

חברת ביטוח אינה רשאית להתערב באינדיקציות הרפואיות של הרופא המטפל במבוטח

■ שינוי מדיניות זו יביא לאובדן הצורך בביטוח פרטי ויהפוך אותו לעוד ביטוח משלים ■ הפרמטר הקובע היחיד לקביעת הקריטריונים לטיפול רפואי במסגרת הביטוח הפרטי הוא לא תקציב המדינה אלא הכיסוי בפוליסה

רפואיות מקובלות, על חברת הביטוח לכסות את הטיפול ודעתו המקצועית של רופא החברה לא רלוונטית.

קוראים יקרים, לא מדובר כאן בסמנטיקה, מדובר בסוגיה מהותית שעלינו להציף ולהגן עליה בחירוף נפש. אם חברות הביטוח יכניסו בדלת הראשית או בדלת האחורית את האפשרות לרופא מטעמם להתערב באינדיקציה הרפואית של הרופא המטפל במבוטח, אז זה יהיה סופו של הביטוח הפרטי.

אדם משקיע הון רב, מדי חודש בחודשו, על מנת לרכוש זכויות שאין לו במסגרת הרפואה הציבורית. על מנת להבטיח את המקום שבו יקבל את הטיפול הרפואי, את המועד בו יקבל את השירות הרפואי ובעיקר את סוג הטיפול בהסתמך על המלצת הרופא שבו בחר, תוך האפשרות להרחיב את היקף הכיסויים והאינדיקציות הניתנות במסגרת סל הבריאות. אם נעקר זכות בסיסית זו מהביטוח, נאבד את היתרון הגדול ביותר של ביטוח בריאות פרטי.

כמובן שבהקשר זה אי אפשר להתעלם מסייגים וחריגים בפוליסה, שגם להם יש השפעה על היקף הכיסוי הביטוחי ואי אפשר להתעלם מסוגיה מורכבת של מתי הטיפול ניתן לצורך רפואי ומתי לצורך אסטטי קוסמטי. שאלה זו אינה רלוונטית בהקשר של הזרקה רפואית לברך והדין עליה מצדיק רשימה נפרדת.

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

שנבחר על ידי המטופל. ברקע עלינו לזכור שגם לרופא המטפל יש כללים ומגבלות שהוא צריך לעמוד בהם והם בחירת השירות המוצע למטופל, שיינתן על פי אמות רפואיות מקובלות. כלומר, השירות רשום ומותר לשימוש שיגרה בישראל, ואם לא, אז קיים מרשם מסוג 29/ג או אישור של ועדת הליסיני.

ונחזור למבוטחת שנדרשה להזרקה לברך שלה. המלצת הרופא מטעם חברת הביטוח אינה רלוונטית. השאלה הרלוונטית היחידה היא האם הטיפול ניתן על פי אמות מידה רפואיות מקובלות. אם נדרש מרשם 29/ג לתרופה שנעשה בה שימוש והרופא לא ביקש או לא קיבל אותו, אזי הטיפול לא ניתן על פי אמות מידה רפואיות מקובלות. אם לטיפול נדרש אישור של ועדת הליסיני והרופא לא ביקש או לא קיבל אותו, אז הטיפול לא ניתן על פי אמות מידה רפואיות מקובלות.

אבל, אם לא נדרש מרשם 29/ג לתרופה ולא נדרש אישור ועדת הליסיני להזרקה, כמו במקרה שלפנינו, אזי הטיפול ניתן על פי אמות מידה רפואיות מקובלות וצריך להיות מכוסה על ידי חברת הביטוח.

במקרה של "תחליף ניתוח" קיימת ברוב המקרים גם דרישה נוספת, שהטיפול מיועד להחליף צורך בניתוח. אולם במקרה של הזרקה לברך ברור שדרישה זו היא טריוויאלית ולא מהווה מכשול לאישור התביעה. ברגע שהרופא המטפל במבוטח קבע שמטרת הטיפול היא לנסות ולהחליף ניתוח וברגע שהאינדיקציה הרפואית הזו נקבעת על פי אמות מידה

בימים אילו הגיע אלי מבוטחת שנדרשה לעבור טיפול מחליף ניתוח בברך שלה. התביעה נדחתה על ידי חברת הביטוח בטענה שרופא החברה סובר שאין אינדיקציה רפואית לטיפול. רופא החברה סובר שמצב הברך קשה מדי ולא יגיב



מאת ד"ר אודי פרישמן

לטיפול החליפי. באמירה מקוממת הזו מגולם ההבדל המהותי בין ביטוח בריאות פרטי לשירותי הרפואה הציבוריים: ביטוח משלים או שירותי סל הבריאות.

במערכת הציבורית נקבעים הקריטריונים לקבלת טיפול רפואי על פי על פי שיקולים כלכליים בראיה כוללת. אין ספק שכל התרופות והטיפולים הרפואיים שלא הוכנסו השנה לסל הבריאות, לא הוכנסו משיקולים כלכליים. למדינה יש תקציב מוגדר ומוגבל והמדינה מכניסה לסל את מה שנכנס למסגרת התקציב, לפי סדרי עדיפויות שהיא קובעת ועל פי האינדיקציות שהיא מחליטה עליהם.

אבל קביעת הקריטריונים לטיפול רפואי במסגרת הביטוח הפרטי, מושתתים על בסיס שונה לחלוטין. הפרמטר הקובע היחיד הוא לא תקציב המדינה אלא הכיסוי בפוליסה, והגורם הקובע הוא לא ועדת סל הבריאות או קופת חולים, אלא תנאי הפוליסה והרופא המטפל