

הרחבת פוליסת המחלות קשות - באמת נחוץ או עבודה בעיניים?

■ פוליסת המחלות הקשות עברה עם השנים תמורות ושינויים רבים, הן בהגדרת הזכאות למחלות והן בהיקף הכיסוי ■ האם הרחבת הכיסויים, הגדלת מניין המחלות והוספת התגמול המופחת הן בבחינת צורך אמיתי?



מאת ד"ר אודי פרישמן

פוליסת מחלות קשות היא אחת הפוליסות החשובות המשווקות בשוק הביטוח הבריאות בישראל. הפוליסה המכסה תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות היא הפוליסה החשובה ביותר בסל הביטוח הבריאותי של אזרחי ישראל והשנייה, אך אחריה יכולה בהחלט לעמוד הפוליסה למחלות קשות ובלבד שמדובר בפוליסה טובה. הפוליסה מכסה שלושה אירועים עיקריים: המהווים כ-80% מכלל מקרי הביטוח והם: סרטן, אירוע מוחי והתקף לב. כל השאר הם מקרים נדירים, חלקם יותר וחלקם פחות. בשנים האחרונות פעלו חברות הביטוח, לא מעט בסיוע של המפקח על הביטוח, בצמצום הזכאות בקרות אחת מהמחלות השכיחות. בהתקף לב נוספה בדרישה הבלתי הגיונית שרמת הטרפונים (אחד מאנזימי הלב) צריכה להגיע לרמה של אחד, באירוע מוחי נדרש נזק ניורולוגי הנמשך יותר משמונה שבועות ובסרטן התווספו חריגים מוזרים ולא הוגנים, למשל הצורך בכריתה דו צדדית של בלוטת התריס במקרה של סרטן בבלוטה. חלק מהעיוותים נפתרו חלקית וחלק נשארו כפי שהם, כאשר המגבלות הללו הקטינו מאוד את הזכאות בפוליסה לרוב ציבור המבוטחים. בעקבות כך החלו החברות לחפש פתרונות להחזרת עטרה ליושנה במטרה להחזיר את אמון הציבור והסוכנים במוצר כל כך חשוב. בשלב הראשון החלו החברות להתחרות בין

לבין עצמן בהגדלת מספר המחלות, האירועים הביטוחיים המכוסים. ובהמשך החלו להוסיף אירועים שוליים ולתת בגינם כיסוי זעום של 15% עד 20% מסכום הביטוח. נשאלת השאלה - מה דינו של האתנן ואיך הוא עומד מול הבעיות הקשות בהגדרות של המקרים השכיחים - סרטן, אירוע לב ואירוע מוחי?

הרחבת מספר המחלות זה תמיד טוב, גם אם מדובר במצבים מאוד נדירים, כי אם מבוטח חולה באחד מאותם מצבים נדירים ומקבל את הפיצוי בגין המחלה, עבורו זה לא נדיר, עבורו זה מאה אחוז מחלה ומאה אחוז פיצוי. נשאלת כמובן השאלה, מה תוספת הפרמיה שהוא נדרש לשלם עבור הרחבת הרשימה והאם היא ריאלית ביחס לסיכון העודף שהתווסף כתוצאה מהרחבת הרשימה.

לגבי הרחבת הזכאות למקרי קצה, הרי שזה באמת לעג לרש. לתת לאשה שחלתה בסרטן השד, קיבלה כימותרפיה ועברה הקרנות, 20% מסכום הפיצוי - זה חוטא למהות הפוליסה. איך זה ייתכן? מאחר שהפוליסה מגדירה סרטן מסוג DCIS כסרטן מקומי שלא מצדיק פיצוי - אז תהיה התוצאה.

וכך גם סרטן מקומי בשלפוחית השתן, שיחייב את המבוטח כל חייו להיות במעקב של ציסטוסקופיות (פעולה פולשנית), הישנות כמעט בטוחה של הגידול וטיפול בשטיפות תוך שלפוחיות. מדובר בהליך אגרסיבי, פולשני, כואב, שאיננו תענוג גדול ופוגע מאוד בשגרת החיים, ולעומתו הפיצוי שאותו חולה יקבל יעמוד על 20% מסכום הביטוח בלבד.

והחמור מכל, שהחברות עלולות לנצל את תמימותם של המבוטחים ושל חלק מהסוכנים ולהסיט תשלומים לפרק החלקי ולא לפרק

המלא. קל "לסתום" למבוטח את הפה ולהגיד לו - עדיף לקבל משהו, אפילו סכום חלקי, מאשר לצאת למלחמה מול חברת הביטוח הגדולה והחזקה.

אני בעיקר מתפלל על משרד האוצר, שנתן יד להטעיה הזו במעטפת חוקית.

ומה צריך לעשות? להרחיב את תנאי הזכאות למקרים השכיחים, גם אם הדבר כרוך בהגדלת הפרמיה. בנוסף, יש מקום להוסיף להגדרה גם את סוג הטיפול שהחולה מקבל. חולה שמקבל הקרנות או כימותרפיה או חולה שנדרש לתהליך שיקום ממושך, חייב השתנו. לפצות אותו בפיצוי סמלי של 15% מסכום הביטוח זה לעג לרש.

הפוליסה היא לא כרטיס של מפעל הפיס שבאה להעשיר את המבוטח. מטרת הפיצוי לתת סיוע כלכלי לחולה במחלה קשה, על מנת שיוכל להתארגן ולהתמודד עם השינויים בחיים ובכלכלת המשפחה שהמחלה "הפילה" עליו. זו יכולת לממן במהירות טיפולים יקרים, היכולת להתמודד עם אובדן הכנסה מידי שנגרם מהמחלה, עד שייכנסו לפעולה הביטוחיים והזכויות הנוספות שלו, כמו פוליסת אובדן כושר עבודה, או קרן פנסיה או הביטוח הלאומי, היכולת לממן התאמות שנדרשות באופן החיים כתוצאה מהמחלה, לדוגמה - מעלית בבית, ועוד.

ועד שכל זה יקרה, על הסוכנים להסביר ברחל בתך הקטנה לרוכשים את מהות הכיסויים בפוליסה, לא לייצר ציפיות שווא אצל הלקוח, והכי חשוב לא לוותר על בדיקה מעמיקה של המצב הרפואי - האם הוא שייך לפיצוי המופחת או לפיצוי המלא.

הכותב הוא מומחה במדיניות בריאות ובביטוח בריאות וסיעוד, יועץ בכיר בחברת הייעוץ פרש קונספט