמל ובית חולים יוספטל. יש להצר על כך, כי רשימה זו לא פורסמה מפורשות בהודעה.

ג. הן במקרה בו ניתנה למבוטח זכות בחירה מבין בתי החולים הממשלתיים והן במקרה בו בחר המבוטח מבין מוסדות הקופה, על פי ההודעה, עדיין שמורה בידי המנהל הסמכות להפנות את המבוטח למוסד אחר מכפי שבחר אם מטעם רפואי, לרבות זמינות הטיפול, אם ראה לנכון לעשות כן.

הגבלה זו, הקבועה בסעיפים 3 ו-61 להודעה, אף היא איננה ברורה דיה ויש לעמוד על אופן יישומה. אשר לזמינות הטיפול, מקום בו מתעוררת בעיה של זמינות הטיפול, סביר לקבוע חריג בהסדרי הבחירה, אולם, יש להניח כי גורם זה ישפיע על שיקולי המבוטח, בבואו לבחור בנותן שירותים.

לגבי בחירה מבין מוסדות הקופה, לאחר פרסום הסדרי הבחירה, נתקבלו מספר קבילות ממבוטחים, על כך שלא הורשה להם לפנות למוסד הקופה בו בחרו (דבר אשר כאמור יש בסמכות המנהל לעשות). בכל המקרים האלו, דובר בבית חולים בילינסון, והנציבה פנתה לקופה על מנת שיובהר לה הטעם לדבר. עד לסיום תקופת הדוח, בכל אותן קבילות, לאחר פניית הנציבה, אושרה לקובלים הפנייה למוסד בו בחרו, מבין מוסדות הקופה.

ד. בהודעת הקופה הובאו הסדרי הבחירה מבין בתי חולים ממשלתיים בלבד. נמצא, כי נותרו מספר תחומים לגביהם לא פורסמו הסדרי בחירה, הן בהודעה והן בספרי השירות. בין תחומים אלו נמנים: בתי חולים סיעודיים (בהם ניתן לאשפז חולים סיעודיים מורכבים), מוסדות שיקום, ומכונים להתפתחות הילד.

ב. הסדרי הבחירה של קופת חולים מכבי

מטעם קופת חולים מכבי נתפרסמה הודעה בדבר הסדרי בחירה המובאת בנספח מס' 9 לדוח זה.

הנציבה סבורה כי הודעת קופת חולים מכבי איננה ברורה דיה.

ראשית, סעיפים א-ג להודעה, מפנים למדריך השירותים של הקופה. נמסר לנציבות, כי עתיד לצאת לאור מדריך שירותים חדש, אולם, עד תום תקופת הדוח מדריך זה טרם נתפרסם.

שנית, קיימת אי בהירות לגבי הסדרי הבחירה מבין בתי חולים. מסעיפים ג-ה

להודעה, עולה, כי במדריך השירותים לא מובאים הסדרי הבחירה לגבי בתי חולים. בהודעה נקבע כי מקום שנדרש חבר לשירות שאינו מפורט במדריך השירותים, הוא יופנה לנותן שירותים חיצוני, ויוכל לבחור מבין נותני השירותים הקשורים עם קופת חולים מכבי. נותן שירותים חיצוני מוגדר כאמור, לרבות, בתי חולים ומרפאות חוץ.

לכאורה, נוסח ההודעה של הקופה הוא **ליברלי** והקף הבחירה הניתן למבוטחי הקופה **נרחב**. בניגוד לקופות אחרות, **אין בהודעה הגבלה על בסיס אזורי**. יחד עם זאת, לא נאמר בהודעה מי הם בתי החולים הקשורים בהסכם עם הקופה אשר מתוכם רשאי המבוטח לבחור.

עוד יודגש, כי לא די בקביעה כי מבוטח יופנה לנותן שירות חיצוני, מקום בו הוא נזקק לשירות שאינו מפורט במדריך. קיום שירות חלופי בקופה, איננו יכול להוות את הקריטריון היחיד להפניה לנותן שירותים חיצוני. בהפניה לנותן שירותים חיצוני יש להביא בחשבון קריטריונים נוספים, בפרט מתן טיפול באיכות סבירה, ובכלל זאת שמירה על רצף טיפולי, ומתן הטיפול תוך זמן סביר. לקריטריונים אלו ראוי כי יינתן ביטוי מפורש בהסדרי הבחירה, ועל נושא זה יורחב בהמשך.

ג. הסדרי הבחירה של קופת חולים מאוחדת

הסדרי הבחירה של קופת חולים מאוחדת פורסמו באמצעות החלק הכללי (המבוא) של חוברת השירות של הקופה.

בחוברת השירות של קופת חולים מאוחדת נאמר, כי לצורך אשפוז, לרשות מבוטחי קופת חולים מאוחדת, עומדים כל בתי החולים הציבוריים בארץ וכן בתי החולים של קופת חולים כללית. צוין כי ככלל, תאשר הקופה, אשפוז בבית חולים באזור מגורי המבוטח. באשר למרפאות חוץ, נאמר בחוברת, כי בכל מקום בו קיים בקופה שירות חלופי, תחשך מהמבוטח הפניה למרפאת החוץ והוא יופנה לקבלת השירות במתקני הקופה.

אינטרס הקופה העומד בבסיס הפרסום האמור, מובן מאליו, וקיים לגבי כל קופות החולים:

לאור שיטת ה-CAPPING⁵¹ ואפשרות הקופה לכרות הסכמים עם בתי חולים

⁵¹ Capping היא שיטת התחשבות בין בתי החולים לקופות החולים, לפיה לכל בית חולים נקבעת תקרה כספית, המהווה את הגבול העליון לגבייה של תשלום מלא עבור שירותי הבריאות הניתנים למבוטחי קופות החולים, על ידי בית החולים. מעבר לתקרה זו ישלמו

לאספקת שירותים במחירים נמוכים, כדאי לקופה להגביל את הבחירה בין בתי החולים. יחד עם זאת, אשפוז ניתן ככלל, באזור מגורי המבוטח, שכן החוק מחייב מתן שירות "במרחק סביר".

באשר להפניות למרפאות חוץ של בתי חולים, נמסר מטעם קופות החולים, כי מקום שקיים שירות אלטרנטיבי במתקני הקופה אין לקופת חולים טעם להפנות למרפאות החוץ שכן על פי רב עלות הטיפול במרפאת החוץ יקר לעין ערוך ממתן הטיפול במתקניה. יתרה מכך, במקרים רבים, הרופאים אשר מעסיקה הקופה הם אותם רופאים המועסקים בבתי חולים. זאת ועוד, נטען, כי כאשר פונה מבוטח לקבלת שירות בבית חולים, לא פעם הנו מטופל על ידי רופא זוטר ואף סטאז'ר, בעוד בקבלו את הטיפול במתקני הקופה, יופנה המבוטח אל רופא מומחה.

יחד עם האמור, אין די בפרסום זה.

האמירה כי **ככלל**, קופת החולים תאשר אשפוז בבית חולים באזור מגורי המבוטח, אין ללמוד ממנה באלו מצבים תחרוג הקופה מכלל זה, האם בניסיונות חריגות במיוחד או שמא באופן ליברלי. בנוסף, לא נאמר באופן ברור באלו בתי חולים מדובר בכל אזור.

באשר לקביעה, כי למרפאת חוץ לא תינתן הפניה, כאשר קיים בקופה שירות חלופי, כאמור, אין די בקביעה זו ואי קיום שירות חלופי בקופה אינו יכול להוות את הקריטריון היחיד להפניה למרפאות חוץ. על נושא זה תובא הרחבה בהמשך.

עמדת הנציבה

אי הבהירות שבפרסומי קופות החולים מכבי ומאוחדת גורמים לטשטוש ההבדלים בין הקופות ופגיעה באלמנט התחרות. נמצא, כי בידי המבוטח לא קיים די מידע הנדרש לו, בכדי לבצע בחירה משכלת בין קופות החולים.

ד. קופת חולים לאומית

קופות החולים 50% מהתשלום המלא, עבור כל שרות רפואי נוסף אשר יינתן למבוטחיהן. תקרה זו נקבעת (ה-cap) בנוסחה חד שנתית, תוך התייחסות למספר המבוטחים בכל קופה, ולדלתא של הגידול בצריכת האשפוז והשירותים הנלווים בבתי החולים.

עד לתום שנת הדוח, לא פרסמה קופת חולים לאומית, את הסדרי הבחירה שלה.

עמדת הנציבה נותרה בעינה, כי במצב דברים זה, קופת חולים לאומית אינה רשאית להגביל את מבוטחיה בבחירת נותני שירותים ועד לפרסום הסדרי בחירה, תמשיך הנציבה ותקבע כמוצדקות את הקבילות בנושא זה כנגד קופת חולים לאומית.

ה. הפניית מבוטחים לבתי חולים פרטיים

א. אי פרסום מידע בדבר הפניה לבתי חולים פרטיים

בכל הודעות קופות החולים בדבר הסדרי בחירה, אשר נסקרו לעיל, לא ניתן מלא המידע בנוגע להפניה לבתי חולים פרטיים. ידוע לנציבה, כי ברוב המקרים הפנייה לבתי חולים פרטיים ניתנת במסגרת התכניות לשירותי בריאות נוספים (תוכניות השב"ן).

יחד עם זאת, מקבילות הציבור עולה כי הפניות לבתי חולים פרטיים אינן ניתנות רק במסגרת זו. כך למשל, במקרה של טיפולי הפריה חוץ גופית לנשים הנזקקות לתרומת ביצית, ניתנות התחייבויות גם לבתי חולים פרטיים (על נושא תרומת ביצית מובאת הרחבה בפרק מס' 5, תת פרק 2).

עמדת הנציבה

הואיל ולמידע אודות הפניות לבתי חולים פרטיים חשיבות רבה ומאחר ומידע זה הוא חלק מהסדרי הבחירה של קופות החולים, יש לתת לדבר ביטוי מפורש בפרסומי הסדרי הבחירה של קופות החולים.

ב. הפנייה לבתי חולים פרטיים הכרוכה בתשלום

בנושא הפניה לבתי חולים פרטיים נתקבלו בנציבות הקבילות קבילות ממבוטחים אשר הלינו על כך כי בעת שהופנו לבתי חולים פרטיים נדרשו לשלם דמי השתתפות וזאת עבור טיפולים הכלולים בסל. עיקר הקבילות בנושא זה היו בשנת 1998 נגד קופת חולים לאומית.

במענה לפניית הנציבה נמסר מטעם קופת חולים לאומית, כי עבור פניה לבתי חולים ציבוריים, מנפיקה הקופה התחייבות ולא נדרש כל תשלום נוסף. יחד עם זאת, מבוטחים המבקשים לקבל טיפול בבית חולים פרטי, נדרשים לשלם תוספת תשלום.

עמדת הנציבה

נציבת הקבילות ערה לכך כי קופת חולים לאומית, בהציעה לחבריה אפשרות לקבלת שירות במוסד פרטי ולו עבור תשלום נוסף, הרחיבה את היקף חופש הבחירה שלהם מבין נותני השירותים וכי יתכן שבכך הוצעה למבוטחים אלטרנטיבה לקבלת שירות טוב, זמין או נגיש יותר, עבור תשלום נוסף.

מעבר לכך, הנציבה סבורה כי במקרים בהם מבוטח איננו שבע רצון מן השירות הניתן על ידי נותני השירותים של הקופה, ופונה לנותן שירות אחר, באופן פרטי, אין זה הוגן כי הקופה תהא פטורה לחלוטין ממתן הטיפול וטוב היה לו נקבע כי על הקופה להשתתף במימון הטיפול עד לגובה העלות אשר הייתה נדרשת לממן, לו ניתן הטיפול באמצעות נותן שירותיה.

על אף כל האמור, הנציבה מצביעה על ליקויים אשר קיימים **בדרך** בה פעלה קופת חולים לאומית:

ראשית, הואיל וקופת החולים לא פרסמה הסדרי בחירה, הותירה הקופה פתח לטענות של מבוטחים כי לא הוסבר להם שאם יופנו לקבלת טיפול בבתי חולים ציבוריים לא יחוייבו בדמי השתתפות. זאת ועוד, הנציבה סבורה כי מן הראוי היה לו לכל הפחות הייתה הקופה מחתימה את המבוטחים על טופס, לפיו, הוסברו להם זכויותיהם והנם מודעים לכך כי פניה לבית חולים ציבורי, אינה כרוכה בתוספת תשלום.

בעיה אחרת, אשר קיימת לגבי **כל גביית תשלומים** על ידי קופות החולים, נובעת מהוראות סעיף 13(ב) לחוק:

סעיף 13(ב) קובע: "קופת חולים לא תגבה במישרין או בעקיפין דמי ביטוח בריאות או כל תשלום אחר עבור שירותי בריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות, או עבור שירותי בריאות אחרים. ואולם רשאית היא לגבות תשלומים שנקבעו לפי סעיפים 7 ו-8, או תשלומים עבור ביטוח משלים כאמור בסעיף 10." [הדגשה איננה במקור - ק.ר.].

כלומר, לצורך גביית תשלום נוסף עבור בחירה בנותן שירותים פרטי, באופן חוקי, על קופת חולים לנקוט באחת משתי הדרכים הבאות:

1. בהתאם לסמכותה לפי סעיף 8, קופת חולים רשאית להציע שינויים בתשלומים אשר יחולו על החברים בקופת חולים, השונים מהתשלומים הקבועים בחוק. שינוי כאמור, טעון את אישור ועדת הכספים של הכנסת ואת אישורו של שר הבריאות, אשר רשאי להתנגד לו בתנאים שונים, לרבות, אם יש בדבר בכדי לפגוע בבריאות הציבור או אם לא נקבעו הנחות ופטורים לקבוצות המנויות בסעיף 8(א) (סעיף 8 ותנאיו מובאים בנספח מס' 6 לדוח זה).

2. על פי סעיף 10 לחוק, קופת החולים רשאית להציע תכנית שירותי בריאות נוספים, תוכנית זו וכל שינוי בה טעונים אישור שר הבריאות. כך למשל, יכולה קופת חולים לאומית להציע תוכנית אשר במסגרתה יוצע למבוטחים לקבל שירותים באמצעות מוסדות פרטיים. (למותר לציין כי באופן זה, האפשרות לפנות לבתי חולים פרטיים תעמוד רק לחברים בתכנית לביטוח נוסף).

בשנת 1999 נמסר לנציבה מטעם קופת חולים לאומית, כי מחודש אפריל החלה קופת חולים לאומית בהפעלת תוכנית שב"ן, אשר רק לחברים בה מוצע הטיפול בבתי חולים פרטיים. בכך, נסתיימו המחלוקות עם קופת חולים אשר נסובו סביב ההפניות לבתי חולים פרטיים. עם זאת יצויין כי עמדת הנציבה נותרת בעינה לגבי קבילות אשר מתייחסות לתקופה הקודמת לאפריל 1999.

אף כי לגבי קופת חולים לאומית המחלוקות נסתיימו לדעת הנציבה יש מקום להעיר מספר הערות לגבי המצב החוקי הקיים:

ההנחה שביסוד סעיף 13 הייתה, ככל הנראה, כי בהתרת גביית תשלומים נוספים עבור שירותי בריאות, **ללא פיקוח**, ובמיוחד שירותים הכלולים בסל, טמונה סכנה רבה. הדבר עלול להוביל לכך, כי יותר ויותר שירותים יינתנו תמורת תשלום נוסף ונמצא, כי תתקיים הפרה של עקרונות היסוד העומדים בבסיס חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

הנציבה סבורה כי אמנם יש הכרח בביקורת קפדנית על גביית תשלומים על ידי קופות החולים, יחד עם זאת, יש מקום להקל מקום שהגבייה מתבצעת לטובת המבוטחים. דוגמא לכך ניתן לראות במקרה דנן, בו אפשרות הפנייה לבתי חולים פרטיים ולו עבור תוספת תשלום באה להיטיב עם המבוטחים. דוגמא אחרת: מקרה בו קבועה מכסה לטיפולים הכלולים בסל כמו למשל פיזיותרפיה, והקופה מציעה לחבריה טיפולים נוספים הכרוכים בתשלום דמי השתתפות.

כאמור, בכל המקרים הללו לקופה שתי אפשרויות להציע את השירותים תמורת תשלום בדרך המוסדרת בסעיף 8 להצעת שינויים בסל ובתשלומים או דרך תכניות שירותי הבריאות הנוספים (להלן - "שב"ן"). במידה וקופת חולים, בהתאם לסעיף 13, תציע את השירות באמצעות תכנית השב"ן, רק החברים בתכנית, כלומר מבוטחים המשלמים דמי חברות שוטפים ואשר עמדו בתקופות האכשרה ייהנו מהשירות. מאידך, סביר להניח, כי לקופת החולים לא יהיה אינטרס לפעול בהתאם לסמכותה על פי סעיף 8, ולהציע שינויים בסל או בתשלומים שיחולו על המבוטחים, שכן הדבר כרוך, בין היתר, באישור ועדת הכספים של הכנסת.

לאור האמור, הנציבה מצביעה על כך כי יש מקום לשקול שינוי בחקיקה והוספת נתיב נוסף, פחות מורכב, שיאפשר לקופה לגבות תשלומים מקום שהגבייה באה להיטיב עם המבוטחים. למשל: ניתן לקבוע כי במקרים אלו יידרש אישורו של שר הבריאות בלבד.

חשוב להדגיש, כי גם במידה וגביית תשלום נוסף עבור פנייה לבתי חולים פרטיים תעשה כחוק, לא יהיה בכך בכדי לפטור את הקופה ממתן שירות רפואי באיכות סבירה ותוך זמן ומרחק סבירים, ללא תשלום. כך למשל, מבוטח, אשר בהתאם לשיקול דעת רפואי, נדרש לקבל טיפול תוך זמן קצר, מחובת הקופה לספק לו שירות זה במועד הנדרש ללא תוספת תשלום. קופת החולים לא תצא ידי חובתה, בהציעה למבוטח את האפשרות לפנות לנותן שירותים פרטי, במידה והדבר כרוך בדמי השתתפות.

3. פיקוח על הסדרי הבחירה ויישומם

בפרסמן הסדרי בחירה עמדו קופות חולים כללית, מכבי ומאוחדת בתנאיו הטכניים של סעיף 23(ב) לחוק. אולם, יש לשוב ולציין כי סעיף זה אינו היחיד הנוגע לסוגיית בחירת נותני שירותים. בנושא זה רלוונטים סעיפים נוספים לרבות:

א. סעיף 3(ד) לחוק הקובע "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופת החולים לפי סעיף 13".

ב. סעיף 12 לחוק הקובע "שירותי הבריאות כולם או חלקם יינתנו על בסיס ארצי, אזורי או בין אזורי, הכל כפי שיקבע שר הבריאות".

ג. סעיף 26(ה) לחוק הקובע "כל קופת חולים תפרסם ברבים את השירותים העומדים לרשות חבריה היכן ניתן לקבלם ומי הם נותני השירותים מטעמה; קופת חולים תעמיד מידע זה לרשות כל חבר לפי דרישתו".

ד. סעיף 31 לחוק הקובע "בהתקשרות של קופת חולים עם נותן שירותים והפנית חבריה לנותן שירותים תפעל קופת החולים ללא הפלייה בין נותני השירותים בתום לב ומשיקולים ענייניים של טובת החבר וטובת כלל חברי קופת החולים".

בפרסום הסדרי בחירה אין בכדי לפטור את קופות החולים מייתר חובותיהן על פי חוק ובפרט החובה על פי סעיף 3(ד) למתן טיפול על פי שיקול דעת רפואי באופן העומד במבחן הסבירות.

לאחר פרסומם של הסדרי הבחירה נתקבלו בנציבות הקבילות קבילות רבות שעניינן החובות אשר נמנו לעיל. דיון בקבילות אלו יובא להלן:

א. מתן שירותי בריאות על בסיס איזורי

כאמור, על פי סעיף 12 לחוק: "שירותי הבריאות כולם או חלקם

ייתנו על בסיס ארצי איזורי או בין איזורי והכל כפי שיקבע שר הבריאות".

קופות החולים פרשו סעיף זה, כי כל עוד לא נקבע אחרת רשאית הקופה לספק שירותים הן על בסיס ארצי והן על בסיס איזורי. הנציבה אינה מתעלמת מכך כי על פי סעיף 3(ד) לחוק, על כל קופה לספק שירותים במרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, ומכאן שמתן שירות על בסיס איזורי באופן העומד במבחן הסבירות, עולה בקנה אחד עם דרישת סעיף 3(ד).

אף כי אין ספק שרצוי הוא כי שירותי הבריאות בישראל יינתנו על בסיס ארצי (בפרט בהתחשב בממדיה הקטנים יחסית, של המדינה), הנציבה סבורה, כי במידה וניתנים שירותים על בסיס איזורי, מן הראוי שהדבר יתבצע בפקוח משרד הבריאות בהתאם לסמכות הנתונה על פי סעיף 12. ראוי, כי החלוקה לאזורים, במידה והיא נעשית, תתבצע תוך הפעלת ביקורת על פיזור נותני השירותים באזורים השונים, ובקרה על איכות הטיפול הניתן בכל אזור ואזור. חשוב לשמור כי לא יופלו אזורים מסוימים לרעה, בין במספר נותני השירותים העומדים לרשותם ובין באיכות הטיפול המוצע להם.⁵² הנציבה מצביעה על כך כי מתן שירותים על בסיס ארצי ימנע אפליה מסוג זה.

בנוסף, קיימים שירותים רפואיים אשר יש מקום לקבוע לגביהם הסדר מיוחד, או לקבוע לגביהם מפורשות, כי מתן השירות יתבצע על בסיס ארצי. בין שירותים אלה נמנים תחומים בהם קיימת התמחות מיוחדת בבית חולים או בתי חולים ספציפיים (למשל: יחידות להשתלות, יחידה להפרעות תנועה, וכו').

דוגמא אחרת לשירותים לגביהם נדרש הסדר מיוחד היא שירות הניתן לחולים הזקוקים לטיפולים מתמשכים. במקרים אלו, מתן השירות באופן איזורי, דהיינו רק ליד מקום מגורי המבוטח, עלול להביא להגבלה של חופש התנועה של החולים, באופן שאינו סביר.

דוגמא לשירותים מסוג זה עלתה בקבילתו של מבוטח אשר עסק

⁵² יש לציין כי בעניין זה ניתן להיעזר במועצת הבריאות, אשר על פי סעיף 52, לחוק מוסמכת ליעץ בנושא מתן שירותי בריאות על בסיס איזורי או בין איזורי, ובנושא קידום השוויוניות באיכות שירותי הבריאות זמינותם ונגישותם.

בהדרכת טיולים בכל הארץ, ונזקק לטיפול דיאליזה. בירור העלה כי קיימת באותה קופות החולים התייחסות מיוחדת לדיאליזה, דבר שהוא מבורך. יחד עם זאת, יש מקום לבחינת ההסדרים הקיימים וקביעת כללים מפורשים בנושא. למותר לציין, כי מחובת כל קופה בה נהוגים הסדרי בחירה מיוחדים בתחומים מסוימים, לתת לכך פרסום כמתחייב על פי החוק.

בנושא האזוריות, חשוב לציין כי בקופת חולים כללית, לא זו בלבד שקיימים הסדרי בחירה מפורשים ונוקשים על בסיס אזורי, אלא שהקופה מתנהלת על פי חלוקה למחוזות אוטונומיים. למחוזות הקופה, ניתנת מידה כה רבה של עצמאות, עד כי כמעט ואפשר לראות בכל מחוז, "קופה" בפני עצמה.

לאור חלוקה זו, במקרים רבים כאשר פנתה הנציבה לקופה בנושא של בחירת נותן שירותים, והצביעה על כך כי יש מקום לחריגה מהסדרי הבחירה, נתקבלה התשובה מן המחוז בנוסח: "בית חולים זה איננו נותן שירות שלנו". ניסוח זה מצביע על התייחסות לבית חולים שמחוץ לאזור, לא כאל נותן שירות של הקופה, אשר ככלל מופנים אליו תושבי אזור מסויים, אלא כמי שאינו קשור עם הקופה באותו מחוז כלל. זאת ועוד, מבירור קבילות המבוטחים עולה כי במחוזות השונים, קיימים הבדלי מדיניות בולטים ולעיתים פערים במתן השירות ממש.

מצב דברים זה מחריף את בעיית האזוריות וטענת האפליה הנובעת ממנה ומדגיש במשנה תוקף את הצורך בפיקוח על הנושא.

ב. אפליה בין נותני שירותים

על פי סעיף 31 לחוק, בהתקשרות עם נותני שירותים, ובהפניית מבוטחים אל נותני שירותים, חל איסור על קופות החולים לנהוג באפליה. מחובת קופות החולים, לפעול בתום לב, ומשיקולים של טובת החבר

וטובת כלל חברי הקופה.

סעיף 31 לחוק, (בשונה מסעיף 23), איננו קובע הגדרה למונח "נותן שירותים". מכאן, שחלה בעניין זה ההגדרה הקבועה בסעיף 1 לחוק, לפיה נותן שירותים הינו מוסד רפואי כמשמעותו בסעיף 24 לפקודת בריאות העם, לאמור: בית חולים, **מרפאה**, מוסד לטיפול במשתמשים בסמים ו**מעבדה**. [ההדגשה איננה במקור - ק.ר.].

נושא איסור אפליה בין נותני שירותים הוא מורכב, מאחר וקיים קושי בבחינת השאלה, האמנם בעת התקשרות עם נותני שירותים ובזמן ההפניה אליהם נשקלו אך ורק שיקולים, של טובת החבר, טובת כלל החברים (לרבות שיקולים כלכליים), וללא כל אפליה. ככלל, טענה אודות אפליה בין נותני שירותים מועלת על ידי נותני שירותים הרואים עצמם מופלים ואינה מתבררת על ידי נציבות הקבילות. יחד עם זאת, אין להתעלם מהשפעת אפליה בין נותני שירותים, במידה וישנה, על ציבור המבוטחים, על כן קיימת חשיבות רבה לפיקוח על הסדרי הבחירה של קופות החולים ויישומם גם מהיבט זה.

לכל קופות החולים מרפאות ומעבדות משלהן. מטבע הדברים הוא, כי ככלל, אין קופות החולים מפנות מבוטחים לקבלת שירות אצל נותן שירותים חיצוני מקום שמדובר בשירות הניתן במרפאות הקופה. ככל הנראה, לאור הראייה המסורתית של קופות החולים כמספקות שירותי בריאות בקהילה, ושל בתי החולים כמספקים שירותי אשפוז, טענה בדבר אפליה נטענה בעיקר לגבי בתי חולים.

לקופת חולים כללית ישנם בתי חולים ציבוריים הנמצאים בבעלותה או בתפעולה הישיר. לאחר שפרסמה קופת חולים כללית הודעה בדבר הסדרי בחירה, נטען כנגד הקופה כי היא מפלה בין בתי החולים של הקופה לבין בתי החולים הממשלתיים.

טענה זו אינה מובנת מאליה, באשר, לפי הסדרי הבחירה של הקופה, לכאורה, (במידה ולא נעשה על ידי הגורם האחראי בקופה, שימוש מגביל בשיקול הדעת הנתון לו על פי ההודעה), ניתנת בכל אזור, גם כזה שקיימים בו בתי חולים של קופת חולים, הבחירה לפנות לבית חולים ממשלתי. הזכות לבחור, מבין מוסדות הקופה, ללא כל תלות באזור מגורי המבוטח, ניתנת לחברי הקופה **כהטבה**.

יחד עם זאת, ב-1.9.1998, הוציא המנהל הרפואי של מחוז חיפה והצפון הוראה, לפיה מטופלות בהפריה חוץ גופית, לא יופנו לבתי חולים ממשלתיים אלא אך ורק לבית חולים כרמל, שהינו בית

חולים של הקופה. נטען כי הוראה זו אשר אוסרת מפורשות על הפנייה לבתי חולים ממשלתיים יש בה בכדי להצביע על אפליה.

בהתחשב בחומרת הטענות בדבר אפליה (הן כנגד הסדרי הבחירה בכלל והן כנגד מחוז צפון בפרט) והשלכותיהן על ציבור המבוטחים, הנציבה מצביעה על הצורך בבדיקת הנושא ובחינת שיקולי הקופה, לרבות שיקוליה הכלכליים, על מנת לוודא כי אמנם השיקולים עניינים, ואין בהם בכדי לגרום לפגיעה במבוטחים.

ג. מתן טיפול באיכות סבירה ושמירה על רצף הטיפול

לאחר תקופה ארוכה בה לא פרסמו קופות החולים את הסדרי הבחירה שלהן ולאור הקבילות הרבות אשר נתקבלו בנושא, פנה שר הבריאות דאז, מר יהושע מצא, במכתב אל מנכ"ל קופות החולים ופירט קווים מנחים להסדרי בחירה. מטרת המכתב הייתה להבטיח כי בהסדרי הבחירה ימולאו הוראות החוק ויישמר סטנדרט של טיפול סביר. בין היתר נאמר במכתב השר:

1" במצבים רפואיים המחייבים טיפול במסגרת שירות רפואי מתמחה, יש לאפשר לחולים לקבל את כל השירותים הרפואיים להם הם נזקקים בהקשר למחלתם העיקרית במסגרת מרכז רפואי שבו פועל השירות המתמחה.

שירות רפואי מתמחה הינו שירות רפואי הניתן במרכז רפואי שבו מצויים רמת הידע והניסיון המקצועי בטיפול באחת המחלות, או המצבים הרפואיים שיפורטו להלן:

אי ספיקת כליות כרונית, גושה, המופיליה, טלסמיה, איידס, חולים הזקוקים לטיפול אונקולוגי, חולים לאחר השתלת איבר, תינוקות או ילדים עם נכות התפתחותית קשה המצריכה אבחון וטיפול במסגרת מרכז רפואי ייעודי (כגון PKU).

אם יראה המשרד צורך להוסיף מצבים רפואיים המחייבים טיפול במסגרת שירות רפואי מתמחה - תבוא על כך הודעה מיוחדת.

2. בהסדרי הבחירה שקובעת הקופה, יש להבטיח כי לא תיפגע איכות השירות במטופל, וכי לשיקול הרפואי של טיפול נאות במבוטח יינתן מעמד בכורה.

על קופת החולים להבטיח במידת האפשר, את שמירת רצף הטיפול הרפואי, בעיקר לגבי חולים אשר מחלתם מחייבת מעקב שוטף ותכוף אחר מצבם הרפואי.

3. הגבלות על הסדרי בחירה לא יחולו על פניות דחופות לחדרי מיון בבתי חולים כלליים.

4. בהתקשרות של קופת חולים עם נותן שירותים ובהפניית חבריה לנותן שירותים תפעל קופת חולים ללא הפלייה בין נותני השירותים בתום לב ומשיקולים ענייניים של טובת החבר וטובת כלל חברי קופת החולים (סעיף 31 לחוק).

הקופה תימנע מלהפלות לרעה נותני שירותים שאינם של הקופה או שאינם בשליטת הקופה או בשליטת תאגיד הקשור לקופה.

לאחר פרסום הסדרי הבחירה ועל אף הנחיות השר, נתקבלו בנציבות הקבילות קבילות רבות בדבר נוקשות הסדרי הבחירה ויישומם, ומתן טיפול באופן שאינו עומד במבחן הסבירות. בשנת 1998 היו 78% מכלל הקבילות בנושא זה, נגד קופת חולים כללית, ובשנת 1999 היו 90% מכלל הקבילות, נגד קופת חולים כללית.

את הקבילות בעניין יישום הסדרי הבחירה ניתן לחלק לשש קטגוריות:

1. הגבלת החולים והפנייתם לבתי חולים שלטענת קופת החולים הם נותני השירותים היחידים של אותו אזור מגורים, וזאת מבלי להתחשב בהיות החולים מטופלים בבית חולים אחר בעבר ולעיתים מזה זמן רב.

2. הפניית חולים אל בתי חולים מבלי להתחשב באי שביעות רצונם משירותים אשר קיבלו במקום בעבר.

3. אי הפניית חולים אל בתי חולים אשר נטען כי הם מספקים טיפול ייחודי, אשר אינו ניתן בבתי חולים אחרים.

4. חיוב חולים אשר מקבלים את שירות הבריאות העיקרי בבית חולים, לפנות לקבל שירותים המשניים לטיפול, דוגמת בדיקות וצילומים, במסגרת הקופה. מצב זה הקשה מאוד על החולים ובמיוחד על החולים הכרוניים והחולים הקשישים, אשר נידוּתם מוגבלת.

5. סירוב להפנות חולים למעקב מתמשך בבית החולים בו עברו טיפול בעבר וזאת גם במקרים של חולים מורכבים ובמקרים בהם התעורר קושי

בשמירה על איזון תרופתי של החולה, או קושי בהערכה של יעילות הטיפול.

6. קבילות על הכבדה בירוקרטית ויצירת מסלולי אישור הגורמים לטרח רבה למבוטחים.

בכל הקבילות אשר נתקבלו בנציבות הקבילות בנושא זה נבדקה השאלה האם פעלה קופת חולים באופן העולה בקנה אחד עם הוראות סעיף 3(ד) לחוק ובהתאם להנחיות השר. נתונים מראים כי ברוב המקרים בדיקה העלתה כי הקבילה מוצדקת (ראה לשנת 1998 טבלאות 1(ב) ו-8 ולשנת 1999 טבלאות 9(ב) 161-).

הנושא העיקרי לגביו ניטשו מחלוקות רבות עם קופות החולים היה בסוגיית "**הרצף הטיפולי**" לאמור בשאלה מתי היותו של מבוטח מטופל אצל נותן שירותים אחד מחייבת את המשך הטיפול אצל נותן שירותים זה.

על אף היות הרצף הטיפולי אחד מהקריטריונים העיקריים למתן טיפול "באיכות סבירה" אין אמות מידה מוסכמות לקריטריון זה. נציבת הקבילות סבורה כי בשאלת רצף הטיפול ישנם גורמים רבים אשר יש להתחשב בהם: היות מבוטח מטופל אצל נותן שירותים מסויים לצורך מספר מחלות, משך הזמן בו טופל המבוטח אצל נותן השירותים הנדון, מספר הרופאים על ידם טופל המבוטח, חומרת המחלה (עד כמה נדרש אישפוז, פיקוח צמוד והבנה מיוחדת של המקרה), החלופה המוצעת (לרבות זמן ומרחק מבית המבוטח), אי שביעות רצון מגורם מטפל אחר, התפתחות של תלות במטפל (ובמסגרת זו יש להתחשב גם בגיל המטופל), ונסיבות מיוחדות אחרות.

מבירור הקבילות ומדיונים אשר ניהלה נציבת הקבילות עם נציגי קופות החולים בנושא, עלה, כי הפרשנות אשר ניתנה על ידי קופות החולים ל"רצף הטיפולי" היתה צרה ביותר. היו שטענו כי הקריטריון היחיד אשר יש להתחשב בו הוא מורכבות וחומרת המחלה ועד כמה מדובר בחולה הנזקק לאשפוז. יתרה מכך נשמעה אפילו הטענה כי רצף טיפולי קיים אך ורק לגבי רופאי משפחה ומעבר לכך אין רצף טיפולי.

לאור הקבילות הרבות אשר נתקבלו מן הציבור כבר בתחילת 1999 פורסמו שני חוזרי מנכ"ל בהם הודגשה החשיבות של הגמשת המדיניות בכל הנוגע להסדרי בחירה. כך, בחוזר מנכ"ל מספר 2/99 נאמר: "במקרים בהם יש לחולה **נימוק סביר** מדוע איננו יכול לקבל שירות רפואי בהתאם להסדרי הבחירה שקבעה הקופה והוא מעוניין לפנות לספק שירות אחר, יש לאפשר לו זאת". גם בחוזר מנכ"ל מספר 4/99 מיום 7.2.99 צוטט פס"ד של בית המשפט המחוזי בו לאחר שקטינה אבדה את שמיעתה נפסק כי קופת חולים נהגה ברשלנות בכך שהתעכבה בהנפקת התחייבות לילדה. מנכ"ל משרד הבריאות דאז, קרא לכל העוסק במתן שירות רפואי לחרוט מסר משפטי זה על לוח ליבו.

הקשחת העמדות של קופות החולים ובמיוחד זו של קופת חולים כללית, הביאו את הדברים עד כדי מצבים מגוחכים ובלתי מתקבלים על הדעת.

דוגמא לכך הינה אותה מבוטחת בת ה-70, שעברה בבית חולים איכילוב, השתלה של פרק ירך ברגלה הימנית לפני פרסום הסדרי הבחירה, ונזקקה למעקב רציף אחרי החלמתה מהשתלה זו. משנזקקה לניתוח בפרק הירך השמאלי, נאמר לה שתוכל לבצעו אך ורק בבית חולים תל השומר. בנה של אותה מבוטחת קבל על כך שהתוצאה של הדבר תהיה, שתצטרך לערוך ביקורת בפרק ירך ימין של רגלה בבית חולים איכילוב וביקורת בפרק ירך שמאל של רגלה, בבית חולים תל השומר. רק לאחר פניות חוזרות של הנציבה ושל הרופא המטפל, לקופת החולים, ניתנה לקובלת ההתחייבות המבוקשת, לבית חולים איכילוב.

עמדת הנציבה

נושא הסדרי הבחירה הוא בעל חשיבות מירבית, מאחר ויש לו השפעה ישירה על איכות הטיפול וקידום הרפואה בישראל. המשבר שנוצר עם פרסום הסדרי הבחירה, והקשחת עמדות קופות החולים

לגבי חופש הבחירה של נותן שירותים - תוך ניסיון להתייעל ולחסוך כסף - מצביע על כך שיש הכרח בבחינה מחודשת של ארגון מערכת הבריאות, לצורך שקילת אפשרות לביצוע שינוי מערכתי שיאפשר את הרחבת חופש הבחירה מבין נותני השירותים.

לא ניתן להתייחס להסדרי בחירה בין נותני שירותים מבלי להתייחס, בין היתר, לנושא התמחור של השירותים הרפואיים בבתי החולים כגון: מחיר יום אשפוז, מחיר בדיקה בחדר מיון, מחירי שירותים אמבולטוריים, ומחיר בדיקות מעבדה, וכן, לנושא ה-CAPPING והשלכותיו, להפרטה של בתי החולים הממשלתיים, מעמד בתי החולים של קופת חולים כללית וכו'.

רק על ידי רה-אורגניזציה של מערכת הבריאות, ניתן יהיה ליצור תשתית, ועליה להקים תחרות חופשית שתאפשר בחירה חופשית של נותן השירותים על ידי המבוטח ובכך להבטיח את איכות הטיפול הרפואי בישראל.

גם במצב הקיים, יש לבדוק מהי העלות הנוספת הכרוכה בהגדלת היקף חופש הבחירה הניתן למבוטחים, והאם בכלל קיימת תוספת עלות. הטענה כי ככל שהיקף חופש הבחירה רחב יותר, כך נדרשים משאבים רבים יותר, אינה מובנת מאליה. כמו כן, אין לצאת מההנחה כי במרבית המקרים, יעמדו המבוטחים על פנייה לבתי חולים, מקום שניתן לקבל שירות באיכות ונגישות סבירה, בקופת החולים.

על מנת לבדוק מהן העלויות הכרוכות בבחירת נותן שירותים נדרש ניסוי מדגמי. יצוין, כי ניסוי מעין זה, נעשה על ידי קופת חולים מכבי, אשר אפשרה למבוטחיה לפנות לבית חולים הדסה על פי בחירתם. נמסר לנציבה כי בניגוד לציפייתם של רבים, אשר סברו כי מכבי תשלם מחיר כבד עבור ניסוי זה, התברר כי לא הייתה עליה משמעותית בפניות לבית החולים ואף לא ירידה בפניות לרופאים בקהילה.

הנציבה בדעה, כי גם במידה וניסוי מקדמי יעלה כי הרחבת היקף חופש הבחירה כרוכה בעלות נוספת, יש למצוא הסדר אשר יאפשר למבוטחים, אשר יבחרו בכך, לקבל שירותים מנותן שירותים אחר, ולשלם את הפרש העלות. (הנציבה ערה לכך כי בגלל שיטת ה-CAPPING אין עלות קבועה לכל פנייה לבית חולים והדבר מעורר קושי).

במידה ולא ייושמו ההמלצות אשר נמנו לעיל, בהינתן המצב הקיים, לפיו קופות החולים השתמשו בסמכותם על פי סעיף 23 לחוק, לקבוע הסדרי בחירה - עדיין אין להתיר הסדרי בחירה, או יישום של הסדרי בחירה, הפוגע ברמה ובאיכות של טיפול סביר ובכלל זאת ברצף הטיפול, שהוא חלק מהטיפול הנאות כנדרש בסעיף 3(ד) לחוק.

ראשית, הנציבה סבורה כי נדרש שינוי בסעיף 23 לחוק ובמקום לקבוע שדי בכך כי קופות החולים יביאו את הסדרי הבחירה שלהן **לידיעת** שר הבריאות, יש לקבוע כי ההסדרים יובאו **לאישור** השר.

שנית, הנציבה מצביעה על כך, כי לצורך שמירה על סטנדרט של טיפול סביר, יש צורך בקביעת אמות מידה ברורות. כאמור, על הסדרי בחירה חלים סעיפים 3(ד), 12, 26(ה), וסעיף 31 לחוק. בנוסף, על פי סעיף 30 לחוק, נתונה לשר הבריאות סמכות לקבוע כי התקשרויות מסוימות בין קופת חולים לבין נותני שירותים של קופת החולים, יהיו טעונות את אישורו.

ברם, אם בכל אלו לא די, לפי סעיף 60 לחוק, שר הבריאות ממונה על ביצוע חוק זה, ורשאי להתקין תקנות בכל עניין הנוגע לביצועו. הנציבה סבורה, כי למצער, יש מקום שהנחיות השר תקבלנה ביטוי בחקיקה⁵³. טוב יעשה אם הנחיות השר תקבלנה ביטוי אף בגוף פרסומי הקופות בנושא.

⁵³ נמסר לנציבה כי תקנות כאמור, נמצאות בתהליכי חקיקה

כפי שהוזכר במבוא לפרק זה, קביעת אמות מידה לטיפול סביר, לרבות זמינות ונגישות הינה מלאכה סבוכה ומורכבת. גם בהינתן ההנחיות הקיימות נותר מספר רב של שאלות ללא מענה, למשל:

***מתי יש לאמור כי רצף טיפולי מחייב המשך הפניית מטופל למרכז רפואי מסוים?**

הוצע למשל לקבוע, כי חולה המוכר למרכז רפואי, אשר אבחנתו נעשתה במרכז זה, והוא נמצא במעקב רפואי פרק זמן של לפחות שלושה חדשים, ימשיך להיות מטופל בבית חולים זה, במידה ובחר בכך, או כאשר הוא מטופל ממילא בבית חולים זה, בעניין אחר.

***כיצד קובעים נוהל אישור סביר אשר לא יהווה הכבדה מיותרת על המבוטחים?**

בנציבות הקבילות נתקבלו קבילות בהן הלינו מבוטחים, בעיקר חברי קופת חולים כללית, על תהליך קבלת התחייבות ארוך ומכביד. לצורך מניעת הכבדה מעין זו הוצע למשל לקבוע כי רופא ראשוני יוכל, על פי שיקול דעתו המקצועי, להפנות מטופל למרכז רפואי, כאשר ברור לו כי בסוף התהליך, יהיה מקומו של המטופל באותו מרכז. (למותר. לציון, כי באופן זה, תיחסך כל שרשרת הטיפולים והבדיקות המיותרות).

הנושא מורכב מאשר הוא נראה על פניו, מאחר וקיים חשש כי יופעל על רופאים לחץ לצמצם מתן התחייבויות ככל האפשר. יצויין, כי קבילה של רופא, על הפעלת לחץ מסוג זה, נתקבלה בשנת 1999 והועברה לטיפולו של המנכ"ל דאז, פרופסור גבריאל ברבש, אשר התייחס לכך בחומרה.

כאמור, בנושא בחירת נותן שירותים, הוצעה הקמתו של פנל אשר יבחן את סבירות פעולות הקופה, ובו ישבו נציגים של הגורמים השונים המעורבים לרבות מומחים. באופן זה, עם הזמן, יוכלו

להתגבש קריטריונים ואמות מידה להסדרי בחירה ויישומם. כך, במידה ואמנם אין מנוס מהסדרי בחירה שאינם גמישים, למצער, יש לשמור על האיזון שבין העלות של חופש בחירה מחד, והחובה לשמור על טיפול נאות מאידך.

4. מועד קביעתם של הסדרי בחירה ודרכי פרסומם:

סעיף 23 לחוק, הקובע כי קופת חולים תפרסם הסדרי בחירה, אינו מפרט מתי וכיצד על קופות החולים לעשות כן.

הנציבה מצביעה על כך, כי למען יוכלו המבוטחים לממש את זכותם לעבור מקופה לקופה, בהסתמך על הסדרי הבחירה של קופות החולים, נדרשת קביעתם של כללים המסדירים את מועד ואופן פרסום הסדרי הבחירה:

ראשית, יש לקבוע כי הסדרי בחירה וכל שינוי בהם, יתפרסמו אך ורק במהלך התקופה, בה רשאים מבוטחים לעבור מקופת חולים אחת לאחרת. כן יש לקבוע כי הסדרי אלו, יחולו רק לאחר תקופת המעבר.

בנוסף, הואיל ועל פי חוק, מבוטח אינו רשאי לבטל חברותו בקופת חולים בטרם תחלוף תקופה של שנה מהיום שנרשם בה, יש לאסור על הקופות לשנות את הסדרי הבחירה יותר מפעם בשנה. יובהר, כי במידה וקופת חולים, מבקשת להרחיב את הקף הבחירה הניתן למבוטחיה, יש לאפשר זאת בכל עת. אולם, שינוי הסדרי הבחירה באופן בו מצטמצם חופש הבחירה, ומופסקת או מוגבלת ההפניה לנוותן או נוותני שירותים, יאופשר, כאמור, פעם בשנה בלבד.

לצורך ההמחשה, לדוגמא, ניתן לקבוע כי לקראת מועד המעבר החל ב-1 לינואר, יהיה על קופות החולים לפרסם הסדרי בחירה עד

ל30 - לאוגוסט, כלומר **חודש** לפני תום מועד הרישום.

במידה ותתקבלנה המלצות הנציבה והסדרי בחירה ישונו פעם בשנה בלבד, כתוצאה מכך, התקופה בה יתפרסמו הסדרי הבחירה תהיה הכדאית ביותר למעבר בין הקופות. (שכן, מבוטח שעבר לקופת חולים מסוימת בהסתמכו על הסדרי הבחירה שפרסמה אותה קופה, יחויב להישאר בקופה זו רק למשך השנה בה חלים ההסדרים). במקרה זה, יש לצפות כי עיקר המעברים יתבצעו לקראת הכנס הסדרי הבחירה לתוקף וזאת גם אם יקבעו בחוק למעלה משתי תקופות מעבר. (על עמדת הנציבה באשר למספר תקופות המעבר ראה פרק מס' 2 לדוח, תת פרק 3, סעיף ג').

באשר לאופן הפרסום :

על הודעות קופות החולים בדבר הסדרי הבחירה, להתפרסם באופן ברור ומובן לציבור, ולכלול את כל התחומים בהם מונהגים הסדרי בחירה וכן את הליכי האישור אשר מבוטחים נדרשים לעבור בטרם יקבלו הפניה לנותן שירותים. הנציבה מצביעה על כך כי מן הראוי הוא, שיקבע בחוק (בסעיף 23), שגם **פרסומי** קופות החולים בדבר הסדרי הבחירה, יידרשו את אישורו של שר הבריאות. באופן זה יתבצע פיקוח צמוד גם על הודעות קופות החולים גופן.

לאור חשיבות הנושא, הנציבה בדעה, כי בנוסף לפרסום הסדרי בחירה בכל מרפאות קופות החולים, ראוי שפרסום ההסדרים יעשה גם בדיוור ישיר, כלומר על ידי משלוח הודעות ישירות לבתי המבוטחים (ולו הודעות המתריעות בפני המבוטח על השינוי, עליו ימסרו פרטים במרפאה).

בנוסף, נדרש פרסום הולם בעיתונות, בדבר חובת קופת החולים לפרסם הסדרי בחירה, וזכות המבוטחים הרוצים בכך, לעבור מקופה לקופה במועדים הקבועים בחוק.

למותר לציין, כי כל האמור לעיל בדבר דרכי פרסום הסדרי הבחירה ומועדי פרסומם הינו משני בלבד, לחובת קופות החולים לקבוע הסדרי בחירה בהם נשמרת רמה ואיכות של טיפול סביר.

הנציבה שבה ומדגישה כי הסדרי הבחירה מהווים מרכיב ראשון במעלה בקביעת איכות הטיפול הניתן במסגרת ביטוח בריאות ממלכתי, ועל כן, יש הצדקה להשקעת משאבים בבדיקה מעמיקה של תחום זה ובפיקוח קפדני על יישומו על ידי קופות החולים.

פרק חמישי

סקירת שירותים רפואיים אשר היוו מוקד לקבילות הציבור

מבוא

בפרק זה תובא סקירה של שירותים רפואיים, לגביהם נתקבלו קבילות בנציבות הקבילות והמצביעים על מוקדים בעייתיים במערכת.

מטבע הדברים, לא ניתן להביא את כל המגוון הרב של הנושאים שעלו בתקופת הדוח ועל כן מובא מבחר נושאים עיקריים בלבד. חלק מן הנושאים שיידונו להלן, מייצגים קבילות שחזרו על עצמם מספר רב של פעמים וחלקם מעלים נושאים עקרוניים, אף כי לא הגיעו לגביהם מספר רב של קבילות.

נתונים אודות הקבילות שנתקבלו ביחס לשירותים הרפואיים, מובאים להלן בטבלאות מספר 25, ו-26. דוגמאות לקבילות בנושאים אלו ובנושאים נוספים מובאות בפרק השישי לדוח.

1. טיפולי הפריה חוץ גופית

נושא טיפולי ההפריה החוץ גופית אשר נדון בהרחבה בדוח הקודם, הוסיף והיווה את אחד הנושאים המרכזיים בתקופת הדוח הנוכחי. בשנת 1998 נתקבלו 189 קבילות לגבי נושא זה, ובשנת 1999 נתקבלו 101 קבילות. בסופה של שנת 1998 הסתמן תחילתו של שינוי המתחולל בתחום, אשר על מהותו והשלכותיו, אין ספק, כי נעמוד בשנים הבאות.

חודשי השנה הראשונים של 1998, התאפיינו בהמשכן של קבילות על ההגבלות אשר נקטו קופות החולים במתן טיפולים אלו בתקופת הביניים. כפי שהוסבר בדוח לשנת 1997, במועד הקובע נהגו בקופות החולים מכבי, לאומית ומאוחדת, הגבלות שונות של גיל ומספר במתן טיפולי הפריה חוץ גופית, ובהסתמך על סעיף 70(ב) לחוק, המשיכו קופות החולים בתקופת הביניים, בהחלת הגבלות אלו.

מספר הקבילות, בעיקר של זוגות חשוכי ילדים, אשר נמנע מהם המשך טיפולי הפריה בהתאם להגבלות הנ"ל, המשיך וגדל בשנה זו. כאמור, בלט במיוחד, ריבוי הקבילות בחודשים שלאחר הארכתה של תקופת הביניים, אזי נכזבה ציפיותם המובנת של רבים ממבוטחים אלו, לקיצה של תקופה זו.

בחודש אוקטובר, חלה תמורה נוספת בנושא ההפריה החוץ גופית, אשר זעזעה את ציבור המבוטחים בכלל, ואת מבוטחי קופת חולים מכבי בפרט.

קופת חולים מכבי הודיעה, כי לאור הקשיים הכלכליים אליהם היא נקלעה ובהעדר תקציב הולם מטעם הממשלה, מתחייב ביצוע קיצוץ בשירותים הניתנים על ידי הקופה. נמסר כי תחילה אין מנוס מלצמצם את היקפם של טיפולי ההפריה החוץ גופית, אשר אינם נדרשים להצלת חיים, ואשר עלותם לקופה גבוהה ביותר.

הודעה זו, אף כי נמסרה לנציבות הקבילות מבעוד מועד, על ידי הגב' מיקי הלוי, נציבת פניות הציבור של מכבי, לא היה בה בכדי להקטין את הפגיעה במבוטחים ולא בכדי לשכנע את הנציבה כי ניתן לראות בפעולה מעין זו כמוצדקת.

עד מהרה, נתקבלו בנציבות הקבילות, עשרות קבילות כנגד קופת חולים מכבי. לאור רגישות הנושא, והואיל ובחלק מן הקבילות דובר בנשים אשר החלו בביצוע טיפולים, ואף על פי כן לא קבלו אישור מטעם הקופה, למימון המשך הטיפול, נעשה מאמץ גדול על ידי נציבות הקבילות לתת מענה מיידי לקובלים בנושא זה.

על פי חוק, הזכאות לטיפול הפריה חוץ גופית, כפופה להגבלה של שיקול דעת רפואי, הגבלה החלה בכל טיפול רפואי. בתקופת הביניים, הזכאות לטיפול הייתה מותנת גם בהגבלות שהונהגו בכל קופה במועד הקובע וזאת בהתאם לסעיף 70(ב) לחוק. במקרה של קופת חולים מכבי, בהתאם לסעיף 70(ב), חלה על טיפולים אלו תקרה של 7 מחזורי טיפול וגיל 47 נקבע כגיל מקסימלי למתן הטיפול.

בהתאם לאמור לעיל, כל קבילה כנגד קופת חולים מכבי, בגין אי מתן אישור לטיפול הפריה חוץ גופית, למרות שנתקיימו התנאים האמורים של הקופה, הופנתה להתייחסות הקופה. משלא נתקבלה תשובה חיובית מן הקופה, נשלח נייר עמדה, מטעם הנציבה אל הקובלים, עם העתק אל הקופה, בו נקבע כי הקבילה מוצדקת, וכי על קופת חולים לספק את הטיפול כמתחייב על פי החוק.

בנייר העמדה צויין, (וזאת בהתאם לסעיף 45 לחוק מבקר המדינה), כי אין בטיפול של נציבת הקבילות בקבילה, בכדי למנוע מן הפונים כל סעד, לרבות פנייה לערכאות, וכי הערכאה המוסמכת לדון בתחום זה הנה בית הדין האזורי לעבודה.

ואמנם, משלא פעלה הקופה בהתאם לקביעתה של הנציבה, פנו מבוטחות לבית הדין לעבודה. נמסר לנציבה, כי בתי הדין האזוריים לעבודה הוציאו צווים זמניים, שחייבו את הקופה לספק את הטיפול ונקבע מועד לדיון מאוחר יותר. בכל המקרים עליהם ידוע לנציבה, התובעת קיבלה את הטיפול המבוקש והקופה נמנעה מהמשך התדיינות משפטית עם המבוטחות.

במסגרת הצמצומים של טיפולי ההפריה החוץ גופית, רוכז כל נושא הטיפולים בהפריה חוץ גופית, בידי ועדה אחת, אשר ישבה בהנהלת קופת חולים מכבי, בתל אביב. אל ועדה זו הוגשו כל הבקשות לטיפול הפריה חוץ גופית של המבוטחות. בכל יום חמישי, ישבה הועדה ונתנה לכל בקשה "ניקוד". הניקוד נקבע על פי הקריטריונים של: גיל האישה, מספר הטיפולים שעברה, נסיבות העניין, והאם מדובר בטיפולים לצורך ילד ראשון או שני. בשלב הראשון נדחו כל הבקשות לילד שני, ואישור הטיפולים נעשה במשורה. לבקשות להן נקבע הניקוד הגבוה ביותר – ניתן אישור לטיפול, שאר הבקשות נדחו לשיבת הועדה הבאה.

באופן זה, לא נאמר למבוטחות, כי לא יקבלו טיפול, אלא נמסר להן, לאחר שהסניף שלהן ברר זאת, כי בקשותיהן נדחו לשיבת הועדה הבאה.

על פי מידע שנמסר לנציבות מטעם הקופה, לאחר תקופה, בה אושרו בקשות על פי מכסה של כ-10% מהפניות, ולאור לחץ אשר הופעל על הגורמים האחראיים בקופה, הוגדלה המכסה לכ-30% ואישורים ניתנו לכל אישה ללא ילדים, ולנשים אשר גילן עלה על 30 שנה, גם לילד שני.

במהלך כל התקופה, בה הגבילה קופת חולים מכבי, את טיפולי ההפריה החוץ גופית, קבעה הנציבה, כי אין לקבל את דרך פעולתה של קופת חולים מכבי, וזאת במיוחד במקרים בהם הופסקו טיפולי הפריה לאחר שהוחל בטיפולים ההורמונליים. קבילות בנושא זה המשיכו ונקבעו כמוצדקות.

לאור מדיניות קופת חולים מכבי, שלא להשיב בשלילה לפניות, לרבות פניות מטעם הנציבה, אלא למסור כי הבקשה תופנה לוועדה, בעוד בקשות הלכו ונדחו משיבת ועדה אחת לבאה, הודיעה הנציבה לקופה כי אי מתן תשובה חיובית, תראה כתשובה שלילית.

מצב הדברים השתנה לחלוטין לקראת סוף שנת הדוח הנוכחי עת הפסיקה הקופה את מדיניותה שתוארה לעיל, בוטלו ועדת ההפריה החוץ גופית ומנגנון מתן האישורים, והוחל במתן אישור לטיפול בהפריה חוץ גופית לכל מבקשת.

אולם, אליה וקוץ בה. קופת החולים המשיכה בהגבלה, בקביעת התאריך בו אושר הטיפול לכל פונה. מקבילות המבוטחות עלה, כי

רוב האישורים ניתנו לטיפול בתאריך המאוחר במספר חודשים למועד המבוקש. פונות רבות מסרו כי אושר להן טיפול רק בפברואר 1999.

עמדת הנציבה, בסוגיית מועד הטיפול, הייתה כדלקמן: בחוק ביטוח בריאות ממלכתי לא נקבעו מועדים מדויקים למתן הטיפולים הכלולים בו, יחד עם זאת, סעיף 3(ד) לחוק קובע, כי שירותי בריאות הכלולים בסל יינתנו **תוך זמן סביר ועל פי שיקול דעת רפואי**. מאחר והמועצה הלאומית למילדות גנטיקה ונאוטולוגיה קבעה כי טיפול נאות דורש הפסקה של חודשיים – שלושה, בין טיפול לטיפול, נלקח קריטריון זה בחשבון בבדיקת הקבילות. עם זאת, מקום בו המליץ רופא מסיבות מיוחדות כי לא תתקיים הפסקה זו בין הטיפולים, עמדת הנציבה הייתה כי יש לפעול בהתאם להמלצתו.

לאור האמור, כל מועד לטיפול, אשר נקבע באופן שאינו עומד במבחן הסבירות ו/או שלא בהתאם להמלצת הרופא המטפל, נקבע כי אינו עולה בקנה אחד עם הוראות החוק. מבחן זה, שהוחל לגבי טיפולי ההפריה החוץ גופית תקף ונכון לכל הטיפולים הכלולים בסל.

מן הקבילות שהתקבלו בנציבות הקבילות עלה כי במקרים רבים מועד הטיפול אשר נקבע, היה בלתי סביר ושלא בהתאם להמלצת הרופא המטפל. בכל המקרים האלו, קבעה הנציבה כי הקבילה מוצדקת ועל הקופה להקדים את מועד הטיפול למועד אשר נקבע בהתאם לשיקול דעת הרופא המטפל.

יצוין כי החל מהחודשים האחרונים לשנת 1998 נצפתה עלייה גם בקבילות בנושא ההפריה החוץ גופית כנגד קופות החולים האחרות, בפרט כללית. מן הקבילות נראה היה כי לאור פעולתה של קופת חולים מכבי החלו גם קופות החולים האחרות בהקשחת המדיניות בנושא זה. למותר לציין כי קבילות אלו קיבלו התייחסות זהה לזו שניתנה בקבילות נגד קופת חולים מכבי, ולכל קובלת אשר פנייתה נמצאה מוצדקת נשלח נייר עמדה, בהתאם.

עקב המהלך בו נקטה קופת חולים מכבי, והסערה הציבורית אשר חולל, ולאור רגישות הנושא, ערך מר יהושע מצא, שר הבריאות דאז, ישיבה דחופה בעניין, אליה זומנו נציגי הקופות, נציגי ציבור, בכירי משרד הבריאות, ומומחים בתחום. שר הבריאות הודיע כי

בהתאם להוראות החוק, הקובעות כי טיפולי הפריה חוץ גופית יינתנו בכפוף לשיקול דעת רפואי בלבד, עם הסתיים תקופת הביניים, אין להגביל טיפולים אלו בהגבלות מנהליות. השר מינה ועדה של מומחים שנתבקשה להמליץ על קריטריונים רפואיים למתן הטיפול ולמסור המלצותיה עד ה-1.1.1999.

ב-31.12.1998 נמסרה לשר הבריאות חוות דעת מטעם הוועדה אשר מינה (להלן ועדת IVF). לאור חשיבותה של חוות דעת זו, אשר חוללה מהפך בתחום ההפריה החוץ גופית, ולאור משמעותן של המלצות אלו על כלל ציבור המבוטחים הנזקקים לטיפול הפריה חוץ גופית (IVF) בישראל, מובא ציטוט מלא של המלצות הוועדה בנספח מס' 10 לדוח.

בהמלצות הוועדה, על אף הקריטריונים והסייגים הרפואיים אשר נמנו בהם, נקבעו מעט מאוד הגבלות למתן טיפול זה. נמסר לנציבה כי עם אימוץ המלצות אלה, והפיכתן להלכה לחלק מהחוק, הפכה מדינת ישראל למדינה בה ניתן המימון הממלכתי הנרחב ביותר לטיפול הפריה חוץ גופית.

אימוץ החלטות ועדת ה-IVF, נעשה בצורה אשר, בלשון המעטה, ניתן לכנותה בלתי מסודרת. נושא ההפריה החוץ גופית והשינויים אשר התחוללו בתחום זה, לרבות מנוי ועדת ה-IVF, נדונו בעיתונות חדשות לבקרים. יחד עם זאת באשר להמלצות הוועדה לא נמסר כל פרסום רישמי. מדי יום "הוצפה" הנציבות בפניות בכתב ובטלפון, של מבוטחים, אשר בקשו לדעת מה הוחלט בוועדה ומהי עמדת משרד הבריאות. דא עקא, לנציבות הקבילות לא נמסרו בשורות. כל שהיה ידוע לנציבות הקבילות היה, כי תקופת הביניים לא הוארכה ומשכך אין הקופות רשאיות להגביל את מתן השירות מכח סעיף 70(ב), כפי שהיה מותר להן בתקופת הביניים.

משפורסמה בעיתונות כתבה בה נטען כי שר הבריאות אימץ את החלטת הוועדה החוץ גופית, נעשתה פניה טלפונית מטעם הנציבות ללשכת שר הבריאות. לפניית הנציבות נמסרה (בטלפון) התשובה, כי אמנם שר הבריאות אימץ את החלטות הוועדה.

בהתאם לאישור מלשכת השר, מסרה נציבת הקבילות לכל הפונים לנציבות, את המלצות הוועדה ובכל המקרים בהם קופ"ח לא סיפקה טיפולי IVF לזוגות אשר עמדו בקריטריונים שנקבעו – הקבילה נקבעה כמוצדקת.

תחילה, ובאופן מובן, הלינו קופות החולים על כך, כי לא פורסם אישור רשמי

לאימוץ החלטות הוועדה. עם הזמן, קבילות המבוטחים בנושא הפסיקו ונמצא כי קופות החולים קיבלו עליהם את הדין. יש לציין לשבחה של קופת חולים מכבי כי הייתה הראשונה אשר הזדרזה והודיעה למבוטחיה כי היא מאמצת את המלצות ועדת ה-IVF, ונוהגת לפיהם.

בהמשכה של שנת 1999, עם קבלת המלצות הוועדה, ניכרה ירידה דרסטית בקבילות בנושא ה-IVF. למעשה, עיקר הקבילות בתחום זה, לא היו בדבר אי מתן טיפול אלא בנושאים נלווים כגון: בחירת נותן השירותים, הדרישה להמציא את תוצאות הטיפול הקודם וכו', ואילו הקבילות לגבי אי מתן הטיפול הלכו ופחתו.

נראה, כי בהמלצות הוועדה נמצא הפתרון לנושא רגיש זה. אין לנציבה אלא לייחל כי פתרונות מעין זה (לאמור: מתן טיפול בהתאם לקריטריונים רפואיים בלבד אשר נקבעים ע"י ועדה מקצועית) והתקציב הנדרש לכך, יימצאו לגבי כל התחומים הרבים אשר בהם קיים צורך בכך.

2. תרומת ביצית

בהתאם לסעיף 6(ד) לתוספת השניה לחוק, חייבת קופת חולים במתן טיפולי הפריה חוץ גופית ובמסגרת זו היא חייבת בתרומת ביצית למבוטחות הקופה הנזקקות לכך, בהתאם לשיקול דעת רפואי.

נושא ההפריה החוץ גופית מוסדר בתקנות בריאות העם (הפריה חוץ גופית), התשמ"ז – 1986.

בסעיף 4 לתקנות הנ"ל נקבע כי:

"נטילת ביצית תעשה רק מאישה שהתקיימו בה כל אלה:

1. היא נמצאת בטיפול רפואי עקב ליקוי פוריות;
2. רופא אחראי קבע כי יש בנטילת הביצית משום קידום הטיפול בה."

תקנה זו, גורמת לקושי רב בהשגת תרומת ביציות. שכן רק נשים העוברות טיפול הפריה חוץ גופית רשאיות לתרום ביציות אך אלו אינן ממהרות לתרום ביציותיהן, מחשש שיזקקו להן.

לאור קושי אינהרנטי זה ומצוקתן של נשים אשר נזקקו לתרומת ביצית, פנתה הנציבה למנהלי מחלקות נשים ויולדות בבתי חולים ציבוריים שונים, לשם קבלת חוות דעתם בנושא.

ד"ר חיים יפה, מנהל מחלקת נשים ויולדות בבית חולים ביקור חולים בירושלים הסביר בחוות דעתו, מה 4.6.1998-, כדלקמן :

1" נושא תרומת הביציות הינו כאוב ביותר. התור ארוך והתסכול עצום. הדבר נובע מעליה רבה בביקוש בתרומת ביציות מצד אחד, ומהחוק המאפשר רק לנשים העוברות הפריה חוץ גופית. לתרום ביציות, מצד שני.

נשים העוברות הפריה חוץ גופית ולהן ביציות רבות אינן ששות לתרום ביציות. לכך שתי סיבות :

א. נפשית.

ב. ניתן היום להקפיא עוברים. כל הביציות העודפות שעוברות הפריה, מוקפאות. אחוז ההריונות מעוברים מוקפאים עלה מאד בשנים האחרונות ולכן אישה שלה עוברים מוקפאים לא צריכה לעבור את דרך הייסורים של הפריה חוץ גופית והיא פשוט מגיעה בזמן שנקבע ומקבלת את העוברים המוקפאים ולכן המוטיבציה לתרומה עוד יותר קטנה.

2. חלק לא מבוטל של נשים העוברות הפריה חוץ גופית מגיעות לתהליך הטיפול בגיל מבוגר וממילא, בציר הביציות נמוך ואינו מספיק להפריש ביציות לתרומה."

בדומה לד"ר יפה, כל מנהלי המחלקות אליהם פנתה הנציבה, העידו

כי כמעט ולא מתבצעות תרומות ביציות במחלקותיהם וכי הסיבה לכך נעוצה באילוצי התקנות. פרופסור צ. בן רפאל, מנהל אגף נשים ויולדות במרכז הרפואי רבין הרחיב וחיווה את דעתו ב-15.6.1998:

"...הערכתי שרק ל-20% מהנשים יש מספיק ביציות לתרומה וכן, שפחות מ-10% מהן מסכימות לתרום. לפיכך, בסה"כ פוטנציאל התרומה הינו של 2% מהנשים.

המצב כיום, שברוב המחלקות הציבוריות בארץ אין מבצעים תרומות ביציות כלל ועיקר ובמספר קטן של מחלקות מבצעים מחזוריים בודדים בכל שנה, שאינו עונה על הביקוש.

מאידך, ביחידות ההפריה החוץ גופית **הפרטיות** [ההדגשה איננה במקור – ק.ר.] אסותא, מדיקל סנטר (הרצליה), מדיקל סנטר (חיפה) ואלישע (חיפה), נעשות תרומות ביציות, אך גם שם יש תורים לקבלת תרומה בין 3-6 חודשים.

בעבר עד 1992-1993, היו תרומות גם בבתי חולים ציבוריים, ולמעשה רוב התרומות בוצעו שם. בשנים ההן היה מקובל לגבות כסף מנשים מטופלות הן כתרומה או כהשתתפות עצמית בטיפול. נשים שתרמו ביציות קיבלו פטור מתשלום. מאז, הפריה חוץ גופית בבתי חולים ציבוריים ממומנת כולה מכספי המבוטחים וחל איסור לגבות כל תוספת מחיר מהאישה, לפיכך לתורמת אין כל תגמול על רצונה הטוב.

ברור שתורמת ביציות כמו כל תרומה אחרת, תלויים ברצון טוב ואין בכמה מאות שקלים בכדי לגרום לנשים לתרום. אך מסתבר שחוסר היכולת המוחלטת של המערכת הציבורית לתגמל נשים אלה, הביא לכך שפסקו התרומות כמעט לחלוטין. מאידך, במערכת הפרטית נשים משלמות תמורת הטיפול ממאות ועד אלפי שקלים כהשתתפות עצמית בטיפול (מעבר לתשלום הקופה המבטחת) נשים שתורמות ביציות זוכות להנחה בטיפול ועובדה זו מסבירה מדוע במערכות

פרטיות לעומת הציבוריות יש ביציות לתרומה (אף אם בחסר רב).

אכן, יש כאן בעיה עקרונית. ייתכן ויש לקבוע בתקנות משרד הבריאות אופציות נוספות לתורמות או לקבוע תגמול ("אינסנטיב") כמו בתרומת זרע. אגב, הקופות כולן (כולל כללית) מודעות למצב עניינים זה ומממנות לכל אישה טיפולי הפריה חוץ גופית מתורמת בסקטור הפרטי."

פרופסור יורם בייט, מנהל מחלקת נשים ויולדות בבית חולים מאיר, אף הוא כתב לנציבה כי קשה להשיג ביציות לתרומה. הפרופסור דיווח כי בשנת 1996 בוצעו בבית החולים מאיר רק שישה מחזורי טיפול בהם בוצעה תרומת ביצית, ב-1997- שמונה מחזורים ואילו ב-1998- מחזור טיפול אחד בלבד.

פרופ' שנקר, לשעבר, מנהל מחלקת נשים ויולדות, בבית החולים הדסה עין כרם, כתב לנציבה כי:

"...יש קושי בארץ ובעולם להשיג ביציות לתרומה, בהתחשב בעובדה שהנטיה לתרום ביצית היא קטנה וכן שלא ניתן להקפיא ביציות למרות שיטות ההקפאה המפותחות של עוברים.

לאור זאת, גם במסגרת הציבורית שלנו אפשרותנו להשיג ביציות לתרומה היא מוגבלת ביותר ורק מספר בודד של נשים זוכות לטיפול בתרומת ביצית, אם כי מרכזנו היה הראשון בעולם שפיתח שיטת טיפול זו לפני 14 שנים.

למיטב ידיעתי בעיה זו קימת בכל יחידות ההפריה החוץ גופית בארץ. יתכן שיחידות במכונים פרטיים משיגות את הביציות לתרומה בדרכים אחרות אשר אינן תואמות בדיוק את תקנות משרד הבריאות"

פרופסור נרי לאופר, מנהל מחלקת נשים ויולדות, בבית החולים
הדסה עין כרם, כתב ב-7.6.1998:

"...כידוע לך, אנו היינו הראשונים בעולם שתארו השיטה לתרומת
ביצית, אולם במשך השנים, חלה ירידה הדרגתית עד כמעט "אפס"
תרומות, בגלל אילוצי התקנות. אינני יודע מה שיטת ההתרמה
במרכזים הפרטיים "אסותא" ו"הרצליה" אבל, העובדה היא,
שמצאי הביציות שם גבוה. כדי לשנות את המצב, יש לשנות
בדחיפות את התקנות כך שניתן יהיה לקבל תרומת ביצית גם
מנשים שלא עוברות הפריה חוץ גופית למטרות טיפול בעצמן.
בצרפת למשל, כל אישה הזקוקה לתרומת ביצית, מופיעה עם
תורמת מתאימה (בת משפחה, חברה וכד'), התורמת נותנת ביציות
למאגר כולל ואילו האישה מקבלת תרומה אנונימית מתוך מאגר
זה. על ידי כך, נשמרת גם האנונימיות של התורמת וגם דואגים
למצאי ביציות לפי הנדרש.

לסיכום, החסר בתרומת ביציות נובע מתוך אילוצי התקנות
והצורה היחידה לפתור את המצב היא על ידי שינוי התקנות. אני
מקווה שיחד עם היועצת המשפטית של משרד הבריאות, גב' היבנר-
הראל, נוכל לשנות את התקנות בפרק זמן סביר."

פרופסור לאופר מסר כי לאחר פרסומה של כתבה בעיתונות בנושא
זה בה דווח כי מבוטחים חשוכי ילדים נאלצים לסוע לקפריסין
לצורך קבלת תרומת ביצית, פנה ליועצת המשפטית למשרד
הבריאות בבקשה לפעול בדחיפות בעניין זה בטרם יהיה צורך לעמוד
בפני תגובה נסערת של נשים והדברים יתפתחו לכלל משבר. פרופסור
לאופר הדגיש כי "שליחת נשים לקפריסין לתרומת ביצית
כאלטרנטיבה לחוסר ביציות בארץ, אינה מכבדת את הרפואה
הישראלית וזאת בלשון המעטה."

מקבילות אשר נתקבלו בנציבות הקבילות בכתב ובעיקר בטלפון,

עלה כי אכן, כמעט ולא ניתן לקבל תרומת ביצית במגזר הציבורי ולכן נאלצו הנשים אשר נזקקו לתרומת ביצית, לפנות למגזר הפרטי. במקרים אלו אכן קבלו המבוטחות התחייבות כספית לטיפולם במגזר הפרטי אולם ככלל הדבר היה כרוך בהשתתפות עצמית גבוהה. בחלק מהמקרים נתקלו המבוטחות בקשיים רבים, בטרם נתקבל מקופת החולים האישור המבוקש לכל טיפול.

עמדת הנציבה

הנציבה מצביעה על הצורך בשקילה מחודשת של הנושא, לאור ההשלכות הקשות אשר התקנות בנושא זה יצרו. כמו כן מצביעה הנציבה על הצורך להגביר את הפיקוח על הגופים העוסקים בתרומת ביציות.

3. פיזיותרפיה

בנושא טיפולי פיזיותרפיה התקבלו בנציבות הקבילות, בשנת 1998, 32 קבילות ובשנת 1999, 29 קבילות. הקבילות נחלקו לשני סוגים:

א. קבילות בדבר אי מתן טיפולי פיזיותרפיה בתחום התמחות ספציפי, בטענה כי מדובר בשירות אשר אינו כלול בסל.

ב. קבילות על כמות טיפולים בלתי מספקת הניתנת על ידי קופות החולים.

א. קבילות בדבר אי מתן טיפולי פיזיותרפיה בתחום התמחות ספציפי

במהלך תקופת הדוח, התקבלו בנציבות הקבילות קבילות אודות אי מתן טיפולי פיזיותרפיה מסוגים ייחודים, ובהם: עיסוי לימפאטי ידני, הידרותרפיה, טיפול פיזיותרפי לאי נקיטת שתן ופיזיותרפיה

ווסטיבולרית.

הואיל ובמקרה של פיזיותרפיה לימפתית (או : עיסוי לימפתי ידני), דובר בחולות סרטן, פנתה נציבת הקבילות לגב' מירי זיו, מנכ"ל האגודה למלחמה בסרטן, ובקשה את התייחסותה לנושא.

הגב' זיו מסרה כי אין נתונים מדויקים על היקף הבעיה הכרוכה בצורכיהן של נשים הסובלות מלימפאדמה כתוצאה מכריתה של השד, כמו גם על חולים אחרים שעברו כריתה של בלוטות הלימפה. אולם, חולות רבות מדווחות על הפרעה זו, כעל גורם הפוגע מאוד בתפקודן ובאיכות חייהן – בעוד ניתן לטפל בה ולהקל עליה בצורה משמעותית.

נמסר כי אחד האמצעים היעילים לטיפול הינו הניקוז הלימפתי הידני MLD-Manual Lymphatic Drainage, שהוא טיפול פיזיותרפי המשולב בדרך כלל בשימוש באביזרים ואמצעי חבישה מיוחדים. עוד נמסר, כי במקרים קלים - הטיפול כולל 10 פגישות בהם מותאם שרוול/גרבי ומתקיים מעקב, ובמקרים בינוניים - יש טיפול אינטנסיבי, למשך מספר שבועות, הכולל 4-5 פגישות בשבוע (סך הכל כ-25 עד 30 טיפולים). כמו כן, ישנו טיפול מתון, הכולל 1-3 פגישות בשבוע, כשהדגש בו הוא על חבישות לחץ בבית. במקרים הקשים - יש צורך בשילוב של טיפול אינטנסיבי לפרקי זמן מוגבלים וחבישות לחץ ביתיות **לאורך שנים** (סך הכל מדובר בכ-80 טיפולים).

לא למותר הוא לציין כי בקבילות שנתקבלו תוארו מקרים קשים ביותר והפונים התלוננו על סבל רב אשר יכול היה להחסך בעזרת הטיפול הפיזיותרפי.

עמדת הנציבה

בסעיף 22 לתוספת השניה לחוק, נכללו בסל השירותים : פיזיותרפיה באשפוז, פיזיותרפיה כרונית, פיזיותרפיה חריפה, קבוצות יציבה

לילדים וקבוצות יציבה הניתנות כחלק אינטגרלי של הטיפול. מעבר לחלוקה זו, לא נזכרה בחוק כל הגבלה באשר לסוג הפיזיותרפיה. על כן, יש לראות ככלולים בסל השירותים, טיפולי פיזיותרפיה מכל סוג שהוא.

בהתאם לעמדה כאמור, קבילות המבוטחים בעניין זה, נקבעו כמוצדקות. ברוב המקרים, קופות החולים קבלו את עמדת הנציבה והשירות סופק, כמבוקש.

יצוין, כי בקופת חולים כללית נכללו טיפולים בלימפה פרס או לימפמסג', מפורשות בחוברת סל השירותים של הקופה, ואכן בנושא זה לא נתקבלו קבילות ממבוטחות הקופה. לגבי טיפול פיזיותרפי בשחייה או ברכיבה, אף כי נאמר בחוברת, כי טיפולים אלו אינם כלולים בסל, נאמר גם כי הטיפולים האלה **ינתנו**, באישור מראש של האחראי על הפיזיותרפיה במחוז, **במקום** הטיפול הפיזיותרפי הרגיל.

ב. קבילות בדבר מכסת הטיפולים

החלק השני של התוספת השניה לחוק, מכונה: "טיפולים בהשתתפות כספית עצמית של המבוטח". בחלק זה, נמנו טיפולים לגביהם נקבעה חובת תשלום דמי השתתפות עצמית (נושא בו כאמור חלו שינויים בעקבות תכניות הגבייה ולעניין זה ראה פרק מספר 3, תת פרק 6). בנוסף, לגבי חלק מן הטיפולים נקבעה **הגבלה מספרית**.

לגבי פיזיותרפיה, נקבע בסעיף 6 לחלק זה, כי עבור טיפולים, המתבצעים מחוץ לקופה, יגבו דמי השתתפות. על **מספר** הטיפולים אשר על הקופה לספק לא נקבעה **בחוק** כל הגבלה.

בנושא הגבלת מספר הטיפולים הניתנים על ידי הקופה, עסק פסק דין מדזיני, (ראה פרק מס' 3, תת פרק 2, סעיף א'), אשר ניתן על ידי

בית הדין הארצי לעבודה.

בפסק דין מדזיני¹, ערערו שתי נשים, חולות טרשת נפוצה, לבית הדין הארצי, על כך שקופת חולים כללית מספקת, לחולי טרשת נפוצה שנים עשר טיפולים פיזיותרפיים בשנה, בלבד.

המערערות טענו כי היות והטיפול היחיד, המשמר את היכולת התפקודית של חולה במחלת טרשת נפוצה הינו טיפול פיזיותרפי אינטנסיבי, ומאחר ועל פי שיקול דעת רפואי נדרשים למעלה משנים עשר טיפולים, על הקופה לספק טיפולים אלה, בהתאם לשיקול דעת רפואי וללא מגבלה מספרית שרירותית.

בבית הדין האזורי נדחתה התביעה. בית הדין פסק כי היות ואין מחלוקת שבעובדה, כי במועד הקובע מימנה קופת חולים הכללית לחבריה לא יותר משנים עשר טיפולים פיזיותרפיים, אין באפשרות בית הדין לתת בידי התובעות את הסעד המבוקש על ידן.

התובעות ערערו לבית הדין הארצי לעבודה אולם גם שם נדחתה תביעתן. נקבע, כי היות ועל פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, סל השירותים הבסיסי, נקבע על פי שירותי הבריאות אשר נתנה קופת חולים כללית לחבריה במועד הקובע - יש לומר כי המחוקק התכוון לקבוע המשך תוקף של מצב השירותים הרפואיים אשר ניתנו בפועל על ידי קופת החולים במועד הקובע דהיינו, ב-1.1.1994, נקבע כי: "ניתן לראות, על פי מהות הדברים גם בהיקף השירותים בפועל כחלק מהשירותים עצמם אשר ניתנו" (עמוד 11 לפסק הדין). לאור האמור נפסק, כי נבצר מבית הדין להיעתר לבקשה.

כאמור, בית הדין קבע, כי יחד עם זאת, השירותים הרפואיים אשר קופת חולים חייבת בהם, הנם בגדר "ריצפה" והקופה בהחלט רשאית לספק שירותים מעבר לריצפה זו, וזאת בכפוף למגבלות התקציב העומד לרשותה. (כנזכר, עקרון זה אשר קבע בית הדין, הינו בעל חשיבות רבה הרבה מעבר לתביעה דנן ובפסיקתו זו סתם

בית הדין את הגולל על מחלוקת ארוכת ימים בין הנציבה לבין קופת חולים לאומית).

ההגבלה של 12 טיפולים אינה חלה על פיזיותרפיה חריפה בקהילה אלא על פיזיותרפיה כרונית בלבד. פסק דין מדזיני עסק בפיזיותרפיה כרונית ובית הדין פסק כי קיימת מכסה של 12 טיפולים, הואיל ולא הייתה מחלוקת בפני בית הדין, על כך כי במועד הקובע סיפקה קופת חולים כללית 12 טיפולים, וכן לא נטען בפני בית הדין כי הקופה סיפקה יותר מכך.

במאמר מוסגר יצויין כי בירור שנערך בנציבות הקבילות בנושא העלה, כי בהתאם לחוזר מרוכז של קופת חולים כללית, מספר 34/93, מיום 14.11.1993 (כשישה שבועות לפני המועד הקובע) שונה סל השירותים של קופת החולים. נקבע כי במקום מתן פיזיותרפיה כרונית בקהילה "למשך חודש לכל אבחנה או על פי קביעת הגורם המקצועי המוסמך", יינתנו "עד 12 טיפולים בשנה לפי קביעת הגורם המקצועי המוסמך".

בנושא פיזיותרפיה חריפה לא עסק פסק הדין. בעניין זה נתקבל בנציבות הקבילות מידע כדלקמן:

1. בחוברת השירותים של קופת חולים כללית מאוגוסט 1993 (נמסרה לנציבות הקבילות לבקשת הנציבה לקבלת חוברת מן המועד הקובע) נאמר כי פיזיותרפיה חריפה תינתן "למשך חודש או על פי קביעת הגורם המקצועי המוסמך" [ההדגשה איננה במקור - ק.ר.]. כך גם נאמר בחוברת השירותים של קופת חולים מינואר 1996.

2. בחוברת השירותים של הקופה מדצמבר 1998, נאמר כי פיזיותרפיה חריפה בקהילה תינתן למשך שלושה חודשים ועד 25 טיפולים לאבחנה.

לא ברור מהו פשר השינוי בחוברות, אולם, עולה מן האמור בחוברת מן המועד הקובע, כפי שנמסרה לנציבות, כי מחובת קופות החולים לספק טיפולי פיזיותרפיה חריפה, לפי שיקול דעת רפואי וללא מגבלה מספרית שרירותית.

באשר לאבחנה בין פיזיותרפיה כרונית לפיזיותרפיה חריפה, על פי סעיף 22 לתוספת השניה, פיזיותרפיה חריפה הינה זו הניתנת במקרים חריפים במבוגרים וילדים במחלות כגון: כוויות, טראומה, אחרי אירוע מוחי, אחרי ניתוחים ובמצבי נשימה חריפים. פיזיותרפיה כרונית הינה במחלות נוירולוגיות, נווניות, ובמחלות מפרקים ושרירים.

יש להדגיש, כי בחוברת השירותים של קופת חולים כללית נמנים טיפולים בלימפה פרס או לימפמסג' בקטגוריה של פיזיותרפיה חריפה. נכתב בחוברת כי ניתנים עד 50 טיפולים בשנה ובמקרים חריגים יכול המנהל הרפואי של המחוז להגדיל את מכסת הטיפולים על סמך חוות דעת של גורם מקצועי מוסמך של הקופה.

עמדת הנציבה

לגבי ההגבלה המספרית, הקבועה לטיפולים בפיזיותרפיה כרונית, נאמר על ידי שופטי בית הדין הארצי עבודה בסיפא פסק דין מדזיני כדלקמן :

"אין אנו יכולים להתעלם מחומר הרקע הרפואי אשר המערערות צירפו לתביעתן בבית הדין האזורי, מתיאור מצוקתן של המערערות ומטענותיהן בדבר היקף ההוצאה הכספית של היענות לעתירתן, שהיא אינה גדולה ואשר תסייע ותקל עליהן. פרטים ושיקולים אלה צריכים לעמוד לנגד עיני הגופים האחראים והמוסמכים לשנות את "סל שירותי הבריאות", על פי סעיף 8 לחוק, והם - שר הבריאות וקופת חולים". (עמוד 12 לפסק הדין)

המקרה שנידון בפסק דין מדזיני העוסק במצוקתם הקשה של חולי טרשת נפוצה הינו אך אחד מיני רבים. הבעיה של מכסת טיפולים בלתי מספקת התעוררה במקרים רבים ובכל הקבילות, תוארה מצוקה קשה. כך למשל באחד המקרים דובר במבוטחת אשר לקתה ברגלה ונזקקה הן לטיפול הידרותרפיה והן לטיפול פיזיותרפיה רגילים. היות ודובר בפיזיותרפיה כרונית, מטעם הקופה נמסר כי היא זכאית ל-12 טיפולים בלבד ומוטב כי תבחר סוג טיפול אחד המועדף עליה, על מנת שתקבל את כל 12 הטיפולים מאותו סוג.

הנציבה מצביעה על הצורך בהגדלת מכסת טיפולי הפיזיותרפיה לחולים כרוניים במיוחד לחולי טרשת נפוצה. לדעת הנציבה, גם טיפולים אלו יש לספק, בהתאם לשיקול דעת רפואי וללא מגבלה מספרית שרירותית.

4. פניות לחדר מיון

בתקופת דוח זו, כמו בקודמתה, המשיכו להתקבל בנציבות הקבילות קבילות רבות של מבוטחים, אשר נדרשו לשלם עבור פניה לחדר מיון, וזאת גם כאשר פנו לקבלת טיפול רפואי, במקרה חירום.

כמוסבר בדוח לשנת 1997, על פי חוק, פטור מתשלום לחדר מיון, ניתן רק במקרים הנמנים בסעיף 2(ב) לחלק השני של התוספת השניה, המכונה "שירותים בהשתתפות כספית עצמית של המבוטח" (להלן: החלק השני לתוספת).

על פי הוראות הסעיף הנ"ל, למעט רשימת המקרים לגביהם נקבע פטור, הפניה לחדר מיון הנה בתשלום. באגרת מיון בלבד, חייבים הפונים לחדר מיון בין השעות 1.00 בלילה ו-6.00 בבוקר, והפונים במקרים בהם התברר בדיעבד כי הפניה היתה מוצדקת מבחינה רפואית.

רבים הם המבוטחים אשר פנו לנציבות הקבילות, בבקשה להרחבת קבוצות הפטור הנמנות בסעיף 2(ב), כך למשל בקשות להרחבת הפטור נתקבלו מחולי סכרת – לגביהם נמסר כי לא פעם חלה ירידה דרמטית של רמת הסוכר בדמם – ואזי מתעורר חשש לחייהם, ומהורים לפעוטות ותינוקות מעל גיל חודשיים, אשר לגביהם לא קיים הפטור מתשלום עבור פניה עקב הופעה פתאומית של חוס גבוה.

קבילות רבות נתקבלו גם ממבוטחים אשר לאחר שנמצא, כי פנייתם

לחדר מיון היתה מוצדקת, קיבלו פטור מתשלום למעט אגרת מיון (שכן העילה לפנייתם לא נכללה ברשימת המקרים הזכאים לפטור מלא). מבוטחים אלו קבלו על כך שאם פנייתם נקבעה כמוצדקת, הרי שאין זה סביר שאינם זכאים לפטור מלא מתשלום עבור הפנייה למיון.

קבילות נוספות אשר נתקבלו בנושא חדרי מיון, עסקו בגובה התשלום הנדרש עבור שירות זה. כך למשל, בספטמבר 1998, נתקבלה בנציבות הקבילות פניה טלפונית מאב לילד, אשר סיפר, כי ביום חמישי, סמוך לחצות, סבל בנו מכאבים עזים בבטנו ובראשו. האב פנה לחדר מיון, אולם משגילה שעבור הטיפול בחדר המיון יידרש לשלם, לכל הפחות, כ-110 ש"ח בגין אגרת מיון, והיות ובביתו לא מצויה הפרוטה, נאלץ לשוב לביתו ולהמתין עד ליום ראשון, עת תיפתח קופת חולים (במאמר מוסגר יצויין כי גם הפניה למוקד חירום של הקופה, כרוכה בתשלום). האב מסר, כי אינו יודע מה היה עושה, לו נגרם נזק לבנו וכי הוא חש געגוע קשה בכבודו ותחושת אכזבה כבדה מהמערכת.

עמדת הנציבה

הנציבה שבה וחוזרת על עמדתה כי מאחר ולא ניתן לערוך רשימה מלאה של כל מקרי החירום בהם קיימת סכנת חיים המחייבים פניה דחופה לחדר מיון, יש צורך בהוספת קטגוריה נוספת לרשימת הפטורים.

הנציבה ממליצה, כי יקבע, שבנסיבות בהן קיים חשש סביר לחיי הפונה (או המפונה), ובנסיבות בהן נמצא בדיעבד כי הפנייה היתה מוצדקת יינתן פטור הן מתשלום בגין טיפול בחדר המיון והן מתשלום אגרת מיון.

בנוסף, הנציבה מצביעה על כך, שלאור עלות הטיפול בחדר מיון מחד, ומצבן הקשה של שכבות האוכלוסיה החלשות מאידך, יש מקום לבדוק את האפשרות של מתן הקלות בתשלום עבור חדר מיון, גם על בסיס סוציאלי (לדוגמא: תעריף מוזל למקבלי קצבת הבטחת הכנסה).

"מכתב רפואי"

סעיף 2(ב) שהוזכר לעיל, קובע כי הפונה לחדר מיון, מצויד במכתב רפואי, פטור מתשלום. הסעיף אינו מפרט ואינו מציב דרישות באשר למכתב הרפואי הנדרש.

בתקופת הדוח, נתקבלו בנציבות מספר קבילות אשר נסבו סביב השאלה, אילו מסמכים יחשבו כ"מכתב רפואי", לצורך קבלת פטור מתשלום.

בעניין זה התעוררו שתי שאלות :

- א. מי הוא הגורם המוסמך להנפקת "מכתב רפואי" המזכה בפטור? (האם מדובר בכל רופא, או כל רופא מן המערכת הציבורית, או רק ברופאים מטעם קופת החולים).
- ב. האם תוקפו של המכתב הרפואי מוגבל בזמן?

בסוגיית הגורם המוסמך להנפקת המכתב, נטען מטעם קופת חולים כללית, כי "מכתב רפואי" לצורך פטור מתשלום, עבור חדר מיון, יכול להינתן, אך ורק על ידי רופא של קופת חולים, המוסמך לכך מטעם הקופה. נמסר, כי כך היה נהוג במועד הקובע והדבר אף נקבע בחוזר.

גם בספרי השירות של קופת חולים מאוחדת נכתב, כי הפנייה לחדר מיון, ניתנת על ידי אחד מאלה :

1. הרופא המטפל בקופה.
2. מוקד רפואי לילי של הקופה באם קיים באזור.
3. הפניה של רופא מחברת "ביקור רופא" (שהינה נותן שירותים של קופת חולים מאוחדת), אשר הוזמן לביקור בית.

בירור הנושא, לרבות דיון בעניין עם דר' יצחק ברלוביץ', ראש מינהל רפואה, העלה, כי אף שבחוק לא נזכרו הגבלות באשר למכתב הרפואי, מטרת הדרישה למכתב הינה ביצוע פיקוח ובקרה על הפניות לחדר מיון, ועל ידי כך, מניעת פניות מיותרות, הגורמות לעומס רב על חדרי המיון והוצאה כספית ניכרת לקופות החולים ולמבוטחים.

נטען בפני הנציבה, כי קיימות חברות פרטיות אשר בשירותם מועסקים רופאים שמנפיקים הפניות לחדר מיון, כאשר עבור הנפקת המכתב, נגבה סכום הנמוך מאגרת המיון. מתעורר חשש, כי בכך נעשה שימוש לרעה בפטור הקבוע מתשלום עבור חדר מיון.

במידה והנטען באמת יסודו, הרי שהכרה במסמכים הרפואיים אשר מונפקים שלא על ידי הרופאים המוסמכים לכך מטעם קופות החולים - כ"מכתב רפואי" הפוטר מתשלום לחדר מיון, יחטיא את המטרה לשמה נדרש המכתב, ותימנע מקופת החולים כל אפשרות של ביקורת על מכתבים אלו.

מאידך גיסא, אם הגורם היחידי המוסמך להנפיק "מכתב רפואי", הנו רופא מטעם קופת חולים, יש להקפיד על זמינותו של גורם זה. למשל, לא סביר כי באזורים מרוחקים, בהם לא קיים מוקד לילי של הקופה, ימצא, כי אין למבוטחים דרך לקבל מכתב רפואי כנדרש.

באשר לשאלת פרק הזמן לגביו תקף ה"מכתב הרפואי", בעניין זה נתקבלו בשנת הדוח שתי קבילות מאת מבוטחים בקופת חולים כללית מטעם הקופה נמסר, כי פרק הזמן, לו ניתן למכתב תוקף, מוגבל ל-24 שעות ולאחר שחלפו - נדרש מכתב חדש.

לשם המחשת הנושא, להלן תיאור עובדתי של אחת מהקבילות:

מבוטח מסר, כי פנה לרופא קופת חולים אשר בדק אותו ונתן בידו מכתב רפואי. לפי המכתב, מיד עם הופעת סימני זיהום או חום גבוה, עליו לפנות לחדר מיון. בשעות הלילה של יום המחרת, החל המבוטח להרגיש ברע וחום גופו עלה. בהסתמך על המכתב הרפואי, החליט הקובל לפנות לחדר מיון, ושם קיבל את הטיפול הנדרש.

משהחלים, פנה המבוטח לקופת החולים, בדרישה להחזר הוצאות וזאת בהתאם לסעיף 2(ב) הנזכר לעיל. קופת החולים לא אישרה את

ההחזר כאמור, וטענה שהמכתב הרפואי שניתן יומיים לפני הפניה לחדר מיון, לא היווה "מכתב רפואי" לצורך סעיף זה. במילים אחרות, מכתב רפואי החתום על ידי רופא קופת החולים, תקף ל-24 שעות, ובתום אותו פרק זמן, לא ניתן בהתבסס על אותו מכתב רפואי, ליהנות מפטור מהשתתפות כספית עצמית, כמתחייב על פי סעיף 2(ב).

עמדת הנציבה

עמדת הנציבה הינה, כי תוקפו של "מכתב רפואי" נבחן על פי נוסח המכתב ונסיבות העניין (טיב המחלה, גיל החולה וכו'). יש לראות "מכתב רפואי" כתקף כל עוד נוסח המכתב ללא הגבלת זמן וכל עוד קיימת המטרה לשמה ניתן.

לא ברורה לנציבה הטענה, כי מכתב רפואי תקף ל-24 שעות בלבד. הנציבה סבורה, כי יתכן ובתחום זה יש משום עירוב תחומים של נושא זה, עם נושא פנייה חוזרת לחדר מיון. הוסבר לנציבה, כי בעבר, לאחר פנייה של מבוטח לחדר מיון, אם תוך 24 שעות חזר המבוטח לחדר מיון מאותה סיבה – לא נגבה תשלום נוסף עבור הפנייה הנוספת.

עם קביעת תעריף גלובלי לביקור בחדר מיון נקבע, כי כל ביקור בחדר מיון חייב בתשלום, כולל ביקור חוזר תוך 24 שעות, דבר זה נכתב מפורשות בחוזר שירותי רפואה מיום 10.1.1995 וכן בחוזר מנהל רפואה 37/96. (יצוין, כי פטור מתשלום קיים במקרה שרופא חדר מיון הפנה מטופל לקבלת שירות אמבולטורי במרפאת חוץ של בית החולים, והשירות ניתן תוך שבוע מיום הביקור בחדר מיון).

הנציבה מצביעה על הצורך בהסדרת נושא המכתב הרפואי, הנדרש לצורך פטור מתשלום לחדר מיון, וקביעה מפורשת על ידי מי חייב המכתב להיכתב ובאילו נסיבות. למען מניעת מחלוקות מיותרות

ייתכן ורצוי לקבוע קריטריונים ברורים החייבים להיכלל במכתב זה, או לערוך טופס סטנדרטי אשר ישמש כמכתב רפואי לצורך הפנייה למיון.

5. שירותי חירום

סעיף 29 לתוספת השניה וכן סעיף 2(א) לחלק השני לתוספת, העוסק בשירותים בהשתתפות כספית עצמית של המבוטח, מסדירים את תחום שירותי החירום ברפואה.

סעיף 29 קובע כי בכל מקרה של פניה דחופה לאחד משירותי החירום ברפואה, כגון מגן דוד אדום בשעות בהן המרפאות סגורות, הקופה תישא בהפרש העלות שבין תעריף הפניה הדחופה ובין תעריף מרכז שירותי הלילה של קופת חולים.

סעיף 2(א) קובע כי התשלום למגן דוד אדום (להלן - "מד"א"), שרות חולי לב (להלן - "שח"ל") וכדומה, כאשר המרפאה פתוחה הוא לפי תעריף מד"א, למעט מקרים בהם יש צורך לאשפז את החולה. כאשר המרפאה סגורה, התשלום הנו בהתאם לתעריף הקבוע בחוק, ומתעדכן מזמן לזמן, והפרש העלות על הקופה.

לאור ניסוחו העמום של הסעיף מתעוררות מספר שאלות:

- ♦ למה התכוון המחוקק במילה "וכדומה"? האם הכוונה לכלול את כל מוקדי רפואת החירום הקיימים? אם כן, מתעוררת השאלה

הבאה-

- ♦ מהי משמעותו של הכלל: "כאשר המרפאה פתוחה - תשלום לפי תעריף מד"א". האמנם כאשר פונה מבוטח למוקד רפואת חירום אשר תעריפיו גבוהים מאלו של מד"א זכאי הוא לקבל את ההפרש?
- ♦ כיצד נקבעים ומתפרסמים כל סוגי התעריפים הנזכרים בסעיף (תעריף מד"א, תעריף מוקד לילה של קופ"ח וכו')?
- ♦ מהי הגדרת המונח "מרפאה"? האם המלה "מרפאה" כוללת מוקד שירותי לילה? לשון אחרת: האם גם כאשר ה"מרפאות" סגורות אולם מוקד שירות הלילה של הקופה פתוח, בעת פנייה למגן דויד אדום (להלן - "מד"א"), שירות חולי לב (להלן - "שח"ל") וכדומה, על הקופה לשאת בהפרש העלות שבין תעריף מד"א לתעריף שירותי הלילה של הקופה? מחד, לכאורה לפי לשון הסעיף, "מרפאה" אינה כוללת מוקד שירותי לילה, מאידך, יש הגיון בכך שאם פועל מוקד שירותי הלילה של הקופה, יפנה המבוטח למוקד זה ולא למד"א, שח"ל "וכדומה".

לגבי שירותי חירום ברפואה, חשוב להדגיש כי בנושא זה הפטור היחיד שנקבע בחוק הוא לגבי פנייה למד"א וכד' במקרים בהם יש צורך לאשפז את החולה ולא נקבע בחוק כל פטור נוסף. לגבי פניה למוקד שירותי הלילה של קופת חולים, לא נקבע פטור מתשלום אפילו במקרים שהמבוטח אושפז.

עמדת הנציבה

הנציבה מצביעה על כך כי נדרשת הסדרה ברורה של נושא זה ובפרט לאור החשיבות שבמתן שירות רפואי 24 שעות ביממה. מן הראוי כי סעיף זה, ינוסח מחדש, כך שלא ישתמע לשתי פנים ותבוטל הכפילות הקיימת בחוק כיום (הקיימת גם לגבי הסעות באמבולנס). הנציבה סבורה כי מן הראוי שהפטורים הקבועים לגבי תשלום בפניה לחדר מיון יחולו גם על פניה לשירותי חירום.

שירותי החירום של קופת חולים כללית

בעיה אשר התעוררה לגבי קופת חולים כללית, עלתה מקבילות מבוטחי קופת החולים בדבר אי סדרים בנושא שירותי החירום של הקופה. לדוגמא: מבוטחת קופת חולים כללית, תושבת ירושלים, הלינה, כי על מנת לחסוך את תשלום הפניה למיון פנתה לטיפול רפואי מידי (להלן - "טר"מ") ונמסר לה כי אין הם נותני שירות של כללית ועל כן, ממבוטחי קופת חולים כללית, נדרש תעריף גבוה יותר. המבוטחת נבוכה עוד יותר משהחליטה לפנות למד"א ומצאה כי למעשה פועל בבנין מד"א בירושלים מרכז של טר"מ – השוכר ממד"א את הבנין.

בבירור שנערך, נמסר כי ב-5.11.1998 הפנתה קופת חולים כללית את מבוטחיה לטר"מ, שהיא החברה אשר מנהלת את שירותי הרפואה הדחופה בבנין מד"א בירושלים. על פי הסכם אשר היה בין טר"מ לקופה, מבוטחי קופת חולים כללית שלמו לטר"מ סכום המקביל לזה ששולם במוקד הרפואה הדחופה של קופת החולים, מוקד אשר כונה: מר"מ (מוקד רפואה מידי, להלן – "מר"מ"). (דובר בסכום של כ- 75 שקלים).

ב-5.11.98 סגרה קופת חולים את מוקדי המר"מ בכל הארץ. במועד זה גם טר"מ לא הגיע להסכם עם הקופה, ועל כן הפסיקו לספק את השירות למבוטחי כללית במחיר המוסכם (נגבה סכום של כ- 160- 180 ש"ח לאדם).

מאותו מועד, שירות הרפואה הדחופה אשר הציעה קופת חולים כללית למבוטחיה ניתן עיל ידי מוקד לרפואה מיידית (להלן - "מלר"מ"). בהסכם עם קופת חולים כללית נגבה במלר"מ 84 ש"ח למבוגר ו-46 ש"ח לילד.

נמסר לנציבות כי הקופה יידעה את מבוטחיה על השינוי, בהודעות אשר פורסמו במתקני הקופה.

עוד נמסר, כי קיימים נותני שירותים נוספים שהם מוקדי רפואה

מידית המספקים את השירות בתעריף מוזל, בין אלו נמנים : מת"ר :
(מספקים את השירות ב-94 ש"ח למבוטחי כללית) ו-Inscare אשר
נמסר כי הם גובים תעריף של 75 ש"ח.

יודגש : כל התעריפים הנזכרים בפרק זה נתקבלו באמצעות בירורים טלפוניים,
ואין באמור לעיל בכדי להוות אישור לכך כי אמנם אלו התעריפים הנגבים בפועל
כיום.

אחד המבוטחים אשר פנה לנציבות טען כי פנה לטר"מ לאחר שקיבל
מידע מטעה מן הקופה. לפנייתה של נציבת הקבילות בעניינו, נמסר
מטעם הקופה, כי לגבי התקופה בה הוחלף נותן השירותים, במקרים
בהם נמצא כי יתכן וחלה טעות או הטעיה על ידי הקופה, ניתן
למבוטחים החזר עד לגובה התעריף אשר נגבה במסגרת הקופה.

עמדת הנציבה

הנציבה מצביעה על כך כי כאשר מתבצע שינוי בנותני השירותים
ובפרט שבנושא בעל חשיבות כגון דא, ראוי כי ינתן פרסום ברור
לדבר, המפרט את המוקדים הקיימים, שעות פעולתם ותעריפיהם
וכי הדבר יתבצע בדיוור ישיר ואין שה סביר להסתפק בהודעות
במרפאות בלבד.

הנציבה מקווה כי בעתיד על שינויים מסוג זה ימסרו הודעות
למבוטחים מבעוד מועד.

זכאות להחזרים עבור נסיעות באמבולנס, מוסדרת בסעיף 28 לתוספת השניה ופעם נוספת בסעיף 3 לחלק השני לתוספת⁵⁴. על פי סעיפים אלו, מבוטח הנוסע לבית חולים בניידת טיפול נמרץ או באמבולנס מד"א ואושפז, יקבל החזר מלא של ההוצאה. במידה ומבוטח הוסע בניידת טיפול נמרץ (להלן - "נט"ן") אפילו לא אושפז - יקבל החזר של 50% מן ההוצאה.

מבוטחים רבים הלינו על כך שגם עבור הסעה באמבולנס מד"א במקרה חירום אין זכאות לכל החזר. כמו כן, נתקבלו קבילות על כך, שבמקרה בו הגיעו אנשי מד"א לבית החולה לאחר שנפטר, קביעת המוות אינה מזכה בהחזר.

קבילה נוספת אשר נתקבלה בנושא הסעות באמבולנס (לרבות מטעם חולי אפילפסיה), היתה על כך שאף על פי שנקבע בחוק, כי מי שפונה לבית חולים על ידי אמבולנס מד"א מהרחוב או ממקום ציבורי אחר, עקב אירוע פתאומי - פטור מתשלום לחדר מיון, לא נקבע פטור מן התשלום עבור ההסעה באמבולנס.

בדיקה העלתה, כי בקופת חולים כללית, נקבע כי במקרה שאדם פונה באמבולנס ממקום ציבורי על ידי עובר אורח, ינתן החזר עבור עלות הנסיעה, וכך אף היה נהוג גם במועד הקובע.

עמדת הנציבה

הנציבה מצביעה על כך שבדומה לשירותי חירום וחדר מיון, כך גם לגבי הסעה באמבולנס, ראוי שיקבע פטור בכל מקרה שהיה חשש סביר לחיי המבוטח. כן יש מקום לקביעה מפורשת בחוק כי במקרים בהם פונה מבוטח באמבולנס, ממקום ציבורי, על ידי עובר אורח, או תלמיד שפונה מבית ספר, יהיה המבוטח פטור מתשלום.

⁵⁴ תוכן שני הסעיפים זהה והטעם לכפילות איננו ברור.

העברה בניידות טיפול נמרץ (נט"ן) בהתאם לתעריף מד"א

חוק ביטוח בריאות ממלכתי איננו קובע תקרת תשלום בה תשא הקופה במקרה של פינוי על ידי נט"ן. בעניין זה התקבלו בנציבות, לקראת סוף תקופת הדוח, העתקים מתכתובת בין קופת חולים מאוחדת לראש מנהל רפואה, שעניינם בבעיה אשר התעוררה בנושא זה:

מבוטח של קופת חולים מאוחדת פונה לבית חולים על ידי נט"ן של חברת FTFN. עבור שירות זה גבתה החברה מן המבוטח תשלום בסך 1,550 ש"ח בעוד התעריף הנגבה במד"א הוא 545 ש"ח. באותו מקרה, שילמה הקופה את מלוא הסכום המבוקש. יחד עם זאת, הקופה פנתה למשרד הבריאות בבקשה לקבלת תמיכה של המשרד במניעת ניצול לרעה של החוק ובקביעה כי השתתפות הקופה תוגבל לתעריף מד"א.

ד"ר יצחק ברלוביץ, ראש מינהל רפואה, סבר כי החלטת הקופה סבירה והגיונית, ובלבד שמידע זה יועבר מראש לכלל מבוטחי הקופה.

עמדת הנציבה

נציבת הקבילות תומכת בעמדה כי ככלל יש לסייע לקופה שלא לחרוג מן המגבלות התקציביות כאשר אין הצדקה לכך, וכן כי במידה ויותר לקופה לפעול בהתאם לתעריף מד"א יש הכרח שהמבוטחים יודעו על כך מבעוד מועד.

יחד עם זאת, בנוסף, יש לוודא כי אמנם שרותי מד"א זמינים בכל איזור בו נזקק המבוטח לפינוי.

בנוסף, יש להדגיש כי קביעת תקרת השתתפות צריכה להיעשות בחוק. למותר לציין, כי באופן זה יינתן גם פרסום לדבר ברשומות, וכי יהיה בכך בכדי למנוע מחלוקות מיותרות בעתיד.

7. טיפול היפרברי (חמצן בעל לחץ)

על פי סעיף 6(ג)(6) לתוספת השניה לחוק, כלול טיפול היפרברי בסל השירותים תחת הכותרת "טיפול נמרץ".

על אף האמור, בשנת 1998, נתקבלו בנציבות הקבילות, 14 קבילות, ובשנת 1999 היו 6 קבילות, בדבר אי מתן הטיפול על ידי קופות החולים.

בתחילת השנה, קבלו לנציבות חולים, מבוטחי קופת חולים כללית, אשר סבלו מנמק גנגרנוטי ונתקלו בסירוב מטעם הקופה למתן הטיפול.

מטעם הגב' אתי פרץ, יו"ר הועדה לזכויות החולה, במועצת הבריאות, והיועצת המקצועית לצרכני בריאות ישראל (להלן: "צב"י") כתפקידה באותה עת, נמסר כי גם בארגון צב"י נתקבלו קבילות דומות.

בינואר 1998 (עת התקבלה הפנייה הראשונה בנושא לשנה זו), פנתה הנציבה בעניין אל ד"ר ברלוביץ, ראש מינהל רפואה, אשר הסביר כי במועד הקובע בוצע הטיפול במרכז לרפואה ימית (מר"י) שליד בית חולים רמב"ם, וניתן בראש ובראשונה למקרי חירום, כגון הרעלת CO ותאונות צלילה. במקביל ניתן הטיפול באופן ספורדי לחולים אלקטיביים. כמו כן נמסר, כי לאחרונה נפתחו תאי לחץ משוכללים, על בסיס מסחרי, בבית חולים אלישע ובבית חולים אסף הרופא ומכאן הקושי שהתעורר לקופות החולים.

לאור הקבילות הנוספות שהגיעו לנציבות על אי מתן התחייבות לטיפול היפרברי למבוטחים אשר סבלו מנמק גנגרנוטי, פנתה הנציבה, ביחד עם הגב' אתי פרץ, בתחילתו של חודש מרץ, לקופת חולים כללית ובקשה לקבל את מלוא המידע בכל הקשור לאספקת שירות זה וביחס לקבילות הנ"ל. הנציבה הדגישה, כי המדובר במבוטחים אשר נמצאים בסכנה לנזק בלתי הפיך וכי גורם הזמן הוא קריטי לגביהם. הנציבה ציינה כי למיטב ידיעתה לא קיים טיפול חלופי לתא לחץ היכול לצמצם או למנוע כריתה.

במענה לפנייתה של הנציבה נמסר מטעם קופת החולים, מאת ד"ר מיקי וינר - מנהל מחוז חיפה, כי אמנם הופסק מתן ההתחייבות לטיפולים אלקטיביים בתא לחץ, במתקנים הפרטיים בבית החולים אלישע ובצריפין.

כמו כן נטען על ידו כי הטיפולים הכלולים בסל, הם טיפולים הנכללים בכותרת טיפול נמרץ, בהם נמנים הרעלות CO, תסחיפי אויר, ואילו פצעים קשיי ריפוי, אינם נכללים בסל על פי החוק.

בנוסף, נמסר על ידו, כי נותן השירות היחיד של תא לחץ עבור קופת חולים כללית, הוא זה של חיל הים, במכון לרפואה ימית, וכי לשם ניתנה הוראה ממנהל בית חולים רמב"ם, שלא להפנות חולים וכי עם ספקים פרטיים טרם נכרת הסכם.

מעבר לאמור, נטען כי הטיפול בהתויות, במקרים שאינם דחופים איננו טיפול קו ראשון וקיימים טיפולים שמרניים וקונבנציונליים שיש למצותם בטרם יוחלט על נסיון בטיפול היפרברי.

בהתאם למידע האמור, אשר נמסר לנציבה, ולאור הוראות החוק והיות הטיפול ההיפרברי כלול בסל תחת הכותרת "טיפול נמרץ", ניתן מענה למבוטחים אשר פנו לנציבות בעניין זה.

בעקבות תשובות הנציבה לפונים, נתקבלו בנציבות הקבילות
מכתבים ממנהל בית החולים אלישע וממנהל המרכז הרפואי
רמב"ם, בהם נטען כי לדעתם נמסרה לנציבה אינפורמציה בלתי
נכונה.

נמסר לנציבה, כי ה- UHMS.- Undersea and Hyperbaric Medical Society.
קבעו רשימה של עשר התוויות מוכרות בהן חמצן היפרברי הינו
אמצעי עיקרי ותומך, או לפחות טיפול משני, העדיף על אמצעים
משניים אחרים. הנחיות אלו אומצו על ידי משרד הבריאות והוכרו
בחוזר מספר 32/86 מיום 31.3.1986.

נמסר, כי על בסיס זה, טופלו חולים רבים, לרבות לצורך ההתוויה
של פצעים קשיי ריפוי. נטען כי כך היה גם המצב ערב חקיקת החוק,
במועד הקובע, ועל כן טיפולים אלה כלולים בסל.

אחד המבוטחים אשר נזקק לטיפול בתא לחץ, עקב פצע נמקי על
רקע סכרת, פנה לבית הדין האזורי לעבודה בתל אביב, בתביעה נגד
קופת חולים כללית.

בתביעתו, פרט המבוטח את הצורך הרפואי בטיפול וטען כי ללא
הטיפול, יאלצו לחרות את רגלו. הודגש, כי הטיפול כלול בסעיף
(6)(ג)(6) וכי התוויה לשמה הוא נדרש לטיפול נמנית בחוזר שירותי
אשפוז, מספר 32/86.

בית הדין פסק לטובת המבוטח וזאת בהעדר הגנה מטעם קופת
החולים.

לאור האמור לעיל, נבדקו קבילות בעניין טיפול היפרברי, על פי חוזר
שירותי אשפוז מספר 32/86 הנזכר לעיל (להלן: חוזר 32/86). בחוזר

32/86 נמנו : עקרונות הטיפול בחמצן היפרברי, התוויות מוכרות והתוויות נסיוניות לטיפול, פרטי המכון לרפואה ימית לצורך התייעצות, כללי הכנת החולה לטיפול, והסדרי תשלום.

הוסבר בחוזר, כי הכללים וההתוויות לטיפול היפרברי נקבעו על ידי הוועדה לאור השימושים השונים ואופי המקרים, הזקוקים לטיפולים היפרבריים, צמצום המשאבים והאפשרות למתן הטיפול.

בין הקבילות אשר נתקבלו בנציבות, בנושא הטיפול בתא לחץ, נכללו פניות ממבוטחים אשר סבלו מנמק א-וסקולרי של פרק הירך.

בעניינה של אחת הקובלות, פנתה הנציבה לתת הוועדה לאורתופדיה, במועצה הלאומית לכירורגיה.

במענה לפניית הנציבה, נמסר לה מעם פרופסור שטיין, יו"ר תת הוועדה, כי בטיפול ההיפרברי, במקרים של נמק א-וסקולרי, יש תוצאות טובות ומבטיחות בכל החולים שטופלו עד כה. צויין, כי למען הסר כל ספק, יש צורך בביצוע סקר פרוספקטיבי בנושא ולבחון את יעילות הטיפול, בשלבים שונים של הנמק.

הנציבה פנתה אל ד"ר ברלוביץ, ראש מינהל רפואה אשר השיב, כי הואיל ונמק א-וסקולרי אינו נכלל בין ההתוויות המנויות בחוזר שירותי אשפוז 32/86, הרי שאיננו נכלל בסל השירותים ואין אפשרות לחייב את קופות החולים במימונו.

ב-23.8.1999, הוצא חוזר נוסף של מנהל רפואה ובו רשימת הוריות קליניות מעודכנות לטיפול בתא לחץ. ההוריות אשר נמנו בחוזר זה מפורטות בנספח מס' 11 לדוח זה. יצויין כי גם בין התוויות אלו, לא נכלל הטיפול להתוויה של נמק אווסקולרי. לנציבה נמסר כי הטיפול עודנו בשלבים ניסויים וישנם מבוטחים המקבלים טיפול זה במסגרת ניסויית.

8. טיפול פוטודינמי (Photodynamic therapy)

קבילות בנוגע ל- Photodynamic therapy נתקבלו בנציבות הקבילות לאורך כל תקופת הדוח.

הוסבר לנציבה כי המדובר בטיפול המסיר גידולים ללא ניתוח וחשוב במיוחד בגידולים על עור הפנים.

הטיפול הפוטודינמי מתבצע על ידי מריחת חומר רגיש לאור, אשר נצמד על הגידול ואחרי המתנה של כ-12 שעות, מקרינים אור רגיל על חומר זה ועל ידי כך נהדף הגידול.

נמסר לנציבה, כי היות ולצורך הטיפול נדרשים חומרים מיוחדים, ציוד טכנולוגי, כוח אדם וכו', המדובר בטיפול יקר שעלותו כ-2,000 ש"ח לטיפול.

מספר הקבילות בנוגע לטיפול זה, הגיע בשנת 1998 ל-6 ובשנת 1999 ל-4. ברוב הקבילות דובר על נסיבות קשות ביותר.

למשל, באחד המקרים פנתה לנציבות מבוטחת אשר אביה סבל מגידולים באזורים רבים בגופו, לרבות בפניו. נמסר על ידי הרופא המטפל, כי עקב פיזור הנגעים, לא ניתן לפתור את הבעיה באופן כירורגי. הקובלת ציינה, כי אביה עבר ניתוחים פלסטיים, עקב גידולים עמוקים, אשר לא ניתן היה לטפל בהם בטיפול פוטודינמי. ליתר הגידולים, קיבל במשך חצי שנה, מספר רב של טיפולים פוטודינמיים, בהצלחה מרובה.

רופאי האב, הפנו אותו להמשך הטיפול ב- Photodynamic therapy וציינו כי עקב גילו, אין הם סבורים כי יעמוד בניתוחים נוספים. נמסר, כי במקרה זה לא קיים טיפול אלטרנטיבי והטיפול הפוטודינמי הוכח לגבי החולה כיעיל והפכו ל"אדם חדש".

על אף האמור, בתשובה לפניית הנציבה, נמסר מטעם הקופה, כי המדובר בטיפול אשר אינו כלול בסל השירותים, ועל כן, עם כל ההבנה למצבו של המבוטח, לא ניתן יהיה לאשר הטיפול.

עמדת הנציבה

בהתאם לפרשנות החוק לפיה קיים בחוק יסוד של דינמיות (ראה פרק 3, תת פרק 2, סעיף א'), היה מקום לראות, על דרך הפרשנות, את הטיפול ב- Photodynamic therapy ככלול בסל. זאת, במסגרת סעיף 9 לתוספת השניה שכותרתו "עור ושי, אבחנה, טיפול ופעולות ניתוחיות כגון" [ההדגשה איננה במקור - ק. ר.] מן החומר אשר נתקבל בנציבות עולה כי מדובר בטיפול אשר מהווה את המענה הטיפולי ב"איכות סבירה" כנדרש בסעיף 3(ד) לחוק.

יחד עם זאת, עמדה זו לא נתקבלה ונטען כי יש לכלול טכנולוגיה זו בסל כטכנולוגיה חדשה ולהקציב לכך תקציב מתאים. נוכח עמדה זו הנציבה מצביעה על הצורך בבחינת כדאיות הכללת הטיפול באופן מפורש בסל השירותים.

9. התפתחות הילד

בתחום התפתחות הילד, חלו בתקופת הדוח תמורות רבות, הן על ידי חקיקה, הן מכח הפסיקה, והן כתוצאה מתכניות הגבייה. תחום זה המשיך להוות, גם בתקופת דוח זה, את אחד המוקדים הבולטים לקבילות הציבור.

שנת 1998 התאפיינה בהמשכן של הקבילות בדבר מכסת הטיפולים הנמוכה, אשר הייתה קבועה בחוק, וכן בהמשך, קבילות בדבר הגבלת החוק לגבי גיל הטיפול, לפיה מומנו טיפולים ע"י קופות החולים עד לגיל 6 בלבד. (הגבלות אלו, כפי שיפורט אינן חלות לגבי ילדים הסובלים מנכויות סומטיות).

הנציבה הצביעה על הצורך בהרחבת השירות הניתן בתחום התפתחות הילד, והסדרתו באופן ברור, כבר בדוח לשנת 1997. כפי שצוין בדוח זה שר הבריאות דאז, ח"כ יהושע מצא, הציב כאחת ממטרותיו את שיפור השירות בתחום. למטרה זו, הוקמה ועדה להתפתחות הילד ושיקומו בראשות פרופ' אשר אור נוי, שמונה כאחראי על התפתחות הילד ושיקומו במשרד הבריאות. בשנה זו, הניב המאמץ בנושא פרי.

ב-9.3.1999 עת הורחב סל השירותים, נכלל תחום התפתחות הילד בהרחבת הסל ולשירותים הניתנים בתחום זה, נקבעה תוספת ניכרת. לאור חשיבות הנושא, מובאת בנספח מס' 12 לדוח זה, טבלה ובה סעיפי החוק הקודמים בהשוואה לנוסח החוק המתוקן.

עיקר השינוי בתחום היה בהגדלת מכסת הטיפולים. בין הגילאים 3-6 הורחבה המכסה מ-18 טיפולים בשנה, ל-27 טיפולים בשנה בכל מקצוע, עד לתקרה של 54 טיפולים; לילדים מגיל 6 עד 9, אשר בעבר לא היו זכאים למימון הטיפול כלל, נקבעה מכסה של 9 טיפולים בשנה לכל מקצוע, ועד לתקרה של 18 טיפולים בשנה.

באשר לטיפול בילדים הסובלים מנכות סומטית, לגביהם לא הייתה הגבלת גיל, נקבע בחוק מפורשות כי הטיפול בהם הינו עד לגיל 18 (דיון נרחב בנושא הנכויות הסומטיות יובא בהמשך). שינוי נוסף אשר בוצע עניינו בהסדרת סוגיות הגורם המספק את שירותי האבחון, בעניין זה נקבע מפורשות מי הוא הגורם המוסמך להורות על ביצוע אבחון ומי הוא הרשאי לבצעו. על כך ראה נספח מס' 12 לדוח.

למותר לציין כי הנציבה מברכת על הרחבת הסל בתחום התפתחות הילד, דבר אשר נתן מענה למצוקתן של משפחות רבות וסיוע חיוני לתפקודם של ילדים, בעלי ליקויים בהתפתחות, בהווה ובעתיד. הנציבה תקווה כי גם בשנים הבאות יאפשר התקציב הרחבות נוספות של הסל בתחום זה.

עם ההודעה הרשמית בדבר ההרחבה, הודיע הנציבה לכל הקובלים בעניין על השינוי אשר חל בחוק. ואמנם בהמשך שנת 1999, חלה ירידה מסוימת בקבילות בתחום התפתחות הילד ואופי הקבילות בתחום זה השתנה.

על אף התוספת המבורכת לסל, בתחום התפתחות הילד נותרו מספר סוגיות אשר טרם באו על פתרון:

- א. טיפול בילדים המצויים במסגרת החינוך המיוחד.
- ב. היקף הטיפול הניתן לילדים הסובלים מנכות סומטית.
- ג. דמי השתתפות הנגבים עבור טיפולים בהתפתחות הילד.
- ד. זמן ההמתנה לטיפול.

נושאים אלו ידונו להלן:

א. טיפול בילדים במסגרת החינוך המיוחד

בנושא חובת קופות החולים לספק שירותים לילדים המצויים במסגרות החינוך המיוחד נתגלעה מחלוקת בין קופות החולים למשרד הבריאות. מטעם קופות החולים נטען כי ילדים הנמצאים במסגרת מוסד לחינוך מיוחד אינם זכאים לשירותים רפואיים מכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי וזאת בהתאם לסעיף 3(א), הואיל והינם זכאים לשירותים אלו מכח **חוק חקיקה אחר**. הודגש, כי חוק חינוך מיוחד התשמ"ח - 1998 קבע את חובת המדינה למתן חינוך מיוחד לילד החריג, וחינוך מיוחד הוגדר בחוק ככולל פיזיותרפיה, ריפוי בדיבור, ריפוי בעיסוק וכו'.

עמדת משרד הבריאות היתה שונה. מטעם עו"ד מירה היבנר-הראל, היועצת המשפטית למשרד הבריאות נטען כי אמנם חוק חינוך מיוחד מטיל על המדינה חובות למתן טיפולים תרפויטיים שונים, אולם, חובותיה של המדינה אינן פוטרות את קופת חולים מחובותיה שלה. נטען, כי כל דבר חקיקה יש לפרש על פי תכליתו, ובמקרה זה, בעוד תכלית חוק ביטוח בריאות ממלכתי הינה מתן שירותי בריאות, תכליתו של חוק חינוך מיוחד היא במתן שירותי חינוך. השירותים התרפויטיים הניתנים במסגרת חוק חינוך מיוחד הינם בעלי מעמד לוויני אינצידנטלי ונועדו לכוון לצורך הלמידה. ככאלה, שירותים אלו אינם יכולים להחליף את השירותים הניתנים במערכת היעודית של קופת חולים, ואם לא כן עלולות להגרם תוצאות קשות ביותר. דבר זה בולט במיוחד בתקופות בהן המערכת החינוכית אינה פועלת, למשל בחופשות הקיץ ובחגים.

מן הסיבות אשר פורטו לעיל, בחוות דעתה של עו"ד היבנר-הראל, ולאור מצוקתם הקשה של ילדים הנזקקים לטיפולים בהתפתחות הילד, תמכה נציבת הקבילות בעמדתה של היועצת המשפטית. בהתאם, קבילות בנושא זה אשר נתקבלו בתקופת הדוח נקבעו כמוצדקות.

7.1.1999- הסוגייה נדונה, בפסק דין אשר ניתן בבית הדין האזורי לעבודה בירושלים. באותו מקרה, דובר בילדה אשר נזקקה לטיפולים פיזיותרפיים מעבר לניתן במסגרת החינוך המיוחד, וזאת בהיותה שוהה זמן רב בבית, הן בתקופות מחלה והן בחופשות. בשם התובעת טען הרופא המטפל בה בקופת חולים כללית.

בית הדין פסק, כי הואיל ועל פי חוק חינוך מיוחד (סעיף 1 לחוק) זכאי הילד החריג לטיפול פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכו' והכל לפי צרכיו, הרי שבהתאם לסעיף 3(א) הנ"ל, אין התובעת זכאית לשירותים אלו מכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בסיפא פסק הדין צוין, כי מן המבוא להצעת חוק חינוך מיוחד משתמע, שמצב דברים מעין זה של התובעת, היה צפוי וכי: "אף על פי כן נראה כי לא נמצא פתרון הולם, אשר יתן מענה לכל צרכיהם של ילדים חריגים וימנע את "נפילתם בין הכסאות" (עב 2387/98 מאירס בן ציון נגד קופת חולים כללית)⁵⁵.

בעקבות פסק הדין, הוסבר המצב המשפטי למבוטחים אשר קבלו בנושא זה.

הנציבה הצביעה על כך שבתחום זה נתקבל מספר רב של קבילות. יצוין כי בתום תקופת הדוח פעל משרד הבריאות בנחרצות לפתרון הבעיה בחקיקה. נמסר לנציבה כי לאחר תקופת הדוח מאמצים אלו נשאו פרי ובוצע תיקון בחוק.

ב. היקף סל השירותים לילדים הסובלים מנכות סומטית

בדבר הטיפול בנכויות סומטיות, ניטשו מחלקות רבות. נושא הטיפול בילדים אלו אשר נמצאים במסגרת החינוך המיוחד נדון לעיל. שתי סוגיות נוספות בתחום זה עניינן הגדרת המונח "נכויות סומטיות" וקביעת היקף סל השירותים הקיים במסגרת החוק לילדים אלו.

בשאלת הגדרת ליקויים סומטיים, הושגה בתקופת הדוח הסכמה עם קופות החולים. מפרופ' אור נוי נמסר כי מוסכמת ההגדרה לפיה ילדים עם מחלקות התפתחות סומטיות הנם:

- ילדים הסובלים מפגיעות נוירולוגיות או מחלות שרירים מתקדמות.
- ילדים הסובלים משיתוק מוחין בינוני או קשה.
- ילדים הסובלים מפגמים כרומוזומליים המלווים בהפרעות מוטוריות ופיגור.
- ילדים הסובלים מתסמונות שונות שיש להם גם פגיעה מוטורית.

יצוין כי בהגבלה זו לא נכללו ילדים עם אוטיזם והפרעות דומות מקבוצת ה-PDD (PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS) והוסכם כי ילדים אלו יקבלו את סל השירותים להתפתחויות לא סומטיות בלבד.

⁵⁵ פסק הדין ניתן מפי השופטת ד. פרוז'ינין ונציגי הציבור: מר גולדנברג ומר אופירי.

למותר לציין, כי גם לגבי ילדים אלו נדרש פתרון. יש לקוות כי בהקדם האפשרי ימצא תקציב להרחבת סל השירותים גם לצורך זה.

אשר לסוגיית היקף סל השירותים לנכויות סומטיות:

הטיפול בילדים הסובלים מנכויות סומטיות הוסדר בחוק באופן אשר איננו ברור ומשתמע לשתי פנים. מחד, סעיף 20 לתוספת השניה לחוק – בו נקבעה תקרת הגיל לטיפול בהתפתחות הילד, קבע כי תקרת הגיל לטיפול הינה 6 שנים ולאחר תיקון החוק – 9 שנים. לגבי נכויות סומטיות, קבע הסעיף מפורשות **כי אין הגבלת גיל**, כאמור לאחר תיקון החוק נקבע כי הטיפול הינו עד גיל 18.

מאידך, סעיף 6 לחלק השני לתוספת, אשר קבע כללים בדבר הגבלת הטיפולים בהתפתחות הילד דן במכסה של מספר הטיפולים וקביעת דמי השתתפות **בטיפולים שבין הגילאים 3-6 ולאחר התיקון 3-9**. לגבי טיפול בנכויות סומטיות החוק שתק.

עמדת הנציבה

עמדת נציבת הקבילות הינה, כי סעיף 6 לחלק השני של התוספת אינו חל על ילדים הסובלים מנכויות סומטיות. הבסיס לעמדה זו הוא, כי הואיל והסעיף קבע מגבלות לגבי טיפול בילדים בין הגילאים 3-6, ולאחר התיקון 3-9, והואיל ובנכויות סומטיות אין הגבלות גיל וילדים אלו ממשיכים לקבל טיפולים גם אחרי גיל 9, הרי שאין הסעיף מתייחס אליהם ואף אין הגיון בהחלת סעיף זה עליהם בנסיבות אלו.

פרשנות אחרת עלולה להביא למסקנה כי הרחבת הסל היתה למעשה צמצום הסל מבחינת הילדים הסובלים מנכויות סומטיות. לפי הסברה, כי סעיף 6 חל על ילדים אלו, ימצא כי ילדים הזכאים לטיפולים ללא הגבלה בין גיל 0-18, לפתע למשך שלוש שנים, בין הגילאים 3-6, יוגבל מספר הטיפולים בהם והם יאלצו לשאת בדמי השתתפות גבוהים. יתרה מכך, בהתאם לסברה זו, לאחר תיקון החוק בו הועלתה תקרת הגיל ל-9 הרי שגם מגיל 6 ועד גיל 9 יוגבל מספר הטיפולים בהם ויתרה מכך, יחול בו צימצום רב יותר מזה החל בין גיל 3 עד 6.

מאליו מובן הוא, כי פרשנות זו איננה סבירה.

לא זו אף זו, גם בחוברת השירותים מן המועד הקובע, כפי שנמסרה לנציבות הקבילות, נאמר מפורשות, שטיפול צוות רב מקצועי בילדים הסובלים מנכויות סומטיות, ניתן ללא תשלום וללא הגבלת גיל.

סיכומם של דברים, הנציבה סבורה כי מן הדין שבכפוף לקבוע בתכנית הגבייה, לא יגבה תשלום נוסף עבור הטיפול בילדים הסובלים מנכויות סומטיות והטיפול

לא יוגבל בכל הגבלה מספרית שרירותית.

ג. גביית דמי השתתפות עבור טיפולים בהתפתחות הילד

בעניין גביית דמי ההשתתפות עבור הטיפולים בתחום הנדון, התעוררו שתי סוגיות:

- ♦ היחס בין דמי ההשתתפות הקבועים בחוק והסדרי הגבייה.
- ♦ גביית דמי השתתפות מוגדלים עבור פנייה למכונים מחוץ למסגרת הקופה.

להלן יידונו שתי סוגיות אלה, לפי סדרן:

1. דמי ההשתתפות הקבועים בחוק והסדרי הגבייה

דמי ההשתתפות עבור טיפולים בהתפתחות הילד נקבעו בסעיף 6 לחלק השני לתוספת השניה לחוק, לפיו קיימת השתתפות עצמית עבור כל טיפול הניתן בין הגילאים שלוש עד תשע (כ-24 ש"ח לטיפול) כאמור, עמדת הנציבה, היא כי דמי השתתפות אלה אינם חלים על ילדים הסובלים מנכות סומטית.

גם בתכניות הגבייה אשר אושרו לקופות החולים נקבעו, צורה עקיפה, דמי השתתפות עבור טיפולים אלו. על פי תכנית הגבייה עבור ביקור במרפאות חוץ של בתי חולים ומכונים רפואיים, נקבעו 20 ש"ח דמי השתתפות לרבעון.⁵⁶ בהגדרת "מכון רפואי" נכלל מכון להתפתחות הילד.

עם הכנס הסדרי תוכניות הגבייה לתוקף, נתגלעה מחלוקת בשאלה מהו היחס בין דמי ההשתתפות הקבועים בהם, לבין דמי ההשתתפות הקבועים בחוק.

בעניין זה, קיבלה הנציבה את חוות הדעת של הלשכה המשפטית למשרד הבריאות, לפיה משהפעילה קופה את תכנית הגבייה שאושרה לה, גובה ההסדר הקבוע בה, על כל הסדר אחר להשתתפות עצמית, לרבות ההסדר הקבוע בחוק. שמע מינה, על קופות החולים לגבות את דמי ההשתתפות הקבועים בהסדרי הגבייה בלבד (כלומר אך ורק

⁵⁶ כאמור, בקופת חולים מכבי, בפנייה למכון של הקופה, נגבים 15 ש"ח (פרק 3, תת פרק 6).

20 ש"ח לרבעון).

במאמר מוסגר יצויין כי לפי פרשנות זו, גם ילדים הסובלים מנכות סומטית וילדים עד גיל 3 ישאו בדמי ההשתתפות העצמית בסך 20 ש"ח לרבעון ובזאת תורחב הגבייה מן המוטחים, יחד עם זאת, גביית דמי ההשתתפות לגבי הגילאים 3-6 תצומצם באשר עבור ילדים אלו תשולם ההשתתפות רבעונית בלבד ולא השתתפות פר טיפול. בנוסף, לגבי כל הטיפולים יחולו הפטורים אשר נקבעו בתכניות הגבייה (למשל: פטור למקבלי הבטחת הכנסה וכו'). סר הכל, בחישוב כוללני נראה כי כתוצאה מפרשנות זו, סך הגבייה עבור טיפולים בהתפתחות הילד, יופחת.

פרשנות זו, לא נתקבלה על ידי קופות החולים. מטעם קופ"ח כללית נטען כי ההסדר בסעיף 6 הוא ספציפי, לעומת הסדרי תכנית הגבייה שהם כלליים ושעל כן, על פי כללי פרשנות מקובלים, גובר הסדר סעיף 6. מטעם קופות חולים מכבי נטען כי אין הגיון בפרשנות לפיה חלה תוכנית הגבייה בלבד, שכן, מטרת התוכניות אשר אושרו הייתה לסייע לקופות במצבן הכלכלי הקשה ולא לגרוע מהכנסותיהן. יחד עם זאת הוסכם, כי לא יכולה להיות גבייה נוספת על זו המפורטת בחוק ועל כן במכוני התפתחות הילד לא גובה מכבי כל השתתפות עבור ביקור במכון מכח הסדרי הגבייה, אלא רק את זו המפורטת בחוק.

הואיל וכל הפרשנויות נתמכו בטיעונים משפטיים ועובדתיים אשר לא ניתן להתעלם מהן, נותר נושא זה, שנוי במחלוקת. יחד עם זאת, יש לציין כי קופות החולים לא חוייבו בויתור על גביית דמי ההשתתפות הקבועים בחוק.

עמדת הנציבה

הנציבה מצביעה על כך כי מן הראוי שנושא זה יוסדר בחקיקה באופן ברור. מיותר לציין כי הפרשנות אשר מיטיבה יותר עם המבוטחים היא זו לפיה יגבו דמי ההשתתפות כפי שנקבעו בהסדרי הגבייה בלבד. יחד עם זאת, סביר כי הסדרת הנושא באופן זה, כרוכה בעלות תקציבית. מאחר וכך, מציעה הנציבה כי במידה ותתקבל הפרשנות לפיה חלים על המבוטחים, גם דמי ההשתתפות הקבועים בסעיף 6, יקבע כי גם מתשלומים אלה יהיו פטורים כל אותן קבוצות הזכאים לפטור על פי הסדרי הגבייה. לאמור: מקבלי הבטחת הכנסה, זוכים כהגדרתם לפי חוק המזונות וכו'. באופן זה, ימצא פתרון גם למצוקתם של אותם ילדים ממשפחות נזקקות, אשר דמי ההשתתפות הקבועים בחוק מהווים נטל כבד עבורן ולעיתים נטל אשר אינן מסוגלות לעמוד בו.

2. דמי השתתפות מוגדלים עבור פניה למכונים מחוץ למסגרת הקופה

בתקופת הדוח, נתקבלו בנציבות, קבילות לפיהן נגבו דמי השתתפות העולים על המותר, עבור טיפולים בהתפתחות הילד.

בירור העלה כי מדובר במבוטחים אשר פנו לקבלת טיפולים מחוץ למסגרת הקופה, ועל כן נדרשו לשלם דמי השתתפות בהתאם לתעריף אשר נקבע בקופה. בחלק מן המקרים, נמסר מטעם הקופה כי הוצע למבוטחים טיפול במסגרת הקופה, ללא דמי השתתפות, אולם המבוטחים העדיפו את הטיפול במכון פרטי.

בעניין זה נמסר, מטעם היועץ המשפטי לקופת חולים כללית, כי במועד הקובע הייתה הגבלה רשומה בספר השירותים של קופ"ח כללית לפיה, אם לא ניתן לקבל את השירות בקופת החולים, נגבית השתתפות לפי תעריפי השתתפות המתפרסמים מדי פעם ע"י המחלקה לזכויות חברים בהנהלה המרכזית.

עמדת הנציבה

נושא גביית דמי השתתפות עבור פניה לנותני שירותים פרטיים איננו פשוט ונדון לעיל בפרק מס' 4 לדוח בתת פרק 2 סעיף ה.. כאמור, עמדת הנציבה בנושא זה היא כי גבייה של דמי השתתפות, אשר איננה מעוגנת בהוראות החוק, אסורה.

הגבייה אשר היתה נהוגה במועד הקובע בתחום התפתחות הילד, בהתאם לסעיף 70 (ב) לחוק ניתן היה לנהוג בה בתקופת הביניים. אולם, אין לראות את תוקפה כנמשך, מכח פס"ד מדז"ני. הפסיקה לפיה נקראות הגבלות אל תוך התוספת השנייה, ספק רב אם חלה, לגבי גביית תשלומים. מכל מקום היא איננה יכולה לחול מקום בו נקבע הסדר אחר. בנושא שבנדון, קיים הסדר מפורש אחר לאמור: ההסדר הקבוע בסעיף 6 לחוק ו/או ההסדר הקבוע בתכניות הגביה (והכל כפי שהוסבר לעיל).

הפנייה לנותני שירותים מחוץ לקופה יכולה להתעורר בשני מקרים:

1. מקרה בו לא ניתן לקבל את השירות במסגרת הקופה, או לא ניתן לקבלו תוך זמן סביר.
2. מקרה בו ניתן לקבל את השירות במסגרת הקופה, אולם מבוטח מעדיף לשלם יותר ולקבלו מחוץ למסגרת הקופה.

בשני המקרים, חל הכלל כי גבייה אשר איננה מתבצעת בהתאם להוראות החוק (כלומר מכח סעיף בחוק, או מכח הסדרי הגבייה, או באמצעות תכניות השבן) – הנה בלתי חוקית ועל כן אסורה. יחד עם זאת, הנציבה מצביעה על כך כי ראוי להבחין בין המקרים. לגבי המקרה הראשון, אין להתיר גביית דמי השתתפות והנציבה סבורה כי אף אין זה רצוי כי הדבר יותר בעתיד בחקיקה או במסגרת

תכנית גבייה. שונה הדבר במקרה השני. במקרה זה ייתכן ורצוי לאפשר את הסדרת הגבייה, על מנת להרחיב את חופש הבחירה הניתן בידי המבוטחים וזאת בכפוף להחתמת המבוטחים על טופס לפיו הובהר להם כי הנם זכאים לשירות במסגרת הקופה, תוך זמן סביר, עבור דמי השתתפות הקבועים בחוק.

ד. זמן ההמתנה לטיפול

מקבילות המבוטחים עלה כי בקופות החולים קיימים תורים ארוכים הן לצורך אבחון והן לטיפולים בהתפתחות הילד.

מאחר ועל פי סעיף 3(ד) מחובת קופת החולים לספק את שירותי הבריאות הכלולים בסל על פי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, ותוך זמן ומרחק סבירים, נשאלה השאלה מהו זמן סביר לטיפול בהתפתחות הילד. יובהר, כי בתחום זה, לפרק זמן ההמתנה, קיימת חשיבות רבה, מאחר וקיימת תקרת גיל לטיפול ומאחר ובמקרים רבים אבחון וטיפול מוקדם, מגביר את התועלת שבטיפול בילד.

עמדת הנציבה

לאחר התייעצות עם פרופ' אור נוי – האחראי על תחום התפתחות הילד ושיקומו במשרד הבריאות, נקבעה העמדה, כי בכפוף לשיקול דעת רפואי, המתנה לאבחון לא תעלה על חודש והמתנה לטיפול לא תעלה על חודשיים, שלושה. יש להדגיש כי במידה והדבר אינו מתאפשר במוסדות הקופה על קופת החולים להפנות את המבוטחים לנותני שירותים חיצוניים, וזאת מבלי לגבות תוספת תשלום, כאמור לעיל.

עמדה זו נמסרה לקופות החולים, הן בטיפול בקבילות פרטניות והן במכתב, אך מן הקבילות (וכך גם מתגובות שנתקבלו למכתב האמור) עולה כי עמדות אלו, לא נתקבלו על ידי הקופות. הואיל וכך, ולאור חשיבות הנושא, הנציבה מצביעה על הצורך לקבוע קריטריונים אלו בחקיקה.

10. מזון תרופתי

בתקופת הדוח נתקבלו בנציבות הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי נתקבלו בנציבות 10 קבילות בנושא מזון תרופתי. בכל המקרים דובר במבוטחים אשר כתוצאה ממצבם הרפואי ניזונו מסוג מסוים של מזון אולם התקשו לעמוד בנטל הכלכלי של מימון מזון זה. הקבילות הקשות והחמורות ביותר היו לגבי ילדים אשר נזקקו **לצורך קיומם** למזון תרופתי אשר לא ניתן לו סבסוד או שסבסודו הופסק, על ידי קופות החולים.

כך למשל, באחד המקרים, נתקבלה בנציבות פנייה ממשפחה (מבוטחי קופת

חולים (מאוחדת) אשר להם ילדה אשר מסוגלת לעכל אך ורק מזון תרופתי בשם: VIVONEX PED. נמסר כי סבסוד המזון הופסק⁵⁷ ועלות המזון מגיעה לאלפי שקלים בחודש. מצב המשפחה הוסיף והחמיר עת נמצא כי גם ילדם השני של אותה משפחה לקה במחלה ממנה סובלת אחותו ואף הוא נזקק למזון זה. הוראות החוק בעניין מזון תרופתי סתומות. בסעיף 15(7) לחלק השני של לתוספת השניה לחוק כל שנאמר הוא "מזון תרופתי בסבסוד הקופה". יחד עם זאת מטעם קופות החולים נמסר כי קיימת רשימה מוגדרת של מזונות מסובסדים. בנוסף, במקרה של ה-VIVONEX התכשיר הופיע ברשימת התרופות שבצו אבל לא לילדים ולא להתויה המבוקשת.

מעיון בחוברת השירותים של קופת חולים כללית המעודכנת לדצמבר 1998 עולה כי קופת חולים כללית מסבסדת סוגים מסויימים של מזון למטרות מוגדרות:

שם המזון	הזכאים למזון (התוויות)
נוטרמיגן, ופרוגסטמיל	תינוקות עד גיל שנה אשר אינם מעכלים חלב
לופלנק ופנילפרי	חולי פנילקטוריה
מזון מסוג: אנשור, ויונקס, טולרקס, אוסמולייט וקנדי שייק	חולים כרוניים: חולי סרטן חולי מחלת "קרוהן", CF, וחולי אנורקסיה, כוויות, ואידס הסובלים מתת משקל של 20%
"טאוורין"	חולי CF עם הפרעות בתפקוד הכבד

לגבי כל סוגי המזון נכתב בחוברת כי הסבסוד הניתן הוא של 50% מעלות התכשיר ועד לתעריפים הקבועים בקופה.

לגבי רשימת המזונות המסובסדים פנתה נציבת הקבילות אל המחלקה לתזונה במשרד הבריאות. מטעם המחלקה לתזונה נמסר לנציבה כי דרכי סבסוד מזון תרופתי עברו גלגולים שונים וכיום המשרד פועל בהתאם לסיכומים מיום 13.9.1993 ומיום 30.1.1994. על פי סיכומים אלו מסובסדים המזונות הבאים:

שם המזון	רמת הסיבסוד
נוטרמיגן	50%
פרוגסטמיל	50%
שמן MCT	80%
לופלנק	75%

⁵⁷ דובר בתמיכה שניתנה בחסות הקופה ולא בסבסוד הניתן על ידי משרד הבריאות

75%	פנילפרי
80%	טולרקס
למחיר השווה לק"ג קמח לבן רגיל	קמח נטול גלוטן

נמסר, כי קופות החולים מגישות חשבונות חודשיים למשרד הבריאות וסכום הסובסידיה מתחלק שווה בשווה בין הקופות למשרד הבריאות.

חריגים לכך :

1. "קמח" נטול גלוטן - נמכר ישירות לצרכן ברוב רשתות השיווק. יצויין כי מחיר קמח זה אינו נמצא בפיקוח על ידי משרד המסחר והתעשייה.

2. טולרקס- ניתן לרכוש ישירות מחברת נאופרם או לפי הנחיות הקופה.

יצויין כי לא ברור פשרם של ההבדלים שבין הרשימה אשר נמסרה ממשרד הבריאות לזו שבחברת של קופת חולים. מכל מקום לנציבה הובהר כי חובת קופות החולים הינה באספקת רשימת המזונות כפי שנמסרה מן המחלקה לתזונה במשרד הבריאות והקבילות אשר נתקבלו בנציבות נבדקו בהתאם לרשימה זו.

משהלכו הקבילות בנושא מזון תרופתי ונצטברו בנציבות פנתה הנציבה בעניין אל דר' דורית ניצן קלוסקי, מנהלת המחלקה לתזונה במשרד הבריאות. ד"ר ניצן קלוסקי הסבירה כי מדובר בבעיה חמורה ורחבת היקף הרבה מעבר למה שעולה מן הקבילות ואשר טרם נמצא לה פיתרון.

לאור חשיבות הנושא וחומרתו להלן יובא הרקע לבעיה זו כפי שנמסר מפי ד"ר קלוסקי.

באופן כללי ניתן לחלק את סוגי המזון התרופתי לשש קבוצות :

- א. מזון תרופתי המיועד לחולים במחלות מטבוליות (חסר רכיבים תזונתיים שעלולים להצטבר ולהזיק, כדוגמת פניל אלנין לחולי פניל קטונוריה).
- ב. מזון תרופתי לסובלים מאלרגיות או אי סבילות לרכיבי או מרכיבי מזון מסוימים (חלב ללא לקטוז, קמח ללא גלוטן).
- ג. מזון תרופתי המיועד לסובלים מהפרעות ספיגה שונות במערכת העיכול (למשל, תת ספיגת שומנים בחולי ציסטיק פיברוזיס). בקבוצה זו נכללים מזונות החסרים את הרכיב

שלא ניתן לספיגה ומזונות "מפורקים" (אלמנטלים).

- ד. רכיבי תזונה בעלי כושר ספיגה במצבי חולי מסוימים הניתנים בנוסף למזון רגיל (כמו שומן מסוג MCT או ויטמינים ADEK מסיסים במים לחולי ציסטיק פיברוזיס).
- ה. מזון תרופתי במרקם רך, עתיר קלוריות ו/או חלבון שניתן בנוסף למזון רגיל (הפרעות אכילה, חולי סרטן, חולים בטיפול נמרץ וחולים מותשים) והניתנים דרך הפה או בזונדה (כדוגמת אנשור).
- ו. מזון תרופתי לסובלים ממחלות כליה, ריאות וכבד.

יש לציין כי חלק מהמזון התרופתי רשום כתרופה במרשם התרופות (אגף הרוקחות), חלקו רשום כמזון בשרות המזון וחלקו אינו רשום כלל במשרד הבריאות (רוב המזונות מקבוצה א'). בנוסף, מתוך המזון הרשום קבוצה קטנה בלבד זוכה לסבסוד.

להלן יפורטו הקבוצות השונות והמזון המסובסד הקיים לגבי כל קבוצה.

א. מחלות מטבוליות :

קיימת קבוצה של מחלות מטבוליות מולדות. מחלות אלה שכיחות יותר במקרים של נישואי קרובים. פרט לשתי תרכובות המיועדות לחולי פניל קטונוריה, אין מזון תרופתי רשום המתאים למחלות אלו ונדרש הליך של אישור לפי תקנה 29 לתקנות הרוקחים. בשל העדר רישום מרכזי של החולים במחלות אלה לא ידועה שכיחות המחלות, פיזורן בארץ, וממה ניזונה אוכלוסיה זו. ללא מזון מתאים תוצאת המחלה היא מומים ומוות ודאי.

המזון המסובסד עבור מחלות אלה הוא כדלקמן :

- **לופלק ופנילפרי**- מזון לחולים בפנילקטונוריה. המחלה פנילקטונוריה היא מחלה שבה מצטברת בגוף חומצה אמינית בשם פניל אלנין ופוגעת בתפקוד הקוגניטיבי והנירולוגי. טיפול תזונתי מתאים מונע התפתחות הפיגור השכלי

והתחלואה האופייניים למחלה הבלתי מטופלת. המזונות לופלנק (מיועד למבוגרים הלוקים במחלה) ופנילפרי (מיועד לילדים הלוקים במחלה) מסובסד בשיעור של 75%, מחצית ע"י הקופה ומחצית ע"י משרד הבריאות.

ב. מזון תרופתי לסובלים מאלרגיות או אי סבילות לרכיבי או מרכיבי מזון מסוימים:

המזון המסובסד בקטגוריה זו:

- קמח נטול גלוטן. קמח זה נועד לחולים במחלת הצליאק- מחלה בה גלוטן (מצוי בדגנים) גורם להפרעות ספיגה, גדילה, התפתחות וסיכון גבוה לסרטן של המעי הדק. על החולים במחלה זו להמנע מכל מזון המכיל גלוטן (מגוון רחב של מזונות). המנעות מגלוטן תורמת לחיים בריאים לחלוטין. לצורך הכנת מאכלים ללא גלוטן מסבסד משרד הבריאות קמח אחד בלבד המיוצר בישראל לפי תקנות הקמח ללא גלוטן. אחת לכל תקופה יוצא משרד הבריאות במכרז בו נקבעת החברה שתייצר קמח זה, כיום החברה היא מרמוליט. קיימת תקנה לפיה חובה לציין על מוצרי מזון אם הם כוללים גלוטן. דא עקא אין אפשרות לפקח על החלתה ורק במקום בו פס הייצור נקי מגלוטן נותן משרד הבריאות אישור לסימון כי המוצר ללא גלוטן. כיום ישנו ניסיון להשתמש בטכנולוגיה מעבדתית שתהא מסוגלת לשלול נוכחות גלוטן, אולם הנסיון טרם צלח. לציין, שלא נכללים בסל התרופות מזונות ללא גלוטן כלל. אי לכך, על החולים ומשפחותיהם ל"בשל" את המזון הבסיסי מהקמח שהוזכר לעיל (לחם, דברי מאפה, תבשילים שונים וכ"ו).

אין מידע ארצי לגבי שכיחות הלוקים בצליאק.

ג. מזון תרופתי המיועד לסובלים מהפרעות ספיגה שונות במערכת העיכול:

המזונות המסובסדים:

- **מזון אלמנטלי-** מזונות הכוללים רכיבי תזונה מפורקים לאבני הבנין של אבות המזון (לדוגמא: טולרקס). המזון מיועד לחולים עם הפרעות בספיגת מזון כמו תסמונת המעי הקצר, ומחלות דלקתיות של מערכת העיכול. רק סוג אחד מסובסד כיום (טולרקס) ב-80% והסבסוד מתחלק שווה בשווה בין קופת החולים למשרד הבריאות. הטולרקס הוא תכשיר יקר מאוד וישנן משפחות אשר גם ה-20% הנותר מהווה נטל כבד עבורם.
- **וטרמיגן ופרגסטמיל-** מסובסדים במקרים של רגישות לחלב. לא ברור מניין ההגבלה עד לגיל שנה המופיעה בספרי קופת חולים

ויש להמשיך לספק מזון זה גם מעבר לגיל שנה לפי הצורך.

גם כאן אין מידע על שכיחות המחלות השונות ברמה ארצית. כיום לא קיימת דרך לעקוב אחרי הנושא ואין חובת דיווח לא על קופות החולים ולא על לשכות הבריאות.

למחלות רבות אחרות, אשר לא נמנו לעיל, אין מזון מסובסד ולא תמיד המזון המקובל במדינות מפותחות רשום בישראל.

ד. רכיבי תזונה בעלי כושר ספיגה במצבי חולי מסוימים הניתנים בנוסף למזון רגיל:

- **שמן MCT** מיועד לחולים עם בעיית ספיגת שומנים בגלל מחלות בכבד, מערכת העיכול, חולי ציסטיק פיברוזיס וכו'. שמן זה מסובסד ב-80% והסבסוד מתחלק שווה בשווה בין קופת החולים למשרד הבריאות.

ויטמינים ADEK (ויטמינים מסיסים במים כדי לאפשר ספיגתם בחולי ציסטיק פיברוזיס שבשל אי ספיקת לבלב אינם מסוגלים לספוג את הויטמינים המסיסים בשומן המצויים במזון) - **אינם מסובסדים**.

ה. מזון תרופתי במרקם רך, עתיר קלוריות ו/או חלבון שניתן בנוסף למזון רגיל:

מזונות אלו אינם נכללים בסל שרותי הבריאות (אף כי ישנן קופות בהן ניתן סבסוד מסוים ל- scandyshake , ensure בבתי המרקחת של הקופה)

סבסוד הניתן על ידי רשויות הרווחה

במקרים בהם משפחות אשר נזקקות למזון רשום אשר איננו מסובסד פונות לעזרה ממשרד העבודה והרווחה. משרד הרווחה מדרג את הבקשות בהתאם למצב הכלכלי של הפונים ובחלק מן המקרים מוגשות בקשות לאישור המחלקה לתזונה במשרד הבריאות. אזי, לאחר בדיקה ניתן אישור תקופתי (כלומר מוגבל בזמן) למימון חלקי של המזון התרופתי.

ישנם רבים אשר אינם זוכים לסבסוד המזון כלל. למרבה הצער מדובר בקהל שקט ואין קבוצה מאורגנת אשר נאבקת למען מטרה זו.

בעיה נוספת הינה שקופות חולים מסוימות מוכרות את המזון התרופתי לחולה במחיר יקר יותר מזה שנמכר להן מהמשווקים בארץ. כך יוצא שהחולה משתתף במחיר יקר יותר ממה שהיה אמור לו היה מקבל את המזון התרופתי במחיר שנמכר לקופה.

הפתרון הנדרש בנושא המזון התרופתי

כאמור, אין נתונים מדויקים להיקף הבעיה. לצורך זה נדרש לנהל רישומים של החולים הנזקקים למזון תרופתי ולקבוע חובת דיווח של קופות החולים ולשכות הבריאות על חולים אלו.

ד"ר קלוסקי הכינה הצעה להכללת רשימה מורחבת של סוגי מזון תרופתי בסבסוד של 80% אולם לפי ההערכה עלות התוספת הגיעה ליותר מ-20 מיליון ש"ח.

ייתכן גם שהאמצעי הקיים כיום להכללת המזון התרופתי כטכנולוגיה חדשה אינו מתאים לסוג זה של טכנולוגיה, זאת משום שקשה להגביל את רשימת ההתוויות המותרות למזון תרופתי מסוים וקשה להגביל את רשימת המזונות לכל התוויה. לא פעם נדרשים שרתי הרפואה לחייט את הטיפול התזונתי למצב החולה ולסבילותו למזון. כמו כן, בשל העדר מידע על שכיחות התחלואה ומשכה בכל המחלות הנ"ל (קבוצה גדולה ומורכבת, אשר לעיתים נזקקת להזנה הרפואית למשך ימים ספורים ולעיתים למשך כל החיים) קשה להעריך את העלות. עם זאת, אי הזנה מתאימה גוררת עימה תת תזונה, הפרעות מטבוליות, פגיעה במערכת החיסון ועוד ומעלה את הסיכון לתחלואה ותמותה.

למרבה הצער, למרות שהנפגעים העיקריים מכך הם ילדים, ושבמרבות המקרים, הפגיעה ללא מזון זה היא בלתי הפיכה, עד היום לא נמצא התקציב לצורך תוספת זו.

פרק שישי

מבחר תלונות ותיאור הטיפול בהן

בפרק זה יובאו דוגמאות של תלונות בהן טיפלה נציבות הקבילות בתקופת הדוח. על מנת להקפיד על השמירה על פרטיותם של המתלוננים ובכדי שלא להכביד על הקוראים, תוארו המקרים בתמצית, וחלק מפרטי הטיפול והנסיבות הושמטו.

המבחר אינו מייצג את כל סוגי התלונות; נבחרו תלונות שנושאייהן נוגעים ומעניינים את הציבור הרחב. מכאן, שהתלונות שנבחרו אינן בבחינת מדגם מייצג הן לגבי הנושאים המועלים בהם והן לגבי אחוז התלונות שטופלו על ידי הנציבות נגד קופות החולים השונות.

אף שבדוגמאות דלהלן יש כדי ללמוד על הכלל, יש לקחת בחשבון שהטיפול בכל מקרה מתייחס לעובדות ולנסיבות הספציפיות לו.

מסקנות הבירור של התלונות סווגו כדלקמן:

א. קבילות מוצדקות - קבילות על מעשה ו/או מחדל המהווים הפרה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותקנותיו.

ב. קבילות שאינן מוצדקות - קבילות אשר לא הצביעו על מעשה ו/או מחדל המהווים הפרה של הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותקנותיו.

ככלל, קבילות בדבר שירותים או תרופות אשר אינם כלולים בסל נכללות בקטגוריה של תלונות אשר אינן מוצדקות. לצורך ביצוע מעקב אחר תרופות ושירותים אשר ציבור המבוטחים הלך על חסרונם קבילות אלו סווגו בקטגורית משנה: **"קבילות אשר לא ניתן להיענות להן"**. הנציבה סבורה כי הפרדה זו הינה ראויה גם מאחר ומדובר באינטרס לגיטימי מובהק של המבוטחים.⁵⁸ הפרדה זו, קיבלה ביטוי גם בתשובות אשר ניתנו למבוטחים. כך למשל, חולה הזקוק להצלת חייו, לטיפול שאיננו בסל, לא נענה בתשובה: "קבילות איננה מוצדקת" אלא הוסבר לו כי הואיל והמדובר בשירות אשר איננו בסל אין באפשרות הנציבה להיענות לקבילה. בנוסף, למבוטחים אשר פנו לנציבות נמסר

⁵⁸ אמנם בהתאם לסעיף 41 לחוק מבקר המדינה תוצאת בירור קבילה על ידי נציב קבילות הציבור הנה "מוצדקת" או "לא מוצדקת" יחד עם זאת יש לציין כי בהתאם לסעיף 46 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי סמכויות מבקר המדינה נתונות לנציב "בשינויים המחוייבים".

כי נציבת הקבילות מדווחת על קבילות המבוטחים ומצביעה על ליקויים וחסרים העולים מהן וייתכן שיהיה בכך בכדי להיות לעזר.

ג. **אין תוצאה** - קבילות שונות לגביהן לא נקבעה תוצאה. למשל: פניות אשר מעצם מהותן הן ללא נילון, קבילות אשר בוטלו לבקשת המתלונן. קבילות אשר נתקבלו ללא מידע מספיק ולא נתקבל מידע נוסף מן המתלונן וקבילות שאינן בסמכות הנציבה.

ד. לא בסמכות הנציבה

מבחר התלונות יובא בחלוקה לשלושה פרקים:

1. טיפולים, בדיקות, תרופות ודמי ההשתתפות העצמית
2. בחירת נותן שירותים
3. רישום וחברות בקופת חולים

1. **טיפול, בדיקות, תרופות ודמי ההשתתפות העצמית**

טיפול, שיניים לחולים אונקולוגיים

המתלוננת, אימה של נערה בת 14, תושבת אזור המרכז פנתה לנציבת הקבילות, (להלן – "הנציבות") בנובמבר 1998, בקבילה נגד קופת חולים כללית (להלן – "הקופה") ואלה פרטיה:

4. בתה של המתלוננת סבלה בינקותה מגידול מוחי. מגיל שנתיים נותחה מספר פעמים בבי"ח תל-השומר ועברה התקנה של שני דלפים חדריים ציפיקים.

5. הילדה קבלה טיפולים כימותרפיים והקרנות לאזור ראש - צוואר. כתוצאה מטיפולים אלה בין השאר, נגרמה פגיעה בבלוטות הרוק שלה.

6. כתוצאה מן ההקרנות והטיפולים הכימותרפיים, אשר עברה בתה של המתלוננת בגיל שנתיים, נפגעו שיניה בשלב תפתחותן. פגיעה זו, והיובש בפה אשר נגרם כתוצאה מהפגיעה בבלוטות הרוק, הובילו לכך, שהילדה הפכה לבעלת רמת עששת גבוהה, והיא שייכת לקבוצת סיכון גבוה למחלות חניכיים. על כן, היא נזקקת באופן תמידי לטיפול שיניים רבים. בנוסף, מאחר ולא ניתן היה להביא אותה לשיתוף פעולה, היה

הכרח לבצע את הטיפולים בהרדמה מלאה או תחת סדציה.

7. מאחר ולבתה של המתלוננת שני דלפים חדריים ציפקיים, הטיפול במצב שיניה היה קריטי מבחינת השמירה על הדלפים ומניעת זיהומים. במצב זה כל בעיית שיניים שאינה מטופלת ועלולה לגרום לבקטרמיה, עלולה לזהם את הדלפים (השנטים), דבר המהווה סכנה למנגיטיס, ועלול לחייב החלפה של הדלפים, ואף גרוע מכך.

8. בשנים הראשונות, השתתפה הקופה בטיפול השיניים של בת המתלוננת, אך משנת 1998 הופסקה השתתפות הקופה בטיפולים המבוקשים, בטענה שעברו 12 שנים, מאז סיום הטיפולים הכימותרפיים וההקרנות.

ואלו הוראות החוק הרלוונטיות לקבילה:

סעיף 13(א) לתוספת השניה לחוק, קובע כי טיפול בחלל הפה והלוע כלול בסל השירותים של החוק, **למעט שיניים וחניכיים, אלא אם כן הם מהווים שלב הכרחי ומציל חיים, על פי קביעה רפואית.** [ההדגשה אינה במקור - ק.ר.]

סעיף 11(ג) לחלק השני לתוספת השניה לחוק, כפי שתוקן, קובע כי: "לאחר טיפול כימותרפי/קרינתי לאזור ראש צוואר, יינתן כיסוי מלא של טיפול תומך בפה, טיפול משמר, וטיפול משקם, **לתקופה של 60 חודשים לפי תעריף הקופה.**" [ההדגשה אינה במקור - ק.ר.]

בתשובה לפניית הנציבה הסכימה הקופה למימון חלקי אשר הודגש כי הוא "...חד פעמי, וחריג, ולפנים משורת הדין, ובתיאום עם המחלקה לזכויות חברים בהנהלה המרכזית." צוין כי הקופה לא תוכל לאשר החזרים נוספים, דבר שנטען כי הוא "בניגוד להוראות סל השרותים."

הנציבה סברה כי זוהי דוגמא למקרה יוצא דופן אשר בו חל סעיף 13(א) הנזכר לעיל, הדין בטיפולי שיניים המהווים שלב הכרחי ומציל חיים ומכאן שאין להגביל את פרק הזמן של הזכאות לטיפול במקרה זה.

הנציבה פנתה לדר' שלמה זוסמן, ראש האגף לבריאות השן, לקבל את חוות דעתו. במכתבו מיום 10.6.1999 קבע דר' זוסמן, כי: "הנ"ל עברה את ההקרנות ואת הטיפול הציטוטוקסי, כשהיתה בת שנתיים. הטיפול כנראה פגע בשיניה בשלב התפתחותן, פגיעה בלתי הפיכה. בתקנות נקבעה הגבלה של 5 שנים בהתייחסות לפגיעה עקיפה של שיניים כתוצאה מירידה זמנית בתיפקוד בלוטות הרוק, שמתאוששות עם הזמן. במקרה של הנ"ל הפגיעה הינה ישירה

ולצמיתות.

לאור חוות דעת זו, שוב פנתה הנציבה לקופה, והצביעה על כך שמחוות דעתו של דר' זוסמן עולה, כי בשונה מחולי סרטן אחרים שעברו טיפול כימותרפי/ קרינתי, בת המתלוננת נזקקת לטיפול מתמיד בשיניה.

בתשובה לפניית הנציבה, טענה הקופה כי אכן מדובר במקרה חריג, אולם אין די בכך בכדי לחייבה לנהוג לפנים משורת הדין, ועמדה בסירובה לממן את המשך הטיפולים, בטענה שחלפו כבר 12 שנים מסיום הטיפולים.

הנציבה שבה ופנתה לקופה, בהצביעה על כך כי בנוסף לכך שבת המתלוננת היתה חולה אונקולוגית, על פי חוות הדעת הרפואיות שהיו בידה, הנ"ל שייכת לקבוצת סיכון גבוה למחלות חניכיים ושיניים וכי כל זיהום העלול להיגרם לה, מעמיד אותה במצב של סכנת חיים.

על כך נתקבלה תגובה מאת הממונה על סל השרותים של הקופה: "אינני רואה כל סכנת חיים מיידיית במצבה היום, וודאי שאין היא נמצאת במצב בו הטיפול בשיניה הינו "הכרחי ומציל חיים" כפי שציינתם. לא זו היתה כוונת המחוקק בהגדרה של "הכרחי ומציל חיים". סיכון לבקטרמיה קיים לגבי כל החולים האונקולוגיים..."

לאור תגובה זו, פנתה הנציבה לנוירוכירורג המטפל בנערה בכדי שיקבע האם לבקטרמיה מהווה סיכון לחייה. על כך ענה דר' ש. קונסטנטיני, מנהל היחידה לנוירוכירורגית ילדים: "חשוב לציין שהטיפול במצב השיניים שלה קריטי מבחינת שמירה על השנטים ומניעת זיהומים. כיוון שעששת מהסוג שיש לנ"ל יכולה לגרום לבקטרמיות, אין ספק שקיים סיכון כאן לזיהום השנט ולפגיעה בלתי הפיכה לנ"ל".

על אף האמור הקופה נותרה בעמדתה. נוכח חילוקי הדעות קבעה נציבת הקבילות כי התלונה מוצדקת, ושלחה לקובלת את עמדתה בכתב, תוך ציון כי אין בטיפול זה בכדי למנוע ממנה כל סעד העומד לרשותה על פי דין, לרבות פניה לערכאות.

הנציבה רואה לנכון להצביע על כך, שמקרה זה מדגים את מצוקתם של אותם ילדים אשר הוקרנו באזור הראש בילדותם המוקדמת ואשר כתוצאה מטיפול זה קיימת פגיעה בשיניהם בשלב התפתחותן, פגיעה שהיא בלתי הפיכה. הנציבה מצביעה על הצורך לבחון את אפשרות הכללת הטיפולים במקרים אלו בסל **באופן מפורש**.

טיפול הפרייה חוץ גופית

המתלוננים, תושבי אזור הצפון, קבלו לנציבות הקבילות, (להלן - הנציבות) בשלהי שנת 1998, בתלונה כנגד קופת חולים מכבי, (להלן - הקופה), ואלה פרטי קבילתם:

1. המתלוננים, בני זוג חשוכי ילדים, אשר עברו שלושה מחזורים של טיפולי הפריה חוץ גופית, במימון הקופה, ובעקבותיהם נולד להם ילדם הראשון.

2. בספטמבר 1998 החלו המתלוננים בטיפול פוריות נוסף לצורך הולדת ילד שני.

3. באוקטובר 1998, לאחר שהאישה החלה בטיפול הורמונלי ועמדה לקראת הליך של שאיבת ביציות, נתקלו המתלוננים בסירוב של הקופה להנפקת ההתחייבות הנדרשת לצורך המשך הטיפול.

המתלוננים קבלו על סירוב הקופה, מסרו כי הדבר מוסיף לסבל והמתח הנפשי הרב שממילא כרוך בטיפול, וביקשו את עזרת הנציבה בהשגת ההתחייבות הנדרשת.

הואיל ודובר בשירות הכלול בסל, ומאחר ודובר באישה אשר כבר היתה בשלב מתקדם של הטיפול, הועברה הקבילה בדחיפות לתגובת הקופה בבקשה כי תינתן ההתחייבות המבוקשת.

כפי שהוסבר בפרק החמישי בתת פרק 1, בתקופה בה נתקבלה הקבילה (אוקטובר 1998) צימצמה קופת חולים מכבי את היקף טיפולי ההפריה החוץ גופית. פעולת הקופה, כאמור, לא היתה מקובלת על הנציבה, אולם קופת החולים לא שעתה לעמדת הנציבה.

משלא נענתה הקופה לפנייתה, מסרה הנציבה למתלוננים נייר עמדה לפיו קבעה כי קבילתם מוצדקת. הנציבה הדגישה כי לא רק שהטיפול כלול בסל, ועל כן מחובת הקופה לספקו, אלא בנוסף, במקרה הנדון מדובר במבוטחת אשר כבר החלה בטיפול ההורמונלי, במימון קופת החולים, ובנסיבות אלו מניעת המשך הטיפול אף איננה עומדת במבחן הסבירות.

בעקבות עמדת נציבת הקבילות פנו המתלוננים לבית הדין האזורי לעבודה. משהוזמנו נציגי הקופה לבית הדין, הודיעו כי התביעה מיותרת. לדבריהם: "מכבי הכירה ומכירה בכך כי במקרה הספציפי המבקשים זכאים לטיפול הספציפי שלו הם עותרים" יתרה מכך נאמר על ידי נציג הקופה כי "המבקשים היו זכאים לטיפול מלכתחילה... אלא שבשל תקלה לא הוכרה זכאותם". בהתאם להודעת הקופה נמחקה התביעה, והמתלוננים קיבלו התחייבות לאותו

מחזור טיפול.

ביום 18.11.1998 שבו המתלוננים וקבלו בפני נציבת הקבילות. הפעם נושא הקבילה היה סירובה של הקופה לממן טיפול נוסף של הפרייה חוץ גופית. לטענת הקובלים בקשתם לקבלת התחייבות נדחתה, וזאת למרות הבטחות שקיבלו בפעם הקודמת לפיהם לא יתקלו בקשיים בטיפול הבא.

בתשובה לקבילה שבה הנציבה וקבעה כי התלונה נמצאה מוצדקת, והמתלוננים נאלצו לחזור בשנית לבית הדין האזורי לעבודה.

ב-24.11.1998 פנה המתלונן לנציבות פעם נוספת וסיפר כי עקב פנייתו השניה לבית הדין לעבודה פנה אליו עורך דין מטעם הקופה, ומסר לו כי קופת חולים מכבי תנפיק את ההתחייבות המבוקשת **לתאריך 18.2.1999**. עורך הדין שלח לו בפקסימיליה מכתב מטעם הקופה המודיע על תשובה זו. המתלונן מסר, כי מדברי עורך הדין הוא למד כי

המתלונן
הקופה
התחייבות
המבוקשת
תאריך
18.2.1999
עורך הדין
שלח לו
בפקסימיליה
מכתב מטעם
הקופה המודיע
על תשובה זו.
המתלונן מסר,
כי מדברי עורך
הדין הוא למד
כי

לך טיפול שאיננו קל פיזית, ורגשית, שיגר מכתב בפקסימיליה לנציבות, ובו הסביר כי אישתו לא תוכל לעמוד בהמתנה של שלושה חודשים לטיפול. למכתב צורפה חוות דעת רפואית לפיה לאור הזעזוע הנפשי אשר עברה האישה במהלך הטיפול הקודם, שיקול דעת רפואי מחייב המשך טיפולי הפרייה ברציפות.

המתלונן
הקופה
התחייבות
המבוקשת
תאריך
18.2.1999
עורך הדין
שלח לו
בפקסימיליה
מכתב מטעם
הקופה המודיע
על תשובה זו.
המתלונן מסר,
כי מדברי עורך
הדין הוא למד
כי

לך טיפול שאיננו קל פיזית, ורגשית, שיגר מכתב בפקסימיליה לנציבות, ובו הסביר כי אישתו לא תוכל לעמוד בהמתנה של שלושה חודשים לטיפול. למכתב צורפה חוות דעת רפואית לפיה לאור הזעזוע הנפשי אשר עברה האישה במהלך הטיפול הקודם, שיקול דעת רפואי מחייב המשך טיפולי הפרייה ברציפות.

המתלונן
הקופה
התחייבות
המבוקשת
תאריך
18.2.1999
עורך הדין
שלח לו
בפקסימיליה
מכתב מטעם
הקופה המודיע
על תשובה זו.
המתלונן מסר,
כי מדברי עורך
הדין הוא למד
כי

לך טיפול שאיננו קל פיזית, ורגשית, שיגר מכתב בפקסימיליה לנציבות, ובו הסביר כי אישתו לא תוכל לעמוד בהמתנה של שלושה חודשים לטיפול. למכתב צורפה חוות דעת רפואית לפיה לאור הזעזוע הנפשי

אשר עברה האישה במהלך הטיפול הקודם, שיקול דעת רפואי מחייב המשך טיפולי הפרייה ברציפות.

לאור האמור, עמדת הנציבה הייתה כי מחובת קופת החולים להנפיק התחייבות לטיפול למועד עליו המליץ הרופא המטפל. הנציבה הדגישה כי בהתאם לסעיף 3(ד) לחוק קופת חולים חייבת לספק את השירות "תוך זמן סביר" ו"לפי שיקול דעת רפואי". [ההדגשה איננה במקור -ק.ר.].

במעקב אשר נערך מטעם הנציבות אחר הקבילה נמסר כי המתלוננים המשיכו בהליכים המשפטיים, שכרו עורך דין לייצגם, ואף תבעו את הקופה לקבלת פיצוי בגין עגמת הנפש שנגרמה להם. אולם, פעם נוספת, בטרם הגיעו הדברים לדיון בבית הדין הושגה פשרה עם באי כח קופת חולים מכבי. נמסר לנציבה, כי תמורת הבטחה שהמתלוננים יקבלו את כל טיפולי ההפריה המגיעים להם על פי חוק נאותו המתלוננים לוותר על תביעתם לפיצוי בגין עגמת נפש. באשר למועד הטיפולים, קופת חולים מכבי עמדה על כך כי היא זו שתקבע את המועד, ולבסוף הוסכם כי התחייבויות ינתנו במועד אשר יקבע בקופה, אך באופן שעל ההתחייבות נשוא התביעה יצויין, רטרואקטיבית, התאריך המבוקש.

ואולם הדברים לא באו לסיומם בכך. כפי שנמסר ע"י המתלוננים, באפריל 1999, עת הגיעו לקבל את ההתחייבות עליה הוסכם, ההתחייבות לא הייתה מוכנה בקופה, והיא הומצאה להם רק לאחר שהוצגו

[illegible]

בנושא זה נשלחה מטעם נציבת הפניות של הקופה הודעה על אימוץ החלטות הועדה, ובה התנצלות באם נגרמה עגמת נפש למבוטחים בחודשים האחרונים.

A grid of 50 small squares arranged in 5 rows and 10 columns.

□ בנושא זה נשלחה מטעם נציבת הפניות של הקופה הודעה על אימוץ החלטות הוועדה, ובה התנצלות באם נגרמה עגמת נפש למבוטחים בחודשים האחרונים.

[illegible]

בנושא זה נשלחה מטעם נציבת הפניות של הקופה הודעה על אימוץ החלטות הוועדה, ובה התנצלות באם נגרמה עגמת נפש למבוטחים בחודשים האחרונים.

סופה של השתלשלות הדברים המתוארת שמה, שכן, כפי שנמסר לנציבות, טיפולי ההפריה נשאו פרי, ולקובלים נולדה במזל טוב בת.

המתלוננת, תושבת קיבוץ בדרום הארץ, פנתה לנציבות הקבילות (להלן – "הנציבות") בינואר 1999, בקבילה נגד קופת חולים מאוחדת (להלן – "הקופה") ואלה פרטיה:

1. המתלוננת, בת 44, נשואה מזה שנה וחצי ללא ילדים הופנתה על ידי גינקולוג של הקופה לקבלת טיפולי הפריה חוץ גופית.
2. המתלוננת פנתה לקופה ושם נאמר לה כי התהליך הוא כדלקמן: הפניה לבדיקה ראשונית, מילוי טפסים, פגישה עם רופא במכון לפוריות, והמתנה למתן אישור על ידי ועדת פוריות של הקופה, תהליך האורך מספר חודשים.
3. בחודש אוגוסט 1998 קיבלה המתלוננת את תשובת הוועדה כי על מנת לאשר לה את טיפולי הפוריות עליה לשלוח תוצאות בדיקות דם ואולטרא סאונד מעקב זקיקים. כאשר ביקשה המתלוננת לעבור בדיקת אולטרא סאונד, השיבה הקופה כי בדיקת אולטרא סאונד ערכת רק במסגרת טיפולי פוריות.
4. לאור כל האמור לעיל, מאליו יובן, כי המתלוננת נמצאה במעגל קסמים אשר היחלצות ממנו לא נראתה באופק. המתלוננת פנתה לנציבות הקבילות בבקשה לעזור לה בקבלת טיפולי הפוריות.

בתשובה לפניית הנציבה הודיעה הקופה כי אכן נפלה טעות מנהלית בעניינה של המתלוננת. מהקופה נמסר כי אושרו למתלוננת מיידית, שני טיפולי הפריה חוץ גופית.

פיזיותרפיה

תושבת נתניה, פנתה לנציבות הקבילות (להלן - הנציבות) בתלונה נגד קופת חולים לאומית (להלן - "הקופה") ואלו פרטיה:

1. המתלוננת, בת 51 עברה ניתוח להסרת גידול סרטני בשד.
 2. מן המסמכים הרפואיים אשר צורפו לקבילה עלה כי עקב הניתוח הגיעה המתלוננת למצב קשה מאוד של Secondary Lymphedema (בצקות) בכל החלק העליון של גופה, מהאצבעות ועד המותן, וזאת בצורה קשה.
 3. בהמלצת מומחה לאונקולוגיה הופנתה המתלוננת בדחיפות לטיפול בניקוז לימפתי ידני. לאחר שנמצא כי תוצאות הטיפול מצויינות הומלץ למתלוננת על המשך מתן הטיפול.
 4. ב-3.8.1998 קבלה המתלוננת על כך כי קופת חולים לאומית מסבסדת 33% בלבד מהוצאות הטיפול, בעוד לטענתה הסבסוד בקופות אחרות גבוה יותר. בנוסף, המתלוננת הלינה על כך כי אין בעיר שלה פיזיותרפיסט המספק את הטיפול והיא נאלצת לסוע כל יום עד לרמת גן על חשבונה.
- במענה לפניית הנציבה לקופה בעניינה של המתלוננת נתקבל בנציבות העתק מתשובה אשר נשלחה ישירות מהקופה למתלוננת, ובה נכתב כדלקמן:
- "א. טיפולים פיזיותרפיים לימפתיים אינם בסל השירותים ולכן אין קופת חולים מחוייבת במתן השירות.
- למרות זאת הוחלט להשתתף בטיפולים לפי 33% לטיפול עד 30 טיפולים בשנה. עד היום קיבלת החזר של 33% ל-45 טיפולים תוך שלושה חדשים.
- ב. לידיעתך השירות קיים בנתניה וניתן ע"י הגב' ... אשר ניתן לקבל את כתבתה בסניף נתניה".
- תשובת הקופה נבדקה בנציבות ונמצא כי היא לוקה בחסר. בהתאם להוראות

החוק: לפי סעיף 22 לתוספת השנייה נכללו בסל שירותי הבריאות טיפולי פיזיותרפיה ופרט לאבחנה בין פיזיותרפיה חריפה לכרונית לא נזכרה בחוק כל הגבלה באשר לסוג הפיזיותרפיה. בנוסף, בסעיף 7 לחלק השני לתוספת נקבע כי ההשתתפות העצמית עבור טיפולי פיזיותרפיה הינה 15 ש"ח לטיפול וזאת רק במקרים בהם הטיפולים מבוצעים במכונים שמחוץ לקופת חולים.

לאור הוראות החוק פנתה הנציבה אל הקופה בשנית. בתשובה לפנייתה השניה של הנציבה נתקבל בנציבות העתק נוסף ממכתב אשר נשלח למתלוננת. לפי מכתב זה, לאחר בירור מקיף, נמצא כי באפשרות המתלוננת לקבל את השירות ללא תשלום במכון של הקופה ברמת גן.

בסמוך לקבלת תשובתה זו של הקופה נתקבלה מהמתלוננת קבילה נוספת. המתלוננת טענה כי בירור העלה שהפיזיותרפיסטית אליה הופנתה בנתניה איננה נמצאת בעיר וכי המכון הפיזיותרפי של הקופה ברמת גן איננו מספק טיפולי פיזיותרפיה לימפתית. המתלוננת מחתה על שמשלחים אותה בתשובות של "לך ושוב" ושב ושב כי תקבל החזר כספי עבור הטיפולים שקיבלה.

פעם נוספת הועברה הקבילה להתייחסות קופת החולים. בתשובה לפנייה נמסר לנציבה על ידי הקופה, כי אמנם חלה טעות בהפניית המתלוננת לנותני שירותים אשר אינם מספקים את הטיפול המבוקש. יחד עם זאת הקופה שבה וטענה כי הטיפול איננו כלול בסל. נכתב לנציבה כי אפילו בהנחה שהטיפול כלול בסל בקטגוריה של פיזיותרפיה, הרי שלפי נהלי הקופה זכאית המתלוננת ל-12 טיפולים בשנה ועוד שישה באישור רופא מחוזי, ומכאן שהמתלוננת קיבלה מן הקופה החזר נאות עבור טיפולי הפיזיותרפיה שעברה.

בתקופה בה התנהלה ההתכתבות האמורה עם קופת החולים עדיין נמשכה "תקופת הביניים". בתקופה זו, בהתאם להוראות סעיף 70(ב) לחוק, רשאית הייתה קופת חולים להמשיך ולתת את סל שירותי הבריאות באותם כללים ותנאים שהיו נהוגים אצלה ב-1.1.94. מועד המכונה "המועד הקובע". בנוסף, באותה תקופה ניתן על ידי בית הדין הארצי לעבודה פסק דין לפיו הואיל ובמועד הקובע ניתנו בקופת חולים כללית בתחום הפיזיותרפיה הכרונית 12 טיפולים בשנה בלבד, יש לראות הגבלה זו כחלק מסל השירותים.

לאור כל האמור הנציבה שבה ופנתה אל קופת החולים ובקשה הבהרות, בין היתר לשאלות כדלקמן:

1. האם ההגבלות אשר נזכרו בתשובת קופת החולים נהגו בקופה גם במועד הקובע? (ומה הראיה לכך?)

2. האמנם תקבל המתלוננת מחזור טיפולים נוסף גם בשנה הקרבה? (כלומר: האם טענת הקופה שנוסחה "בהנחה שטיפולים אלו בכ"ז ב"סל שירותי הבריאות"..." יש לראותה כהמשך המחלוקת על כך

שהטיפול בסל או שמא קבלת העמדה כי הטיפול בסל)

3. האם תוכל הקובלת לקבל טיפולים במסגרת הקופה ללא השתתפות עצמית?

המשך בירור התלונה עם הקופה העלה כי אמנם ההגבלות שנוכרו לעיל הם שנהגו בקופה במועד הקובע. בסוף שנת 1998 הסכימה קופת החולים לתת למתלוננת מחזור טיפולים נוסף בשנה החדשה, ונמסר כי במקרה שלא ימצא בין כותלי הקופה מכון אשר מספק את השירות המבוקש, יחולו אותם תנאים כאילו בוצע הטיפול בקופה.

משהסתיימה ההתכתבות הנזכרת עם הקופה, נמסרו למתלוננת תוצאות הבירור.

לאחר תום בירורה של הקבילה השתנה המצב המשפטי. ראשית, עם סיומה של שנת 1998 נסתיימה תקופת הביניים וקופת החולים שוב לא היתה רשאית לנהוג בהגבלות לפי סעיף 70(ב) ה"ל. שנית, עם קבלת העתק מחוברת סל השירותים של קופת חולים כללית לשנת 1998, התברר כי הטיפול בפיזיותרפיה לימפתית נכלל בסל של קופת החולים בקטגוריה של פיזיותרפיה חריפה, ולכן לא חלה לגביה ההגבלה של 12 טיפולים אשר נקבע בפסיקה כחלה לגבי פיזיותרפיה כרונית. עוד צויין בחוברת כי קופת חולים כללית מספקת 50 טיפולי לימפמסג' בשנה וכי מחוץ למתקני קופת חולים ניתן החזר על פי תעריף ציבורי.

במעקב אשר נערך על ידי הנציבות אחר הקבילה נמסר למתלוננת המידע ה"ל. המתלוננת מסרה כי למרות שלא ניתן לה סבסוד מלא לכל הטיפולים הדרושים לה, ואף כי הנסיעות לרמת גן מהוות נטל כלכלי נכבד עבורה, לפי שעה הטיפולים אשר היא מקבלת, ממומנים על ידי הקופה ועל כן, בשלב זה, איננה מעוניינת בהמשך בירור של קבילתה.

מעקב הנציבות אחר נושא זה ימשך.

טיפול ברכיתרפי

הקובל, ניצול שואה בן 71, תושב חיפה, פנה לנציבות הקבילות (להלן "הנציבות") בתלונה נגד קופת חולים כללית (להלן "הקופה"), ואלה פרטי התלונה:

1. המתלונן, סובל מברונכיטיס כרונית וסכרת, אובחן כסובל סרטן הערמונית. לאחר התייעצויות עם מספר מומחים לאורולוגיה, הוחלט כי על רקע מחלותיו הרבות, הטיפול המתאים ביותר עבורו, הינו טיפול בברכיתרפיה (טיפול קרינתי על ידי החדרת מקורות קרינה לגוף, דוגמת מחטי אירידיום 192, יוד 125 וכו').

2. הקובל פנה לקופה על מנת לקבל התחייבות כספית (טופס 17) לתשלום עבור הטיפול אולם נענה בשלילה. קופת החולים טענה שטיפול ברכיתרפי אינו כלול בסל, ועל כן אין היא חייבת במימונו.
3. מאחר וסירובה של הקופה לממן את הטיפול הנדרש, לא נראה סביר לקובל, הוא פנה ללשכת הבריאות המחוזית באזור מגוריו (חיפה), וביקש לברר את זכויותיו.
4. תלונתו של הקובל נתקבלה אצל דר' י. דובנוב, רופא אחראי לשכה של לשכת הבריאות המחוזית חיפה, אשר פנתה בעניין אל דר' מיכאל דור, מנהל המחלקה לרפואה קהילתית במשרד הבריאות. לפניית דר' דובנוב, הבהיר דר' דור, במכתבו מה 19.11.1999 - שהופנה למבוטח, כי טיפול ברכיתרפי כלול בסל השירותים שבחוק. על סמך מידע זה פנתה דר' דובנוב לקופה בשנית, תוך צירוף תשובתו של דר' דור, למחלקת זכויות חברים של הקופה, בבקשה שייבחנו את המקרה מחדש.
5. בשיחה טלפונית נאמר לדר' דובנוב שטיפול ברכיתרפי בסרטן הערמונית אינו כלול בסל השירותים שבחוק דהיינו, הטיפול אינו בסל להתוויה זו.
6. דר' דובנוב, לא וויתרה ופנתה גם למנהל הרפואי של מרחב חיפה והגליל המערבי של הקופה, אולם, היא לא נענתה. עקב כך פנתה דר' דובנוב לדר' יצחק ברלוביץ', ראש מנהל רפואה, אשר הבהיר לה כי הטיפול האמור אכן כלול בסל. משכך, פנה הקובל ב 24.11.1998 - לנציבות הקבילות.
- נוכח עמדתו של דר' יצחק ברלוביץ', אשר הובעה בחוות דעתו החוזרת מיום 7.12.1998 ובהתאם להוראות החוק, קבעה נציבת הקבילות כי התלונה מוצדקת, וזה טעמה :
- על פי סעיף 5(א)(2) לתוספת השנייה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, "טיפול על ידי מחטי אירידיום ורדיואיזוטופים במחלות התירואיד, סרטן הערמונית, פולציטניה, מיימת ונוזל פלוירלי עקב ממאירות, ארטריטיס ועוד" - הינם שירותים הכלולים מפורשות בסל השירותים של החוק.
- על אף האמור נציב פניות הציבור של הקופה, שב וטען כדלקמן :

"ברכיתרפיה היה טיפול מוכר ומקובל "במועד הקובע", לעניין חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אולם, ברכיתרפיה לסרטן הערמונית מהווה למעשה חידוש רפואי שלא היה קיים במועד זה. לכן, קופת חולים, על מנת לסייע למבוטחיה הגישה דרישה לועדה לטכנולוגיה של משרד הבריאות להכליל את הטכנולוגיה הנ"ל, בסל שירותי הבריאות ולתקצבה בהתאם."

הנציב ציין, כי ההנהלה הרפואית בוחנת את הנושא פעם נוספת מבחינה רפואית.

בטענות הקופה לא היה בכדי לשנות את עמדת הנציבה אשר סברה כי הטיפול כלול בסל והקופה חייבת במימונו. על כן הודיעה הנציבה לקובל את עמדתה והוסבר לו כי אין בטיפול בקבילתו על ידי נציבות הקבילות בכדי למנוע ממנו למצות את זכויותיו באמצעות ערכאות משפטיות.

לאחר מספר ימים התקשר הקובל לנציבות להודות על הטיפול בקבילתו וסיפר כי קיבל מהקופה התחייבות לצורך קבלת הטיפול. יחד עם זאת ציין הקובל כי בתמורה לקבלת ההתחייבות הכספית הוא נתבקש לחתום על טופס בו נאמר שבמידה ויתברר שהטיפול אינו כלול בסל השירותים, הוא יחזיר לקופה את מלוא העלות הכספית של הטיפול.

פעולתה האחרונה של הקופה איננה מקובלת על הנציבה. הנציבה מצביעה על כך, שהתליית מימון הטיפול בחתימתו של המבוטח, מהווה התנהגות בלתי הולמת ואף נוגדת את החוק :

על פי סעיף 13(ב) לחוק, "קופת חולים לא תגבה, במישרין או בעקיפין, דמי ביטוח בריאות או כל תשלום אחר עבור שירותי בריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות, או עבור שירותי בריאות אחרים..." [ההדגשה אינה

במק

להדאיגו ולהניאו מביצוע הטיפול. בכך, נגרמת פגיעה באמון שלו

[illegible]

ולהניאו מביצוע הטיפול. בכך, נגרמת פגיעה באמון שלו בבירור קבילתו על ידי הרשויות (לאמור משרד הבריאות ונציבות הקבילות).

[illegible]

התפתחות הילד

1. בנו של המתלונן, סובל ממחלת ניוון שרירים מולדת, והוא זקוק לטיפול פיזיותרפיה, לצורך שיפור תפקודו מוטורי, ומניעת נסיגה במצבו הרפואי.

3. משמלאו לבנו של המתלונן שלוש הוא החל ללכת לגן טיפולי במסגרת החינוך המיוחד. במסגרת הגן הטיפולי קיבל בנו של המתלונן, בין היתר, טיפולי פיזיותרפיה חלקיים, עקב חוסר במימון של מתן טיפולים פארא רפואיים, על ידי משרד החינוך.

המתלונן קבל על כך שהקופה הודיעה לו כי משהחל בנו ללכת לגן הטיפול, הוא איננו זכאי לקבלת טיפולי פיזיותרפיה במימון הקופה. המתלונן הדגיש כי הטיפולים אשר ניתנים לבנו בגן אינם מספיקים, וכי בנו נמצא במצב של שיפור והתקדמות.

במענה לתלונה הודיעה הקופה כי בהתאם לנוהלי הקופה ילד הנכנס למסגרת חינוכית מיוחדת איננו זכאי להמשך הטיפול במכוני הקופה.

הנציבה פנתה בשנית לקופה, ושבה והדגישה כי "עמדת משרד הבריאות – המקובלת על הנציבות- היא שאין טיפול הנכנס למערכת חינוך גורע מהטיפולים שבאחריות קופת חולים..."

הקופה שבה וחזרה על עמדתה כי אין היא מחויבת במתן הטיפו

□□□□□□, על ידי כב' השופטת פרוז'ינין, פסק דין הקובע כי "בתו של התובע נמצאת במסגרת חינוך מיוחד, ולפיכך מכוח האמור בסעיף 3(א) לעיל אין היא זכאית לשירותי בריאות מכוח חוק בריאות ממלכתי, אלא מכוח חוק חינוך מיוחד".

על ידי כב' השופטת פרוז'נין, פסק דין הקובע כי "בתו של התובע נמצאת במסגרת חינוך מיוחד, ולפיכך מכוח האמור בסעיף 3(א) לעיל אין היא זכאית לשירותי בריאות מכוח חוק בריאות ממלכתי, אלא מכוח חוק חינוך מיוחד".

יד כ' השופטת פרוז'נין, פסק דין הקובע כי "בתו של התובע נמצאת במסגרת חינוך מיוחד, ולפיכך מכוח האמור בסעיף 3(א) לעיל אין היא זכאית לשירותי בריאות מכוח חוק בריאות ממלכתי, אלא מכוח חוק חינוך מיוחד".

בעקבות מתן פסק הדין הודיעה הנציבה למתלון כי, למרות שבנו סובל מנכות סומטית, ולכן זכאי לקבלת טיפול צוות רב מקצועי בלי הגבלת גיל, ולמרות שעמדת הקופה מנוגדת לעמדת משרד הבריאות, לאור האמור לעיל, אין באפשרות הנציבה לחייב את הקופה במימון טיפולי הפיזיותרפיה לבנו.

בדיקה אונקוגנטית

המתלוננת תושבת אזור המרכז פנתה לנציבות הקבילות (להלן – "הנציבות") בחודש דצמבר 1998, בתלונה נגד קופת חולים כללית (להלן – "הקופה") ואלה פרטיות:

1. המתלוננת חלתה בסרטן השחלה בשנת 1996, עברה טיפולי כימותרפיה ונכנסה לרמיסיה.
2. בשנת 1998, התפרצה המחלה בשנית.
3. המתלוננת מסרה כי מאחר וקיים סיכוי שמדובר במחלה תורשתית, ובמקרה מסוג זה, ישנו סיכון גבוה להתפתחות סרטן השד, ומאחר, ויש חשיבות לידיעה האם מדובר במחלה גנטית בשל ההשלכות לכך על ילדיה, הומלץ לה לעבור את בדיקה אונקוגנטית.
4. כאשר פנתה המתלוננת לקופה לצורך קבלת התחייבות כספית (טופס 17) לביצוע הבדיקה, היא נענתה בשלילה, בטענה כי הבדיקה הנ"ל אינה כלולה בסל השירותים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994 (להלן – "החוק").

ואלו סעיפי החוק הרלבנטיים לקבילה:

סעיף 21 לתוספת השניה לחוק, קובע כי: "ייעוץ גנטי בבעיות תורשתיות כולל בדיקות דם" כלול בסל השירותים שבחוק.

סעיף 3(ד) לחוק קובע כי שירותי הבריאות יינתנו "לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר, ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13". [ההדגשה איננה במקור – ק.ר.]

לאור הוראות החוק ולאור נסיבות המקרה כפי שתוארו לעיל קבעה נציבת הקבילות כי הקבילה מוצדקת. הנציבה פנתה לקופה בדרישה למימון הבדיקה המבוקשת, והצביעה על כך שמאחר והמחוקק לא פירט בסעיף 21 הנזכר לעיל, באילו בדיקות גנטיות מדובר אלא השאיר עניין זה לשיקול דעת רפואי, ומכאן שבדיקה האונקוגנטית הנדרשת בהתאם לשיקול דעת רפואי, כמו במקרה דנן כלולה בסל השירותים שבחוק.

תשובת הקופה היתה כי הבדיקה הנדונה אינה כלולה בסל השירותים שבחוק, הואיל וביצועה החל רק לאחר הכנס החוק לתוקפו.

משעמדה הקופה על עמדתה וחלקה על דרך פרשנות זו של החוק, מסרה הנציבה לקובלת את עמדתה בכתב. בין נימוקיה ציינה הנציבה את העמדה הפרשנית לפיה מבנה התוספת השנייה לחוק ונוסחה, נועדו לשמר, בצד קביעת מסגרת מחייבת, מידה מספיקה של דינמיות פנימית. בהתאם לאמור, יש לראות ככלולים בסל את כל אותם הטיפולים המהווים מענה טיפולי "באיכות סבירה" כנדרש בסעיף 3(ד) לחוק.

המתלוננת הגישה תביעה לבית הדין לעבודה נגד הקופה, בדרישה לממן לה את הבדיקה האונקוגנטית, וזאת, בהסתמך על עמדת הנציבה.

בית הדין פסק לטובת המתלוננת וקבע כי אכן יש לפרש את התוספת השניה ככוללת את הבדיקה המבוקשת, שכן, הטענה לפיה רק אותן בדיקות שבוצעו במועד הקובע, הן שימשיכו להיות מבוצעות לעולם ועד, עלולה, לדעת בית הדין להביא לתוצאה בלתי סבירה.

בית הדין קבע כי: "נוסח התקנה הינו גורף מחד, וחד משמעי מאידך: התקנה מדברת על יעוץ גנטי בבעיות תורשתיות כולל בדיקות דם; קרי: כל בעיה תורשתית שיש לגביה צורך ביעוץ גנטי ובבדיקת דם – מזכה את הלוקה בה ביעוץ ובבדיקות."

פסק הדין אשר ניתן הוא חלקי ובו נקבעה אך ורק התשובה לשאלה הכללית האם הבדיקה בסל. בהתאם, נקבע לתובעת מועד להגשת מסמכים רפואיים, להצדקת הצורך הרפואי לבצוע הבדיקה במקרה שלה.

נמסר לנציבה כי בכוונת קופת החולים לערער על פסק הדין ועל כן מעקב הנציבות אחר הפסיקה בנושא זה ימשך

הנציבה מצביעה על חשיבות הבדיקות הגנטיות הן לצורך אבחון של מחלות קשות והן לצורך מניעת הבאתם לעולם של ילדים הסובלים ממחלות אלו, והפנתה את תשומת לב מנכ"ל משרד הבריאות לנושא.

יעוץ גנטי

המתלוננת, תושבת ירושלים פנתה לנציבות הקבילות (להלן - "הנציבות") בספטמבר 1999 בתלונה נגד קופת חולים מכבי (להלן - "הקופה") ואלו פרטי התלונה:

1. המתלוננת, בת 46, אובחנה כסובלת מסרטן השד.

2. לאור קיומה של הסטוריה משפחתית של מחלת סרטן הופנתה המתלוננת לבדיקה גנטית וליעוץ גנטי בטרם תעבור ניתוח לכריתת הגידול.

3. נמסר לנציבות כי הבדיקה הגנטית אשר נדרשה למתלוננת מתנה את ההליך הניתוחי, באשר מתוצאותיה ניתן ללמוד אם בעת כריתת השד יכרתו גם השחלות. נמסר, כי ללא הבדיקה עלול להגרם מצב בו רק לאחר חודשים יכרתו גם השחלות, דבר אשר יכול לסכן את מצבה הבריאותי של המתלוננת, ויוסיף סבל על סבלה.

4. המתלוננת פנתה לקופה בבקשה לקבלת הפנייה לבדיקה אולם נאמר לה כי הבדיקה הדרושה לה איננה בסל. לשמחתה נמצא כי בבית חולים שערי צדק תמומן הבדיקה מקרן תרומות והיא נתבקשה להביא מקופת חולים התחייבויות לצורך יעוץ גנטי בלבד.

המתלוננת קבלה על סירוב קופת החולים להנפיק את ההתחייבויות הנדרשות ליעוץ הגנטי לו היא נזקקת לפני קיום הבדיקה, וכן לאחריה, לצורך ניתוח התוצאות.

קבילתה של המתלוננת נתקבלה בנציבות שבוע לפני הניתוח ויומיים בלבד טרם ביצוע הבדיקה הגנטית. לאור האמור, הופנתה הקבילה בדחיפות לקופת החולים.

יצוין כי על פי סעיף 21(א) לתוספת השניה לחוק כלול בסל "יעוץ גנטי בבעיות תורשתיות כולל בדיקות דם". בעניין זה נקבעה עמדת הנציבה לגבי מספר קבילות כי בדיקת דם לאיתור מחלות תורשתיות כלולה בסל, וכן ניתן פס"ד חלקי בנושא על ידי בית הדין האזורי לעבודה, המאמץ את עמדת הנציבה. העתק מן הפסיקה, והעתקי התכתובת לגבי קבילות אחרות בנושא, הועברו לעיון קופת החולים ביחד עם הקבילה.

בתשובה לפניית הנציבה, ולאור דחיפות המקרה הודיעה נציבת הפניות של קופת חולים מכבי, תוך יום מעת שקיבלה את התלונה לטיפול, כי הנושא נבדק בקופה, הנהלים בתחום זה רוענו, ולמתלוננת תנתן ההתחייבות המבוקשת.

לאור האמור התלונה נקבעה כמוצדקת והמתלוננת הופנתה לקופה לקבלת ההתחייבות.

המתלוננת, בת 21, בחורה עיוורת הלומדת בבית חינוך עיוורים בירושלים, פנתה באמצעות העובדת הסוציאלית של המוסד, לנציבת הקבילות (להלן - "הנציבה"). בקבילה נגד קופת חולים לאומית (להלן - "הקופה") ואלה פרטי הקבילה:

1. למתלוננת מומים רבים: מום מולד בלב, עקמת קשה ועיוורון מלידה.
2. המתלוננת שאובחנה כסובלת מאנורקסיה נרוזה, טופלה ביחידה להפרעות אכילה בבית החולים הדסה עין כרם בשל ירידה קיצונית במשקלה, דיכאון וסירוב לאכול.
3. ממכתב רפואי שנתקבל מבית החולים הדסה, אשר העתקו צורף לקבילה, עלה כי המתלוננת עברה ניתוח לב פתוח, 4 ניתוחים בעמוד השדרה וניתוחים רבים בעיניה. הרופאים החתומים על המכתב אשר נשא את התאריך 26.7.1999 ציינו כי: "כיום, היא מתקשה ליישר את הגב, הולכת כפופה וסובלת מכאבי גב".

מצבה הרפואי הנוכחי תואר כדלקמן:

"...לאחרונה, התדרדר מצבה, היא הפסיקה לאכול ולשתות, ולעתים קרובות יש ירידה משמעותית בלחץ הדם, הדופק נמוך, וחום גופה נמוך. בשבוע האחרון מצבה החמיר בגלל אי אכילה ואי שתייה עד כדי כך שהגיעה לחדר מיון. היא התקשתה לקום מהמיטה והיתה ירידה משמעותית בחום ובדופק. היא נשארה בחדר מיון עד מאוחד בלילה וקיבלה עירויים.

הפונה זקוקה לאשפוז פסיכיאטרי ובהקדם, על מנת שתוכל להינות מטיפול מקיף במשך כל שעות היום ולהשגחה רפואית מתאימה. מגבלותיה הפיזיות החמורות ובעיותיה רפואיות אינן מאפשרות לאשפוז בבית חולים פסיכיאטרי. החולה עיוורת לחלוטין, מתהלכת בעזרת מלווה מבית חינוך עיוורים, עם מכשיר אורטופדי על הגב. נכותה המורכבת וההיסטוריה הרפואית שלה מגבילים את המסגרות האשפוזיות שבהן ניתן לאשפוז.

אנו מבקשים התחייבות לאשפוז במחלקה הפסיכיאטרית בבית החולים "הדסה" עין כרם, מחלקה שערוכה לאשפוז חולים עם בעיות רפואיות מורכבות.

יש לציין שהצוות המטפל בבית חינוך עיוורים ערוך לעזור לה להתמצא

במחלקה, ולהיות עמה כשיהיה צורך בכך".

4. המתלוננת קבלה על כך, כי למרות חוות הדעת שצוטטה לעיל, סירבה הקופה לאשר את אשפוזה ביחידה להפרעות אכילה בבית החולים הדסה וטענה כי יש לאשפזה בבית חולים פסיכיאטרי ממשלתי (בו האשפוז הוא במימון משרד הבריאות).

לאור מצבה הגופני הקשה של המתלוננת קבעה נציבת הקבילות כי הקבילה מוצדקת ופנתה לקופה, בדרישה לאשר באופן מידי את אשפוזה של המתלוננת בבית החולים הדסה, מאחר ומצבה הכללי, חייב אשפוז בבית חולים כללי ולא בבית חולים פסיכיאטרי.

הנציבה מדגישה כי בחולה זו דובר בתחלואה משולבת ומורכבת, שהצריכה הן טיפול גופני והן טיפול נפשי, אשר לא ניתן היה לתיתו לה בבית חולים פסיכיאטרי, גם בשל עיוורונה. מאחר וכך, למרות שמדובר במחלקה פסיכיאטרית, היתה עמדת הנציבה כעמדת הנהלת משרד הבריאות כי במקרים מעין אלה, בהם קיימת תחלואה כפולה של המאושפזים, חייבת הקופה במימון האישפוז.

הקופה עמדה בסירובה גם נוכח עמדת הנציבה, וטענה שמאחר שהבעיה בגינה נדרש האשפוז, הינה הפרעת אכילה המוגדרת כהפרעה פסיכיאטרית, מכאן שהאחריות לאשפוז הינה על משרד הבריאות.

עקב מצבה הקשה של המתלוננת והדחיפות באשפוזה, ביקשה הנציבה גם את התערבותו של דר' ברלוביץ' ראש מנהל רפואה במשרד הבריאות. גם דעתו של דר' ברלוביץ' היתה כי נסיבות מקרה זה הן חריגות וקיצוניות ומחייבות את הקופה לאשר את אשפוזה במחלקה להפרעות אכילה בבית חולים כללי.

בשיחה טלפונית בין דר' ברלוביץ' לבין מנהל האגף הרפואי בקופה, סוכם כי הקופה תשלח פסיכיאטר מומחה שיבדוק את המתלוננת ולאחר קבלת חוות דעתו יקבע היכן תאושפז המתלוננת. המתלוננת אכן נבדקה על ידי פסיכיאטר מומחה מטעם הקופה, וחוות דעתו הובאה בפני דר' ברלוביץ' ובפני דר' מידן ראש האגף הרפואי בקופה.

לאור חוות הדעת של הפסיכיאטר המומחה, קבע דר' ברלוביץ' כדלקמן:

"הנני קובע כי על הנ"ל להתאשפז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי, רק בבית חולים כללי ניתן יהיה לאפשר לחולה את השירות הרפואי לו היא זקוקה".

גם בשלב זה, בעוד מצבה של המתלוננת הולך ומתדרדר, סירבה הקופה לאשר את אשפוזיה של המתלוננת בבית חולים כללי וטענה כי חוות דעתו של הפסיכיאטר המומחה תומכת בהערכת הקופה כי אשפוזיה של המתלוננת יכול להתבצע בבית חולים פסיכיאטרי. בהתערבות הנציבות, שוב פנה דר' ברלוביץ', למנהל האגף הרפואי בקופה במכתב ובו קבע כדלקמן:

"להערכת, הטיפול במצב האקוטי, יחד עם הטיפול במחלותיה האורגניות אפשרי רק במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי, למותר לציין כי בתי חולים פסיכיאטריים נועדו לטיפול בחולים הסובלים ממחלת נפש ואינם אמורים להיות ערוכים לטיפול במחלות גופניות כדוגמת אלה של חולה זו".

נציבת הקבילות קבעה כי לאור חוות הדעת הרפואיות ובמיוחד חוות דעתו החד משמעית של דר' ברלוביץ', יש לראות את קבילתה של המתלוננת כמוצדקת ועל הקופה לאשר את אשפוזיה של המתלוננת במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.

בעקבות קביעותיהם של הנציבה ושל דר' ברלוביץ', הודיעה הקופה על מתן התחייבות לאשפוזיה של המתלוננת בבית החולים הדסה למשך 10 ימים, אשר במהלכם תיבדק ע"י בקר של הקופה.

עם סיום תקופת ההתחייבות פנה בית החולים לקופה וזו אישרה התחייבות ל-9 ימים נוספים.

בסיום תקופה זו ומשסירבה הקופה לאשר לבית החולים התחייבות נוספת, פנה הרופא המטפל במתלוננת, במחלקה הפסיכיאטרית בבית החולים הדסה, במכתב לראש מנהל שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, עם העתקים לראש מנהל רפואה, למנהל האגף הרפואי בקופה, ולנציבת הקבילות ובו קבע כי: "שחרורה של החולה מהמחלקה מהווה סכנה מוחשית לחייה".

למרות קביעתו זו ולאחר שסירבה הקופה לאשר התחייבות נוספת, שוחררה המתלוננת מבית החולים. בית חינוך עיוורים סירב לקבלה במצב בריאותי מסוכן זה והמתלוננת נשלחה לבתה באשקלון.

הנציבה הודיעה למנהל האגף הרפואי בקופה כי היא רואה בחומרה רבה את החלטת הקופה, שלא לאשר את המשך אשפוזיה של המתלוננת בבית החולים הדסה, וחזרה על דרישתה לאשר את אשפוזיה של המתלוננת בבית חולים כללי.

עד ליום סגירת הדוח המשיכה הקופה לסרב להיענות לדרישת הנציבה.

[illegible]

מאחר ונודע לקובלת כי יהיה עליה להמתין לפחות חודש עד להתכנסות ועדת החריגים, ומאחר ונמסר לה כי כל עיכוב במתן הטיפול עלול להוביל להחמרת המצב, המתלוונת פנתה בקבילה לנציבות עוד בטרם נענתה פנייתה לוועדה. נציבת הקבילות פנתה בדחיפות אל קופת החולים.

במענה לפניית הנציבה נתקבל בנציבות הקבילות העתק מתשובה של מנהל המחוז אשר נשלחה ישירות למתלוננת. לפי התשובה קופת חולים אכן איננה חייבת במימון הטיפול המבוקש ואף אין אפשרות לערער על כך בפני ועדת חריגים. בין היתר נכתב :

”אם נקבע על ידי המועצה הלאומית לכירורגיה המשמשת ליד משרד הבריאות, שנמק א-ווסקולרי איננו התויה מוכרת לטיפול היפרברי, משמעות הדבר שאינך זכאית לטיפול על חשבון המדינה או ספציפית על חשבון קופת חולים המשמשת מבטח מטעם המדינה.

חוות דעתו של רופא זה או אחר מכובד ככל שיהיה, איננה יכולה לשנות את המצב החוקי, שמימון הטיפול בהתוויה זו לא יהיה מהקופה.

...חבל שרופאים מכובדים...לא מכירים את החוק ויוצרים ציפיות בלתי נכונות בקרב מטופליהן"

בירור אשר נערך בנציבות הקבילות העלה כי אמנם קופת החולים איננה חייבת במימון הטיפול. יחד עם זאת, נמצא כי הוראות החוק בנושא זה אינן כה ברורות כפי שניתן היה להבין מן המכתב הנזכר.⁵⁹

על פי סעיף 6(ג) לחוק, כלול טיפול היפרברי בסל השירותים וזאת

⁵⁹ בפרק זה מפורט מהלך הביורור לגבי הקבילה הנדונה בלבד. בפרק 5, בתת פרק 7, נדונו בהרחבה כל תחום הטפול בחמצן בעל לחץ והשתלשלות בירור הקבילות בנושא.

תחת הכותרת: "טיפול נמרץ". ההתוויות לטיפול לא נמנו בגוף החוק. בירור העלה, כי קיימת רשימה של עשר התוויות מוכרות בהן חמצן היפרברי הינו אמצעי עיקרי ותומך, או לפחות טיפול משני, העדיף על אמצעים משניים אחרים. התוויות אלו אומצו על ידי משרד הבריאות והוכרו בחוזר שירותי אשפוז מספר 32/86 מיום 31.3.1986.

הנציבה פנתה אל דר' ברלוביץ ראש מנהל שירותי רפואה, אשר אישר כי אמנם טיפול היפרברי בנמק א-ווסקולרי איננו כלול בהתוויות לטיפול אשר קופת חולים חייבת במימון, וכי מדובר בטיפול אשר טרם הוכחה יעילותו והוא עדיין בגדר טיפול ניסיוני.

תוצאות הבירור כמפורט, נמסרו לקובלת והנציבה הודיעה לה כי לא ניתן להענות לבקשתה.

הנציבה מצביעה על כך כי תלונה זו הינה דוגמא למצוקתם של הסובלים מנמק א-ווסקולרי, וכי לאור ריבוי התלונות בנושא, דיווחה על כך למנכ"ל משרד הבריאות.

תקופת אכשרה לצורך קבלת טיפול הכלול בסל

המתלוננת, תושבת ירושלים בת 26, פנתה לנציבות הקבילות (להלן - "הנציבות") בסוף דצמבר 1998, בקבילה נגד קופ"ח מאוחדת, (להלן - "הקופה") ואלה פרטיות:

1. המתלוננת, אם לילד אחד, עברה מקופה אחרת לקופת חולים מאוחדת עקב רצונה להתחיל בטיפול הפריה חוץ גופית לצורך הולדת ילד נוסף, ולאור העובדה שבעלה וילדה הקט היו חברים בקופת חולים מאוחדת.
2. הקופה סירבה לאפשר לה התחלת טיפולי הפריה חוץ גופית, מן הנימוק כי עדיין לא מלאה למתלוננת שנת חברות בקופה, ולטענת הקופה מתן טיפולי ההפריה חוץ גופית מותנה בזמן חברות של שנה לפחות.
3. המתלוננת פנתה לנציבה וקבלה על התניית הטיפול בתקופת אכשרה. לחילופין, ביקשה המתלוננת שהעברתה לקופה תבוטל במידה ואכן אין באפשרותה לקבל את טיפולי ההפריה.

נציבת הקבילות סברה כי הקבילה מוצדקת וזאת על סמך פרשנות סעיפי החוק כדלקמן:

א. טיפולי הפריה חוץ גופית כלולים בסל. על פי סעיף 3(ג) לחוק: "קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה" ועל פי סעיף 3(ד) השירותים יינתנו "תוך זמן סביר".

ב. לפי סעיף 4(ג) לחוק "קופת חולים תקבל כל תושב שבחר להרשם בה, לא תגביל את רישומו ולא תתנה אותו בתנאי או בתשלום כלשהוא" הנציבה סבורה כי בקבלת תושב כחבר בקופה ואזי התניית מתן שירות לו הוא נזקק בתקופת אכשרה, יש בה משום עקיפה של הוראת החוק.

ג. סעיף 21 לחוק קובע כי: "קופת חולים תיתן לכל מי שהיא אחראית כלפיו כאמור בסעיף 3(ג) את כל שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה... ללא כל הפליה...". [ההדגשה אינה במקור - ק.ר.] הנציבה בדיעה כי בהתניית טיפולים הכלולים בסל בתקופת אכשרה יש בכדי להפלותם לעומת חברים ותיקים בקופה.

נוכח עמדתה של הנציבה הודיעה הקופה, כי המדובר בטעות אשר לא תישנה וכי המתלוננת תקבל את טיפולי הפוריות ואת כל השירות הרפואי הנלווה, מאותו היום.

זמן המתנה לבדיקה

המתלוננת, בת 62, תושבת קרית שמואל, פנתה ב-20.7.1999- לנציבות הקבילות (להלן - "הנציבות") בתלונה נגד קופת חולים כללית (להלן - "הקופה"), ואלו פרטי התלונה:

1. ב-6.6.1999- אושפזה המתלוננת בבית"ח בני ציון בחיפה עקב כאבים בחזה, וב-9.6.1999- שוחררה מהאשפוז עם הפנייה לבדיקת מאמץ.

2. למחרת שחרורה שלחה המתלוננת, לטענתה, פקס למחלקת קרדיולוגיה במרפאת "זבולון" שבקריית חיים על מנת לקבוע תור לבדיקה, וקיבלה הזמנה ל-27.6.1999- כשהתייצבה המתלוננת במועד זה לביצוע הבדיקה התברר לה כי למעשה נקבעה לה פגישה עם קרדיולוג, שהפנה את המתלוננת שוב לקבוע תור לבדיקת מאמץ.

3. כתוצאה מכך, התור לבדיקת מאמץ נקבע ליום 14.7.1999, וזאת למעלה מחודש ימים מאז שוחררה המתלוננת מאשפוז. לרוע המזל במהלך הבדיקה חשה המתלוננת ברע ולא יכלה לעבור את הבדיקה באותה עת.

4. בעקבות כך נקבע למתלוננת תור לביצוע חוזר של הבדיקה ליום 28.7.1999, כשמכך נגזרת המתנה של שבועיים נוספים. לדברי המתלוננת, עקב לחץ מצידה להקדמת ביצוע הבדיקה, הוקדם התור ל-20.7.1999.

המתלוננת פנתה לנציבות בבקשת סיוע בהאצת תהליך הבדיקות החיוניות עבורה, וקבלה על כך שבמהלך כחודש וחצי שחלפו מעת שחרורה מאשפוז לא חלה כל התקדמות באבחון מחלתה, והיא נאלצת לחיות במצב של חוסר ודאות וללא קבלת טיפול ראוי ומתאים.

עפ"י סעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994: "שירותי הבריאות יינתנו בישראל לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר, ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13".

התלונה הופנתה לקופת החולים לצורך בדיקת "הסחבת" שננקטה בטיפול במתלוננת.

במענה לפניית הנציבה בעניין לקופה, התקבלה ב-25.11.1999 תשובת הקופה, ממנה עולה כי בבירור שנערך נמצאה קבילתה של המתלוננת מוצדקת, וכי אכן היה צורך לקצר תהליכים במקרה זה. עוד נאמר בתשובה כי קופת חולים רואה חובה לעצמה להסיק מסקנות כדי שלא יהיו אירועים דומים בעתיד.

למתלוננת נשלח מכתב התנצלות ע"י מנהל מרכז רפואי "זבולון", בו הביע צער והזדהות עם הרגשת הסחבת, ואמר כי הוא מקווה שסיפור המקרה של המתלוננת ישמש זירז להליכים אחרים במערכת, וכי הוא מבטיח להעביר את מכתבה לרופאים אחרים בשטח.

מנהל המרכז עמד בהבטחתו, ובנוסף למכתב ההתנצלות למתלוננת הפיץ מכתב נוסף לכל צוות המרפאה לשם הפקת לקחים, ובו כתב: "הרגשתי היא, אכן, שהייתה כאן סחבת וניתן היה לקצר בצורה משמעותית את הליך הבירור [בעניינה של המתלוננת – ק.ר.]. אנו נתקלים, מדי יום בחולים הזקוקים להאצת תהליך הבירור/ הטיפול. הדבר הוא לרוב בדינו... יש לנו היכולת לבצע כמעט כל בדיקה או שירות בו ביום, במידה והפעולה אכן דחופה. אני קורא לכל אחד מאתנו לחוש את מצוקת המטופל, ובמידה ואכן הבעיה דורשת טיפול מיוחד, להתערב אישית לקידום הבעיה".

נוכח כל האמור לעיל קבעה נציבת הקבילות שהתלונה מוצדקת. כמו כן הביעה הנציבה, בפני הקופה, את הערכתה על הפעולות שנקט מנהל המרכז להפקת לקחים ממקרה מצער זה.

מזון תרופתי

המתלונן, תושב גבעתיים, פנה ב-28.12.1998 לנציבות הקבילות (להלן - "הנציבות") בתלונה נגד קופת חולים כללית (להלן - הקופה) ואלו פרטי התלונה:

1. מגיל 7.5, חלה בנו של המתלונן, במחלת קרוהן באופן קשה. הבן טופל בסטרואידים ותרופות אחרות המדכאות את המערכת החיסונית, וכתוצאה מכך סבל מתופעות לוואי קשות ומעיכוב בהתפתחות.

2. בגיל 12, בהמלצתם של שני מומחים, הוחל טיפול בילד בתכשיר TOLLEREX בתוספת VIVONEX לצורך מתן התכשיר דרך הפה (להלן - "התכשיר" או "המזון התרופתי"). כתוצאה מן הטיפול, חל שיפור ניכר במצב הילד ואף הצליחו לגמול אותו מסטרואידים ומן התרופות בהן טופל בעבר. תכשיר זה היווה את המזון היחידי אשר הילד היה מסוגל לעכל, ותודות לו החל הילד לגדול ולהתפתח.

3. מן המסמכים אשר צורפו לקבילה עלה כי לצורך מימון המזון התרופתי פנה המתלונן לגורמים שונים בקופה. לבסוף, ב-1.3.1998 ניתנה על ידי ועדת הבירורים העליונה של הקופה החלטה לפיה ינתן מימון לתכשיר למשך שנה. בהחלטה נאמר כי היא ניתנת לאור חומרת המקרה ומבלי שהדבר יהווה תקדים. הומלץ, כי עד ל-1.3.1999, מועד בו יסתיים תוקף ההחלטה, תפעל קופת חולים מול משרד הבריאות לקבלת מימון מיוחד לצורך טיפול זה.

4. ב-9.11.1998 קיבל המתלונן הודעה מקופת חולים לפיה המימון לרכישת התכשיר יופסק. זאת, על אף החלטת ועדת הבירורים העליונה. לאחר פניות חוזרות של המתלונן לקופה, ב-23.12.1998 נמסרה לו שוב הודעה כי קופת חולים - מחוז דן, כי הקופה מפסיקה לרכוש את התכשיר עבור בנו.

המתלונן פנה לנציבות הקבילות, בבקשה דחופה לסייע בהכללת המזון התרופתי הנזכר בסל. המתלונן הדגיש כי התכשיר דרוש לבנו לצורך קיומו, ועלותו ללא סבסוד מגיעה לאלפי שקלים לחודש, הוצאה כספית אשר אין המשפחה מסוגלת לעמוד בה.

בפתיחת בירור הקבילה, הוסבר למתלונן כי הסמכות להוסיף שירותים ותכשירים לסל שירותי הבריאות איננה נתונה לנציבת הקבילות. יחד עם זאת הובהר, כי יערך בירור מקיף של זכויות המתלונן במסגרת החוק. בהתאם לאמור הופנתה התלונה לקופת החולים, תוך בקשה לקבלת הסבר מדוע יופסק מימון התכשיר. במקביל, הועבר העתק מן התלונה (ביחד עם תלונה נוספת בנושא) למחלקה לתזונה במשרד הבריאות.

כשבוע לאחר התחלת בירור התלונה, העביר המתלונן לנציבות העתקים ממכתבים נוספים בעניינו: פניה של המתלונן למנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופסור ברבש, בבקשה לעזרה, ופניה של דר' יצחק קדמן, מנכ"ל המועצה הלאומית לשלום הילד, בשם המתלונן, לפרופסור יהושע שמר, שהיה אז בתפקיד ראש המנהל לטכנולוגיות, בבקשה להכללת ה-TOLLEREX בסל.

בעוד תשובה מטעם קופת החולים איחרה לבוא, בחודש מרץ 1999, העלה הבירור מול המחלקה לתזונה של משרד הבריאות כי התכשיר TOLLEREX **כלול בסל** וניתן בסבסוד של שמונים אחוז (כאשר סכום הסובסידיה מתחלק שווה בשווה בין משרד הבריאות לקופת החולים). הוסבר, כי ה-VIVONEX לילדים המכונה VIVONEX PED אינו כלול בסל אולם ה-VIVONEX הרגיל הוא ה-TOLLEREX, בשינוי שם, וכאמור הוא כלול בסל. עוד נמסר כי התכשיר מיובא ומסופק, על ידי חברת נאופרם וניתן לפנות, בצירוף מרשם, ישירות לחברה ולרכוש את התכשיר ב-20% ממחירו.⁶⁰

המידע האמור נמסר, עם קבלתו, למתלונן והמתלונן הופנה לחברת נאופרם לרכישת התכשיר. העתק מן המכתב בו פורטו תוצאות הבירור נשלח לקופת החולים וגם לדר' קדמן. בהתאם למידע זה נקבעה התלונה כמוצדקת.

לאחר מכתב הנציבה נתקבלה מקופת חולים תשובה לפיה אמנם על פי חוק מקבלים המבוטחים את התכשיר תמורת עשרים אחוז ממחירו. נמסר, כי בנוסף, בחודש אפריל הועדה לזכויות חברים אישרה למתלונן, לפני משורת הדין, השתתפות נוספת של הקופה בשיעור של חמישים אחוז בפועל ולא יותר מאשר 1,400 ש"ח בחודש וזאת למשך שישה חודשים.

אי מימון SEROXAT להתוויה של דיכאון

המתלוננת תושבת ירושלים, קבלה באוקטובר 1999 בפני נציבת הקבילות (להלן

⁶⁰ כך נמסר בזמנו, מאוחר יותר הובהר כי בחלק מן הקופות ניתן לרכוש את התכשיר רק באמצעות הקופה.

- "הנציבה" כנגד קופת חולים כללית (להלן - "הקופה") ואלה פרטי הקבילה :

1. המתלוננת בת 50, אם חד הורית לילד בן 13.
 2. על פי חוות דעת פסיכיאטרית שצורפה, סובלת המתלוננת ממצבים "חרדתיים דיכאוניים", במשך שנים רבות.
 3. במהלך השנים קיבלה טיפולים תרופתיים בתרופות נוגדות דיכאון, ללא הטבה במצבה.
 4. החל מינואר 1996, קבלה המתלוננת טיפול ב-SEROXAT, אשר לפי עדותה של הרופאה המטפלת עזר למתלוננת הן כתרופה נוגדת דיכאון והן כנגד המצבים החרדתיים הקשים מהם סבלה.
 5. בקבילתה ציינה המתלוננת כי עד לחודש מרץ 1999 לא היתה התרופה כלולה בסל השירותים שעל פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אולם הקופה אשרה לה החזר כספי בשיעור 45% מעלות התרופה.
 6. בחודש מרץ 1999, עם הרחבת סל השירותים הוכללה התרופה בסל, אך הקופה סירבה לספק לה את התרופה ואף ביטלה את ההחזר הכספי שאושר לה בעבר, דהיינו, המתלוננת חויבה במלא העלות בגין תרופה זו, בטענה כי האבחנה שנקבעה למתלוננת אינה כלולה בהתוויות בהן הוכללה התרופה בסל.
 7. המתלוננת פנתה לנציבה וטענה כי אין ביכולתה לרכוש את התרופה במחירה המלא.
- מבירור הקבילה עם הרופאה המטפלת עלה כי המתלוננת סובלת מדיכאון רוגש ועמיד לטיפול וכי רק עם Seroxat הושג שיפור משמעותי במצבה. הרופאה הדגישה כי החלפת הטיפול התרופתי עלול לגרום שוב להתדרדרות במצבה של המתלוננת.
- לאור חוות הדעת הרפואית, פנתה הנציבה לקופה וביקשה כי תשקול להמשיך ולהשתתף במימון, ולו חלקי של התרופה, וזאת מאחר והכנסת התרופה לסל לטיפול בהתוויות של הפרעת אימה ו-OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER, גרמה להפסקת המימון שקבלה, וכי לטענתה תאלץ להפסיק טיפול זה שעזר לה.
- הקופה חזרה והבהירה כי אין ביכולתה לאשר השתתפות בתרופות שלא במסגרת ההתוויות הכלולות בסל השירותים.

הנציבה קבעה שעל פי ההתוויות שנקבעו לתרופה זו, לא ניתן להיענות לקבילה, והבהירה למתלוננת כי התרופה הוכללה בסל השירותים רק להתוויות ספציפיות ומאחר ומחלתה אינה נכללת בהן, על פי הוראות החוק, אינה זכאית להשתתפות במימון התרופה. יחד עם זאת, ציינה הנציבה כי קבילות כמו זו עוזרות לה להפנות את תשומת הלב לתרופות ולהתוויות אשר ציבור המבוטחים מתלונן על חסרונן.

הפסקת טיפול בקופקסון

המתלוננת, תושבת בת-ים, בת 52, חולה בטרשת נפוצה, קבלה בחודש אוגוסט 1998 בפני נציבת הקבילות (להלן-"הנציבה") נגד קופת חולים כללית (להלן-"הקופה") ואלה פרטי הקבילה:

1. המתלוננת אובחנה כסובלת מטרשת נפוצה, מסוג נסיגה משנית (Relapsing Remitting).
 2. מאז חודש מאי 1997 קיבלה טיפול בזריקות יומיות של קופקסון.
 3. עפ"י חוות דעת רפואית, שניתנה ע"י מנהלת היחידה מהמרכז הרפואי שיבא ושצורפה לקבילה, תחת טיפול זה מצבה נשאר יציב והומלץ על המשכת הטיפול.
 4. הקופה הודיעה למתלוננת שאינה עומדת בקריטריונים לקבלת התרופה, ועל כן מעבר לחודש השוטף, לא תסופק לה עוד התרופה.
 5. המתלוננת פנתה לנציבה בקבילה נגד הקופה וציינה כי נותרה לה מנת תרופה אשר תספיק למשך שבועיים בלבד.
- מאחר ובהוראות החוק, אין הוראות לגבי הפסקת הטיפול, פנתה הנציבה לדר' ענת אחירון מנהלת היחידה לנוירואימונולוגיה מהמרכז הרפואי שיבא, בבקשה כי תחווה את דעתה האם יש הצדקה להפסקת הטיפול.
- מנהלת היחידה לטרשת נפוצה כתבה בחוות דעתה, כי בהפסקת הטיפול בקופקסון יש משום פגיעה בטיפול הרפואי, העלולה לגרום להחמרה במצבה של המתלוננת.

לאור האמור, פנתה הנציבה בדחיפות לקופה ודרשה כי התרופה תינתן למתלוננת לפחות למשך חודש נוסף, עד אשר יסתיים הבירור בעניינה של המתלוננת ויגובשו נוהלים וקריטריונים להפסקת הטיפול בקופקסון.

הקופה נענתה לבקשת הנציבה והודיעה כי התרופה תינתן למתלוננת למשך חודש נוסף, במהלכו תלוּבן הסוגיה עם משרד הבריאות.

במקביל, פנתה הנציבה לד"ר בועז לב, המשנה למנכ"ל משרד הבריאות בבקשה לפעול לקביעת נוהלים וקריטריונים מחייבים, להפסקת הטיפול בתרופה. כמו כן, ביקשה הנציבה כי עד לגיבוש נוהלים אלה, תונחה הקופה להמשיך את מתן הטיפול, ואכן המשיכה המתלוננת לקבל את הטיפול המבוקש.

בחודש דצמבר 1998 לאחר דיון בהשתתפות מומחים לנושא, פורסמו ע"י לשכת המשנה למנכ"ל, קווים מנחים להפסקת הטיפול בתרופת הקופקסון.

בסופו של בירור אושר למתלוננת המשך הטיפול בתרופה.

רספרידל למצבים פסיכויטיים לנוער

המתלונן, אב לנער בן 17, תושב נתניה, פנה ב-14.10.1998 לנציבות הקבילות (להלן-"הנציבות") בתלונה נגד קופת חולים לאומית (להלן-"הקופה"), ואלו פרטי התלונה:

1. מגיל 7 ובמשך כ-10 שנים, מטופל בנו של המתלונן במרפאת חוץ נויורולוגית ילדים בבית"ח תל השומר, עקב פיגור שכלי קשה, אפילפסיה והפרעות קשות בהתנהגות. במסגרת הטיפול מקבל הנער תרופות שונות, ובניהן תרופת הרספרידל, אותה קיבל לאחר ניסיונות רבים וכושלים למצוא תרופה אפקטיבית להרגעת הפרעות ההתנהגות, עם תופעות לוואי מועטות ככל האפשר.

2. המתלונן צרף לקבילתו מכתב מד"ר בן-זאב, נויורולוגית ילדים שטיפלה בבנו, בו נכתב:

"הנ"ל נער בן 17 שנה עם פיגור שכלי ואפזיה אשר לכל אורך השנים האחרונות הראה הפרעה התנהגותית קשה עד כדי כמעט חוסר יכולת של המשפחה והמסגרת הלימודית להתמודד עם הילד. ניסינו תרופות מרובות... והתרופות גרמו לתופעות לוואי חמורות, ולא שפרו כלל את התנהגותו". עוד כתבה ד"ר בן-זאב: "לאור דיווחים וספרות על השפעה

חיובית של ריספרדל על מרכזים התנהגותיים בחולים עם פיגור שכלי, נוסה טיפול בריספרדל, ולשמחתנו ההשפעה... מצויינת עם רגיעה בהתפרצויות הזעם, שיפור בתקשורת וללא הופעה של התקפים אפילפטיים... לדעתי אריק חייב להמשיך טיפול בריספרדל, שנמצאה כתרופה האפקטיבית היחידה לגביו, **ויהיה זה עוול משווע להפסיק את מתן התרופה**". [ההדגשה אינה במקור - ק.ר.]

3. במשך שנה סופקה התרופה ע"י הקופה ללא בעיה, ומצבו של הנער השתפר פלאים אודות לתרופה, שהרגיעה את הפרעות ההתנהגות שלו, ותופעות הלוואי שלה היו מועטות.

4. לדברי המתלונן, לאחר כשנה קיבל הודעה מהקופה כי מאחר והתרופה אינה רשומה להתוויות המתאימות לבנו, אין הקופה מוכנה להמשיך ולממן את עלות התרופה.

המתלונן פנה לנציבות בבקשה לסייע בהמשך מימון התרופה ע"י הקופה. המתלונן הדגיש כי ללא התרופה, הפרעות ההתנהגות של הבן כה חמורות, שהמסגרת הלימודית המיוחדת בה הוא מבקר לא מוכנה לקבלו אם אינו נוטל את התרופה, וכי רכישת התרופה באופן פרטי היא הוצאה שאין המשפחה מסוגלת לעמוד בה.

הקבילה הופנתה לקופת החולים, ובמקביל, הועבר העתק מן הקבילה למחלקת הרוקחות במשרד הבריאות.

ב25.10.1998- התקבלה תשובת הקופה כי למרות שהמקרה קשה וכואב, התרופה רשומה בארץ להתוויה של מחלת הסכיזופרניה בלבד, ולפיכך לא תוכל הקופה לממן את התרופה לחולים שאינם חולי סכיזופרניה.

מאגף הרוקחות התקבלה התשובה כי למרות שבארה"ב רשומה התרופה גם להתוויה הכללית של Psychotic Disorders, ההתוויה הרשומה במועד זה לתרופה היא סכיזופרניה בלבד. הרוקחות של החברה המשווקת את התרופה מוכנה לספק מספר "דוגמאות לרופא" של התרופה לרופא המטפל בבנו של המתלונן, אולם ברור כי אין זה פתרון לבעיה הכאובה הזו, ולבעייתם של ילדים נוספים הזקוקים לתרופה, וכי מתבקש מאוד למצוא פתרון יותר הולם.

ב29.11.1998- התקבל מכתב נוסף מהמתלונן ולפיו עליו לנסוע כל יומיים לבית החולים תל השומר, לקבלת דוגמיות של עשרה כדורים, בעוד הקופה עומדת בסירובה לממן את התרופה. עוד ציין המתלונן כי נקרא לשיחה בבית הספר של בנו בשל התנהגותו הפרועה של הנער ללא התרופה, וכי ללא התרופה מתנגד ביה"ס להמשיך ולעבוד עם בנו.

לאור תוצאות הבירור נמסר למתלונן ב- 7.1.1999, כי לדאבונה של הנציבה אין בידה לסייע לו, ואין באפשרותה לחייב את הקופה במימון התרופה שלא בהתוויתה.

ב-2.5.1999 פנה המתלונן לנציבות בשלישית וערער על התשובה שקיבל. מאחר וביום 9.3.1999 הוכללה התווית התרופה גם למצבים פסיכויטריים אורגניים בנוער בסל התרופות שבחוק, פנתה הנציבה לקופה שוב, לממן למשפחה את התרופה וציינה כי במועד זה הקבילה מוצדקת.

ב-10.5.1999 שבה הקופה וטענה כי התווית הריספרידל הורחבה רק לקטינים, ומאחר ולנער כבר מלאו 18 שנה אין הוא יכול להיחשב כקטין. תשובה זו של הקופה היתה שגויה, שכן באותו מועד טרם מלאו לנער 18 שנה, ואכן, ב-27.5.1999 התקבל מכתב מתוקן מהקופה לפיו מאחר ולנער ימלאו 18 שנה, רק חודשיים מאוחר יותר - תממן הקופה את התרופה למשך החודשיים עד שימלאו לו 18 שנה. לאחר תאריך זה יהיה הנ"ל זכאי לרכוש את התרופה לפי מחירי עלות של הקופה, כאשר, הרכישה תעשה אך ורק במחסן האספקה של הקופה בפתח תקוה.

לאחר שבנו של המתלונן הפך לבגיר, קבל המתלונן לנציבות בשנית. בעקבות קבילתו הפנתה הנציבה את תשומת לב הגורמים המתאימים במשרד הבריאות לקושי האמור. הנציבה מקווה כי אמנם ימצא פתרון למקרים מסוג זה.

אי מימון NEURONTIN שלא בהתוויה רשומה

המתלונן, תושב רמת-גן, בן 50, פנה לנציבות הקבילות (להלן - הנציבות) בקבילה נגד קופת חולים לאומית (להלן - "הקופה") בענין התרופה NEURONTIN (להלן - "נוירונטין") ואלו פרטי הקבילה:

1. המתלונן אובחן כחולה ב- SENSORIMOTOR POLYNEUROPATY ו- CRYOGLOBULINEMIA (MIXED TYPE II) וסבל מכאבים עזים ברגליו.
2. המתלונן טופל במרפאת כאב בה קיבל טיפולים רבים ושונים לכאביו העזים אולם ללא הצלחה או בהצלחה חלקית בלבד.
3. משהוחל הטיפול בתרופה נוירונטין חל שיפור ניכר במצבו של המתלונן והוא מסר כי התרופה שינתה את אורח ואיכות חייו ואיפשרה לו לישון וללכת ללא כאבים בלתי נסבלים יומם ולילה.
4. המתלונן קבל על כך כי קופת חולים לאומית מסרבת לממן את התרופה, אשר מחירה יקר, ואין באפשרותו לרכשה בכוחות עצמו. המתלונן

הדגיש כי הטיפול בנוירונטין הוביל לצמצום הטיפולים בפלסמה פריזיס טיפול אשר, לדבריו, עלותו לקופה גבוהה בהרבה. עוד הוסיף המתלונן כי המרחק בין הטיפול התרופתי שקיבל למורפינים קטן מאוד ואין ברצונו להיקלע למעגל התרופות הנרקוטיות.

במענה לפנייתה של הנציבה בעניינו של הקובל השיב הממונה על פניות הציבור של הקופה כי התרופה נויורונטין כלולה ברשימת התרופות שבסל להתוויה של חולי אפילפסיה בלבד, ולכן אין הקופה חייבת במימון התרופה למתלונן.

בירור תשובת הקופה העלה כי התרופה נויורונטין רשומה בישראל לטיפול בחולי אפילפסיה בלבד, ולכן כלולה בסל התרופות שבחוק רק להתוויה זו. לפיכך, הודיעה הנציבה לקובל, כי תשובת קופת החולים הינה בהתאם להוראות החוק, ואין בסמכותה לחייב את הקופה באספקת התרופה. כמו בכל קבילה לגבי שירותים ותרופות אשר אינם כלולים בסל הנציבה הסבירה לקובל כי תלויות כגון זו עוזרות להפנות את תשומת הלב לאותן תרופות אשר הציבור מלין על חסרונן, דבר אשר יכול ויהיה בו בכדי להוביל לשינוי בעתיד.

עם זאת, מכיוון שבשיחה הטלפונית עימו שב המתלונן והדגיש כי קבלת התרופה הינה טיפול חלופי לטיפול היקר אותו הוא מקבל כיום, ואשר נכלל בסל, שבה ופנתה הנציבה לקופת החולים, והפנתה את תשומת לב הקופה לעובדה כי ההגיון הכלכלי תומך בעמדת המתלונן, ולכן נראה כי כדאי לקופה לשקול בשנית את בקשת המתלונן.

במענה לשאלתה נענתה הנציבה על ידי הקופה כי הטיפול בפלסמה פריזיס, מבחינה רפואית, אינו בא במקום הטיפול בתרופה נויורונטין, ולפיכך אין להשוות בין שני הטיפולים.

לאור כל האמור לעיל קבעה הנציבה כי לא ניתן להענות לקבילתו ולחייב את הקופה במימון התרופה.

ידוע לנציבה שעד מועד סגירת דוח זה, הקובל ממך באופן פרטי את התרופה.

מכשור ואביזרים

המתלוננת, תושבת חולון, פנתה ב-18.8.1999 לנציבות הקבילות (להלן - "הנציבות") בתלונה נגד קופת חולים מכבי (להלן - "הקופה"), ואלו פרטי התלונה:

1. בתאריך 17 בדצמבר 1998 ביקרה המתלוננת אצל רופא פדיאטריסט על מנת לטפל בבעיית ציפורן חודרנית ברגלה, ממנה סבלה תקופה ארוכה. לאחר בדיקת קבע הרופא שיש לבצע ניתוח אשר נקבע לתאריך

.14.1.1999

2. לצורך הניתוח התבקשה המתלוננת ע"י הרופא לקנות את כל הפריטים הנחוצים לרופא לצורך ביצוע הניתוח: מחטים, מזרקים, גזות סטריליות וחומר הרדמה LIDOCAINE.
 3. לדברי המתלוננת, כששאלה מדוע היא זו שצריכה לקנות את הפריטים המצויינים לעיל, ואין הם ממומנים ע"י הקופה, השיב הרופא כי אלו ההנחיות שקיבל. גם כשאלה המתלוננת בסניף לפשר העניין, נאמר לה לדבריה שידוע להם על מקרים כאלה ואין מה לעשות.
 4. הניתוח בוצע בתאריך שנקבע, לאחר שהמתלוננת נאלצה, בלית ברירה, לרכוש את הפריטים לצורך ביצועו.
- המתלוננת פנתה בנציבות בבקשה לברר כיצד ייתכן שמבוטח כלשהוא ייאלץ לרכוש את "המצרכים" לניתוח שעליו לעבור בעצמו, ובבקשה כי הנציבות תפעל לתיקון המעוות באופן מיידי.

[illegible]

☐ וות חומרי הטיפול הנ"ל היא על הרופא עצמו וכלולה בתגמול, אשר אותו הוא מקבל בעבור הפעולה הכירורגית. דר' ק. הונחה מחדש כיצד לנהוג. אבקשך להעביר אלינו את הקבלות בעבור הציווד המתכלה אותו רכשת, ונחזיר לך את

[illegible]

בהתאם לאמור לעיל קבעה הנציבה את התלונה כמוצדקת.

המתלונן, תושב ראשון לציון, קבל לנציבות הקבילות, (להלן - הנציבות) בתלונה כנגד קופת חולים מאוחדת, (להלן - הקופה), ואלה פרטי קבילתו:

- בהתאם לתכניות הגבייה אשר אושרו על ידי ועדת הכספים של הכנסת אושר לקופת חולים מאוחדת לגבות היטל בשיעור של 15% מהמחיר המרבי לצרכן עבור כל תרופה אשר מחירה הוא מעבר ל 75 ש"ח.

לאור האמור קבעה הנציבה כי התלונה אינה מוצדקת. בתשובתה לקובל הנציבה הדגישה כי :

ZYP

[illegible]

למרות קביעתה הפתה הנציבה את תשומת לב המתלונן לכך כי בהסדרי הגבייה נקבעה תקרה לתשלומי ההשתתפות העצמית של חולים כרוניים עבור תרופותיהם, הכלולות בסל התרופות של החוק, בשיעור של 220 ש"ח לחודש, על בסיס חצי שנתי. הנציבה הפתה את המתלונן לקופה, על מנת לברר את זכאותו לקבלת החזרים כספיים, בגין התשלומים אותם שילם בנו מעבר לתקרה האמורה.

המתלונן, תושב בני ברק, פנה ב-15.7.1999 לנציבות הקבילות (להלן-"הנציבות") בתלונה נגד קופת חולים כללית (להלן-"הקופה"), ואלו פרטי התלונה:

1. ביום 19.4.1999 פנה המתלונן עם אשתו שהייתה באותה עת בחודש השמיני להריונה, לחדר המיון בבית חולים "מעייני הישועה", עקב

כאבים חזקים לחץ בבטן ומצוקה שחשה האשה.

2. בדיקה שנערכה לאשת המתלונן בחדר המיון יולדות, התברר כי הנ"ל סובלת מצירים ספורדיים, והיא שוחררה לבתה עם המלצה למנוחה והמשך המעקב הרפואי.

3. המתלונן פנה לקופה לקבלת התחייבות בגין הביקור, אך הקופה דרשה ממנו תשלום בסך 110 ש"ח בגין אגרת חדר המיון, סכום אותו שילם המתלונן ב-26.4.1999.

המתלונן, פנה לנציבות הקבילות בבקשה לסייע לו בקבלת החזר כספי בגין הסכום ששולם לקופה. המתלונן הדגיש כי לאור מצבה של אשתו בעת הפניה לחדר המיון, לא היה זה סביר כי יטלטל אותה ל"עזרה ראשונה" הפועלת בשעות הערב לצורך קבלת הפניה לחדר המיון.

התלונה הועברה לקופת החולים לצורך בדיקת גביית אגרת חדר המיון בנסיבות המקרה.

במענה לפניית הנציבה השיבה ב- 17.8.1999 הקופה על פי הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994 (להלן – "החוק") הפניה לחדר מיון ללא הפניית רופא חייבת בתשלום, ולפיכך אין הקופה יכולה להיענות לבקשת המתלונן לקבלת החזר כספי.

בהתאם למקרה 9 שבסעיף ב' לפרק "שירותים בהשתתפות כספית עצמית של המבוטח", שבתוספת השניה לחוק, אשה הפונה לחדר מיון עקב צירי לידה, פטורה לחלוטין מתשלום עבור הביקור, כולל פטור מתשלום עבור אגרת חדר מיון.

לאור הוראות החוק, ומאחר ומתעודת השחרור מחדר המיון עלה כי אשת המתלונן הגיעה לחדר המיון כשהיא סובלת מצירי לידה, פנתה הנציבה לקופה בשנית, והפנתה תשומת לב הקופה כי היה עליה, בנסיבות העניין, לפטור את בני הזוג פטור מלא מהתשלום עבור קבלת טופס 17 בגין הביקור בחדר המיון.

ב-20.12.1999 התקבלה בנציבות תשובת הקופה כי לאור נסיבות המקרה מאושר לבני הזוג טופס 17 עבור הביקור בחדר המיון ביום 19.4.1999, ואם שולמה אגרת חדר המיון יינתן למתלונן החזר כספי תמורת קבלה.

נוכח כל האמור לעיל קבעה הנציבה את התלונה כמוצדקת.

עליה קובל המתלונן.

ב16.11.1999- הגיעה תשובת הקופה, ממנה עולה כי פניית המתלונן נבדקה וכי בירורם העלה כי החל מתאריך 27.9.1999 הוא מוכר בקופה כחולה כרוני, וזכאי להחזר כספי של הוצאות מעל 200 ש"ח בגין תרופות שנמצאות בסל התרופות שבחוק.

בהתאם לאמור לעיל קבעה

הנציב

וראות החוק, והנחיות משרד הבריאות בנושא.

והנחיות משרד הבריאות בנושא.

והנחיות משרד הבריאות בנושא.

2.

הסדרי הבחירה והיקפה במידה שהיא קשורה אם יותר מנותן שירותים אחד; קופת החולים תביא את ההסדרים לידיעת שר הבריאות ותפרסם בקרב חבריה".

סעיף 26(ה) לחוק קובע "כל קופת חולים תפרסם ברבים את השירותים העומדים לרשות חבריה היכן ניתן לקבלם ומי הם נותני השירותים מטעמה; קופת חולים תעמיד מידע זה לרשות כל חבר לפי דרישתו".

סעיף 31 לחוק קובע כי "בהתקשרות של קופת החולים עם נותן שירותים ובהפניית חבריה לנותן שירותים תפעל קופת חולים ללא הפליה בין נותני השירותים, בתום לב ומשיקולים ענייניים של טובת החבר וטובת כלל חברי קופת חולים".

בהנחיות שר הבריאות לקביעת הסדרי בחירה נכתב, ביו היתר:

1. "במצבים רפואיים המחייבים טיפול במסגרת שירות רפואי מתמחה, יש לאפשר לחולים לקבל את כל השירותים הרפואיים להם הם נזקקים בהקשר למחלתם העיקרית במסגרת מרכז רפואי שבו פועל השירות המתמחה.

שירות רפואי מתמחה הינו שירות רפואי הניתן במרכז רפואי שבו מצויים רמת הידע והניסיון המקצועי בטיפול באחת המחלות, או המצבים הרפואיים שיפורטו להלן:

אי ספיקת כליות כרונית, גושה, המופיליה, טלסמיה, איידס, חולים הזקוקים לטיפול אונקולוגי, חולים לאחר השתלת איבר, תינוקות או ילדים עם נכות התפתחותית קשה המצריכה אבחון וטיפול במסגרת מרכז רפואי ייעודי (כגון PKU).

אם יראה המשרד צורך להוסיף מצבים רפואיים המחייבים טיפול במסגרת שירות רפואי מתמחה - תבוא על כך הודעה מיוחדת.

5. בהסדרי הבחירה שקובעת הקופה, יש להבטיח כי לא תיפגע איכות השירות במטופל, וכי לשיקול הרפואי של טיפול נאות במבוטח יינתן מעמד בכורה.

על קופת החולים להבטיח במידת האפשר, את שמירת רצף הטיפול הרפואי, בעיקר לגבי חולים אשר מחלתם מחייבת מעקב שוטף ותכופ אחר מצבם הרפואי.

6. הגבלות על הסדרי בחירה לא יחולו על פניות דחופות לחדרי מיון בבתי חולים כלליים.

7. בהתקשרות של קופת חולים עם נותן שירותים ובהפניית חבריה לנותן שירותים תפעל קופת חולים ללא הפלייה בין נותני השירותים בתום לב ומשיקולים ענייניים של טובת החבר וטובת כלל חברי קופת החולים (סעיף 31 לחוק).

הקופה תימנע מלהפלות לרעה נותני שירותים שאינם של הקופה או שאינם בשליטת הקופה או בשליטת תאגיד הקשור לקופה.

בחירת נותן שירותים (בהעדר הסדרי בחירה)

המתלונן, תושב כפר סבא, בן 74, קבל לנציבות הקבילות (להלן הנציבות) בתלונה נגד קופת חולים לאומית (להלן הקופה) ואלה פרטי קבילותו:

1. המתלונן, חולה סרטן בדרכי השתן משנת 1974 טופל במשך 25 שנה בבית חולים תל השומר, במחלקה האורולוגית, המתמחה במחלתו, על ידי צוות המכיר אותו ואת מחלתו, ואשר בו הוא בטח והאמין.

2. הטיפולים אותם עבר הקובל כללו לדבריו כימוטרפיה, הקרנות, טיפולים תרופתיים, ניתוחים וניתוחי ליזר. בנוסף, הנ"ל מסר כי עליו להמשיך ולעבור מעקב תקופתי אחת ל-3 חודשים שכולל בדיקת ציסטוסקופיה, לשלילה של התחדשות הפוליפים.

3. המתלונן קבל על כך כי בתקופה האחרונה, למרות שחלה הרעה במצבו, סירבה הקופה לממן את הביקורת ואת הבדיקות שנדרש לעבור בטענה שאין היא חייבת להפנות אותו לבית החולים תל השומר, מכיוון שלטענתה, הוא יכול לקבל את הטיפול אצל האורולוג של הקופה. זאת, למרות שהרופא בבית החולים נתן חוות דעת רפואית, לפיה על המתלונן לקבל את מכלול הטיפולים בבית חולים.

נציבת הקבילות קבעה שהתלונה מוצדקת וזאת **מכל אחת** מן הסיבות כדלקמן:

א. בית חולים תל השומר נמנה על נותני השירותים של הקופה ואילו קופת חולים לאומית לא פרסמה בקרב מבוטחיה את הסדרי הבחירה בין בתי החולים, כנדרש על פי החוק (סעיף 23).

ב. הואיל וניתנה חוות דעת לפיה ראוי כי הטיפול יינתן במסגרת בית חולים הנציבה סברה כי פעולת הקופה איננה עולה בקנה אחד עם הנחיות שר

הבריאות לפיהן מחלות אונקולוגיות נמנו בין המצבים הרפואיים המחייבים טיפול במסגרת שירות רפואי מתמחה ואשר יש לאפשר לחולים בהם לקבל את כל השירותים הרפואיים להם הם נזקקים במסגרת המרכז בו פועל השירות המתמחה.

ג. כאמור לעיל, באותו מקרה דובר בחולה מורכב, אשר הוכר באותה מחלקה מזה זמן רב, ובנוסף לכך, לאחרונה הורע מצבו. בנסיבות אלו, הנציבה סברה כי באי מתן התחייבות לבית חולים תל השומר היה משום פגיעה ברצף הטיפול בחולה, דבר אשר אף הוא, איננו עולה בקנה אחד עם הנחיות השר ואיננו עומד במבחן הסבירות הקבוע בסעיף 3(ד) לחוק.

בעקבות האמור לעיל הודיעה הקופה לנציבות כי הקובל יקבל התחייבות כספית להמשך המעקב והבדיקות, בבית החולים תל השומר.

בחירת נותני שירותים (לפני פרסום הסדרי הבחירה)

המתלוננת תושבת גבעתיים, פנתה לנציבות הקבילות (להלן - "הנציבות") באוגוסט 1998, בקבילה נגד קופת חולים כללית (להלן - "הקופה") בשם אימה, בת 72, ואלה פרטיה:

המתלוננת טופלה במשך כ- 5 שנים בבית חולים "איכילוב". במחלקה האנדוקרינולוגית, המתמחה במחלתה, על ידי צוות המכיר אותה, ואת מחלתה, ואשר בו היא בוטחת. הנ"ל סבלה, בן היתר מהידלדלות עצם ואבנים בכיס המרה והכליות.

1. לפני כשנה הועלה חשד שמקור הבעיות נובע מאחת מבלוטות הפרה - תירואיד והומלץ למתלוננת על ביצוע ניתוח לכריתת הבלוטה. לאחר שנה בה בוצעה סדרה של בדיקות בבית החולים, לצורך איתור הבלוטה, נקבע המועד לניתוח ל-19.8.1998. המתלוננת פנתה לקופה לצורך קבלת התחייבות כספית, ונמסר לה כי לצורך כך עליה לפנות לקופה שבועיים לפני הניתוח. שבועיים לאחר מכן, כאשר פנתה למרפאה בהתאם להנחיה כאמור, היא נענתה, על ידי מוקד של הקופה, בשלילה. בתשובת המוקד נכתב שהניתוח יכול להתבצע בבתי החולים בלינסון או תל-השומר.

2. המתלוננת סירבה לקבל תשובה זו וניסתה לערער עליה. לדבריה, היא פנתה לנציב הפניות של הקופה אשר הפנה אותה לרופא האזורי. לאחר פניות חוזרות לרופא האזורי, ולאחר שהעבירה לידו העתקים

ממסמכים רפואיים הנוגעים לאימה, היא נענתה כי אין בידו להועיל לה.

3. המתלוננת לא ויתרה וניסתה ליצור קשר עם רופא המחוז ועם ראש אגף רפואה של קופת החולים, אולם הדבר לא עלה בידה.

המתלוננת, אשר נאלצה לדחות את מועד הניתוח (ל-13.9.1998), קבלה על סירוב הקופה לספק לאימה את ההתחייבות המבוקשת לבית החולים איכילוב. במועד שנתקבלה הקבילה טרם פורסמו הסדרי הבחירה של קופת חולים כללית. בהתאם לכך, עמדת הנציבה, אשר הייתה ידועה לקופה (לאור ריבוי הקבילות מסוג זה) הייתה כי הקבילה מוצדקת. הנציבה סברה, כי הואיל ובית חולים איכילוב נמנה בין נותני השירותים של הקופה והואיל וקופת החולים לא פרסמה בקרב מבוטחיה את הסדרי הבחירה בין בתי חולים, כנדרש על פי החוק (סעיף 23), על הקופה ליתן למתלוננת התחייבות לבית חולים איכילוב, כמבוקש.

לא למותר הוא לציין כי בנסיבותיו המיוחדות של המקרה היה רק בכדי להוסיף ולחזק את עמדת הנציבה.

לאור האמור הועברה הקבילה להתייחסות הקופה.

במענה לפניית הנציבה, ב-8.9.1998 נשלחה, ישירות למתלוננת, תשובה מנציב פניות הציבור של הקופה אשר העתק ממנה התקבל בנציבות. בתשובה, טענה הקופה כי על פי סעיף 70 לחוק, היא רשאית להמשיך ולפעול על פי הכללים שהיו נהוגים אצלה ערב תחילת החוק, לרבות כללי הפניית מבוטחים אל נותני שירותים עמם היא קשורה. לטענת הקופה, הנהלת המחוז שקלה את מכלול ההיבטים של המקרה והמליצה על ביצוע הניתוח בבתי החולים בלינסון או תל-השומר, כאשר השיקולים תאמו את רוח החוק ואת עקרונות הקופה.

תשובת הקופה למתלוננת נתקבלה בנציבות לאחר ה-9.9.1998, עת פרסמה קופת החולים ברבים את הסדרי הבחירה שלה. יחד עם זאת, הנציבה פנתה בשנית לקופה וציינה כי מאחר וכל הבירורים וההכנות לניתוח, בוצעו בבית חולים איכילוב שם טופלה המתלוננת מזה כ-5 שנים, מן הראוי כי הקופה תאפשר למתלוננת לבצע את הניתוח בבית חולים איכילוב.

במקביל לפנייתה של הנציבה, הודיעה המתלוננת לקופה כי אם לא תונפק לה התחייבות בכוונתה לפנות לבית משפט.

בעקבות האמור הודיעה הקופה, לנציבות כי הונפקה למתלוננת התחייבות כספית, לביצוע הניתוח בבית חולים איכילוב, כמבוקש.

בחירת נותן שירותים- הפריה חוץ גופית

המתלוננת, רווקה, תושבת חיפה, קבלה בפני נציבות הקבילות נגד קופת חולים כללית (להלן-"הקופה") ואלה פרטי הקבילה :

1. המתלוננת פנתה באוקטובר 1998, באישור קופ"ח כללית, לטיפולי הפריה מלאכותית בבית החולים רמב"ם בחיפה.
 2. בחודש דצמבר 1998, הודיעה הקופה למתלוננת כי אינה מאשרת עוד התחייבויות לבית החולים רמב"ם. בתשובה לפנייתיה של המתלוננת הוסבר לה כי נוכח אילוצי התקציב, החליטה קופת החולים להפנות את כל מבוטחיה למתקני הקופה וביכולתה לפנות למרכזי הקופה "לין" ובית החולים "כרמל".
 3. המתלוננת המשיכה את הטיפול בביה"ח רמב"ם באופן פרטי והרתה, אך כעבור כ-7 שבועות נאלצה לעבור הפלה.
 4. בלית ברירה, נענתה המתלוננת לדרישת הקופה ופנתה להמשך הטיפול בבית החולים "כרמל", ועברה שם 4 טיפולי הפריה חוץ גופית ללא כל הצלחה.
 5. עקב גילה המתקדם (39) ולאור הכישלונות בטיפול בבית חולים "כרמל" חזרה ופנתה המתלוננת, באופן פרטי, לבית החולים רמב"ם לקבלת טיפול הפריה חוץ גופית לאחר טיפול נוסף בבית חולים רמב"ם הרתה המתלוננת בשנית (בספטמבר 1999) אך גם הריון זה הסתיים בהפלה טבעית.
 6. בבית החולים רמב"ם, הותוותה למתלוננת תוכנית טפול שאמורה הייתה להתחיל בנובמבר 1998, והיתה כרוכה בעלויות גבוהות.
 7. הקופה סירבה לאשר למתלוננת את הטיפול בבית החולים רמב"ם וחזרה על דרישתה כי המתלוננת תטופל אך ורק במתקני הקופה, "לין" ו"כרמל".
- לאור נסיבות הקבילה ולאור הוראות החוק קבעה נציבת הקבילות כי הקבילה מוצדקת וזאת מהטעמים הבאים :
- א. בעקבות הטיפולים בבית החולים רמב"ם, הרתה הקובלת פעמיים, ואילו ארבעת הטיפולים שבוצעו בבית החולים "כרמל", הסתיימו בלא כל הצלחה.

ב. במיוחד בסוג זה של טיפולים, לאלמנט הנפשי הכרוך בהם וליחסי האמון הנוצרים בין מטפל למטופל, חלק מכריע בהצלחתם ובנסיבות אלו מתן טיפול באיכות סבירה מחייב את המשך הפנייתו של המתלוננת לבית חולים רמב"ם.

ג. הנציבה סבורה כי מחובתה של קופת החולים היה לפרסם ברבים את העובדה ששוב איננה מפנה את מבוטחותיה לטיפול הפריה חוץ גופית ברמב"ם ובכך לאפשר למבוטחות לעבור קופה מבעוד מועד, אם רצונן בכך. לדעת הנציבה העדר פרסום הגבלה גורפת כגון זו אינו עולה בקנה אחד עם הוראת סעיף 23 לחוק.

בעקבות עמדת הנציבה, והתראתה לקופה כי תודיע על עמדתה זו למתלוננת, הודיעה הקופה למתלוננת כי אישרה לה, לפני משורת הדין טיפול בבית החולים רמב"ם, הודגש כי האישור הוא חד פעמי ורק למחזור טיפולי אחד. מטעם הקופה נמסר כי באם יידרש המשך טיפול תופנה המתלוננת לאחד ממתקני הקופה.

הנציבה מצביעה על כך כי הודעת הקופה אינה תואמת את הוראות החוק, וכי טיפול נאות מחייב לאפשר למבוטחת להמשיך את טיפולי ההפריה בבית החולים רמב"ם. לאור תשובת הקופה כאמור, מעקב הנציבות לגבי קבילה זו ימשך.

בחירת נותן שירותים (שמירה על הרצף הטיפולי)

המתלוננת, תושבת אזור המרכז, פנתה בשם אמא לנציבות הקבילות (להלן – "הנציבות"), בקבילה נגד קופת חולים כללית (להלן – "הקופה") ואלה פרטי הקבילה:

1. אם המתלוננת סבלה מסכרת קשה בלתי מאוזנת, לחץ דם גבוה, דלקת פרקים, תת פעילות בלוטת התריס, גלאוקומה ומחלות נלוות נוספות.

2. האם טופלה במשך למעלה משש שנים בבית חולים הדסה עין כרם אצל שני רופאים מומחים. בשל מורכבות תחלואיה ביקרה האם בבית החולים בתדירות של אחת לחודש.

3. בנובמבר 1998, נזקקה המתלוננת להתחייבות כספית נוספת לבית חולים הדסה. באותה תקופה התרופות אשר קיבלה האם לצורך דלקת הפרקים גרמו לפגיעה בכבד ואילו טיפול בסטרואידים אשר ניתן לצורך זה גרם לעליה חדה ברמת הסוכר. ההתחייבות נדרשה מהקופה לצורך אשפוז עליו הוחלט בבית חולים הדסה על מנת להחליף את הטיפול

ולהביאה לאיזון תרופתי, תחת פיקוחו של הרופא המומחה המטפל בה. להפתעתה, הקופה סירבה להנפיק לה התחייבות זו, והיא הופנתה לבית חולים קפלן.

4. המתלוננת מסרה כי אימה מסרבת לפנות לבית חולים קפלן בו איבדה את אמונה וזאת בין היתר, מן הנימוקים הבאים :

א. אל אישפוז האחרון בהדסה הופנתה האם מבית חולים קפלן כאשר הרופא אשר טיפל בה בבית חולים קפלן ביקש את עזרתם של המומחים בהדסה להביא לאיזון הסכרת.

ב. בשנת 1995 אושפזה האם בבית חולים קפלן ולאחר עשרה ימי אשפוז הוחלט להעבירה לבית חולים הדסה. לאחר העברתה, לדבריה, מתחו הרופאים בהדסה, ביקורת קשה ביותר על הטיפול אשר קיבלה בבית חולים קפלן.

המתלוננת קבלה על סירוב הקופה להפנותה להדסה וטענה כי בנסיבות המתוארות אין זה סביר כי יקטע הטיפול בהדסה ואין זה אנושי להפנות את אימה לבית חולים קפלן, דבר הגורם לאם לחרדה.

הנציבה העבירה לקופה את הקבילה בציינה כי הדברים מדברים בעד עצמם. בתשובה לפניית הנציבה, קופת החולים אכן הנפיקה למתלוננת התחייבות כספית למועד המבוקש, אך ציינה ש"לאחר האשפוז האמור, יוחלט בדבר הצורך הרפואי בהמשך הטיפול בבי"ח הדסה, וזאת על סמך תיעוד רפואי שתמציא המתלוננת לרופא המטפל בה בקופ"ח".

בינואר 1999, נזקקה אם המתלוננת להתחייבות כספית חוזרת לצורך ביקורת ושוב נתקלה בסירוב. המתלוננת שבה ופנתה לנציבות הקבילות והבהירה בשנית את מורכבות מצבה של אימה ואת הנסיבות אשר הביאו לטיפול בהדסה ולכך שהאם מסרבת לפנות לבית חולים קפלן. המתלוננת טענה כי גם בהפנייה לאסף הרופא יש בכדי לפגוע באם, משום שלאחר שש שנים של טיפול רצוף ותדיר, שרשרת ארוכה של החלפת תרופות ומינונים, ושמירה על איזון תרופתי עדין, אין זה סביר כי יחלו מחדש בדיקות וטיפולים אצל גורם אחר.

הנציבה פנתה בשנית לקופה ומסרה כי במידה והנטען באמת יסודו, סירוב הקופה איננו סביר בעליל ומן הדין כי תינתן למתלוננת ההתחייבות המבוקשת. לפנייתה, הנציבה נענתה טלפונית כי הקופה עומדת בסירובה. המתלוננת, אשר חששה כי אמה תיוותר ללא טיפול פנתה לבית חולים אסף הרופא. להפתעתה, מצאה המתלוננת כי באותה תקופה, מבין שני המומחים אליהם בקשה לפנות בבית החולים אסף הרופא, אחד נפטר והשני נמצא תחת עומס כבד ביותר ונאמר לה כי תוכל לקבל תור רק לעוד מספר חודשים. הנציבה שבה ופנתה לקופה תוך

ציון העובדות אלו. בעקבות פנייתה השניה של הנציבה הונפקה למתלוננת התחייבות כספית. במכתב אשר נתקבל מן הקופה נאמר כי הדבר נעשה "לפנים משורת הדין ובאופן חד פעמי".

במרץ 1999 שוב נזקקה אם המתלוננת להתחייבות כספית להדסה. נמסר, כי מצב דלקת הפרקים של האם החמיר ולאור תחלואיה הרבים היה קושי רב באיזונה התרופתי. הרופא המטפל המליץ על מעקב הדוק בבית החולים הדסה לרבות מעקב תכוף אחר ספירות הדם וזאת לאור חשש לפגיעה בתפקוד של מח העצם. על אף האמור תשובת הקופה הייתה שלילית. המתלוננת פנתה לנציבות וביקשה כי יוסבר לה מה עליה לעשות על מנת לקבל ההתחייבות ועל מנת שיינתן לאימה אישור של קבע להמשך הטיפול בבית החולים הדסה, וימנעו מאבקים חוזרים המתישים ופוגעים באימה החולה.

הנציבה קבעה את הקבילה כמוצדקת ולאור סירובה הנמשך של הקופה ניתן למתלוננת נייר עמדה אשר בו פורטו טעמיה לקביעתה זו כדלהלן:

א. לאור מורכבות תחלואיה של החולה והיותה מטופלת זמן רב ובאופן רצוף ותדיר בבית חולים הדסה, שמירה על רצף הטיפול מחייבת את הפנייתה לבית חולים הדסה.

ב. מבלי לקבוע דבר באשר לאמיתות הטענות בגין שוב אין הקובלת נותנת אמונה בבית חולים קפלן, יש לקבל את סירוב החולה להיות מטופלת בבית חולים זה ולו על רקע ההשפעה הנפשית שיש לכך עליה ואין זה סביר לאלצה להיות מטופלת שם. הנציבה הפנתה את הקופה לחוזר מנכ"ל מספר 2/1999 מיום 12 בינואר 1999 לפיו: "במקרים בהם יש לחולה נימוק סביר מדוע איננו יכול לקבל שירות רפואי בהתאם להסדרי הבחירה שקבעה הקופה והוא מעוניין לפנות לספק שירות אחר יש לאפשר לו זאת"

ג. לדעת הנציבה בנסיבות הקבילה כפי שתוארו לעיל פעולת הקופה איננה עולה בקנה אחד עם הנחיות השר להסדרי בחירה ואינה עומדת במבחן הסבירות. הנציבה הצביעה על כך כי בהתאם לחובת הקופה לפי סעיף 3(ד) לחוק ליתן טיפול "באיכות סבירה" עליה להפנות את החולה לבית חולים הדסה.

בסוף חודש מאי, לאחר שנמסרה למתלוננת עמדת הנציבה הועבר לנציבות הקבילות העתק ממכתב של הממונה על פניות הציבור במחוז המרכז לפיו לצורך הביקורת בחודש מרץ, ניתנה למתלוננת התחייבות להדסה. נכתב, כי ההתחייבות ניתנה "...מפאת קוצר הזמן עד למועד ההזמנה לבית חולים הדסה... על מנת לקבל מידע רפואי מעודכן ובכדי לקבוע מדיניות המשך הטיפול והמעקב" עוד נכתב כי "בדיון נוסף שנערך בהנהלת המחוז לא נמצאה הצדקה

רפואית לאשר המשך מעקב במסגרת בית חולים "הדסה" ירושלים, יחד עם זאת ניתן להפנותה לפרופסור... בביה"ח קפלן עם המידע הרפואי המעודכן לטיפול. לגבי המשך הטיפול והמעקב בראומטולוגיה הנהלת המחוז תמשיך לאשר בכדי לא לפגוע ברצף הטיפול".

באמור במכתב הנ"ל לא היה בכדי לשנות את עמדתה של האם ואת עמדת הנציבה, לפיה הקבילה מוצדקת. יצויין כי **ככלל** הנציבה סבורה שאין זה סביר ואף לא עולה בקנה אחד עם הנחיות השר, להפנות מבוטחים לטיפול מסויים בבית חולים אחד המתמחה במחלתם, ולבית חולים שני לטיפול אחר; וכי יש לאפשר למבוטחים לקבל את כל השירותים הרפואיים להם הם נזקקים באותו מרכז רפואי מתמחה. למותר לציין כי במקרה מורכב זה העמדה האמורה אך מוסיפה לרשימת הטעמים לכך שהקבילה מוצדקת.

במעקב אשר בוצע על ידי הנציבות אחר המשך הטיפול במתלוננת נמצא כי הקופה הפסיקה לחלוטין את מתן ההתחייבויות לחולה לבית חולים הדסה. המתלוננת מסרה כי אימה נואשה מלהאבק ופנתה לבית חולים אסף הרופא. בבית חולים זה, הוחל מחדש בסידרה של בדיקות וטיפולים ובין היתר ניתנו המלצות לטיפול אשר לדבריה, סותרות חוות דעת אשר ניתנו בהדסה. המתלוננת סיפרה כי לאור האמור, מצב האם הולך ומתדרדר.

למרות קביעת הנציבה, עמדה הקופה בסירובה עד ליום סגירת הדוח. מעקב הנציבות בנושא זה יימשך.

בחירת נותן שירותים (התמחות מיוחדת)

המבוטחת תושבת מרכז הארץ, בת 49, פנתה לנציבות הקבילות (להלן- "הנציבות") בדצמבר 1998 בתלונה נגד קופ"ח כללית (להלן-"הקופה") ואלה פרטי התלונה:

1. המתלוננת עברה בדיקת ממוגרפיה, עקב ממצא של גוש בשד השמאלי ובעקבות הבדיקה הוחלט על ביצוע ביופסיה.
2. המתלוננת סיפרה כי לפני מספר שנים עברה ניתוח ראש תחת הרדמה כללית ונתגלו קשיים בשלב ההתעוררות מההרדמה.
3. עקב עברה, הומלץ בהכנה לניתוח כי תעבור את הביופסיה בהרדמה מקומית.
4. בקבילתה טענה המתלוננת כי בבתי החולים אליהם נשלחה על ידי

הקופה, אין מבצעים בדיקה ניתוחית זו בהרדמה מקומית. לאור זאת, ביקשה המתלוננת קבלת התחייבות כספית לביצוע הבדיקה בבית חולים הדסה עין כרם, שם היו מוכנים לבצע את הביופסיה בהרדמה מקומית.

המתלוננת קבלה על כך כי על אף האמור קופת חולים מסרבת להנפיק את ההתחייבות לבית חולים הדסה

לאור נסיבות המקרה קבעה נציבת הקבילות כי התלונה מוצדקת. הנציבה פנתה לקופה והצביעה על כך כי:

א. בית החולים הדסה נמנה עם נותני השירותים של הקופה.

ב. ניתוח תחת הרדמה מלאה היווה סיכון עבור המתלוננת, ועל כן, נזקקה להרדמה מקומית.

ג. בית החולים היחיד אשר היה מוכן לבצע את ניתוח הביופסיה בתנאים אלו, היה בית חולים הדסה.

לאור האמור אישרה הקופה את ביצוע הביופסיה, בבית החולים הדסה עין כרם, כמבוקש.

הנציבה מצביעה על כך קבילה זו ודומותיה מורות על החלת הסדרי הבחירה באופן נוקשה וללא בדיקה מספקת של הנסיבות בכל מבוטח ומבוטח.

3. רישום וחברות בקופות החולים

שיוך תינוק לקופת חולים

המתלוננת, תושבת מזרח ירושלים, פנתה לנציבות הקבילות (להלן "הנציבות"), באמצעות רכזת פניות העמותה של "רופאים לזכויות אדם" (להלן - "הרכזת"), ואלה פרטי התלונה:

המתלוננת תושבת ישראל, אם חד הורית המתגוררת בבית הוריה בירושלים, מבוטחת בקופת חולים כללית (להלן - "הקופה").

1. ב-21.7.1998 ילדה המתלוננת בן, ומיד לאחר הלידה פנתה למוסד לביטוח לאומי בבקשה לקבלת קצבת ילדים וביטוח בריאות, אך עד

לקבילתה בנציבות הקבילות טרם נרשם התינוק על ידי המוסד לביטוח לאומי כזכאי לשירותי בריאות.

2. בנה של המתלוננת אשר נולד כפג, נזקק, לדברי הרכזת, "לניתוח אשר כל עיכוב בביצועו עלול לגרום לו לנזק מוחי".

3. הקובלת ביקשה את התערבותה הדחופה של הנציבה בעניין שיוך בנה של המתלוננת לקופת חולים כללית, על מנת לאפשר קבלת התחייבות כספית מהקופה, לביצוע הניתוח הדרוש.

4. בטרם היה סיפק בידי עובדי הנציבות לברר את הקבילה לאשורה, הגיעה פנייה טלפונית בהולה נוספת, מהרכזת, ממנה עלה כי מצבו הרפואי של התינוק החמיר באופן פתאומי, והוא הובהל לחדר המיון, שם הוסכם לקבל את התינוק לטיפול ראשוני בחדר המיון, אך הוא לא ינותח בטרם תתקבל התחייבות כספית לניתוח, מהקופה.

מבירור מידי שנערך עם המוסד לביטוח לאומי, התברר כי לתינוק הונפק מספר מזהה, אך הוא לא היה רשום בקובץ הבריאות כחבר בקופת חולים.

בהתאם לסעיף 4(ב) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי רשאי שר הבריאות לשייך תושב, שאיננו רשום כחבר בקופת חולים, לקופת חולים. סמכות זו הואצלה לנציבת הקבילות.

לאור נסיבות המקרה הפעילה נציבת הקבילות את סמכותה, ושייכה את התינוק לקופת חולים, שיוך רטרואקטיבי ליום היוולדו.

הנציבה מצביעה על כך שמניעת טיפול רפואי במהלך בירור הזכאות לתושבות יוצרת בעיה אנושית קשה, במיוחד במקרים בהם נשקפת סכנה לחיים, לא כל שכן, לחיי ילדים.

לדעת הנציבה יש למצוא פתרון הולם לכל אותם מקרים, מתוך ההבנה כי התוצאות של אי מתן טיפול רפואי הינן בלתי הפיכות.

שיוך תינוקות מאומצת לקופת חולים

המתלוננים, קבלו לנציבות הקבילות (להלן – "הנציבות") ואלו פרטי הקבילה:

1. המתלוננים, שהיו נשואים למעלה מעשר שנים ללא ילדים, אימצו תינוקת מגואטמלה בהיותה בת חודשיים. המתלוננים נאלצו לשהות

בחוו"ל במשך 7 חודשים, לצורך השלמת הליכי האימוץ. במהלך תקופה זו אושפזה התינוקת פעמיים, בשל אי ספיקת לב.

2. מיד עם הגיעם ארצה פנו המתלוננים בבקשה לרשום את התינוקת במשרד הפנים, ולהנפיק לה מספר תעודת זהות, וכן לרשום אותה כחברה בקופת חולים כללית (להלן – "הקופה").

3. מספר ימים לאחר הגיעם ארצה, חלתה התינוקת בזיהום חריף בשריר הלב. מאחר וטרם הושלמו ההליכים לרישומה במשרד הפנים לא ניתן היה לרשום את התינוקת כחברה בקופת חולים, והמתלוננים נאלצו לקחת אותה לרופא פרטי לבדיקה. לאחר בדיקתה הופנתה התינוקת לאשפוז בהול בבית חולים רמב"ם בשל סכנה לחייה, וזאת למרות, שכאמור, המשפחה לא היתה זכאית עדיין לקבל התחייבות כספית לכיסוי הוצאות האשפוז.

4. ב-19.11.1997, הנפיק משרד הפנים מספר תעודת זהות לתינוקת, וקבע את מעמדה כ"אזרחית - תושבת זמנית" עד אשר יסתיימו תהליכי האימוץ. למרות היותה "אזרחית - תושבת זמנית", ולמרות שהונפק לה מספר מזהה במוסד לביטוח לאומי, לא נקלט מספרה של התינוקת במחשבי קופות החולים.

5. מצבה הבריאותי של התינוקת החמיר והיא אושפזה פעמיים נוספות ב"מחלקת לב ילדים" בבית חולים רמב"ם. מאחר ושמה של התינוקת טרם הופיע במסופי הקופה, לא הייתה הקופה יכולה לרשום את התינוקת כחברה בה, ולכן סירבה להנפיק התחייבויות כספיות עבור האשפוזים. כתוצאה מכך נותרו המתלוננים עם חובות האשפוז, בסך 40,000 ש"ח.

מיד עם קבלת הקבילה, בחודש אפריל 1998, ערכה הנציבות בדיקה מקיפה עם המוסד לביטוח לאומי, ממנה עלה כי התינוקת שויכה לקופת חולים כללית מיום היוולדה.

לאור ממצאי הבירור קבעה נציבת הקבילות שהקבילה מוצדקת, וכי על הקופה לממן את אשפוזיה של התינוקת, זאת, למרות שקליטתה במחשב התעכבה בשל אופן הרישום של תינוקות בכלל, ושל תינוקות מאומצים בפרט, ולמרות שהקופה לא קיבלה את הכספים המגיעים לה עבור התינוקת על פי חוק.

על פי קביעתה זו, פנתה נציבת הקבילות, לנציב פניות הציבור של הקופה בבקשה לבירור עניין רישומה של התינוקת לקופה, ולהסדרת מימון אשפוזיה וטיפוליה של התינוקת. ביום 14.6.1998, הוחלט על ידי מנהלת המחלקה לזכויות חברים וגבייה של הקופה, שמאחר והתינוקת שויכה לקופת חולים מיום היוולדה יונפקו

התחייבויות כספיות עבור אשפוזה.

שיוך רטרואקטיבי של עולה לקופת חולים

המתלוננת, עולה חדשה, קבלה לנציבות הקבילות (להלן – "הנציבות") כנגד קופת חולים כללית (להלן – "הקופה"), ואלו פרטי התלונה:

1. המתלוננת, הועברה באמבולנס ישירות משדה התעופה, מייד עם הגיעה ארצה כעולה חדשה, ביום 3.9.1998.

2. המתלוננת, פנתה לקופת חולים כללית בבקשה להחזר הוצאות האמבולנס. אולם נענתה בשלילה. נמסר למתלוננת כי היא אינה זכאית לקבלת החזר הוצאות האמבולנס, שכן היא נרשמה כחברה בקופת חולים כללית רק ביום 11.9.1998.

3. המתלוננת הוכרה על ידי המוסד לביטוח לאומי כתושבת מדינת ישראל החל מיום עלייתה ארצה, קרי 3.9.1998, ובהתאם נדרשה לשלם מס בריאות החל מאותו תאריך.

המתלוננת פנתה לנציבות הקבילות בבקשה לשייכה לקופת חולים כללית ממועד עלייתה ארצה.

בירור התלונה העלה את הממצאים הבאים:

המתלוננת הוכרה על ידי המוסד לביטוח לאומי, כתושבת מדינת ישראל, החל מיום עלייתה ארצה, ולפיכך היתה זכאית לקבלת שירותי בריאות בהתאם לחוק, החל מאותו מועד.

בהתאם לתקנה 9 לתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (רישום בקופות חולים ונהלי מעבר) התשנ"ה – 1985, ומכוח הסמכות אשר הואצלה לנציבה לשייך תושבים לקופות חולים, שייכה הנציבה את המתלוננת, באופן רטרואקטיבי למועד עלייתה ארצה, לקופת חולים כללית, וקבעה כי תלונתה מוצדקת, וכי על קופת חולים כללית לממן את עלות ההסעה באמבולנס.

קופת חולים כללית התנגדה לשיוך זה של הנציבה, למרות ששיוכה של המתלוננת בקופת החולים, החל מיום 3.9.1998, נרשם על ידי המוסד לביטוח לאומי.

שיוך עולה חדשה שנפטרה (לבקשת בית חולים)

הפונה, בית חולים, פנה לנציבות הקבילות (להלן – "הנציבות"), ואלו פרטי התלונה:

1. ביום 27.9.1998 הגיעה ארצה בגפה, עולה חדשה מרוסיה, בת 59. בטרם עלה בידה להירשם כחברה בקופת חולים, אושפזה בבית החולים, ושם נפטרה ביום 10.10.1998.

2. בית החולים פנה לנציבות הקבילות בבקשה לשייך את נפטרת לקופת חולים, לאחר מותה.

בירור שערכה הנציבות עם המוסד לביטוח לאומי העלה כי, למרות שהנפטרת היתה תושבת מדינת ישראל מיום עלייתה ארצה, ולפיכך זכאית לביטוח בריאות בהתאם לחוק, לא ניתן לשייכה לקופת חולים, מאחר והמוסד לביטוח לאומי אינו יכול לרשום כחבר בקופת חולים, תושב אשר נפטר.

לאור הברור הודיעה הנציבה לבית החולים כי אין ביכולת לשייך את הנפטרת לקופת חולים, ומכיוון שלנפטרת לא היתה כל משפחה, נותר נטל עלות אשפוז על בית החולים.

שיוך עולה חדשה שנפטרה (לבקשת קרוב משפחה)

המתלונן, אלמון, עולה חדש, קבל לנציבות הקבילות (להלן – "הנציבות"), ואלו פרטי הקבילה:

1. המתלונן ואישתו, זוג עולים חדשים, הגיעו לארץ ב-17.9.1998 באוניה. במהלך ירידתם מהאוניה חשה האישה ברע, רופא האוניה הגיש לה עזרה ראשונה, והזמין עבורה אמבולנס של טיפול נמרץ אשר לקח אותה לבית חולים בחיפה.

2. כעבור 13 שעות נפטרה האישה.

3. ביום 9.10.1998 קיבל המתלונן דרישת תשלום חשבון מבית החולים, על סך של 8,984 ש"ח, בגין אשפוז אישתו המנוחה. באותו המועד היה המתלונן חבר בקופת חולים מכבי.

4. המתלונן, קבל על כך שהקופה סירבה לבקשתו לממן את חוב האשפוז של אישתו המנוחה, וזאת בשל כך שהאישה לא נרשמה כחברה בקופה

טרם מותה.

מכיוון שהנפטרת היתה תושבת ישראל מרגע ירידתה מן האוניה, פנתה נציבת הקבילות למוסד לביטוח לאומי לברור הקבילה. הנציבה הדגישה כי "זו דוגמא נוספת לבעיה חוזרת שאנו נתקלים בה, לפיה, כאשר נפטר אדם אשר מסיבה כל שהיא אינו משוייך לקופת חולים – אין הביטוח הלאומי מסוגל לשייכו והמשפחה נותרת עם החוב.

כאן המצב חמור עוד יותר – מדובר בעולה חדשה אשר לא הספיקה להירשם לקופת חולים ונפטרה. מובן כי היא היתה זכאית לקופת חולים מרגע עלותה ארצה ועד ליום מותה. מאחר ומשפחתה נרשמה לקופת חולים מכבי, ההיגיון היה אומר שאשייך אותה לקופת חולים מכבי רטרואקטיבית, כפי שסוכם עם קופת חולים מכבי לגבי אנשים חיים. אולם במקרה זה, מאחר ונמחקה מקובץ הבראות, לא ניתן לבצע זאת."

מהברור עלה כי, למרות שהנפטרת היתה זכאית לביטוח בריאות בהתאם לחוק המועד אשפוז, לא ניתן לשייכה לקופת חולים, מאחר והמוסד לביטוח אומי אינו מסוגל לרשום חבר בקופת חולים, תושב אשר נפטר.

לאור הברור הודיעה הנציבה לאלמן כי אין ביכולת לשייך את הנפטרת לקופת החולים, ומכיוון שכך אין אפשרותה לחייב את קופת החולים בתשלום בגין האשפוז של אשתו המנוחה, וכי על כן, משרד הבריאות פועל למציאת פתרון למקרים מסוג זה.

החזר הוצאות רפואיות לאחר 1.4.1999-

המתלוננת, תושבת צפון הארץ, בת 28, בהריון, פנתה לנציבות הקבילות בחודש נובמבר 1999, בתלונה ואלה פרטיה:

1. המתלוננת, נישאה לתושב מדינת ישראל, והגיעה עמו ארצה ביום 11.7.1999.

2. בסוף חודש אוגוסט, חשה המתלוננת, בכאבים בבטן העליונה, בחילות,

הקאות וחולשה כללית, והובהלה לחדר מיון. לאחר שעברה בדיקות, שוחררה המתלוננת לביתה.

3. ביום 14.9.1999 ניגשה המתלוננת למוסד לביטוח לאומי, בצירוף המסמכים המתאימים, ושם נמסר לידיה טופס המצהיר על כך שהיא נחשבת כתושבת המדינה, מיום כניסתה לישראל, וכן נמסר לה מספרה המזהה. עוד נאמר למתלוננת להמתין לאישורו של המשרד הראשי של המוסד לביטוח לאומי, בירושלים.

4. בחודש אוקטובר 1999, נרשמה המתלוננת ברשות הדואר, לקופת חולים מכבי.

5. בתחילת חודש נובמבר 1999 הגיעו למתלוננת המסמכים הרשמיים של המוסד לביטוח לאומי, המודיעים לה על ההכרה בתושבותה, החל מחודש יולי 1999, וכן על הצורך להירשם בדואר לאחת מקופות החולים. בעקבות זאת שילמה המתלוננת את מס הבריאות, רטרואקטיבית, ליום תחילת תושבותה, הוא יום כניסתה לארץ.

6. כאשר פנתה המתלוננת לקופת החולים אליה נרשמה, לצורך קבלת החזר עבור התשלום ששילמה בחדר המיון, נאמר לה כי היות והיא לא היתה חברה בפועל בקופה בתאריך הנדון, לא תחזיר לה הקופה את ההוצאה.

המתלוננת פנתה לנציבות לבירור זכויותיה.

בירור הפנייה העלה כי בהתאם לחוק על כל תושב לשלם דמי ביטוח בריאות למוסד לביטוח לאומי, וכן חלה החובה על כל תושב להירשם לקופת חולים. עם זאת אין החוק קובע תלות בין החובה לשלם את מס הבריאות, לחובה להירשם לקופת החולים בפועל.

כתוצאה מכך חייבת היתה המתלוננת לשלם את מס הבריאות, החל מיום ההכרה בה כתושבת המדינה, אך בהתאם לחוק אין היא רשאית להירשם לקופת החולים באופן רטרואקטיבי.

לאור כך הודיעה הנציבה למתלוננת כי בהתאם לסעיף 3א(3)(א) לחוק תהיה המתלוננת זכאית להגיש לועדה, אשר תוקם על פי החוק, בקשה, לקבלת החזר בגין הוצאותיה הרפואיות אותם הוציאה בטרם נרשמה לקופת החולים בפועל.

הנציבה יידעה את המתלוננת כי הועדה הנדונה טרם הוקמה, וכי עם הקמתה תיידע אותה הנציבה בדבר הדרך לפנות לועדה.

שיוך עציר לקופת חולים

הפונה, קצינת מבחן למבוגרים בנתניה, פנתה ביום 8.2.1999 לנציבות הקבילות (להלן – "הנציבות"), ואלו פרטי התלונה:

1. לבית מעצר בכלא תל-מונד הגיע עציר, אשר לא היה רשום כחבר בקופת חולים.
 2. במהלך הדיון בעניינו של הנ"ל הוצע על ידי שרות המבחן כי העציר ישובץ בתהליך טיפולי לאנשים המשתמשים בסמים, במסגרת קהילה טיפולית.
 3. לצורך המשך הדיון, ביקש בית המשפט כי יוגש תזכיר קצין מבחן בעניינו של העציר. על מנת להשלים את הליך המבחן היה על העציר לעבור בדיקות רפואיות שונות, אשר בהעדרן לא יוכל להתקבל לכל מסגרת טיפולית.
 4. הפונה ביקשה כי הנציבות תשייך את העציר לקופת חולים, על מנת שיוכל לעבור את הבדיקות המתאימות. עוד הודיעה הפונה לנציבות כי העציר מעוניין להשתייך לקופת חולים כללית.
- לאור נסיבות המקרה, ובתוקף הסמכות שהואצלה על נציבת הקבילות על ידי שר הבריאות, שייכה הנציבה את העציר לקופת חולים כללית.

ביטול העברה שגויה של ילד מקופת חולים אחת לשניה

המתלונן, תושב רמת גן, קבל ביום 24.5.1999, לנציבות הקבילות (להלן – "הנציבות"), ואלו פרטי התלונה:

1. המתלונן רשום כחבר בקופת חולים מכבי, ואילו אישתו רשומה כחברה בקופת חולים לאומית. לבני הזוג ילד הרשום כחבר בקופת חולים מכבי

2. עם לידתו של ילדם השני, פנו המתלונן ואישתו לרשות הדואר, ורשמו אותו ביום 12.2.1999 כחבר בקופת חולים מכבי. לאחר הרישום פנה המתלונן לקופת חולים מכבי, קיבל עבור בנו כרטיס חבר מגנטטי, ואף רשמו כחבר ב"מכבי מגן".

3. ביום 24.5.1999, פנה המתלונן לרופא הקופה, על מנת שזה יבדוק את בנו, אשר אמור היה לעבור ניתוח. להפתעת המתלונן, מבדיקה במחשבי הקופה עלה כי בנו נגרע מרשימת החברים בקופת חולים מכבי, ונרשם כחבר בקופת חולים לאומית.

4. המתלונן פנה לנציבות בבקשה דחופה לשייך את בנו בחוזר לקופת חולים מכבי, על מנת שזה יוכל לעבור את הטיפולים הרפואיים להם נזקק בדחיפות. כמו כן המציא המתלונן לנציבות העתק משובר רישומו של בנו בדואר.

לאור נסיבות המקרה פנתה נציבות הקבילות עוד באותו היום, בדחיפות, למוסד לביטוח לאומי, לברור הקבילה. בעקבות הפנייה ברר המוסד לביטוח לאומי את נושא רישום בנו של המתלונן בקופת חולים, ועוד באותו היום תוקן הרישום על מחשבי הקופה, ובנו של המתלונן שב להיות חבר בקופת חולים מכבי מיום היוולדו.

בעקבות טיפול הנציבות בקבילה, התאפשר לילדו של המתלונן לקבל את הטיפול הרפואי הדחוף, עוד באותו היום.

ביטול מעבר מקופת חולים אחת לאחרת

הפונה, תושבת חדרה, פנתה לנציבות הקבילות (להלן – "הנציבות"), ואלו פרטי הפניה:

1. הפונה, שהיתה חברה בקופת חולים לאומית, התגוררה במשך שמונה שנים בקצרין. בשנת 1999 עברה הפונה להתגורר בחדרה, ובמקביל ביקשה להירשם כחברה בקופת חולים מאוחדת, בה היתה חברה בטרם עברה לקצרין.
 2. הפונה סבלה בעבר מהריונות קשים, ונותחה חמישה ניתוחים קיסריים. בכל הריונותיה טופלה הפונה על ידי אותה רופאה של קופת חולים לאומית.
 3. במועד הרישום בדואר לא ידעה הפונה כי היא בהריון. משנודע לפונה כי היא בהריון ביקשה לבטל את המעבר מיועד לקופת חולים מאוחדת, אך משניגשה לדואר התברר לה כי המועד לביטול המעבר, עבר, וכי אין באפשרותה לבטל את המעבר המיועד ל1.1.2000, והיא תוכל לחזור לחברותה בקופת חולים לאומית רק כעבור שנה.
 4. הפונה פנתה לנציבות הקבילות בבקשה לבטל את המעבר המיועד לקופת חולים מאוחדת. הפונה הדגישה כי היא נמצאת בהריון המסכן את חייה, היא רוכשת אמון מלא לרופאה אשר טיפלה בה בעבר בכל יתר הריונותיה בהצלחה מרובה, וכי החלפת הרופאה לרופא חדש באמצע ההריון יכול לסכן אותה.
- בנסיבות המקרה ראתה הנציבה הצדקה רפואית, וביטלה את המעבר המתוכנן ליום 1.1.2000 של הפונה לקופת חולים מאוחדת.

ביטול מעבר מקופת חולים אחת לאחרת

- הפונה, תושבת ישוב במרכז הארץ, פנתה לנציבות הקבילות (להלן – "הנציבות"), ואלו פרטי הפניה:
1. הפונה ובעלה ביקשו לעבור מחברות בקופת חולים כללית לחברות בקופת חולים מכבי, בהיותם תושבי לוד, ולפיכך נרשמו בדואר למעבר לקופת חולים מכבי, אשר היה אמור להיכנס לתוקף החל מיום 1.7.1999.
 2. הפונה נכנסה להריון בחודש נובמבר 1998, וביום 10.5.1999 עברו הפונה ובעלה להתגורר בישוב בו מצויה מרפאה של קופת חולים כללית בלבד.
 3. הפונה היתה רשאית לבטל את המעבר הצפוי עד ליום 30.4.1999, אך הפונה לא היתה מודעת לאפשרות זו, ומכתב הקופה המודיעה על כך

הגיעה רק לאחר התאריך הנ"ל.

4. הפונה פנתה לנציבות הקבילות בבקשה לבטל את המעבר הצפוי לקופת חולים מכבי.

בנסיבות המקרה, ראתה הנציבה הצדקה רפואית ואדמיניסטרטיבית, וביטלה את מעברם הצפוי של הפונה ובעלה לקופת חולים מכבי, וחברותם בקופת חולים כללית נשאר על כנו.

העברת קטין מקופת חולים אחת לאחרת

הפונה, עובדת סוציאלית של עיריית רחובות, פנתה ביום 13.7.1999, לנציבות הקבילות (להלן - "הנציבות"), ואלו פרטי הפניה:

1. בטיפול של הפונה היה מצוי קטין אשר הוריו התגרשו לפני שנים רבות. הקטין היה נתון במשך השנים למשמורת אמו, אך ביום 18.3.1998 הוציא בית משפט לענייני משפחה צו המעביר את המשמורת על הקטין לידי האב.

2. הקטין היה רשום כל השנים, ביחד עם אמו, כחבר בקופת חולים כללית, ואילו אביו של הקטין חבר בקופת חולים מאוחדת.

3. עם העברת המשמורת על הקטין ביקש האב לרשום את בנו כחבר בקופת חולים מאוחדת, אך מברור שערך ברשות הדואר נמסר לו כי יוכל לעשות כן רק לאחר שהאם תחתום על טופס ויתור.

4. אמו של הקטין סירבה לחתום על טופס הויתור, ולכן פנתה הפונה לנציבות, בצרפה את צו בית המשפט המעביר את המשמורת על הקטין לידי האב, וביקשה כי הנציבה תעביר את חברותו של הקטין מקופת חולים כללית לקופת חולים מאוחדת.

לאור נסיבות המקרה ראתה הנציבה הצדקה בביטול חברותו של הקטין בקופת חולים כללית, ורישומו כחבר בקופת חולים מאוחדת, החל מיום 20.7.1999.

אי הענות לבקשה להעברה מקופה לקופה.

הפונה, תושב ירושלים, פנה לנציבות הקבילות (להלן - "הנציבות"), ואלו פרטי

הפניה :

1. הפונה חבר בקופת חולים כללית, ואילו אישתו הינה חברה בקופת חולים מאוחדת, וכך גם כל ילדיו.

2. הפונה ביקש לצרפו מיידית לקופת חולים מאוחדת, על מנת שיוכל להנות משירותיה.

לאור נסיבות הפנייה הודיעה הנציבה לפונה כי לא מצאה כל הצדקה להעבירו מיידית לקופת חולים מאוחדת, וכי יש באפשרותו לפנות לרשות הדואר, בהתאם למועדים הקבועים בחוק, ולהירשם למעבר לקופת חולים מאוחדת.

ביטול העברת קטין שנעשתה במרמה

המתלונן, תושב חולון, קבל לנציבות הקבילות (להלן – "הנציבות"), כנגד קופת חולים כללית (להלן – "הקופה"), ואלו פרטי התלונה :

1. בשנת 1996, בעת שהמתלונן היה קטין, הוחתם המתלונן, שלא כחוק, מחוץ למשרדי משרד הרישוי בחולון, על טפסי מעבר לקופת חולים כללית.

2. מספר חודשים לאחר מכן התגייס המתלונן לצה"ל, ובמהלך שירותו הצבאי המלא קיבל את מלוא השירותים הרפואיים מחיל הרפואה.

3. עם שיחרורו מצה"ל התברר למתלונן כי בעקבות חתימתו האמורה הופסקה חברתו בקופת חולים מכבי, והוא רשום כחבר בקופת חולים כללית.

4. המתלונן פנה לנציבת הקבילות בבקשה לאפשר לו לשוב ולהיות חבר בקופת חולים מכבי, בה היה חבר כל ימי חייו.

לאור נסיבות התלונה מצאה הנציבה הצדקה לשייך את המתלונן לקופת חולים מכבי.

שיוך רטרואקטיבי של תושבת חוזרת

המתלוננת, קבלה ביום 21.4.1998, לנציבות הקבילות (להלן - "הנציבות"), כנגד המוסד לביטוח לאומי, ואלו פרטי התלונה:

1. המתלוננת, אשר התגוררה מספר שנים בחו"ל, שבה לארץ כתושבת חוזרת בשנת 1990.
 2. מאז חזרתה לארץ היתה המתלוננת מבוטחת בביטוח בריאות באמצעות בעלה, ורשומה כחברה בקופת חולים כללית.
 3. ביום 21.4.1998, בעת שהמתלוננת פנתה למרפאת הקופה לקבלת טיפול רפואי, התברר למתלוננת כי חברותה בקופה נגרעה, רטרואקטיבית.
 4. המתלוננת פנתה לנציבות בתלונה כי גריעתה מחברותה בקופה הינה שגויה, וביקשה כי הרישום יתוקן, ותושב לה חברותה בקופת חולים כללית.
- לאחר בירור נסיבות המקרה מצאה הנציבה הצדקה לשייך את המתלוננת לקופת חולים כללית, רטרואקטיבית.

פרק שביעי

נתונים מספריים והתפלגותם בשנים 1998-1999

1. סיכום הנתונים על מספר הקבילות, ההשגות ותוצאות בירורן

בפרק זה יוצגו נתוני הקבילות וההשגות שנתקבלו ונתבררו בתקופת הדוח תוך ניתוח ודיון במגמות העולות מהן.

בניתוח משמעות התפלגותן של הקבילות נגד קופות החולים הובאו בחשבון הן משקלה של כל קופת חולים בכלל הנפשות המבוטחות (נתון זה מהווה את הבסיס לחישובי הקפיטציה), והן משקלה של כל קופה לאחר מתן ביטוי להרכב הגילאים השונה בכל קופה (מספר נפשות מתוקננות). להלן נתונים המפרטים התפלגות זאת:

V. לוח מס' 2

קבילות שהוגשו נגד הקופות בהשוואה למשקלן לפי נוסחת הנפשות מתוקננות
לשנים 1997-1999

1999		1998		1997		הקו פה
הקבילות	החלוקה לפי נ.מ.*	הקבילות	החלוקה לפי נ.מ.*	הקבילות	החלוקה לפי נ.מ.*	

ב- %	במספרי ם	ב- %	ב- %	במספרים	ב- %	ב- %	I	ב- %	
68.8	1,963	62.8	66.7	1,531	63.7	53.7	532	64.6	
11.9	340	19.4	14.6	336	18.7	18.2	180	18.0	מכבי
11.6	331	9.1	11.5	263	9.1	15.1	149	9.1	לאומית
7.7	220	8.7	7.2	165	8.5	13.0	129	8.3	מאוחדת
100.0	2,854	100.0	100.0	2,295	100.0	100.0	990	100.0	סה"כ

*נ.מ. = נפשות מתוקננות

מהנתונים בולט כי משקלה של קופת חולים כללית, ובמידה פחותה יותר אף משקלה של קופת חולים לאומית, במספר הנפשות המתוקננות, עולה על משקלן במספר הנפשות המבוטחות, ואילו משקלן של קופות החולים מכבי ומאוחדת במספר הנפשות המתוקננות נמוך ממשקלן על פי מספר הנפשות המבוטחות. משמעות הדבר, כי בעיקר בקופת חולים כללית, ובמידה פחות משמעותית, אף בקופת חולים לאומית, ישנו ריכוז גבוה יותר של

מבוטחים מעל גיל 65, בעוד שבקופות חולים מכבי ומאוחדת הרכב המבוטחים צעיר יותר. ראה לוח 2 המשקף את משקלה של כל קופת חולים, בסך כל הקבילות שהוגשו, לעומת משקלה במספר הנפשות המתוקננות, וראה לוח 3 ותרשים מס' 1, המציגים את מספר הקבילות ל-10,000 נפשות מתוקננות, שהוגשו נגד כל קופה:

.VIII

.IX

.X

.XI

.XII

.XIII

.XIV

.XV

.XVI

.XVII

.XVIII

.XIX

.XX

.XXI

.XXII

.XXIII

.XXIV

.XXV

.XXVI

.XXVII

.XXVIII

.XXIX

.XXX

.XXXI

.XXXII לוח מס' 3

קבילות שהוגשו נגד הקופות מחויבות ל-10,000 נפשות מתוקננות
1997-1999

1999		1998		1997		<u>הקופה</u>
תלונות ל-10,000 איש	החלוקה לפי נ.מ.	תלונות ל-10,000 איש	החלוקה לפי נ.מ.	תלונות ל-10,000 איש	החלוקה לפי נ.מ.	
4.9	3,999.9	3.9	3,938.5	1.4	3,882.2	שרותי בריאות כללית
2.8	1,232.8	2.9	1,156.2	1.7	1,078.4	מכבי שרותי בריאות
5.7	580.9	4.7	564.9	2.7	546.1	לאומית
4.0	554.6	3.1	528.1	2.6	497.9	מאוחדת
4.5	6,368.2	3.7	6,187.7	1.6	6,004.6	<u>סה"כ</u>

בתקופת הדוח, לאחר דיונים ומפגשים שיזמה הנציבה עם נציגי הפניות בקופות החולים השונות, נקבע איפיון קבילות משותף, מתוך מגמה ליצור מינוח אחיד הן לנציבות הקבילות והן לקופות החולים השונות, לצורך הגברת ההבנה בין הגופים המטפלים בקבילות הציבור. בכדי לאפשר השוואה בין הנתונים על נושא הקבילות שטופלו על ידי נציבות הקבילות בתקופת הדוח, לבין הנושאים

שטופלו בשנת 1997, אופיינו מחדש הנושאים שהוצגו בשנת 1997, והותאמו לאיפיון החדש שנקבע.

מאחר ובתקופת הדוח (במיוחד בשנת 1998) מספר ההשגות שהגיעו לנציבות לגבי רישום לקופת חולים היה כה גדול, הצגה נכונה של קבילות המבוטחים לגבי החוק והוראותיו, חייבה הפרדה בין הנתונים לגבי ההשגות על רישום לקופות החולים לבין קבילות הנוגעות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כולל סל השירותים ורשימת התרופות שעל פיו. על כן יובאו הנתונים לגבי שתי קבוצות אלו בנפרד:

בשנת 1998 התקבלו בסך הכל 33,397 קבילות והשגות בכתב, מהם 3,016 קבילות ופניות בכתב לגבי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, סל השירותים ורשימת התרופות, ו- 30,381 השגות בכתב על רישום לקופות חולים.

בשנת 1999 התקבלו בסך הכל 8,818 קבילות והשגות בכתב, מהם 3,464 קבילות ופניות בכתב לגבי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, סל השירותים ורשימת התרופות, ו- 5,353 השגות בכתב על רישום לקופות חולים.

א. סיכום הנתונים על קבילות ותלונות בנושא החוק והסל

שנת 1998

סך הכל נתקבלו במהלך שנה זו 3,016 קבילות, מתוכן 2,295 קבילות המהוות 76% מסך כל הקבילות, הופנו נגד קופות החולים, ויתרתן נגד מוסדות וגופים אחרים (משרד הבריאות, המוסד לביטוח לאומי, בתי חולים ואחרים).

התפלגות הקבילות שנתקבלו במהלך שנת 1998 נגד קופות החולים היא כדלקמן:

1,531 קבילות היו נגד קופת חולים כללית, 336 נגד קופת חולים מכבי, 263 היו נגד קופת חולים לאומית ו-165 קבילות היו נגד קופת חולים מאוחדת (ראה טבלה מס' 1).

מנתונים אלו עולה שמספר הקבילות הרב ביותר, באופן יחסי למספר המבוטחים היה נגד קופות החולים לאומית וכללית לפי סדר זה, ואילו מספר הקבילות הנמוך ביותר באופן יחסי למספר המבוטחים היה נגד קופות החולים מכבי ומאוחדת לפי סדר זה. לא נמצא הבדל במגמה זו גם מניתוח הנתונים לפי הנפשות המתוקננות.

סך כל הקבילות לטיפול בשנת 1998, הסתכם ב-3,484 קבילות ופניות בכתב, מתוכן 3,016 שהתקבלו במהלך השנה, ו-468 שהטיפול בהן החל בשנת 1997 ונמשך גם במהלך שנה זו. מסך כל הקבילות אשר טופלו במהלך השנה הסתיים הטיפול ב-1,982 קבילות.

מתוך הקבילות שהטיפול בהן הסתיים בשנת 1998, 1,006 קבילות נקבעו כמוצדקות, 428 קבילות נקבעו כלא מוצדקות, ו-261 קבילות לא מוצדקות נוספות, סווגו בקטגורית משנה נפרדת" קבילות אשר לא ניתן להענות להן) "ראה טבלה מס' 6). כמו כן, היו 64 פניות שמטרתן היתה בירור מידע (מבלי שהיה בהן נילון), או שהמידע שצויין בהן לא היה מספיק בכדי לקבוע האם הקבילה מוצדקת או לא, ועל כן הן סווגו בקטגוריה של" אין תוצאה". "לגבי 223 קבילות נוספות, נמצא כי הטיפול לא היה בסמכות הנציבה, ועל כן הן הופנו לגורמים המתאימים. מאחר וכך, מטבע הדברים לא ידוע האם הן היו מוצדקות או לא.

אחוז הקבילות שנמצאו מוצדקות בשנת 1998 היה 51%, אחוז הקבילות שנמצאו לא מוצדקות היה 36%, ואחוז הקבילות אשר לא נקבע בהן אם הן מוצדקות או לא היה 13%.

שנת 1999

במהלך שנת 1999 נתקבלו בנציבות 3,465 קבילות, מתוכן, 2,854 קבילות המהוות 82%, היו נגד קופות החולים, והיתר היו נגד

מוסדות וגופים אחרים) משרד הבריאות, המוסד לביטוח לאומי, בתי חולים ואחרים).

התפלגות הקבילות שנתקבלו במהלך שנת 1999 נגד קופות החולים היא כדלקמן:

1,962 קבילות היו נגד קופת חולים כללית, 340 נגד קופת חולים מכבי, 331 היו נגד קופת חולים לאומית ו-221 קבילות היו נגד קופת חולים מאוחדת (ראה טבלה מס. 9).

מנתונים אלו עולה, שמספר הקבילות הרב ביותר, באופן יחסי למספר המבוטחים, היה באופן משמעותי, נגד קופת חולים לאומית, ואחריה נגד קופת חולים כללית, ואילו מספר הקבילות הנמוך ביותר, באופן יחסי למספר המבוטחים היה באופן משמעותי, נגד קופת חולים מכבי ואחריה נגד קופת חולים מאוחדת. לא נמצא הבדל במגמה זו גם מניתוח הנתונים לפי הנפשות המתוקננות.

סך כל הקבילות שטופלו על ידי נציבות הקבילות בשנה זו מסתכם ב-4,967 קבילות ופניות בכתב, מתוכן 3,465 קבילות התקבלו במהלך שנת 1999, ו-1,502 קבילות שהטיפול בהן החל בשנים הקודמות ונמשך גם במהלך שנה זו. מתוך סך כל הקבילות אשר טופלו במהלך השנה, הסתיים הטיפול ב-3,953 קבילות.

מתוך הקבילות שהטיפול בהן הסתיים בשנה זו, 1,532 קבילות נקבעו כמוצדקות, 1,008 קבילות נקבעו כלא מוצדקות ו-748 נקבעו כ"קבילות אשר לא ניתן להענות להן" (ראה טבלאות מס' 15 ו-16). כמו כן, היו 261 קבילות שמטרתם היתה בירור מידע (ללא שהיה בהם נילון), או שהמידע שצויין בהם לא היה מספיק בכדי לקבוע האם הקבילה מוצדקת או לא, ועל כן הן סווגו בקטגוריה של "אין תוצאה", ו-404 קבילות הוגדרו כקבילות אשר הטיפול בהן אינו בסמכות הנציבה ועל כן הופנו לגורמים המתאימים, ולא נקבע האם הן מוצדקות או לא.

אחוז הקבילות שנמצאו מוצדקות בשנת 1999 היה 40%. אחוז הקבילות שנמצאו לא מוצדקות היה 43%, ואחוז הקבילות אשר לא נקבע בהן אם הן מוצדקות או לא היה 17%.

ב. סיכום הנתונים לגבי השגות של המבוטחים על רישום

לקופות החולים

שנת 1998

בשנת 1998 מתוך סך כל הקבילות שהופנו לנציבות, 30,381 היו השגות של מבוטחים על רישומם לקופת חולים, והטיפול ב-28,447 מההשגות הסתיים בקבלת ההשגה על ידי נציבת הקבילות, מתוקף הסמכות שהואצלה עליה על פי סעיף 5(ב) לחוק. 1,934 ההשגות הנותרות היו השגות שסורבו על ידי הנציבה, מכיוון שרישומם בוצע באמצעות הדואר ולא נמצאה סיבה רפואית או מנהלית מוצדקת לקבלתן.

ההשגות לגבי הרישום לקופת חולים התפלגו בין קופות החולים כדלקמן:

6,908 היו השגות לגבי רישום לקופת חולים כללית, 1,260 היו השגות לגבי רישום לקופת חולים מכבי, 8,185 היו השגות לגבי רישום לקופת חולים לאומית ו-12,079 השגות היו לגבי רישום לקופת חולים מאוחדת (ראה תרשים מס' 2).

מהנתונים עולה שבאופן משמעותי, מספר ההשגות הרב ביותר היה נגד קופת חולים מאוחדת, ואילו הנמוך ביותר היה נגד קופת חולים מכבי.

שנת 1999

מסך כל הקבילות שהופנו לנציבות בשנת 1999, 5,353 היו השגות של מבוטחים על רישומם לקופת חולים, הטיפול ב-2,637 השגות הסתיים בקבלתן על ידי נציבת הקבילות, מתוקף הסמכות שהואצלה עליה על פי סעיף 5(ב) לחוק. בין המשיגים אשר השגתם התקבלה היו חיילים אשר רישומם בוצע טרם גיוסם לצבא בתקופת המחטפים, מבוטחים אשר חלו במהלך המתנתם למעבר לקופה החדשה והחלו טיפול רפואי בקופת החולים שעמדו לעזוב, מבוטחות שנכנסו להריון תוך כדי ההמתנה למעבר לקופת החולים החדשה, ואשר בקשו שלא לעבור לקופה המיועדת, בכדי שלא יאלצו להחליף את רופא הנשים, ובכך לשבור את הרצף הטיפולי, מבוטחים שעברו לגור באיזור אשר אין בו סניף של קופת החולים בה היו חברים וכו'.

2,716 השגות סורבו על ידי הנציבה, מכיוון שרישומם בוצע באמצעות הדואר ולא נמצאה סיבה רפואית או מנהלית מוצדקת לקבלתן.

התפלגות ההשגות לגבי הרישום לקופת חולים הייתה כדלקמן:

806 השגות היו לגבי רישום לקופת חולים כללית, 431 השגות היו לגבי רישום לקופת חולים מכבי, 701 השגות היו לגבי רישום לקופת חולים לאומית, ו-689

השגות היו לגבי רישום לקופת חולים מאוחדת (ראה תרשים מס' 2).

מהנתונים עולה שמספר ההשגות הרב ביותר, באופן יחסי למספר המבוטחים, היה נגד קופות החולים לאומית ומאוחדת, ואילו מספר ההשגות הנמוך ביותר, באופן יחסי למספר המבוטחים, היה נגד קופות החולים כללית ומכבי, לפי סדר זה.

2. נתונים על התפלגות הקבילות

להלן ההגדרות על פיהן סווגו הקבילות:

א. סל השרותים - בקטגוריה זו נכללו:

1. החזרים כספיים וסיוע במימון
קבילות לגבי תשלומים שנקבעו באמצעות הסדרי הגבייה, אשר אושרו לקופות עבור ביקורים במרפאות חוץ, רופאים ומכונים, ובגין צריכת תרופות. כמו כן, קבילות לגבי גביית יתר עבור תרופות (ביניהם תשלומים של 50% מעלות התרופה). בנוסף, בקטגוריה זו נכללו קבילות לגבי אי מתן החזרים כספיים עבור פנוי באמבולנס, פניה לחדר מיון, ביקורי בית של רופאים וכדומה, וכן בקשות לפטורים והנחות עבור ביטוח בריאות.

2. מכשור ואביזרים
קבילות לגבי אי מימון של אביזרים ומכשירים רפואיים שונים, ובקשות לעזרה בקבלת מימון עבורם. בין האביזרים והמכשירים אשר המבוטחים התלוננו על חסרונם ניתן למצוא בין היתר עדשה תוך עינית, סד למפרקי לסת, משתל כוכליאר, תותבים, מכשירי הזנה, מכשירי הנשמה כגון CPAP וכדומה.

3. עזרה בקבלת אישפוז
קבילות לגבי סירוב לממן אישפוזים, בין היתר לצורך הפריה חוץ גופית, ניתוחים שונים, כולל ניתוחים פרטיים וקוסמטיים וכו'.

4. עזרה בקבלת בדיקות
קבילות נגד קופות החולים ונגד משרד הבריאות בדבר סירוב לממן בדיקות מסויימות. מרבית הקבילות היו על אי מתן התחייבות כספית (טופס 17) לביצוע בדיקות בבתי חולים. הבדיקות אשר לגביהם הרבו המבוטחים להתלונן היו: בדיקות גנטיות, בדיקות קרדיולוגיות, בדיקות מי שפיר, בדיקות M.R.I. וכדומה.

5. עזרה בקבלת טיפול

קבילות לגבי סירוב לממן טיפולים שונים כגון הפריה חוץ גופית, טיפולים בהתפתחות הילד, טיפולים היפרבריים, טיפולי לייזר וכו'.

6. עזרה בקבלת אישורים ומידע

בקשות לעזרה בקבלת אישורים רפואיים ומסמכים, וכן לקבלת מידע לגבי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, סל שירותי הבריאות, ניתוחים בחו"ל וכו'.

7. עזרה בקבלת תרופות

קבילות לגבי אי מתן תרופות הכלולות בסל, לרבות תלונות בדבר סירוב הקופות לממן תרופות או מזון תרופתי, אשר נרשמו למבוטחים על ידי רופא הקופה או רופאי בתי החולים, מהנימוק שאינם כלולים בסל התרופות שבחוק, וכן תלונות בדבר החלפת תרופות וכו'.

ב. טיפול מנהלי - בקטגוריה זו נכללו:

1. בחירת נותן שירותים - אישפוז

2. בחירת נותן שירותים - מרפאות ומכונים

הקבילות בקטגוריות 1 ו-2, התייחסו לסירובן של קופות החולים לממן את קבלת הטיפול לו זכאים המבוטחים על פי חוק, במוסד רפואי על פי בחירתו של המבוטח.

XXXIII. 3. זמן המתנה

XXXIV. קבילות על משך הזמן אותו נאלצו המבוטחים להמתין עד

לקבלת השירות הרפואי.

4. חוסר שירות

מיעוט שעות רופא, סגירת מרפאות בימי ו', העדר מרפאה בישובים, סגירת מרפאות, העדר רופא, ביטול טיפולי בית וכו'.

5. פגיעה בזכויות החולה

אי שמירה על סודיות רפואית, אי מתן תיק רפואי, אי מתן מידע, סירוב למתן טיפול, תשלומי יתר עבור צילום מסמכים וכו'.

ג. חברות בקופת חולים - בקטגוריה זו נכללו:

1. חסרי קופת חולים

קבילות של תושבים, עולים, עצירים, ו"לא תושבים", אשר לא היו רשומים כחברים בקופת חולים, חיילים משוחררים ואסירים לשעבר, שהקפאתם לא בוטלה על ידי המוסד לביטוח לאומי.

2. מעבר מקופה לקופה

קבילות הקשורות למעבר מקופה לקופה, למעט השגות המבוטחים על רישומם לקופת חולים אחרת בה לא רצו להיות, וקבילות על אי מתן טיפול רפואי בתקופה בה המתונו מבוטחים למעברם לקופה החדשה, על העברת ילדים מקופה לקופה בגלל בעיה מחשובית של המוסד לביטוח לאומי, טעויות בדואר וכו'.

3. תשלום מס בריאות

קבילות לגבי תשלומי מס הבריאות (הסיווג קיים לצורך איפיון ורישום נכון של הקבילות אולם הנושא איננו בסמכות הנציבה).

ד. התנהגות - בקטגוריה זו נכללו:

קבילות לגבי התנהגות לא נאותה ואי שמירה על כבודו של המבוטח, וכן קבילות על גרימת עגמת נפש.

ה. איכות טיפול מקצועי - בקטגוריה זו נכללו:

קבילות לגבי טיב הטיפול של רופאים, אחיות, פסיכולוגים, ומטפלים פארה-רפואיים, אשר בירורן העלה חשד לכאורה לרשלנות רפואית ו/או עבירה משמעתית, הועברו לטיפולו של הממונה על תלונות הציבור.

ו. שירותי בריאות נוספים (ביטוח משלים) - בקטגוריה זו נכללו:

קבילות לגבי סירוב לקבלת מבוטחים לביטוחים המשלימים מנימוקים בריאותיים, הפרת הזכויות המובטחות במסמכי

החובות וזכויות או בתקנונים, צירוף מבוטחים ללא הסכמתם, משך זמן האכשרה, וכו'.

ז. **הצעות חוק** - בקטגוריה זו נכללו:

הצעות ורעיונות לשינוי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ושיפורו, כולל הכנסת רפואת שיניים לחוק, ביטול ההשתתפות עבור שירותי בריאות ותרופות, וכן הצעות לקביעת מספר רב יותר של מועדים למעבר מקופה לקופה.

ח. **רשויות אחרות** - בקטגוריה זו נכללו:

קבילות שהטיפול בהן הועבר לרשויות אחרות.

להלן ההגדרות על פי הן סווגו תוצאות הטיפול בקבילות:

א. **מוצדקת** - בקטגוריה זו נכללו:

קבילות על מעשה ו/או מחדל המהווים הפרה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותקנותיו.

ב. **אינה מוצדקת** - בקטגוריה זו נכללו:

קבילות אשר לא הצביעו על מעשה ו/או מחדל המהווים הפרה של הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותקנותיו.

ג. **לא ניתן להענות** - בקטגוריה זו נכללו:

קבילות בדבר שירותים או תרופות אשר אינם כלולים בסל, נכללות בקטגוריה של תלונות אשר אינן מוצדקות. עם זאת, לצורך ביצוע מעקב אחר תרופות ושירותים אשר ציבור המבוטחים הלך על חסרונם, קבילות אלו סווגו בקטגורית משנה זו.

הנציבה סבורה כי הפרדה זו הינה ראויה גם מאחר ומדובר באינטרס לגיטימי מובהק של המבוטחים.⁶¹

⁶¹ אמנם בהתאם לסעיף 41 לחוק מבקר המדינה תוצאת בירור קבילה על ידי נציב קבילות הציבור הנה "מוצדקת" או "לא מוצדקת" יחד עם זאת יש לציין כי בהתאם לסעיף 46 לחוק

ד. אין תוצאה - בקטגוריה זו נכללו :

קבילות שונות לגביהן לא נקבעה תוצאה פניית אשר מעצם מהותן הן ללא נילון (כגון בקשות לקבלת מידע), קבילות אשר בוטלו לבקשת המתלונן, קבילות אשר נתקבלו ללא מידע מספיק ולא נתקבל מידע נוסף מן המתלונן וכו'.

ה. לא בסמכות הנציבה - בקטגוריה זו נכללו :

קבילות אשר על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אינן בסמכות הנציבה כגון: קבילות נגד הביטוח המשלים (עד אמצע שנת 1999), לגבי בקשות לקבלת טיפולים רפואיים בחוץ לארץ, תאונות עבודה (בסמכות המוסד לביטוח לאומי), רשלנות רפואית (בסמכות הממונה על תלונות הציבור).

להלן ההגדרה של משך הטיפול בקבילות:

הקטגוריה "משך הטיפול" משקפת את משך הטיפול בקבילה במוסדות נגדם הוגשו הקבילות. מדידה זו אינה כוללת את משך זמן הטיפול בקבילה בנציבות הקבילות.

א. נתוני שנת 1998

טבלה מס' 1

התפלגות הקבילות שנפתחו בשנת 1998 לפי נושא הקבילה ולפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות

בטבלה זו מובאים נתונים לגבי התפלגות הקבילות לפי המוסד נגדו הוגשו, והנושאים שעלו בקבילות במהלך שנה זו.

מהנתונים המוצגים בטבלה עולה כי 76% מהקבילות שהגיעו לנציבות הקבילות היו נגד קופות החולים השונות.

מסך כל הקבילות שהוגשו בשנה זו, 60% התייחסו לסל השירותים על פי החוק. 17% מהקבילות התייחסו לטיפול המנהלי, כשעיקרן נגעו בנושא בחירת נותן שירותים, ו19% התייחסו לנושא החברות בקופות החולים (עיקרן של קבילות אלו הופנו נגד המוסד לביטוח לאומי).

טבלה מס' 1(א)

פירוט התפלגות הקבילות בשנת 1998 בנושא סל השירותים.

בטבלה זו הוצגה התפלגות משנה של הקבילות בנושא סל השירותים, המלמד, כי 33% מהקבילות בנושא זה, היו בנוגע להחזרים כספיים, 28% בנוגע לעזרה בקבלת תרופה, ו-23% מהקבילות בנוגע לעזרה בקבלת טיפול.

יש לציין כי הנתונים בטבלה זו המתייחסים לקופות החולים השונות, הוצגו הן במספרים מוחלטים והן על בסיס מספר הקבילות ל-10,000 נפשות מתוקננות, וזאת כדי להביא בחשבון את גודל הקופה ואת הרכב הגילאים של מבוטחיה.

ניתוח הנתונים על בסיס הנפשות המתוקננות מציג התפלגות תלונות כדלקמן:

בנושא החזרים כספיים, מספר הקבילות הגבוה ביותר ל-10,000 מתוקננות היה נגד קופת חולים לאומית (1.15), בעוד מספר הקבילות הנמוך ביותר בנושא זה, היה נגד קופת חולים מכבי (0.47). יש לציין כי באחוז הקבילות שנקבעו כמוצדקות, לא היה הבדל משמעותי למעט בקופת חולים מכבי.

בנושא עזרה בקבלת תרופה, מספר הקבילות הגבוה ביותר, היה נגד קופות החולים לאומית וכללית (1.04 ו-0.97 בהתאמה), ואילו נגד קופות החולים מכבי ומאוחדת מספר הקבילות היה נמוך באופן משמעותי.

מבין הקבילות שהתייחסו לנושא עזרה בקבלת טיפול, מספר הקבילות הגבוה ביותר היה נגד קופת חולים מכבי (1.16), (יש לציין שמירב הקבילות בנושא זה, התייחסו לבקשה לעזרה בקבלת טיפולי הפריה חוץ גופית), בעוד מספר הקבילות הנמוך ביותר בנושא זה היה נגד קופת חולים כללית.

טבלה מס' 1(ב)

פירוט התפלגות הקבילות בשנת 1998 בנושא הטיפול המנהלי

בטבלה זו, המפרטת בפירוט משנה את התפלגות הקבילות בנושא הטיפול המנהלי, הוצגו הקבילות נגד קופות החולים השונות, על בסיס מספר קבילות ל-10,000- נפשות מתוקננות. ניתוח נתוני הטבלה מלמד כי עיקר הקבילות (כ-77%) התייחסו לבחירת נותן שירותים, כאשר מספר הקבילות הרב ביותר היה נגד קופת חולים כללית (0.79) ואילו מספר הקבילות הנמוך ביותר היה נגד קופת חולים מכבי (0.22).

טבלה מס' 1 (ג)

פירוט התפלגות הקבילות בשנת 1998 בנושא חברות בקופת חולים

בטבלה זו מובאות רק אותן הקבילות אשר התייחסו לחסרי קופת חולים, אשר חלקם היו תושבים וחלקם לא היו תושבים. הסמכות לקביעת התושבות נתונה ביד המוסד לביטוח לאומי ועל כן, קבילות אלו סווגו נגד מוסד זה.

סוגיית המעבר מקופה לקופה, מובאים בטבלה זו נתונים בדבר קבילות של מבוטחים אשר נמנע מהם טיפול עקב היותם מועמדים למעבר מקופה לקופה, וכן נתונים בדבר קבילות של הורים בגין העברת ילדיהם לקופה בה לא היו חברים.

הנתונים לגבי ההשגות על המעבר מקופה לקופה מובאים בנפרד ומוצגים בתרשימים 3, 4 ו-5 ובטבלה מס' 24.

טבלה מס' 2

דוח סיכום קבילות פתוחות/סגורות לשנת 1998 לפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות

טבלה זו מציגה את סך כל הקבילות שטופלו בנציבות הקבילות בשנה זו, לפי המוסד נגדו הוגשו, ואת הקבילות שהטיפול בהם הסתיים במשך שנה זו, במספרים מוחלטים ובאחוזים.

הנתונים מצביעים על כך, כי במשך שנה זו, הסתיים הטיפול ב-92% מהקבילות נגד המוסד לביטוח לאומי ונגד מוסדות אחרים, וב-71% מהקבילות נגד בתי החולים. לעומת זאת בקבילות שנגד קופות

החולים, הסתיים הטיפול במשך שנה זו, רק ב-62%-42% מהקבילות, כשאחוז הגבוה ביותר של קבילות שהטיפול בהן הסתיים היה בקופת חולים מכבי (62%) והנמוך ביותר היה בקופת חולים מאוחדת (42%).

טבלה מס' 3

דוח סיכום קבילות פתוחות/סגורות לשנת 1998 לפי נושא הקבילה

מעיון בטבלה זו עולה כי בשנת 1998 טופלו בנציבות הקבילות 468 קבילות שנוותרו פתוחות משנת 1997, 3,016 - קבילות שנפתחו במהלך שנת 1998. הטיפול הסתיים ב-57% מקבילות אלו, ונוותרו לטיפול 43% מהקבילות, דהיינו 1,502 קבילות.

חשוב לציין שבמהלך שנה זו, טופלו ונסגרו בנוסף לקבילות אלה, 30,381 השגות (קבילות בנושא מעבר מקופה לקופה). נתונים אלה מוצגים בתרשימים מס' 1 ו-2.

טבלה מס' 4

התפלגות הקבילות שהטיפול בהן הסתיים בשנת 1998
לפי נושא הקבילה ולפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות

ניתוח הנתונים המובאים בטבלה זו מלמד ש-53% מהקבילות שהטיפול בהם הסתיים בשנה זו התייחסו לנושא סל השירותים. 29% מהקבילות נגעו לחברות בקופות החולים, שעיקרן הופנה נגד המוסד לביטוח לאומי, אשר ניהול קובץ הבראות נמצא באחריותו ו-13% עסקו בסוגיית הטיפול המנהלי.

טבלה מס' 5

התפלגות הקבילות שבהן הטיפול הסתיים בשנת 1998 לפי משך הטיפול והמוסד נגדו הוגשה הקבילה

הנתונים בטבלה זו מצביעים שהטיפול ב-78% מהקבילות נגד המוסד לביטוח לאומי (שכאמור התייחסו בעיקר לסוגיית החברות בקופות החולים), וב-76% מהקבילות נגד קופת חולים לאומית, הסתיים תוך חודש ימים.

לעומת זאת, רק ב-48% מהקבילות נגד קופת חולים מאוחדת וב-31% מהקבילות נגד בתי החולים, הסתיים הטיפול תוך חודש ימים.

ב-6% בלבד, מהקבילות נגד המוסד לביטוח לאומי, ארך הטיפול 3 חודשים ויותר, בעוד שב-25% מהקבילות נגד קופת חולים מאוחדת, וב-35% מהקבילות נגד בתי חולים, ארך הטיפול שלושה חודשים ויותר.

חשוב לציין שטבלה זו מציגה את משך הטיפול הממוצע, אולם אין בה בכדי להעיד על איכות התשובות.

טבלה מס' 6

התפלגות הקבילות שבהן הטיפול הסתיים בשנת 1998 לפי משך הטיפול ונושא הקבילה

מנתוני טבלה זו עולה כי הטיפול ב-65% מסך כל הקבילות הסתיים בתוך חודש, ואילו ב-15% מהקבילות ארך הטיפול 3 חודשים ויותר.

מניתוח הנתונים עולה כי בנושא החברות בקופות חולים, העוסק במבוטחים אשר לכאורה נותרו ללא זכאות לשירות רפואי, ואשר על כן קבילתם דורשת טיפול דחוף, אכן הסתיים הטיפול ב-78% מהקבילות בתוך חודש, ורק ב-7% מהקבילות בנושא זה, ארך הטיפול שלושה חודשים ויותר.

בנושא שירותי בריאות נוספים ורשויות אחרות, רק ב-50% מהקבילות הסתיים הטיפול בתוך חודש. יש לציין כי מספרם המוחלט של הקבילות בנושאים אלה, היה נמוך מאוד, ועל כן מתחייבת זהירות בהסקת מסקנות. יחד עם זאת, הניסיון מלמד שנושאים אלה הנם מורכבים, והטיפול בהם דורש משך זמן בירור ארוך יותר.

טבלה מס' 7

התפלגות הקבילות בהן הטיפול הסתיים בשנת 1998
לפי המוסד נגדו
הוגשה

[illegible]

התפלגות המשנה של נתוני הטבלה מראה כי 65% מהקבילות נגד המוסד לביטוח לאומי סווגו כמוצדקות, בעוד 12% בלבד מהקבילות נגד משרד הבריאות, ו-31% מהקבילות נגד בתי החולים, סווגו כמוצדקות (ביחס לבתי החולים, מספר הקבילות הכולל הוא נמוך, ועל כן יש להתייחס בזירות להתפלגות הקבילות באחוזים).

בהתפלגות הקבילות נגד קופות החולים השונות, לא נמצא הבדל משמעותי בין הקופות השונות, 45%-60% מהקבילות סווגו כמוצדקות ו-20%-27% כלא מוצדקות.

עוד מלמדים נתוני הטבלה כי 54% מהקבילות נגד בתי החולים, ו-31% מהקבילות נגד משרד הבריאות, היו קבילות אשר אינן בסמכות הנציבה, אם משום שקבלו נגד חוקים ותקנות אשר נקבעו על ידי הכנסת וועדותיה, ואם משום שעסקו לכאורה ברשלנות רפואית ועבירות משמעת, אשר אינן בסמכות הנציבה.

טבלה מס' 8

התפלגות הקבילות בהן הטיפול הסתיים בשנת 1998

מהנתונים עולה כי 60%-70% מהקבילות אשר התייחסו לטיפול מנהלי, חברות בקופת חולים והתנהגות, היו מוצדקות. לעומת זאת,

רק 41% מהקבילות אשר התייחסו לסל השירותים, היו מוצדקות. עם זאת, לא ניתן להתעלם מכך שבנושא סל השירותים 24% מהקבילות ביטאו אינטרס לגיטימי של המבוטחים וסווגו בקטגורית המשנה של "קבילות אשר לא ניתן להענות להן".

ב. נתוני שנת 1999

טבלה מס' 9

התפלגות הקבילות שנפתחו בשנת 1999
לפי נושא הקבילה ולפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות

[illegible]

טבלה מס' 9(א)

פירוט התפלגות הקבילות בשנת 1999 בנושא סל השירותים.

בטבלה זו מוצגת התפלגות משנה של הקבילות בנושא סל השירותים בשנת 1999, המלמדת כי 43% מהקבילות בנושא זה, נגעו להחזרים כספיים, 24% עסקו בעזרה בקבלת תרופה, ו-16% מהקבילות התייחסו לעזרה בקבלת טיפול.

יש לציין כי הנתונים בטבלה זו, המתייחסים לקופות החולים השונות, הוצגו הן במספרים מוחלטים והן על בסיס מספר קבילות ל-10,000 נפשות מתוקננות, וזאת כדי להביא בחשבון את גודל הקופה ואת הרכב הגילאים של מבטחיה.

ניתוח הנתונים על בסיס הנפשות המתוקננות מציג התפלגות קבילות

כדלקמן: בנושא החזרים כספיים, מספר הקבילות הגבוה ביותר ל-10,000 מתוקננות היה נגד קופת חולים לאומית (1.79), בעוד מספר הקבילות הנמוך ביותר בנושא זה, היה נגד קופת חולים מכבי (0.95).

בנושא עזרה בקבלת תרופה, מספר הקבילות הגבוה ביותר, היה נגד קופות החולים לאומית וכללית (1.36 ו-0.99 בהתאמה), ואילו נגד קופות החולים מכבי ומאוחדת מספר הקבילות היה נמוך באופן משמעותי.

מבין הקבילות שהתייחסו לנושא עזרה בקבלת טיפול, מספר הקבילות הגבוה ביותר היה נגד קופות חולים מאוחדת ולאומית (0.76 ו-0.72 בהתאמה) ואילו נגד קופות החולים כללית ומכבי, מספר הקבילות היה נמוך באופן משמעותי.

יש להביא בחשבון כי בשנה זו, אחוז הקבילות המוצדקות נגד קופת חולים לאומית, היה הנמוך ביותר.

טבלה מס' 9(ב)

פירוט התפלגות הקבילות בשנת 1999 בנושא הטיפול המנהלי

טבלה זו מפרטת פירוט משנה של התפלגות הקבילות בנושא הטיפול המנהלי, כאשר נתוני הקבילות נגד קופות החולים השונות הוצגו על בסיס מספר קבילות ל-10,000 נפשות מתוקננות. ניתוח הנתונים על בסיס זה מלמד כי עיקר הקבילות (71%) התייחסו לבחירת נותן שירותים, כאשר מספר הקבילות הרב ביותר היה נגד קופת חולים כללית (0.88) ואילו מספר הקבילות הנמוך ביותר היה נגד קופת חולים מכבי (0.23).

טבלה מס' 9(ג)

פירוט התפלגות הקבילות בשנת 1999 בנושא חברות בקופת חולים

בטבלה זו מובאים הנתונים בדבר הקבילות אשר התייחסו לחסרי קופת חולים, שחלקם היו תושבים וחלקם לא היו תושבים. הסמכות לקביעת התשובות נתונה ביד המוסד לביטוח לאומי ועל כן, קבילות אלו סווגו נגד מוסד זה.

לגבי סוגיית המעבר מקופה לקופה, מובאים בטבלה זו הנתונים בדבר קבילות של מבוטחים אשר נמנע מהם טיפול עקב היותם מועמדים למעבר מקופה לקופה, וכן הנתונים בדבר קבילות של הורים על העברת ילדיהם לקופה בה ההורים לא היו חברים.

הנתונים לגבי ההשגות על המעבר מקופה לקופה מובאים בנפרד ומוצגים בתרשימים 3, 4 ו-5).

טבלה מס' 10

דוח סיכום קבילות פתוחות/סגורות לשנת 1999 לפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות

טבלה זו מציגה את סך כל הקבילות שהופנו לטיפול בנציבות הקבילות בשנת 1999, לפי המוסד נגדו הוגשו, ואת נתוני הקבילות שהטיפול בהן הסתיים במהלך שנה זו, במספרים מוחלטים ובאחוזים.

הנתונים מצביעים על כך, כי במשך שנה זו, הסתיים הטיפול ב-90% מהקבילות נגד המוסד לביטוח לאומי ונגד מוסדות אחרים, וב-82% מהקבילות נגד בתי החולים. לעומת זאת הסתיים הטיפול בשנה זו בקבילות שנגד קופות החולים, רק ב-81%-74% מהקבילות, כשאחוז הגבוה ביותר של קבילות שהטיפול בהם הסתיים היה בקופת חולים לאומית (81%) והנמוך ביותר היה בקופות החולים מאוחדת ומכבי (74%).

דוח סיכום קבילות פתוחות/סגורות לשנת 1999 לפי נושא הקבילה

מעיון בנתוני טבלה זו עולה כי בשנת 1999 טופלו בנציבות הקבילות 1,502 קבילות שנותרו פתוחות משנת 1998, ו-3,465 קבילות שנפתחו במהלך שנת 1999. ב-80% מקבילות אלו הסתיים הטיפול, ו-20% מהקבילות נותרו להמשך טיפול בשנת 2000, דהיינו 1,014 קבילות.

חשוב לציין שבמהלך שנה זו, טופלו ונסגרו בנוסף לקבילות אלה, 5,353 השגות (קבילות בנושא מעבר מקופה לקופה). נתונים אלה מוצגים בתרשימים 3, 4 ו-5.

טבלה מס' 12

**התפלגות הקבילות שהטיפול בהן הסתיים בשנת 1999
לפי נושא הקבילה ולפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות**

ניתוח נתוני טבלה זו מלמד, כי כ-68% מהקבילות שהטיפול בהם הסתיים בשנה זו התייחסו לנושא סל השירותים, כ-17% עסקו בסוגיית הטיפול המנהלי, וכ-7% נגעו לנושא החברות בקופות החולים, שעיקרן הופנה נגד המוסד לביטוח לאומי, אשר ניהול קובץ הבריאות נמצא באחריותו.

טבלה מס' 13

התפלגות הקבילות שבהן הטיפול הסתיים בשנת 1999 לפי משך הטיפול והמוסד נגדו הוגשה הקבילה

הנתונים בטבלה זו מצביעים שהטיפול ב-76% מהקבילות נגד המוסד לביטוח לאומי (שכאמור התייחסו בעיקר לסוגיית החברות בקופות החולים), וב-75% מהקבילות נגד קופת חולים לאומית, הסתיים תוך חודש ימים.

לעומת זאת, רק ב-43% מהקבילות נגד קופת חולים מאוחדת וב-36% מהקבילות נגד קופת חולים כללית, הסתיים הטיפול תוך חודש ימים.

ב-10% בלבד מהקבילות נגד המוסד לביטוח לאומי ארך הטיפול 3 חודשים ויותר, בעוד שב-33% מהקבילות נגד קופת חולים מאוחדת, וב-32% מהקבילות נגד קופת חולים כללית, ארך הטיפול שלושה חודשים ויותר.

כאמור, משך הטיפול הממוצע אין בו בכדי להעיד על איכות התשובות.

טבלה מס' 14

התפלגות הקבילות שבהן הטיפול הסתיים בשנת 1999 לפי משך הטיפול ונושא הקבילה

מטבלה זו עולה כי הטיפול ב-48% מסך כל הקבילות הסתיים בתוך חודש, ואילו ב-26% מהקבילות ארך הטיפול 3 חודשים ויותר.

מניתוח הנתונים עולה כי בנושא החברות בקופות חולים, העוסק במבוטחים אשר לכאורה נותרו ללא זכאות לשירות רפואי, ואשר על כן קבילתם דורשת טיפול דחוף, אכן הסתיים הטיפול ב-81% מהקבילות בתוך חודש, ורק ב-9% מהקבילות בנושא זה, ארך הטיפול שלושה חודשים ויותר.

בסוגיית הטיפול המנהלי, רק בכ-36% מהקבילות הסתיים הטיפול בתוך חודש. ב-34% מהקבילות ארך הטיפול 3 חודשים ויותר.

טבלה מס' 15

התפלגות הקבילות בהן הטיפול הסתיים בשנת 1999 לפי המוסד נגדו הוגשה הקבילה ולפי תוצאות הטיפול

טבלה זו מלמדת, כי 38% מסך כל הקבילות בהן הסתיים הטיפול בשנה זו, נקבעו כמוצדקות, 26% נקבעו כלא מוצדקות, ול-19% מהקבילות, לא ניתן היה להענות (כאמור, קבילות אלה במהותן, אינן מוצדקות).

7% מהקבילות הוגדרו כ"אין תוצאה", ו-10% היו קבילות שאינן בסמכות הנציבה.

כ-58% מהקבילות נגד המוסד לביטוח לאומי נקבעו כמוצדקות, בעוד 7% בלבד מהקבילות נגד משרד הבריאות, נקבעו כמוצדקות. יש לציין כי מבין הקבילות נגד קופות החולים, אחוז הקבילות המוצדקות נע בממוצע בין 33%-41% כשאחוז הקבילות המוצדקות הנמוך ביותר, נמצא בקבילות נגד קופת חולים לאומית (33%).

באשר לקבילות הלא מוצדקות, לא נמצא הבדל משמעותי בין הקופות השונות, והוא נע בין 27%-33%.

31% מהקבילות נגד משרד הבריאות ו-29% מהקבילות נגד בתי החולים, היו קבילות אשר אינן בסמכות הנציבה, אם משום שקבלו נגד חוקים ותקנות אשר נקבעו על ידי הכנסת וועדותיה, ואם משום שעסקו לכאורה ברשלנות רפואית ועבירות משמעת, אשר אינן בסמכות הנציבה. 26% מהקבילות נגד משרד הבריאות היו לגבי משך זמן ההמתנה שנדרש למעבר מקופה לקופה, והוגדרו כ"לא ניתן להענות להן". בקטגוריה זו נכללו גם קבילות נגד לשכות הבריאות בנושאים הקשורים לתוספת השלישית, וכן קבילות לגבי פסיכיאטריה וגריאטריה.

טבלה מס' 16

התפלגות הקבילות בהן הטיפול הסתיים בשנת 1999 לפי נושא הקבילה ולפי תוצאות הטיפול

מהנתונים עולה כי 49%-62% מהקבילות אשר התייחסו לטיפול מנהלי, חברות בקופת חולים והתנהגות, נקבעו כמוצדקות. כמו כן, 33% מהקבילות אשר התייחסו לסל השירותים, נקבעו כמוצדקות, אולם, לגבי נושא זה, לא ניתן להתעלם מכך ש-25% מהקבילות נקבעו כ"קבילות אשר לא ניתן להענות להן".

לעומת זאת, באשר לקבילות שהתייחסו לאיכות הטיפול המקצועי, רק 22% מהקבילות נקבעו כמוצדקות, ואילו 60% מהקבילות בנושא זה, נקבעו כ"לא בסמכות הנציבה".

ג. טבלאות ותרשימים השוואתיים

תרשים מס' 1

קבילות שהוגשו נגד הקופות לשנים 1997-1999 מחושבות ל-10-000 נפשות מתוקננות

בתרשים זה, המבוסס על הנתונים שבלוח מס' 3, מושווה מספר הקבילות ל-10,000 נפשות מתוקננות (להלן - "קבילות מתוקננות") שהוגש נגד כל אחת מקופות החולים בשנים 1997-1999.

כמו כן עולה מתרשים זה, כי יש גידול משמעותי במספר הקבילות המתוקננות נגד כל הקופות, בשנים 1997 עד 1999 (למעט בקבילות נגד קופת חולים מכבי, בה חלה ירידה קלה במספר הקבילות המתוקננות משנת 1998 לשנת 1999, וזאת מאחר ובשנת 1998, הייתה עליה יחסית בקבילות נגד קופת חולים מכבי בנושא ההפריה החוץ גופית, נושא אשר בא על פתרונו בשנת 1999).

בשנת 1997 היה מספר הקבילות המתוקננות הנמוך ביותר בקופות החולים כללית ומכבי לפי סדר זה, ומספר הקבילות המתוקננות הגבוה ביותר בקופות החולים לאומית ומאוחדת לפי סדר זה.

בשנת 1998 היה מספר הקבילות המתוקננות הנמוך ביותר בקופות החולים מכבי ומאוחדת לפי סדר זה, ומספר הקבילות המתוקננות הגבוה ביותר בקופות החולים לאומית וכללית לפי סדר זה.

בשנת 1999 היה מספר הקבילות המתוקננות הנמוך ביותר באופן משמעותי, נגד קופת חולים מכבי, ולאחריה נגד קופת חולים מאוחדת, ומספר הקבילות המתוקננות הגבוה ביותר נגד קופות החולים לאומית וכללית לפי סדר זה.

התרשים מלמד כי בכל שלושת השנים, מספר הקבילות המתוקננות הגבוה ביותר היה נגד קופת חולים לאומית. אולם, בעוד שבשנת 1997 מספר הקבילות המתוקננות הנמוך ביותר היה נגד קופת חולים כללית, הרי שבשנים 1998 ו-1999 מספר הקבילות המתוקננות נגד קופה זו, היה גבוה ממספר הקבילות שנגד קופות החולים מכבי ומאוחדת.

תרשים מס' 2

סך כל הקבילות לטיפול בשנים 1997-1999

תרשים זה מצביע על כך כי בעוד בשנת 1997 נסתיים הטיפול ב-43% מסך כל הקבילות, ובשנת 1998 נסתיים הטיפול ב-57% מסך כל הקבילות, הרי שבשנת 1999 נסתיים הטיפול ב-80% מהקבילות שהוגשו בשנה זו (נתונים אלו לא כוללים את הטיפול בהשגות, לגביהן ראה תרשים מס' 3).

טבלה מס' 17

סה"כ קבילות שהוגשו בשנים 1997-1999 לפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות

בטבלה זו ניתן לראות את סך כל הקבילות שהוגשו בשנים 1997-1999 לפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות.

מהשוואת הגידול במספר הקבילות שהוגשו בתקופת הדוח נגד המוסדות השונים, ניתן לראות כי הגידול הגבוה ביותר היה בקבילות שהופנו נגד משרד הבריאות (פי 5) ונגד קופת חולים כללית (פי 3.7) ואילו במספר הקבילות אשר הופנו נגד יתר המוסדות נרשם גידול קטן בהרבה (בממוצע פי 2 בלבד).

טבלה מס' 18

סה"כ קבילות שהטיפול בהן נסתיים בשנים 1997-1999 לפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות

נתוני טבלה זו מציגים גידול משמעותי במספר הקבילות שנסגרו מידי שנה בנציבות הקבילות. בעוד שבשנת 1997 הסתיים הטיפול ב-858 קבילות בלבד, הרי שבשנת 1999 הסתיים הטיפול ב-3,953 קבילות. גידול דומה ניתן לראות לגבי סיום הטיפול בקבילות נגד כל המוסדות, ובמיוחד נגד קופת חולים כללית. בעוד שבשנת 1997 הסתיים הטיפול ב-332 קבילות נגד קופת חולים כללית, הרי שבשנת 1999 הסתיים הטיפול ב-2,317 קבילות.

כמו כן, בשנת 1997 הסתיים הטיפול ב-29 קבילות נגד משרד הבריאות, בעוד שבשנת 1999 הסתיים הטיפול ב-234 קבילות נגד מוסד זה.

טבלה מס' 19

סה"כ הקבילות שהוגשו בשנים 1997-1999 לפי נושא הקבילה

מנתוני טבלה זו ניתן לראות כי סך כל הקבילות שהופנו לנציבות הקבילות בשנים אלו גדל פי 2.6, כאשר בכל שלושת השנים הקבילות בנושא סל השירותים מהוות 60% ומעלה מסך כל הקבילות שהופנו לנציבות. מספר הקבילות בנושא הטיפול המנהלי גדל פי 10 בין השנים 1997 לבין 1999, וזאת בעיקר כתוצאה מהסדרי הבחירה שנקבעו לקראת סוף שנת 1998, ושנגדם הוגשו תלונות רבות.

ביתר הנושאים לא נמצאו שינויים משמעותיים.

טבלה מס' 20

סך הקבילות שהטיפול בהם נסתיים בשנים 1997-1999 לפי נושא הקבילה

מנתוני טבלה זו עולה כי סך כל הקבילות שהטיפול בהם הסתיים בשנת 1999, גדל פי 4.6 מסך כל הקבילות שהטיפול בהם הסתיים בשנת 1997.

בנושא סל השירותים עלה אחוז הקבילות שהטיפול בהם הסתיים במשך השנה מ- 57% בשנת 1997, ל- 68% בשנת 1999.

טבלה מס' 21

אחוז קבילות מוצדקות בשנים 1997-1999 לפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות

בטבלה זו ניתן לראות כי אחוז הקבילות המוצדקות ירד מ-57% בשנת 1997 ל-38% בשנת 1999.

מגמת הירידה המתמשכת באחוז הקבילות שנקבעו כמוצדקות בולטת בתלונת נגד רוב המוסדות, אם כי שיעור הירידה אינו אחיד.

בקופת חולים לאומית, אחוז הקבילות שנקבעו כמוצדקות ירד מ-62% ל-33%, בקופת חולים מאוחדת מ-69% ל-41%, ובקופת חולים כללית מ-43% ל-41%.

בקופת חולים מכבי ניתן לראות חריגה מדפוס זה, הנובעת מכך כי בשנת 1998 הייתה עליה משמעותית באחוז הקבילות המוצדקות נגדה כתוצאה ממדיניות הקופה בנושא ההפריה החוץ גופית. בשנת 1999, עם פתרון בעיה זו, אחוז הקבילות המוצדקות נגד הקופה ירד, וחזר לרמה דומה של שנת 1997.

בנוסף, בשנים 1997-1999 אחוז הקבילות שנקבעו כמוצדקות נגד משרד הבריאות ירד מ-31% ל-7%, נגד המוסד לביטוח לאומי ירד מ-80% ל-58%, ונגד בתי החולים ירד מ-73% ל-38%.

הנציבה מצביעה על כך שלמרות הירידה המתמשכת באחוז התלונות שנקבעו כמוצדקות, ואשר בשנת 1999 התייצב על אחוז דומה לנתוני קבילות מוצדקות המתפרסמים על ידי גופים ציבוריים אחרים (כגון, נציב תלונות הציבור במשרד מבקר המדינה, המוסד לביטוח לאומי וכו') עדיין אחוז זה הינו גבוה. התמונה אף קשה יותר אם נצרף לנתון זה גם את אחוז הקבילות שהוגדרו כ"לא ניתן להענות", בהתחשב בכך שקבילות אלה מייצגות אינטרס לגיטימי של המבוטח שלא נענה. הנציבה מצביעה על הצורך שכל הגופים העוסקים במתן שירותי בריאות לציבור המובטחים בישראל, לרבות משרד הבריאות, יפעלו להורדת נתון זה. כמו כן, מצביעה הנציבה על הצורך בהמשך הבדיקה והעידכון (הוספה וגרעיה) של סל השירותים ורשימת התרופות שבסל, על ידי משרד הבריאות, על

מנת לצמצם עד כמה שניתן את היקף הקבילות "שלא ניתן להענות להן".

טבלה מס' 22

אחוז קבילות מוצדקות בשנים 1997-1999 לפי נושא הקבילה

מנתוני טבלה זו לא ניתן להסיק על מגמות של שינוי, מאחר ולא קיימים נתונים בחתך זה לשנת 1997.

טבלה מס' 23

התפלגות הקבילות שהטיפול בהם הסתיים בשנים 1997-1999 לפי משך זמן הטיפול באחוזים

מנתוני טבלה השוואתית זו ניתן לראות כי אחוז הקבילות שהטיפול בהן הסתיים עד חודש ימים עלה מ-43% בשנת 1997 ל-48% בשנת 1999. כנגד זאת, אחוז הקבילות שהטיפול בהן הסתיים לאחר שלושה חודשים ויותר עלה מ-16% בשנת 1997 ל-26% בשנת 1999 (ניתן להסביר נתון זה גם על ידי העובדה כי בעיקר במהלך שנת 1999 נסתיים הטיפול בקבילות רבות, אשר משך הטיפול בהן היה מורכב וממושך).

טבלה מס' 24

התפלגות השיוכים הרטרואקטיביים לפי הקופות בשנים 1997-1999

שיוכים רטרואקטיביים אשר בוצעו על ידי הנציבה (ראה פרק שני "שיוכים רטרואקטיביים")

טבלה מס' 25

התפלגות הקבילות לגבי תרופות בשנים 1997-1999 (תרופות שהגיעו לגביהם מ-3 קבילות ומעלה)

פירוט לגבי תרופות, עליהם קבלו המבוטחים (ראה טבלאות 1 ו-9)

(א)

טבלה מס' 26

התפלגות הקבילות לגבי בדיקות וטיפולים בשנים 1997-1999 (תלונות שהגיעו לגביהם 4 קבילות ומעלה באחת מהשנים)

פירוט לגבי הבדיקות והטיפולים, עליהם קבלו המבוטחים (ראה
טבלאות 1א ו9א)

תרשים מס' 3

סך הכל ההשגות שטופלו בשנים 1997-1999 (אושרו וסורבו)

מתרשים זה ניתן ללמוד כי סך כל ההשגות שהופנו לנציבות הקבילות הסתכם
בשנת 1997 ב-20,132, ועלה בשנת 1998 ל-30,381 ובשנת 1999 ירד ל-5,353.

העליה החדה הנצפית בשנת 1998 במספר ההשגות של המבוטחים על רישומם
לקופות החולים נובעת ממסע השיווק האגרסיבי שערכו קופות החולים בסוף
שנת 1997, במטרה להעלות את מספר מבוטחיהם לפני העברת הרישום לקופות
החולים, מהקופות לסניפי רשות הדואר. במהלך שנת 1998 נתקבלו בנציבות
ההשגות רבות שהתייחסו לרישומים שבוצעו במהלך מסע שיווק זה. הירידה
החדה הנצפית בשנת 1999 הינה תוצאת של שינויי החקיקה אשר הסדירו את
נוהלי הרישום והמעבר בין קופות החולים, וקבעו שאלו יתבצעו בסניפי הדואר
בלבד. מאחר ובשנת 1999 הרישום לקופות החולים התבצע ברשות הדואר
בצורה מסודרת, חלק ניכר מההשגות נדחה על ידי הנציבה.

תרשים מס' 4

השגות של מבוטחים על רישומם לקופות חולים בשנים 1997-1999 לפי הקופה שנגדה הוגשה ההשגה

בשנת 1998 השיגו 12,079 מבוטחים על רישומם לקופת חולים מאוחדת
(שמרביתם היו תושבי מזרח ירושלים), 8,185 על רישומם לקופת חולים לאומית,
ו-6,908 על רישומם לקופת חולים כללית. רק 1,260 השיגו על רישומם לקופת
חולים מכבי.

בשנת 1999 השיגו 806 מבוטחים על רישומם לקופת חולים כללית, 701
מבוטחים השיגו על רישומם לקופת חולים לאומית, 689 מבוטחים השיגו על

רישומם לקופת חולים מאוחדת 431- השיגו על רישומם לקופת חולים מכבי.

תרשים מס' 5

השגות על רישום לקופת חולים שאושרו בשנים 1997-1999 לפי הקופה אליה הוחזרו המשיגים

מהתפלגות נתוני ההשגות בשנת 1998, עולה כדלקמן :

18,869 מבוטחים שהשיגו בפני הנציבה על רישומם לקופת חולים ביקשו להישאר בקופת חולים כללית.

4,391 מבוטחים שהשיגו בפני הנציבה על רישומם לקופת חולים ביקשו להישאר בקופת חולים לאומית.

2,775 מבוטחים שהשיגו בפני הנציבה על רישומם לקופת חולים ביקשו להישאר בקופת חולים מכבי.

2,412 מבוטחים שהשיגו בפני הנציבה על רישומם לקופת חולים ביקשו להישאר בקופת חולים מאוחדת.

מהתפלגות נתוני ההשגות בשנת 1999 עולה כדלקמן :

1,379 מבוטחים שהשיגו בפני הנציבה על רישומם לקופת חולים ביקשו להישאר בקופת חולים כללית.

541 מבוטחים שהשיגו בפני הנציבה על רישומם לקופת חולים ביקשו להישאר בקופת חולים מכבי.

468 מבוטחים שהשיגו בפני הנציבה על רישומם לקופת חולים ביקשו להישאר בקופת חולים מאוחדת.

249 מבוטחים שהשיגו בפני הנציבה על רישומם לקופת חולים להישאר בקופת חולים לאומית.

נספחים

א. סמכויות הנציב לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 (סעיפים 43-46) פרק ט' - נציב קבילות

43. מינוי נציב קבילות

- (א) שר הבריאות ימנה, באישור הממשלה ובאישור מועצת הבריאות, נציב שתפקידו לטפל בקבילות הציבור (להלן - הנציב); על מינוי הנציב תחול הוראת סעיף 23 לחוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט - 1959.
- (ב) תקופת כהונתו של הנציב תהיה חמש שנים מיום המינוי, וניתן למנותו לתקופת כהונה נוספת של חמש שנים.

44. תנאים למינוי הנציב

- לא ימונה ולא יכהן כנציב -
- (1) מי שאינו אזרחי ישראל;
- (2) מי שהורשע בעבירה שלדעת היועץ המשפטי לממשלה יש עמה קלון;
- (3) מי שקשור, במישרין או בעקיפין, בעצמו או על ידי קרובו, סוכנו או שותפו בחוזה או בעסקה עם קופת חולים או עם נותן שירותים או עם מי שהוא בעל ענין בתאגיד הקשור עמו.

45. הגשת תלונה

כל תושב רשאי להגיש לנציב תלונה נגד קופת חולים, נותן שירותים כמשמעותו בסעיף 23(ג), עובד מעובדיהם או כל מי שפועל מטעמם, בכל הקשור למילוי תפקידיהם לפי חוק זה.

46. סמכויות ודרכי בירור

- (א) הסמכויות הנתונות לנציב תלונות הציבור בסעיפים 41, 42, 43 ו-45 לחוק מבקר המדינה, התשי"ח 1958 - [נוסח משולב], יהיו נתונות גם לנציב, בשינויים המחויבים.
- (ב) הנציב ידווח למנהל על תוצאות הבירור של כל תלונה.
- (ג) הנציב רשאי להמליץ לכל גורם מוסמך לנקוט אמצעים מתאימים נגד מי שהוגשה עליו תלונה.
- (ד) הנציב רשאי להשתתף בישיבות מועצת הבריאות ולבקש ממנה כל חומר הקשור לעבודת המועצה כפי שיראה לנכון.
- (ה) אין בסמכויות הנציב לפי פרק זה כדי לגרוע מסמכויותיו ומתפקידיו של נציב תלונות הציבור לפי חוק מבקר המדינה, התשי"ח 1958 - [נוסח משולב].

23(ג) בסעיף זה "נותן שירותים" - לרבות בעל מקצוע רפואי או פארה רפואי, ובלבד שקיבל רשיון או הכרה במעמד מן המנהל.

ב. סמכויות הנציב מכוח חוק מבקר המדינה

חוק מבקר המדינה, תשי"ח - 1958 (נוסח משולב) (סעיפים 41-45)

41. דרכי הבירור

- (א) נציב תלונות הציבור רשאי לברר את התלונה בכל דרך שיראה, ואינו קשור להוראות שבסדר דין או בדיני ראיות.
- (ב) נציב תלונות הציבור יביא את התלונה לידיעת מי שהתלונה עליו, ואם היה עובד כאמור בסעיף 36 (3) - גם לידיעת הממונה עליו (להלן - הממונה), ויתן להם הזדמנות נאותה להשיב עליה; נציב תלונות הציבור רשאי לדרוש ממי שהתלונה עליו להשיב על התלונה תוך התקופה שיקבע בדרישתו.
- (ג) נציב תלונות הציבור רשאי לשמוע את המתלונן, את מי שהתלונה עליו וכל אדם אחר אם ראה תועלת בדבר.
- (ד) לצורך הבירור רשאי נציב תלונות הציבור לדרוש מכל אדם או גוף לתת לו, תוך תקופה שיקבע בדרישה ובאופן שיקבע, כל ידיעה ומסמך העשויים, לדעת נציב תלונות הציבור, לעזור בבירור התלונה; מי שנדרש למסור ידיעה או מסמך כאמור יהיה חייב למלא אחר הדרישה; אין באמור בסעיף קטן זה כדי לגרוע מהוראות סעיפים 45 עד 50 לפקודת העדות.

42. הפסקת הבירור

נציב תלונות הציבור רשאי להפסיק את בירור התלונה, אם נוכח שנתקיימה אחת העילות המצדיקות שלא לפתוח בבירור, או שענין התלונה בא על תיקונו או שהמתלונן ביטל את תלונתו; במקרה זה יודיע בכתב למתלונן, למי שהתלונה עליו ולממונה, שהפסיק את הבירור, ויצוין את הנימוקים לכך.

43. תוצאות הבירור (תיקון: תשל"ה)

- (א) מצא נציב תלונות הציבור שהתלונה היתה מוצדקת, יודיע על כך למתלונן, למי שהתלונה עליו, ואם ראה לעשות כן - גם לממונה, ויצוין את נימוקיו; נציב תלונות הציבור רשאי לפרש בתשובתו את תמצית ממצאיו ורשאי הוא להצביע בפני מי שהתלונה עליו ובפני הממונה על הצורך בתיקון ליקוי שהעלה הבירור ועל הדרך והמועד לתיקונו.
- (ב) מי שהתלונה עליו או הממונה יודיע לנציב תלונות הציבור, תוך המועד האמור בסעיף קטן (א), על הצעדים שנקטו; לא עשה כן, או שההודעה אינה מניחה את דעתו של נציב תלונות הציבור, רשאי הוא להביא את הענין לידיעת השר הנוגע בדבר או הועדה.
- (ג) מצא נציב תלונות הציבור שהתלונה לא היתה מוצדקת, יודיע על כך

למתלונן, למי שהתלונה עליו, ואם ראה לעשות כן - גם לממונה, ויציין את נימוקיו; ורשאי הוא לפרש בתשובתו את תמצית ממצאיו.

(ד) העלה בירור התלונה חשד שנעברה עבירה פלילית, יביא נציב תלונות הציבור את הענין לידיעת היועץ המשפטי לממשלה; ורשאי הוא לעשות כן אם העלה בירור התלונה חשד שנעברה עבירה משמעתית על פי כל דין.

45. זכויות וסעדים

- (א) החלטותיו וממצאיו של נציב תלונות הציבור בענין תלונה -
- (1) אין בהם כדי להעניק למתלונן או לאדם אחר זכות או סעד בבית משפט או בבית דין שלא היה להם לפני כן;
 - (2) אין בהם כדי למנוע מהמתלונן או מאדם אחר להשתמש בזכות או לבקש סעד שהוא זכאי להם, אולם אם נקבע לכך מועד בחיקוק, לא יוארך המועד על ידי הגשת התלונה או בירורה.
- (ב) שום בית משפט לא ייזקק לבקשת סעד נגד החלטותיו וממצאיו של נציב תלונות הציבור בענין תלונה.

נספח מס' 3
סעיפים 3א(א) ו3א(ב)
לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994

סעיף 3א(א) – מי שאינו רשום בקופת חולים ומבקש להירשם בקופת חולים, יגיש למוסד לביטוח לאומי בקשה לקבלת אישור כי הוא תושב (להלן – מגיש הבקשה), וכן בקשה לרישום בקופת חולים, לרבות בקשה לרישום ילדו הקטין, בטופס שקבע המוסד (להלן – בקשה לקביעת תושבות).

סעיף 3א(ב) – סעיף קטן (א) לא יחול על -

1. קטין הנמצא במשמורתו של הורחו או של אפוטרופסו החוקי, וההורה או האפוטרופס, רשום בקופת חולים ונמצא בישראל, ובלבד שהקטין והורהו או אפוטרופסו, רשומים במרשם האוכלוסין;
2. מי שהיה רשום בקופת חולים תכוף לפני הגיעו לגיל 18 וטרם חלפו 12 חודשים מיום שמלאו לו 18 שנים;
3. מי שהיה רשום בקופת חולים תכוף לפני שנעשה לחייל כמשמעותו בסעיף 55 וטרם חלפו 12 חודשים מהיום שחדל להיות חייל כאמור;
4. מי שהיה רשום בקופת חולים תכוף לפני שהיה לאסיר או לעציר וטרם חלפו 12 חודשים מיום שחרורו ממאסר או ממעצר;
5. מי שטרם חלפה תקופה של 90 ימים מיום שנכנס לראשונה לישראל לפי אשרת עולה לפי חוק השבות, התש"י - 1950 (להלן – חוק השבות), או מיום שניתנה לו תעודת עולה לפי חוק השבות, לגבי התקופה שמיום קבלת אשרת העולה או תעודת העולה, כאמור.

סעיף 3א(ה) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994

"קבע מוסד כי מועד תחילת התושבות קדם למועד הודעת המוסד, יחולו, על אף האמור בחוק זה, הוראות אלה:

(1) מגיש הבקשה אינו זכאי, בתקופה שקדמה להגשת הבקשה לקביעת תושבות, לשירותי בריאות לפי חוק זה, או להחזר תשלום בעד שירותי בריאות כאמור, והכל כפוף לאמור בפסקאות (2) ו(3) להלן:

(2) (א) שילם מגיש הבקשה לקופת חולים תשלום עבור ביטוח רפואי (להלן-תשלום לקופה) בעד חודש קלנדרי שחל בתקופה שממועד תחילת התושבות עד למועד הבקשה לקביעת התושבות, זכאי המגיש הבקשה להחזר סכום התשלום לקופה, עד לסכום דמי ביטוח בריאות שהוא חייב בתשלומו לפי חוק זה בעד אותו חודש;

(ב) שילם מגיש הבקשה תשלום לקופת חולים בעד חודש קלנדרי שחל בתקופה שממועד הגשת הבקשה לקביעת תושבות ועד למועד מתן הודעת המוסד, זכאי מגיש הבקשה להחזר סכום התשלום לקופה עד לסכום מרבי שקבע שר הבריאות בהסכמת שר האוצר ושר העבודה והרווחה;

(ג) המוסד ינכה את סכומי ההחזר לפי פסקאות משנה (א) ו(ב) מסכומים שגבה כדמי ביטוח בריאות, וישלם למגיש הבקשה לפי כללים, בתנאים ובמועדים שקבע שר העבודה והרווחה בהסכמת שר הבריאות ושר האוצר;

(3) (א) מגיש הבקשה זכאי להחזר בשל תשלום ששילם תמורת שירותי בריאות שניתנו לו בישראל בתקופה שמיום הגשת בקש לקביעת התושבות או מיום תחילת התושבות, לפי המאוחר, עד למועד בו ניתנה הודעת המוסד, לפי כללים ותנאים שקבע שר הבריאות בהסכמת שר האוצר, ובסכום שתקבע ועדה שימנה שר הבריאות...

(ב) חברי הועדה יהיו נציג שר הבריאות, נציג שר האוצר, ונציג המוסד לביטוח לאומי שימנה שר העבודה והרווחה;

(ג) קבעה הועדה כי מגיש הבקשה זכאי להחזר לפי הוראות פסקת משנה (א), ינכה המוסד את הסכום שקבעה הועדה מהסכומים שגבה כדמי ביטוח בריאות, וישלם למגיש הבקשה בהתאם להוראות ובמועדים.....

נספח מס' 5

נהלי רישום ומעבר

א. סעיף 4א' לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1998, כפי שתוקן ב- 1/1/98:

"בקשה לרישום בקופת חולים, הודעה על מעבר בין קופות החולים, הודעה בדבר ביטול על מעבר כאמור, לפי סעיפים 4 ו-5, יוגשו באופן בלעדי לבנק הדואר או לגוף אחר שיקבע שר הבריאות בהתייעצות עם שר העבודה והרווחה ועם השר הממונה על אותו גוף לפי העניין (בסעיף זה – הגוף המבצע); שר הבריאות בהסכמת שר האוצר ובהסכמת שר הממונה על הגוף המבצע, לפי העניין יקבע את גובה התשלום אשר הגוף המבצע יהיה רשאי לגבות בעד הטיפול כאמור ואשר ישמש למימון פעולות אלה."

ב. תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (רישום בקופות החולים ונהלי מעבר), התשנ"ה 1995-.

"נוהל" - ניהול שקבעו המוסד [המוסד לביטוח לאומי – ק.ר.] ורשות הדואר ביום ב' בטבת התשנ"ח (31 בדצמבר 1997), לרבות שינויים בו שנקבעו בהסכמה בין המוסד לבין רשות הדואר, שבו כללים בדבר -

(1) מילוי פרטים בטופס רישום ומעבר ובטופס ביטול והעברת הטפסים
האמורים למוסד;

(2) מתכונת שלפיה ייערך הסרט המגנטי שתעביר רשות הדואר למוסד, כאמור בתקנה 7א(ה);

(3) מתכונת להעברת מידע מן המוסד לרשות הדואר;

"רשות הדואר" - כהגדרתו בחוק רשות הדואר, התשמ"ו 1986-, שבאמצעותה פועל בנק הדואר על פי סעיף 3 לחוק בנק הדואר,

התש"י 1951-.

"פקיד רישום"* - פקיד ביחידת דואר מקוונת המורשה מטעם רשות הדואר לבצע פעולות בבנק הדואר.

***תחילה והוראות מעבר - ק"ת 5875, התשנ"ח 1998-:**

תחילה ביום 1.1.1998 והן יחולו על טופס רישום ומעבר וטופס ביטול שהוגשו ביום התחילה או לאחריו.

סעיף 8 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994

8. שינויים בשירותי הבריאות ותשלומים

(א) שר הבריאות רשאי בצו, לערוך שינויים בסל שירותי הבריאות המפורט בתוספת השניה והשלישית ובלבד שלא יעשה שינוי הגורע מן הסל או המוסיף לעלותו.

- (1א) (1) קופת חולים רשאית להציע:
- (א) הוספה לסל שירותי הבריאות של התוספת השניה בצו לפי סעיף קטן (ז) (להלן – התוספת והצו);
 - (ב) גריעה של ההוספה שנוספה כאמור בפסקת משנה (א);
 - (ג) תשלומים שיחולו על החברים בקופת חולים עבור הסל שבתוספת ובצו, השונה מהתשלומים שבתוספת ובצו, וכן תשלומים עבור שירותים שהוספו כאמור בפסקת משנה (א).
- (2) בשינויים כאמור בפסקה (1) יתקיימו עקרונות אלה:
- (א) אין בהם כדי להביא לדחיה של חברים על רקע מצבם הכלכלי או הבריאות;
 - (ב) תשלומי חברים, בין כהשתתפות עצמית ובין כתשלום עתי קבוע, יהיו אחידים ובלתי מפלים, ובלא תלות בהכנסות החברים;
 - (ג) נקבעו תשלומי חברים שאינם מפורטים בסל שבתוספת ובצו, יקבעו ביחס אליהם הנחות או פטורים לחברים בקבוצות האלה:
 - (1) חבר שטרם מלאו לו 18 שנים,
 - (2) חבר שמלאו לו 65 שנים,
 - (3) חבר, בן זוגו וילדו שמשלמת בעדם גימלא לפי חוק הבטחת הכנסה, התשמ"א - 1980;
 - (4) חבר והתלויים בו שמשלמת בעדם גמלא לפי פרק ט' לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה - 1995;
 - (5) חבר שהוא זוכה כהגדרתו בסעיף 1 לחוק המזונות (הבטחת תשלום), התשל"ו - 1972, שמשלמת בעדו תשלום לפי החוק האמור;
 - (6) חולה במחלה כרונית;

- (7) חבר במשפחה אשר לה 4 ילדים או יותר; לעניין זה, "משפחה" – יחיד ובן זוגו וילדיהם עד גיל 18, או יחיד וילדו עד גיל 18, הרשומים בקופת חולים אחת.
- (8) חבר שהוא עולה חדש, ב- 12 חודשים הראשונים לאחר עלייתו לישראל.
- (ד) שר הבריאות ושר האוצר רשאים להוסיף קבוצות אכלוסיה שיהיו זכאיות להנחה לפי פסקת משנה (ג), ובלבד שנמצא מקור מימון להנחות אלה.
- (2א) שינוי כאמור בסעיף קטן (1א) טעון אישור שר הבריאות; שר הבריאות רשאי להתנגד לשינוי, אם יש בו כדי לפגוע בבריאות הציבור או אם הוא אינו עומד בעקרונות המפורטים בסעיף קטן (1א); כל החלטה על שינוי בתשלומי החברים בקופת חולים, לפי סעיף קטן (1א), טעונה גם אישור של ועדת הכספים של הכנסת.
- (3א) בקשה לשינוי יכול שתוגש פעם בשנה או יותר, במועדים שיקבע שר הבריאות; החלטת שר הבריאות בבקשה לאישור השינוי תינתן תוך 60 ימים ממועד הגשתה על ידי קופת החולים.
- (4א) קופת חולים תפרסם הודעה על שינויים שאושרו לפי סעיף זה, בהתאם לכללים שקבע שר הבריאות; שר הבריאות יקבע כללים גם לפרסום סל השירותים והתשלומים המחייב את קופת החולים (להלן – סל השירותים והתשלומים של הקופה).
- (5א) שינוי שאושר בידי שר הבריאות לפי סעיף זה, יחול על חברי קופת החולים החל ביום ה-30 לאחר פרסום ההודעה לפי סעיף קטן (4א).
- (6א) שר הבריאות, בסכמת שר האוצר, רשאי לקבוע תקרה שנתית להכנסות קופת החולים מתשלומי חברים, כשיעור מחלקה של כל קופה במקורות המימון לפי פסקאות (1) עד (5) של סעיף 13(א), וכן תקרת תשלום שנתית למשפחה; לעניין זה, "משפחה" – כהגדרתה בסעיף קטן (1א)(2)(ג)(7).

נספח מס' 7 הגדרת חולה כרוני

"חולה כרוני" הוא אחד מאלה:

- א. חולה המטופל באחת מהתרופות שבנספח א'.
- ב. חולה המטופל באופן קבוע בגלל אחת מהמחלות שבנספח ב'.
- ג. חולה שלא נכלל בסעיפים א' וב' אבל מקבל תרופה אחת, או תרופות שונות השייכות לאותה קבוצת תרופות טיפולית, עפ"י מרשם רופא, ושאינן נכללות בסעיפים א' וב' ובמשך חצי שנה לפחות ברציפות.

נספח א'

חולים המטופלים באחת מהתרופות מתוך רשימת הקבוצות הפרמקותרפוטיות, במנות אחזקה חודשיות:

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. ANTICONVULSANTS AGENTS | תכשירים נגד כפיון ("מחלת הנפילה") |
| 2. ANTICOAGULANTS AGENTS | תכשירים נגד יתר קרישיות בדם |
| 3. ANTIDIABETIC AGENTS | תכשירים נגד סכרת |
| 4. ANTIDEPRESSANTS AGENTS | תכשירים נגד דיכאון |
| 5. ANTIMANIC AGENTS | תכשירים נגד מצב מני |
| 6. ANTINEOPLASTIC AGENTS | תכשירים נגד גידולים |
| 7. ANTILIPEMIC AGENTS | תכשירים נגד עודף שומנים בדם |
| 8. ANTIPARKINSONIAN AGENTS | תכשירים נגד מחלת פרקינסון |
| 9. ANTITUBERCULARS AGENTS | תכשירים נגד מחלת השחפת |
| 10. CARDIAC DRUGS | תרופות לטיפול במחלת לב |

11. CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS AND DIURETICS & POTASSIUM CHLORIDE	תרופות משתנות
12. HYPOTENSIVE AGENTS	תרופות להורדת לחץ דם
13. PITUITARY	תרופות לטיפול באי ספיקה של בלוטת יותרת המוח
14. ANTIGLAUCOMA AGENTS	תרופות נגד גלאוקומה (יתר לחץ תוך עיני)
15. THYROID AND ANTITHYROID AGENTS	תרופות לטיפול במחלות בלוטת התריס
16. RICOSURIC AGENTS COLCHICINE	תרופות להורדת חומצה אורית
17. VASODILATING AGENTS	תרופות להרחבת כלי דם

נספח ב'

מבוטחים המטופלים באופן קבוע בגלל אחת מהמחלות הבאות :

1. AIDS -	איידס
2. ADDISON'S DISEASE -	מחלה ע"ש אדיסון
3. COLITIS ULCEROSA -	דלקת כרונית של המעי הגס
4. CYSTIC FIBROSIS -	מחלת C.F.
5. DIALYSIS PATIENTS -	מטופלים בדיאליזה
6. FAMILIAL MEDIT FEVER (FMF)-	מחלה ים – תיכונית
7. HYPERTROPHY OF PROSTATE -	הגדלה של הערמונית
8. HYPOPARATHYROIDISM -	תת פעילות של בלוטת יותרת התריס
9. MULTIPLE SCLEROSIS -	טרשת נפוצה

10. MYASTHENIA GRAVIS -	מיאסתניה גרביס
11. WILSON'S DISEASE -	מחלה ע"ש וילסון
12. THALASSEMIA MAJ & INTERM	מחלת תלסמיה
13. TRANSPLANTED PATIENTS	חולים מושתלים
14. GAUCHER'S DISEASE	מחלה ע"ש גושה
15. CHRON. PSYCHOTIC DISEASE	מחלה פסיכוטית כרונית
16. NEOPLASTIC DISEASES	מחלות גידוליות
17. HEMOPHILIA	המופיליה
18. CHRONIC LIVER DIS.-	מחלת כבד כרונית
19. CHRON. CONG. HEART FAIL - (.C.M.F)	אי ספיקת לב כרונית
20. PARKINSON'S DIS. -	מחלה ע"ש פרקינסון
21. ALZHEIMER DIS.	מחלת אלצהיימר

הודעת קופת חולים כללית בדבר הסדרי בחירה :

"הודעה למבוטחי קופת חולים כללית בעניין הסדרי הבחירה במוסדות רפואיים ונותני שירותים בקופת חולים כללית

על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מפורטים להלן הסדרי בחירת מוסדות רפואיים ונותני השירותים כפי שמופעלים בקופת חולים כללית :

1. בהסדרים אלה :
"מוסד או מוסדות קופת חולים" - מוסד או מוסדות רפואיים בבעלות ו/או בתפעול ישיר של קופת חולים כללית.
"שירותים" - שירותי בריאות הניתנים בבית חולים.
"נותן או נותני שירותים" - מוסד או מוסדות רפואיים הקשורים בהסכם עם קופת חולים כללית.
"המנהל" - מנהל אגף רפואה, מנהל רפואי מחוזי בקופת חולים כללית או כל מי שהוסמך על ידם.
2. מבוטח זכאי לבחור במוסד או מוסדות קופת חולים כללית או כל מי שהוסמך על ידם.
3. מנהל רשאי להורות כי מבוטח יופנה למוסד או מוסדות קופת חולים אחר או אחרים מכפי שבחר, אם מטעם רפואי ולרבות זמינות הטיפול ראה לנכון לעשות כן.
4. המנהל רשאי להורות כי מבוטח יופנה לקבלת טיפול רפואי לנותן או נותני שירותים אם מטעם רפואי ולרבות זמינות הטיפול הרפואי ראה לנכון לעשות כן.
5. הופנה מבוטח לקבלת טיפול רפואי אצל נותן או נותני שירותים כאמור, זכאי המבוטח לבחור בנותן או נותני שירותים על פי אזורי מגוריו ומיקום נותן או נותני שירותים כמפורט ברשימה שלהלן וכפי שתעודכן מעת לעת :

אזור צפת ואצבע הגליל	- בי"ח רבקה זיו
אזור טבריה	- בי"ח פוריה
אזור נצרת	- בי"ח איטלקי, בי"ח אנגלי ובי"ח צרפתי
אזור חיפה	- בי"ח רמב"ם, בי"ח בני ציון
אזור גליל מערבי	- בי"ח נהריה
אזור חפר שומרון	- בי"ח הלל יפה, בי"ח לניאדו
אזור דן	- בי"ח שיבא

- בי"ח איכילוב	אזור תל אביב
- בי"ח וולפסון	אזור חולון/בת ים
- בי"ח אסף הרופא, בי"ח ברזילי-אשקלון	אזור מרכז
- בי"ח הדסה	אזור מודיעין
- בי"ח ביקור חולים, בי"ח הדסה, בי"ח משגב לדך, בי"ח שערי צדק	אזור ירושלים
- בי"ח ברזילי	אזור דרום

6. מנהל רשאי להורות כי מבוטח יופנה לנותן או נותני שירותים אחר או אחרים מכפי שבחר, אם מטעם רפואי ולרבות זמינות הטיפול הרפואי ראה לנכון לעשות כן.

7. הודעה זו באה בנוסף לפרסום נותני שירותי בריאות הניתנים במסגרת הרפואה הראשונית והשניונית כפי שפורסמה בספרי השירות.

הודעת קופת חולים מכבי בדבר הסדרי בחירה

"בהתאם להוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותקנותיו מביאה בזאת מכבי שירותי בריאות לידיעת חבריה את הסדר הבחירה מבין נותני השירות הרפואי העומד לרשות החברים.

א. ככלל מפורטים נותני השירותים העומדים לרשות החברים במדריך השירותים אותו מפרסמת מכבי.

מדריך זה כולל את כל נותני השירות הרפואי לענפיו השונים וסדרי הגישה לשירותים אלה.

ב. חבר רשאי לבחור לעצמו נותן שירותים מבין אלה המופיעים במדריך השירותים בהתאם לכללים והתנאים המפורטים במדריך.

ג. "נותן שירותים" במובן זה אף רופא, מכון, מעבדה, בימ"ר, שירותי הדמיה וכל היוצא באלה.

ד. ניזקק חבר לשירות אשר אינו מפורט במדריך השירותים, יופנה החבר על ידי הרופא המטפל לסניף במקום מגוריו.

הגורם הרפואי / מנהלי יפנה באמצעות התחייבות מתאימה את החבר לביצוע בדיקה / טיפול נדרש אצל נותן שירותים חיצוני הקשור עם מכבי.

ה. קיימים יותר מנותן שירותים אחד הקשורים עם מכבי המתאימים לבצוע הבדיקה / הטפול בו, יוכל החבר לבחור את המקום המתאים לו לפי בחירתו.

"נותן שירותים חיצוני" לעניין זה לרבות מרפאות חוץ של ביתי חולים ציבוריים ואו ממשלתיים וכן חדרי ניתוח בבתי חולים כנ"ל ואו אשפוז בהם מכל סיבה רפואית שהיא."

כללים רפואיים לטיפול הפריה חוץ גופית (IVF) – המלצות הועדה

הקדמה

אי פוריות מוכרת ע"י ארגון הבריאות העולמי (WHO) כתחלואה הדורשת טיפול רפואי והתייחסות מעמיקה. באינדיקציות מסוימות (כגון אי פוריות על רקע חצוצרתי, או בנוכחות גורם זכרי קיצוני) ההפריה החוץ גופית מהווה אמצעי טיפול ראשוני, מאידך, באינדיקציות אחרות (כגון אי פוריות הורמונלית, אי פוריות בלתי מוסברת ואי פוריות מגורם זכרי גבולי) תבוצע ההפריה החוץ גופית רק לאחר כשלון של האמצעים הטיפולים האחרים (למשך מספר טיפולים סביר).

טיפול ההפריה החוץ גופית אינם חסרי סיכון הן לגבי האישה ובמקרים מסוימים גם לגבי בן זוגה. הסיכונים העיקריים לאישה הם: גירוי יתר שחלתי (מהדרגה הקשה), סבוכים הקשורים בהרדמה, דימום תוך בטני, זיהום אגני ופגיעה באיברים פנימיים. כמו כן הריונות מרובי עובר ופגות הנובעת מהן, והריונות חוץ רחמיים. קיימת גם דאגה (תאורטית) באשר לקשר שבין גרויים שחלתיים (הומונליים או טראומטיים) וארעות יתר של סרטן השחלה.

במקרים של השגת תאי זרע מהאשך בטכנולוגיות המתקדמות, קיים סיכון של הרדמה, זיהום, המטומות, ובמקרים נדירים פגיעה בתפקוד האשך (מבחינה הומונלית). גם הטכניקות החדשות אינן מבטיחות הריון בכל מקרה ולפיכך מקובל לקבוע קריטריונים רפואיים המאזנים בין רצון בני הזוג להרות, סיכויי הטיפול וסיכונים.

הקריטריונים להלן נקבעו על סמך שיקולים רפואיים.

קריטריונים להגבלה או הפסקה של הטיפול בהפריה חוץ גופית (ונגזרותיה)

א. גיל האישה: הגיל הכרונולוגי לפי שנים שלמות (יום הולדת).

- א.1. גיל מקסימלי לטיפול לא יעלה על גיל 45 שנה.
- א.2. בגיל 40-45 לא יינתן טיפול לנשים בהן ערכי ה-FSH עולים על 19 I.U./L ביום השלישי למחזור ב-2 בדיקות עוקבות ובטווח של חודשיים (מקסימום) מהטיפול.
- א.3. בגיל פחות מ-40 שלא הגיבו לגירוי שחלתי על ידי גונדוטרופינים, לא יינתן טיפול נוסף כאשר ערכי ה-FSH מעל 30 i.u/L. (תזמון הבדיקות כמו בסעיף א.2.)

ב. אי הצלחה של טיפול בהפריה חוץ גופית:

1. טיפולים בגורם נקבי:

לא יינתנו טיפולי הפריה חוץ גופית נוספים, כאשר :

- ב.1.1. ב- 3 מחזורי טיפול עוקבים בגונדוטרופינים לשם גרוי שחלתי, לא הושגה תגובה שחלתית מספקת לשם שאיבת ביציות.
- ב.2.1. ב- 3 מחזורי טיפול עוקבים לא נשאבו ביציות.
- ב.3.1. ב- 3 מחזורי טיפול עוקבים לא היתה הפריה.

בקריטריונים בסעיפים ב.1.1, ב.2.1, ב.3.1, יש לאפשר לאישה טיפול נוסף (אחד לפחות) ביחידה אחרת להפריה חוץ גופית.

2. אי פוריות הגבר:

לא ינתנו טיפולי הפריה חוץ גופית בגורם הגבר בטכניקות המתקדמות להשגת זרע כאשר :

- ב.2.1. ב- 3 נסיונות לא הופק זרע.
- ב.2.2. הופקו זרעונים אך לא היתה הפריה ב- 3 מחזורים.

גם בקריטריונים בסעיפים ב.1.2 – ב.2.2. יש לאשר לגבר לעבור נסיון נוסף להפקת זרע, ביחידת הפריה חוץ גופית אחרת (רצוי אפילו לאחר 2 נסיונות).

הערה: לגבי סעיפים א' וב' הכוונה לשימוש בגמטות הומולוגיות (של האישה ובן זוגה).

באם יוסכם על תרומת זרע או ביציות (לפי המקרה) יינתנו טיפולים שיחולו עליהם הגבלות בהתאם לסעיפים א', ב'.

ג. מספר הטיפולים האופטימליים לשנה:

מכיוון שתכיפות יתר של הטיפולים עלולה להיות קשורה בסיכוני יתר, יש להגביל את מספר הטיפולים המירבי השנתי ל- 4-6. זאת בתנאי שהמרווח המינימלי בין שאיבת ביציות אחת לבאה לא יפחת מ- 45 יום. הגבלה זו אינה חלה על החזרת עוברים מוקפאים.

ד. גיל מקסימלי לתרומת ביצית:

לא יינתנו טיפולי הפריה עם ביציות תורמת בגיל אישה מעל 51 (גיל הפוריות המירבי).

הערה כללית:

הקריטריונים שהוצגו בסעיפים א', ב', ג', ד', מתייחסים לרוב המקרים המטופלים בשיטה זו, אך לא לכל מקרה פרטני, לכן מתן טיפולי הפריה מעבר לקריטריונים הנ"ל, אינו מהווה סטיה מרפואה סבירה, במידה והטיפול ניתן לאחר שיקול מעמיק לש יחס סכון/ תועלת ובהסכמה מלאה של המטופלת.

לצורך הערכה נכונה של היחס סיכון/תועלת נחוץ רשום ארצי של טיפולי הפריה חוץ גופית.

נספח מס' 11
התוויות לטיפול היפרברי (חמצן בעל לחץ)

להלן ציטוט חוזר מנהל רפואה מספר 37/99 מיום 23 לאוגוסט 1999:

הנדון: הוריות קליניות לטיפול בחמצן בעל – לחץ (HYPERBARIC OXYGEN THERAPY)

1. כללי:

בהמשך לחוזרנו מס' 32/86 מיום: 31.3.86, בו הוגדר הטיפול בחמצן בעל לחץ (HYPERBARIC OXYGEN THERAPY) ופורטו ההוריות הקליניות כפי שנקבעו כפי שנקבעו בזמנו ע"י ה- UNCERSEA (U.M.S) MEDICAL SOCIETY, הננו להביא בזאת, לידיעתכם הגדרה ורשימת הוריות קליניות מעודכנות על בסיס העמדה המעודכנת של ה- UNDERSEA and HYPERCARIC MEDICAL והחברה הישראלית לרפואה ופיזיולוגיה היפרברית וצלילה. מידע זה מועבר אליכם לנוכח העובדה, שהטיפול כלול ב"סל שרותי הבריאות הבסיסי" בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ונדרשנו לפרט את ההוריות הכלולות ב"סל".

2. הגדרה:

- 2.1 טיפול בחמצן בעל- לחץ: טיפול הכולל מתן 100% חמצן למטופל בתוך תא טיפולי בו הלחץ מגיע לפחות ל- 1.4 אטמוספרות מוחלטות. הערות: 1. הטיפול יכול להינתן בתא לאדם בודד או בתא רב מקומי. 2. נשימה של 100% חמצן בלחץ של אטמוספירה אחת או חשיפה של אברים בודדים של הגוף ל-100% חמצן אינו מהווה טיפול בחמצן בעל – לחץ.
- 2.2 טיפול דחוף בחמצן בעל לחץ: טיפול בחמצן בעל-לחץ הניתן במצב רפואי שדחיותו מעל ל- 24 שעות עלולה לגרום לנזק בלתי הפיך למטופל.

2. הוריות קליניות לטיפול דחוף בחמצן בעל-לחץ:

1. תסחיף אוויר או גז ;
2. מחלת הדקומפרסיה ;
3. גנגרנת גז (GAS GANGRENE) ;
4. הרעלת חד תחמוצת הפחמן (כולל שאיפת עשן והרעלת צינאניד) ;
5. איסכמיה חבלתית חריפה (כולל: CRUSH INJURY ; COMPARTMENT SYNDROME) ;
6. איסכמיה פריפרית חריפה למרות ציר וסקולרי פתוח ;
7. חסימה חריפה של עורק הרשתית (סיכויי עדיף להצלחת הטיפול במידה וניתן 12 שעות מהאבחנה) ;
8. אנמיה קיצונית שלא ניתן לטפל באמצעות עירוי דם ;
9. שתלי עור ומתלים במצוקה (COMPROMISED SKIN GRAFTS) AND FLAPS ;
10. ACTINOMYCOSIS , MUCORMYCOSIS * ;
11. נמק שרירי וזיהומים מפושטים של הריקמה הרכה (NECROTIZING FASCITIS) *.

3. הוריות קליניות לטיפול אלקטיבי בחמצן בעל לחץ:

1. פצעים קשיי ריפוי (בעיקר, על רקע היפוקסיה ריקמתית כגון: אי ספיקת ווסקולרית או סכרת) שלא הגיבו לטיפול במשך חודשיים* ;
2. נזקי קרינה מאוחרים לרקמה רכה ועצם (כולל: BREAST , RADIATION PROCTITIS , OSTERADIONECROSIS , RADIATION INJURY XEROSTOMIA) ;
3. כטיפול משולב עם כרורגיה משקמת לאחר טיפול בקרינה ;
4. זיהום בעצמות שאינו מגיב לטיפול (REFRACTORY) (OSTEOMYELITIS MALIGNANT OTITIS EXTERNA).

* הדחיפות לטיפול בהתאם למצבו הקליני של החולה.

למען הסר ספק, הוריות אלה כפופות לשיקול דעת קליני של הרופא המטפל בחולה.

הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי בנושא התפתחות הילד

נוסח החוק המקורי	נוסח החוק המתוקן
1. אבחון וטיפול על ידי צוות רב מקצועי בילדים עד גיל שש שנים. צוות רב מקצועי כולל: נוירולוג ילדים, פסיכולוג פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, קלינאי תקשורת מרפא בעיסוק. 2. אבחון וריפוי דיבור לילדים עד גיל שש שנים. 3. טיפול צוות רב מקצועי בנכויות סומטיות בלי הגבלת גיל. 4. אבחון רפואי לידים מעל גיל שש שנים. 5. טיפול רב מקצועי בליקויי למידה, דיספונקציה מוחית מזערית, ודיבור, הפרעות בתקשורת או סירבול מוטורי לילדים עד גיל 6 (לילדים עם נכויות סומטיות ללא הגבלת גיל).	<u>א. שירותים שיכללו:</u> 1. אבחון וטיפול ע"י צוות רב מקצועי בילדים עד גיל תשע שנים. צוות רב מקצועי כולל: רופא מומחה בנוירולוגית ילדים, או רופא ילדים מומחה בעל <u>נסיון בתחום התפתחות הילד</u>, פסיכולוג פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, קלינאי תקשורת מרפא בעיסוק. 2. אבחון וריפוי בהפרעות דיבור לילדים עד גיל <u>תשע שנים</u>. 3. טיפול צוות רב מקצועי בילדים עם נכויות סומטיות עד גיל 18. 4. אבחון רפואי לילדים עד גיל 18. 5. טיפול צוות רב מקצועי בדיספונקציה מוחית מזערית, למעט הפרעות ריכוז וקשב או ליקויי למידה, ליקויי שפה ודיבור, הפרעות בתקשורת או סירבול מוטורי לילדים עד גיל תשע (לילדים עם נכויות סומטיות עד גיל 18). 6. טיפול רב מקצועי בילדים עד גיל 6 עם הפרעות ריכוז וקשב או ליקויי למידה. <u>ב. שירותים כאמור בסעיף (א) יינתנו רק לפי אישור שניתן מטעם קופת חולים בידי רופא מומחה בנוירולוגית ילדים או רופא ילדים מומחה בעל <u>נסיון בתחום התפתחות הילד</u></u> <u>ג. שירותי האיבחון ינתנו במכון להתפתחות הילד או ביחידה לטיפול התפתחותי, שהכיר בה משרד הבריאות, או בידי עובד בעל הכרה במעמד שנתן לו משרד הבריאות ושיש לו <u>נסיון של שנתיים פחות בעבודה במכון או ביחידה כאמור, והוא עובד על פי תכנית טיפול שהתוו מכון או יחידה כאמור.</u></u>

**סעיף 20
לתוספת
השניה**

המשך -

נוסח החוק המקורי	נוסח החוק המתוקן
<u>טיפולים פארה רפואיים</u> התפתחות הילד לגילאי 3-6 שנים : טיפול צוות רב מקצועי יינתן תמורת השתתפות עצמית של המבוטח בסך 15 ש"ח לטיפול. יתרת עלות הטיפול - על חשבון הקופה עד לתעריף של משרד הבריאות. השתתפות הקופה כנ"ל תינתן עד 18 טיפולים בשנה.	<u>טיפולים פארה רפואיים</u> התפתחות הילד לגילאי 3 עד 9 שנים : טיפול צוות רב מקצועי יינתן תמורת השתתפות עצמית של המבוטח בסך 15 ש"ח לטיפול. יתרת עלות הטיפול - על חשבון הקופה עד לתעריף של משרד הבריאות. השתתפות הקופה כנ"ל תינתן עד 18 טיפולים בשנה.
1. לגילאי 3 עד 6 - עד 27 טיפולים בשנה (ובלבד שסך כל הטיפולים שיינתנו בכלל המקצועות האמורים לא יעלה על 54); 2. לגילאי 6 עד 9 - עד 9 טיפולים בשנה (ובלבד שסך כל הטיפולים שיינתנו בכלל המקצועות האמורים לא יעלה על 18);	סעיף 6 לחלק השני לתוספת *

[ההדגשות אינן במקור ומובאות לצורך ההשוואה בלבד - ק. ר.]

* הפרק המכונה: "שירותים בהשתתפות כספית עצמית של המבוטח"