דוגמאות לקבילות שטופלו בנציבות בשנת הפעילות 2019

1. <u>קבילה בנושא סירוב הקופה לאשר התחייבות לבדיקה לצורך בירור אלרגיה לאנטיביוטיקה</u>

<u>עובדות הקבילה</u>

מבוטחת, בת 32, שוחררה מאשפוז שלאחר לידה מוקדמת ופטירה של הילוד עם ליסטריה שלייתית. במהלך האשפוז טופלה במספר סוגי אנטיביוטיקה ושוחררה עם המלצה לטיפול בתכשיר מוקסיפן (Amoxicillin). יומיים לאחר השחרור סבלה מפריחה מפושטת ומגרדת, הטיפול הוחלף לתכשיר Resprim (Sulfonamides and Trimethoprim), אותו המשיכה לעוד מספר ימים תוך החמרה בפריחה.

בביקור במרפאה למחלות זיהומיות בבית החולים ע"ש שיבא בתל השומר, כחודשיים לאחר השחרור מבית החולים, הומלץ על פנייה למרפאת אלרגיה בשאלה של רגישות לסולפה ופניצילין.

בניסיון לקבוע תור לרופא מומחה לאלרגיה במסגרת הקהילה, נמסר למבוטחת כי פניות בדבר אלרגיה לאנטיביוטיקה לא מטופלות במסגרת הקהילה והיא הופנתה לבית החולים ע"ש שיבא בתל השומר תל השומר.

בקשת המבוטחת לקבלת התחייבות לכיסוי עלות הביקור במרפאת אלרגיה בבית החולים ע"ש שיבא בתל השומר תל השומר נענתה בסירוב.

<u>מסגרת הסל</u>

על פי סעיף 1 לתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי כלולות בסל:

"ביקורים במרפאות

(א) ....

(ב) רפואה מקצועית – להתייעצות, אבחון וטיפול:

.....

(6) אלרגיה"

עמדת הקופה

במענה לפניית נציבות הקבילות השיבה הקופה כי היא מסרבת להפנות את המבוטחת למרפאת אלרגיה. נטען כי אין היתכנות של אלרגיה לשתי תרופות, למעט אלרגיה לפניצילינים בלבד. אם מדובר באלרגיה אזי האלרגיה היא למשפחה אחת של אנטיביוטיקה וגם לא בתגובה משמעותית אלא פריחה בלבד. כן צוין כי יש תחליפים אנטיביוטיים רבים אשר יכולים לשרת טיפול במחלות זיהומיות בקטריאליות בעת הצורך; עמדת הקופה היא כי בירור האלרגיה נדרש אך ורק במקרים חריגים של אלרגיה לתרופה שהיא חיונית ביותר לטיפול בבעיה בקטריאלית ספציפית חוזרת וקשה.

דיון והכרעה

המבוטחת פיתחה אלרגיה לאנטיביוטיקה ועל פי חוות דעת מומחה למחלות זיהומיות בבית החולים שיבא יש לערוך בירור של מומחה לאלרגיה בדבר איפיונה של האלרגיה.

ביקור במרפאת אלרגיה לצורך התייעצות אבחון וטיפול כלול בסל ועל הקופה ליתן את השירות, במקרה ויש בו צורך והצדקה רפואיים. במקרה זה קיימת ההצדקה הרפואית הנדרשת ועמדת הקופה לצמצום הזכאות רק למקרים חריגים וקשים בלבד נדחתה על ידי הנציבות.

ככל שהקופה לא יכולה לספק את השירות במסגרת מתקני הקהילה, עליה התחייבות מתאימה לכיסוי הביקור במרפאת אלרגיה בבית החולים ע"ש שיבא בתל השומר, שהוא בית חולים הנותן שירותים למחוז דן פתח תקווה בקופה אליה שייכת המבוטחת.

תוצאת הקבילה

קופת החולים אישרה את ההתחייבות לכיסוי עלות הביקור במרפאת אלרגיה בבית חולים ע"ש שיבא בתל השומר.

2. <u>קבילה בנושא סירוב הקופה למתן התחייבות לבדיקת היסטרוסקופיה (התבוננות בחלל הרחם באמצעות מכשיר אופטי) לבית החולים בני ציון בחיפה (בחירת נותן שירותים).</u>

<u>עובדות הקבילה</u>

מבוטחת, בת 32, נמצאת במעקב צמוד של רופא נשים ומחלקת IVF בביה"ח בני ציון חיפה במשך שנתיים, ולאחר כישלון של 4 הזרעות בקהילה וכן 7 החזרות עוברים. קיבלה הפנייה רפואית לביצוע בדיקת היסטרוסקופיה. וקבעה ביצוע הבדיקה בבי"ח בני ציון בו היא מטופלת.

<u>מסגרת הסל</u>

ככלל הקופה רשאית ליתן את השירות במתקניה במסגרת הקהילה ולא להפנות לנותן שירותים מטעמה, במסגרת בית חולים. עם זאת יש ליתן את הדעת למצבים חריגים כגון חוסר זמינות תורים במתקן ההסדר או צורך בשמירת רצף טיפולי (כמו במקרה זה). במקרים כגון אלו, על הקופה לאשר את הטיפול במסגרת בית החולים, בהתאם להסדרי הבחירה ובכפוף לעקרון הרצף הטיפולי.

<u>עמדת הקופה</u>

הקופה מאשרת לגשת לבדיקה זו רק במתקני הקופה במרכז הרפואי לין או זבולון בחיפה.

<u>דיון והכרעה</u>

עמדת הקופה נבדקה עם מומחים רפואיים מטעם הנציבות. במקרה הנוכחי קיימת חשיבות לביצוע הבדיקה דווקא ע"י הרופאים המטפלים במרפאת הפוריות בבני ציון, וזאת לאור הנתונים הרפואיים של המטופלת והקשר הישיר בין הבדיקה להמשך הטיפול. הבדיקה הינה חלק אינטגרלי מהטיפולים ואין להפריד בינה ובין יתר הטיפולים ביחידה בבני ציון, () אותם אישרה הקופה על כן, חובת הקופה לאשר את ביצוע הבדיקה במסגרת בית החולים בני ציון , הכלול בהסדרי הבחירה של המחוז אליו משוייכת המבוטחת.

<u>תוצאת הקבילה</u>

הקופה קיבלה את עמדת הנציבות ואישרה ביצוע הבדיקה בביה"ח בני ציון המבוקש ע"י המבוטחת.

3. <u>קבילה בנושא הזכות לקבלת התחייבות לבדיקת MRI שד אחת לשנה.</u>

<u>עובדות הקבילה:</u>

מבוטחת בת 59, לאחר סרטן שד דו צדדי. המלצת הרופאים המטפלים בה היא לבצע בדיקת MRI מדי שנה בשל סיפור משפחתי ואישי של סרטן. במשפחתה אחותה חלתה בסרטן שד בגיל 42 ונפטרה בגיל 49, דודתה חלתה בגיל 60 ונפטרה בגיל זה. דודתה מצד אמה חלתה בלוקמיה בגיל 40, בן דודתה חלה בסרטן הערמונית בגיל 54 ונפטר בגיל זה, דוד נוסף חלה בסרטן הריאות ונפטר בגיל 60 ובן דודה חלה גם הוא בסרטן ריאות בגיל 54 ונפטר בגיל 55, בת של בת דודתה חלתה בסרטן ראש ונפטרה בגיל 7 שנים.

המבוטחת נבדקה בקופת החולים למוטציות השכיחות בגנים BRCA1 BRCA2 והיא אינה נשאית.

הרושם הקליני הוא שיש סיכון רב לרקע תורשתי של סרטן לאור הסיפור האישי של סרטן דו צדדי וסיפור משפחתי כבד. מחישוב שנעשה על ידי היועץ הגנטי הסיכוי לנשאות על פי תכנת הניבוי הוא 84.9%.

לאור הסיפור המשפחתי והסיכון לפתח סרטן שד הומלץ לבצע, בין היתר, בדיקת מעקב באמצעות MRI פעם בשנה.

<u>מסגרת הסל</u>

בדיקת MRI כלולה בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, בסעיף 5 (ו) (13).

בחוזר מינהל רפואה מס׳ 22/2017 נקבעו התוויות לביצוע בדיקות שד בתהודה מגנטית (MRI) במסגרת סל השירותים. בין יתר ההתוויות נקבע כי נשים שהן בסיכון של 20% או יותר לחלות בסרטן השד לאורך חייהן בהתאם למודלים מקובלים.

<u>עמדת הקופה</u>

לטענת הקופה החוזר אינו מתייחס לנשים לאחר כריתת שד דו-צדדית. הסיכון של נשים אלו ללא רקמת שד או רקמה מזערית שארית פוחת משמעותית.

<u>דיון והכרעה</u>

העובדה שמדובר בחולה שעברה כריתה דו צדדית איננה רלוונטית לעניין הזכאות כפי שמופיעה בחוזר.

חולה עם "סיפור משפחתי" כבד חוסה תחת הזכאות כי הסיכון במצבה לנשאות הוא 84.9% וכן הסיכון לחלות (וללא קשר לכך שחלתה בעבר).

על פי המסמכים והמלצות הרופאים מדובר בחולה אשר קיים חשש כבד לחזרת המחלה או הופעה של מחלה אחרת בשל הסיפור המשפחתי המורכב. מטרת החוזר הייתה לעקוב אחר נשים בסיכון גבוה ועל כן יש לאפשר את המעקב באמצעות בדיקת MRI.

<u>תוצאת הקבילה</u>

בסיום הבירור קופת החולים אישרה את המעקב באמצעות בדיקת MRI כמבוקש.

4. <u>קבילה בנושא החלפת ספק לטיפולי הוספיס בית</u>

<u>עובדות הקבילה:</u>

מבוטחת חולת סרטן מסוג גליובלסטומה בשלב ארבע סופני, בת 72, אשר בנה פנה לקופה בבקשה לקבל אישור לשירות של הוספיס בית באמצעות הקופה.

הקופה אישרה את הבקשה אולם המשפחה לא הייתה מרוצה מאיכות הטיפול של הספק אליו הפנתה הקופה. חוסר שביעות הרצון של המשפחה נבע מכך ששירות ההוספיס המוצע כולל משכבי כאבים וטשטוש בלבד. כן צוין כי תדירות הביקורים של הצוות אצלה הינה אחת לכעשרה ימים בעוד המשפחה מבקשת תדירות ביקורים דו שבועית. כן פירטה המשפחה כי צוות שירות ההוספיס לא בדק את מצב פצעי הלחץ מהם סבלה החולה.

בקבילה הלינה המשפחה על כי בקשתם מהקופה להחליף ספק לקבלת שירותי הוספיס בית לחברה אחרת עליה קיבלו המלצות, נענתה בשלילה עת פנו ישירות לקופה.

<u>מסגרת הסל:</u>

במסגרת הסל השירות הפליאטיבי (הוספיס) נועד לחולים הסובלים ממחלה חשוכת מרפא מתקדמת, וכולל תוכנית משולבת של טיפול רפואי, סיעודי ופסיכו-חברתי.

הטיפול כולל איזון סימפטומים ותמיכה נפשית-חברתית לחולה ולבני משפחתו.

חוזר מנהל רפואה מספר 30/09 בנושא "הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה ,בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי", מפרט את אמות המידה למתן השירות במסגרת הסל.

כאמור, בקבילה זו אושר למשפחה השירות, אולם לא אושרה החלפת הספק, שממנו לא הייתה המשפחה מרוצה.

<u>עמדת הקופה</u>

הקופה טענה בתחילה כי למחוז אליו שייכת החולה אין הסכם עם החברה החלופית אליה ביקשה המשפחה לפנות, וחברה זו אינה ספקית של המחוז לצורך שירותי הוספיס בית. הקופה ציינה כי שירותי הוספיס בית ניתנים במחוז ע"י צוות היחידה להוספיס בית של היחידה האונקולוגית.

ביחס לאיכות השירות ציינה הקופה כי מתוך הרשומה הרפואית עולה תמונה של תדירות ביקורים קבועה ומסודרת של הצוות, המעניק לה טיפול מקצועי, וכי ניתנו למשפחה המלצות על המשך טיפול בה, כולל טיפול תרופתי, בוצעו בדיקות דם בתדירות המתבקשת במסגרת הבית מתוך התחשבות במצב החולה והנסיבות הקיימות.

עוד ציינה הקופה בתשובתה כי הצוות האונקולוגי המטפל בחולה עושה את כל המאמצים לתת שירות מיטבי, וכי למרות זאת קיימים מקרים כמו במקרה זה, בהם נוצר פער בין ציפיות המשפחה לבין הגישה הטיפולית הרפואית המוצעת. צוין כי הצוות המטפל מצר על תחושות המשפחה ומודע לפערים הקיימים לגבי ציפיית המשפחה מהטיפול, וכי יעשה ניסיון לצמצם את הפער בשיתוף עם רופא המשפחה במרפאת האם.

<u>דיון והכרעה</u>

בעקבות תשובת הקופה נעשתה פניה נוספת מטעם נציבות הקבילות לקופה, ובה פורטו הסיבות לחוסר שביעות הרצון של המשפחה מהטיפול, וצוין כי בעקבות שיחה עם הבן עולה כי המשפחה איבדה לחלוטין את האמון בצוות המטפל. בפניה הנוספת לקופה ביקשה הנציבות מהקופה לגלות גמישות וחמלה כלפי תחושות המשפחה, ולסייע ככל הניתן במציאת פתרון חלופי או תומך.

במענה הקופה לפניית הנציבות הנוספת נמסר כי מנהלת היחידה לטיפול בית תומך בקופה, שהינה אחות אונקולוגית מומחית קלינית במתן טיפול תומך בחנה את עמדת הנציבות בתשומת לב, ומסרה כי מתוך הרשומה הרפואית ודיווח הצוות המטפל עולה תמונה שונה מזו שמתארת המשפחה. הקופה שבה וטענה כי במקרה זה תדירות הביקורים תאמה את מצב החולה, והחולה טופלה באופן מקצועי, אך נתקלה ללא הרף בהתנגדות המשפחה לטיפולים וההמלצות של הצוות.

יחד עם זאת הסכימה הקופה לבקשת הנציבות, ולאור מצב החולה, ואישרה ספק אחר לצורך קבלת הטיפולים (שאינו הספק שהמשפחה ביקשה, אך ספק אחר מזה שמטיפולו לא הייתה המשפחה מרוצה), המשפחה קיבלה הנחיות כיצד לפעול על מנת להתקשר עם הספק החדש ולהתחיל טיפול באמצעותו.

<u>תוצאות הקבילה:</u>
למרות הפערים בין אופן הצגת העובדות ע"י המשפחה לאילו שנטענו ע"י הקופה והצוות המטפל הראשון, נענתה הקופה לבקשת הנציבות לגלות חמלה כלפי המשפחה בשעותיה הקשות, ואפשרה לה התקשרות עם ספק אחר לצורך המשך קבלת הטיפול, כמבוקש.

5. <u>קבילה בנושא מתן מכשיר הנשמה</u>

<u>עובדות המקרה</u>

מבוטחת בת 68, חולת COPD קשה המחוברת למחולל חמצן במהלך היום ובמהלך הלילה מחוברת למכשיר הנשמה BIPAP אשר מנשים אותה במהלך שנתה. ללא מכשיר זה, ריאותיה עלולות להתמלא ב CO2 ומצבה עלול להחמיר מאוד.

בשל התדרדרות במצבה הרפואי, הומלץ להחליף את מכשיר ההנשמה למכשיר LOEWENSTEIN PRISMA VENT 40. הקופה פנתה לקופה, ולאור סירוב הקופה, רכשה את המכשיר עצמאית ופנתה לנציבות בדרישה לקבלת החזר כספי בגובה התעריף הציבורי.

<u>מסגרת הסל</u>

מכשירי הנשמה כלול בסל על פי המלצת רופא ריאות מומחה.

<u>עמדת הקופה</u>

הקופה סירבה להחליף את מכשיר ההנשמה מהנימוק לפיו לאחר שבדקה את החומר הרפואי נקבע שתומכי הנשימה של " כללית הנדסה" עונים על הצרכים, ויתנו מענה למצבה הרפואי של המבוטחת. בשל המחלוקת בין המבוטחת לקופה הקופה ביקשה להפנות את המבוטחת לקבלת

חוות דעת "חיצונית" ממומחה בשיקום נשימתי בבית חולים תל השומר או ליחידה להתאמת תומכי נשימה בבית חולים מאיר.

המבוטחת פנתה בהתאם להמלצת קופת חולים כללית למומחה בשיקום נשימתי ב"שיבא" לצורך קבלת חוות דעת "חיצונית". בחוו"ד זו ציין המומחה כי המכשיר שרכשה PRIZMA 40 שמאפשר לחץ ו – FLOW גבוה מתאים למצב המטופלת ומומלץ.

חוות דעת המומחה החיצוני הועברה לקופה אך הקופה השיבה כי הבקשה נדחתה בשנית מאחר והמכשיר המבוקש PRIZMA-40 לא עבר אקרדיטציה בכללית.

<u>דיון והכרעה</u>

הנציבות הבהירה לקופה כי לאור המחלוקת הקיימת בשאלת הצורך בהחלפת המכשיר , הקופה הפנתה את המבוטחת למומחה חיצוני שהיה מקובל עליה לצורך הכרעה בשאלה זו. המומחה קבע כי המבוטחת כי המכשיר PRIZMA 40 אכן מתאים למצבה ומומלץ. עוד ציינה הנציבות כי בבדיקה שערכה עם האגף לציוד רפואי במשרד הבריאות נמסר כי מכשיר PRISMA VENT 40 רשום בפנקס הציוד הרפואי.
לאור קביעת המומחה כי היה צורך רפואי דחוף בהחלפת המכשיר וכי המכשיר הקיים לא סיפק מענה יעיל לנסיבותיה, על הקופה היה לספק למבוטחת המכשיר במועד הפניה אליה. על כן, משרכשה המבוטחת את המכשיר, שהתברר כי הוא מתאים למצבה ומומלץ, עליה לקבל ההחזר בגובה התעריף הציבורי.

<u>תוצאת הקבילה</u>

במענה החליטה הקופה כי באופן חריג יינתן למבוטחת החזר עבור מכשיר PRISMA VENT 40 על אף שרכשה המכשיר באופן פרטי וללא אישור ראש.

6. קבילה בנושא זכאות לטיפולי הפרייה חוץ גופית בתכנית לשירותי בריאות נוספים

<u>עובדות הקבילה</u>

מבוטחת בת 43 מבוטחת בתכנית לשירותי בריאות נוספים של הקופה. היא ובעלה חשוכי ילדים וכבר עברו שלושה מחזורים של טיפולי הפריה חוץ גופית. את טיפולי הפוריות הם בחרו לבצע באמצעות מומחה פרטי במסגרת הזכאות הקיימת בתכנית לשירותי בריאות נוספים של הקופה.

לקראת סבב הטיפולים הרביעי הגישה המטופלת בקשה לאישור הקופה לקבלת השירות ע"י המומחה המטפל. היא נדהמה להיענות כי תמה זכאותה לקבלת השירות במסגרת התכנית לשירותי בריאות נוספים. לקובלת נמסר כי היא זכאית לקבל את השירות רק במסגרת הסל ועליה לעבור לקבלו בבית חולים ציבורי.

הקובלת הלינה כי משמעות הדבר היא כי שבמקום המשך מידי של הטיפול היא תעוכב ותאלץ להמתין עד להסדרת טיפול במסגרת אחרת על כל הכרוך בכך לרבות איתור מומחה חדש וקביעת תורים. יש לציין כי ידוע שסיכויי הצלחת הטיפול הולכים ופוחתים עם הגיל כך שלהמתנה יכולה להיות משמעות גם על הצלחת הטיפול. עוד ציינה הקובלת כי היא עיינה בתקנון התכנית לשירותי בריאות נוספים וראתה כי נזכרת שם הגבלת גיל של 43 ואולם להבנתה ההגבלה קבועה ביחס למי שיש לו כבר שני ילדים ולא בזכאות להולדת ילד ראשון ושני.

<u>מסגרת הסל</u>

במסגרת סל שירותי הבריאות ניתנים טיפולי הפריה חוץ גופית להולדת ילד ראשון ושני. קבלת השירות היא בכפוף לשיקול דעת רפואי ותלוי במצבה הרפואי של המטופלת, ההיסטוריה הרפואית וכו'. עד גיל 45 הטיפולים הם בדרך כלל מביצית עצמית ומעל גיל 45 מתרומת ביצית בלבד.

הזכאות לטיפולי הפריה חוץ גופית במסגרת התכניות לשירותי בריאות נוספים (המוכרות גם בכינוי "ביטוחים משלימים") נקבעת בהתאם לתקנון התכנית. לכל תכנית תקנון משלה. בחינת סעיפי התקנון של התכניות לשירותי בריאות נוספים של קופת החולים בה הקובלת מבוטחת העלתה כי קיימת זכאות להשתתפות הקופה במימון של עד עשרה טיפולי פוריות וכי ישנן שתי קטגוריות בהן קמה זכאות להשתתפות במימון מעבר למסגרת הסל:

קטגוריה אחת למי שכבר יש שני ילדים ובמקרה כזה הזכאות לקבלת טיפול מביצית עצמית הוא עד גיל 43 ומתרומת ביצית עד גיל 48.

קטגוריה אחרת של זכאות היא למי שאין לו ילדים, כאשר לפי התקנון הזכאות לקבלת טיפולי פוריות במסגרת פרטית היא על בסיס הקריטריונים הרפואיים שנקבעו מכוח חוק ביטוח בריאות

ממלכתי. כלומר במקרה של מטופלות שאין להם ילדים הזכאות היא עד גיל 45 בכפוף לאישור הגורם המקצועי.

<u>דיון והכרעה</u>

בחינת הסוגיה נעשתה בשיתוף עם האגף לפיקוח על קופות החולים. לאחר עדכון האגף לפיקוח על הקבילות שנתקבלו, מסגרת הזכאות הובהרה לקופת החולים והנהלת הביטוח המשלים בקופה נתבקשה על ידם לדאוג לחידוד ההנחיות בקרב אנשי הקופה. הנהלת השב"ן אישרה כי בהתאם להנחיות הקובלת זכאית לעד עשרה טיפולי פריון להולדת ילד ראשון ושני וזאת עד גיל 45. נמסר כי המערכות התפעוליות מעודכנות בהתאם וכמו כן הועבר חידוד להנחיות בקרב העוסקים בנושא.

<u>תוצאות הקבילה</u>

קופת החולים אישרה לפונה התחייבות לביצוע הטיפול המבוקש, וכן חידדה כללי הזכאות מכוח הביטוח המשלים בקרב עובדיה.

7. <u>קבילה בנושא זכאות לקבלת טיפול שיקומי במסגרת אשפוז</u>

<u>עובדות הקבילה</u>

מבוטחת בת 68, אושפזה בבית חולים "השרון" עקב שבר בצוואר הירך שנגרם מנפילה בבית. לאור מחלות הרקע המורכבות ממנה סובלת המבוטחת הוחלט על טיפול שמרני מאחר שקיים סיכון בביצוע ניתוח במקרה זה. לאחר שמצבה הרפואי של המבוטחת התייצב, הצוות הרפואי המטפל המליץ על המשך טיפול שיקומי במסגרת אשפוז לשם שיפור מעברים, ניידות במסגרת הבית וחיזוק הצד הבריא.

<u>עמדת הקופה</u>

קופת החולים חלקה על ההמלצה לטיפול שיקומי במסגרת אשפוז וסברה כי המבוטחת אינה מתאימה לטיפול שיקומי וזקוקה להמשך טיפול במסגרת סיעודית.

<u>מסגרת הסל</u>

במקרים בהם מתקיימת מחלוקת מקצועית בין הצוות המטפל בבית החולים לבין הצוות הרפואי בקופת החולים בנוגע להמשך טיפול שיקומי, סעיף 6.8 לחוזר מנהל רפואה 4/2009 "אמות מידה

למתן טיפול שיקומי לקשישים" קובע כי כאשר הוחלט בבי"ח שהמטופל נזקק להמשך טיפול שיקומי והגורם המבטח סרב לקבל החלטה זו יש לפעול באחת משתי הדרכים:

א. להפנות להערכה שיקומית במסגרת שיקומית אשפוזית.

ב. לפנות לחוות דעת נוספת של רופא מומחה בגריאטריה או בשיקום המקובל ומוסכם על דעת הגורם המבטח.

<u>דיון והכרעה</u>

לאחר קבלת תשובת הקופה, הנציבות פנתה להנהלת בית חולים "השרון" בבקשה לקבלת הבהרות על אודות המלצה של הצוות המטפל, במענה התקבלה תגובת בית החולים אליה צורף סיכום פיזיותרפיה ודו"ח סוציאלי, מהם עלה כי ההמלצה של בית החולים הייתה המשך טיפול שיקומי במסגרת אשפוז וכי המלצה זו הועברה לקופת החולים מספר פעמים, אולם הקופה שבה ודחתה את הבקשה מאחר שלטענתה אין למבוטחת פוטנציאל שיקומי .

בבירור חוזר שנערך עם קופת החולים, הועבר לה סיכום פיזיותרפיה ודו"ח סוציאלי של בית חולים "השרון", קופת החולים התבקשה להסביר מדוע בהתקיים מחלוקת בין בית החולים לצוות הרפואי מטעמם, הקופה לא פעלה בהתאם לסעיף 6.8 לחוזר מנהל רפואה 4/2009 הקובע כי יש לפנות את המבוטחת להערכה שיקומית באשפוז או באמצעות מומחה נוסף.

<u>תוצאת הקבילה</u>

לאחר פניית הנציבות, נמסר לנו כי הוחלט לעביר את המבוטחת להמשך טיפול שיקומי במסגרת אשפוז.

8. <u>קבילה בנושא זכאות לפטור בעבור טיפול בחדר המיון</u>

<u>עובדות הקבילה:</u>

מבוטח בן 51, שסובל מרקע עיני, פנה לחדר המיון בתלונה על ירידה בעין ימין וכאבי בטן, במהלך השהייה בחדר המיון נבדק ביסודיות ע"י רופא מומחה עיניים לשם שלילת פגיעה או החמרה בעין. הפניה לחדר המיון הייתה בשעה מעבר לשעות הפעילות של הקופה.

<u>מסגרת הסל</u>

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מונה רשימה של מקרים בהם ביקור במיון כלול בסל. במקרים שהתבררו כמוצדקים רפואית בדיעבד, המבוטחים יחויבו בתשלום אגרת מיון בלבד וזאת מכוח סעיף 29 לתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

<u>עמדת הקופה</u>

עמדת הקופה הייתה כי אין מדובר במקרה דחוף, ובמקרה זה לא נדרש טיפול מידי. כמו כן, הקופה טענה כי התלונה העיקרית של המבוטח הייתה על כאבי בטן וכי עמדה בפני המבוטח האפשרות לפנות למוקדי לרפואה דחופה שהיו פתוחים במועד הפנייה.

<u>דיון והכרעה</u>

במהלך הביקור בחדר המיון בוצעה בדיקת רופא מומחה לעיניים במהלך השהייה בחדר המיון בהתאם להנחיית רופא הבית בחדר המיון, וזאת לאור הרקע העיני של המבוטח והתלונה על ירידה בראייה בעין. שירות זה לא היה זמין למבוטח בקהילה בזמן שפנה למיון (מוקדים לרפואה דחופה לא כוללים בדיקת רופא מומחה לעיניים). לאור זאת עמדת הנציבות כי הפנייה לחדר המיון במקרה זה מוצדקת רפואית בדיעבד והקופה התבקשה לחייב את המבוטח בתשלום אגרת מיון בלבד.

<u>תוצאת הקבילה</u>

בסיום הבירור ולאחר הוצאת התראה, קופת החולים אישרה תשלום אגרת מיון בלבד.

9. <u>קבילה בנושא מימון ניתוח במסגרת שב"ן</u>

<u>עובדות הקבילה</u>

מבוטח אשר בשל ממצא דמי בשתן וחשד לממאירות הומלץ לו לבצע ציסטוסקופיה וביופסיה. המבוטח ביקש כי הפעולה תבוצע ע"י מנתח אשר נמצא בהסדר עם הקופה, לשם כך, פנה המבוטח לקופה לצורך קבלת התחייבות במסגרת זכאותו מכוח התכנית לשירותי בריאות נוספים. עם זאת, בקשתו זאת סורבה והקופה לא אישרה ביצוע הניתוח במסגרת השב"ן. בשל דחיפות הפעולה הרפואית עקב חשד לממאירות, החליט המבוטח לממן מכספו את הפעולה הרפואית הנדרשת. לאחר מכן, פנה בקבילה אל נציבות הקבילות.

<u>מסגרת הסל</u>

זכויות וחובות מבוטחים בתכניות לשירותי בריאות נוספים נקבעים על פי תקנון התכנית. להלן נוסח התקנון של תכנית השב"ן של אותו מבוטח:

" 1.3.רכישת שירות רפואי בבית חולים פרטי באמצעות רופאים הקשורים בהסכם עם הקופה

1.3.1מבוטח הזקוק לניתוח/טיפול הכלול ברשימת הניתוחים שבהסדר, רשאי לבחור לעצמו בית חולים פרטי (לרבות שר"פ) ורופא מטפל, מתוך רשימת בתי החולים הפרטיים ומתוך רשימת הרופאים להם הסכם התקשרות עם הקופה ("רופא מטפל"). רשימת הרופאים המנתחים שבהסכם, בתי החולים בהסכם, ורשימת הניתוחים לגביהם יש לקופה הסכם, עומדת לרשות המבוטחים באתר האינטרנט ובסניפי הקופה".

<u>עמדת הקופה</u>

עמדת הקופה כי הניתוח לא אושר על ידה במסגרת השב"ן בשל חוסר התאמה בין קודי הפעולה לבין הרשאות הרופא, למבוטח נמסר כי לא אושרה ההתחייבות המבוקשת, והמבוטח בחר לבצע את הניתוח במסגרת פרטית.

<u>דיון והכרעה</u>

המבוטח פעל בהתאם למידע שפורסם על ידי קופת החולים באתר האינטרנט שלה. לאחר בדיקה השתכנעה הנציבות כי המידע המופיע באתר הקופה אינו ברור דיו לקורא התמים. הרופא הרלוונטי בו בחר המטופל מופיע כרופא שבהסדר, כאשר מתחת לשמו רשום "הרצליה מדיקל

סנטר״. יצוין, כי מידע זה לכשעצמו כבר יכול ליצור אצל קורא תמים רושם כי ההסדר עם הרופא הוא בבית חולים ״הרצליה מדיקל סנטר״. בהמשך, ישנו פירוט של פעולות כירורגיות, ולצד כל פעולה ישנה הפנייה למידע אודות ״בתי חולים והשתתפות עצמית״. במסגרת זו מפורטות שתי פעולות טיפוליות דומות שלהן קוד זהה של משרד הבריאות (״ציסטאורתרוסקופיה עם ביופסיה/ פעולה כירורגית אחרת״), כאשר רק לגבי פעולה אחת יש הסדר ל״הרצליה מדיקל סנטר״.

בנוסף, בהתנהלות הקופה נפל פגם נוסף כיוון שהיה על נציגי הקופה לעדכן את המבוטח במועד בקשתו להתחייבות, לאילו בתי חולים חלופיים הוא כן רשאי לפנות לביצוע הפעולה עם אותו רופא (״אסותא תל אביב״), וכל זאת במקום תשובה (שאינה מובנת) בנושא ״קודים והרשאות״. אולם, דבר זה לא נעשה על ידי הקופה, והמבוטח מלין בקבילתו על כך שלא נאמר לו כי הרופא מבצע את הפעולה גם בביה״ח ״אסותא״ וכי ניתן לקבל התחייבות לבית חולים זה. עמדת הנציבות היא כי די בפגם זה בלבד כדי לחייב את הקופה במימון השירות עבור המבוטח.

<u>תוצאת הקבילה</u>

הקופה העניקה למבוטח החזר כספי בגין הוצאות שהוציא למימון פרטי של הפעולה, בניכוי דמי השתתפות עצמית שנקבעו על פי תקנון התכניות לשירותי בריאות נוספים.