



משרד הבריאות

# נציב קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי

דוח מס' 7  
לשנת 2006  
סיכום עשור לנציבות

ירושלים, אפריל 2007  
סיוון, תשס"ז

## פתח דבר

### נציבות הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי סיכום 10 שנים ראשונות

ב-26 לדצמבר 2006 סיימתי את תפקידי כנציבת הקבילות ל חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כיהנתי בתפקיד זה במשך 10 שנים רצופות, שהן שתי קדנציות מלאות - התקופה המרבית האפשרית על פי החוק.

ההצעה לחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי עלתה כבר בכנסת הראשונה מיד לאחר הקמת המדינה, ע"י אבי חבר הכנסת ערי ז'בוטינסקי, ביחד עם חבר הכנסת הלל קוק. ההצעה הורדה מסדר היום בעקבות התנגדותן של רוב סיעות הבית. למרות זאת, המשיך אבי להיאבק על הצורך בשינוי חקיקה באופן שבו כל תושב בישראל יהיה זכאי לקבלת שירותי בריאות בסיסיים במימון המדינה, על בסיס עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. אמונתו זו של אבי ומאבקו השפיעו על תפיסת עולמי, ועם כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקפו, שאפתי לסייע ביישומו ובמימושו, בהתאם לערכים שספגתי בבית אבי.

תודתי נתונה לכל אלו אשר נתנו בי את אמונם כשבחרו בי לתפקיד המורכב והמאתגר הנ"ל, כנציבה הראשונה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ועל כן נתאפשר לי להקים, יש מאין, את נציבות הקבילות ו לעצב את דמותה מראשית דרכה.

חשיבותו של מוסד נציבות הקבילות והצלחתו במילוי ייעודו, נמדדים במימוש זכותם של המבוטחים לקבל שירותי בריאות באיכות סבירה תוך שמירה על עקרונות הצדק והשוויון. הויכוח ההיסטורי לגבי ההצדקה שבמינוי נציב קבילות ייחודי, שתפקידו להבטיח את קיום החוק וההגנה על זכויות המבוטחים, הוכרע על ידי עשרות אלפי הקבילות שהופנו לנציבה, קבילות שמהן עלו היבטים ייחודיים של שירותי רפואה, דחיפות אספקתם והמשמעות הגורלית של עיכובם או מניעתם. כיום, אין עוד ספק לגבי ההצדקה להקמתו וקיומו של מוסד נציבות הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר במהלך 10 שנות כהונתי טיפל בכ- 35,500 קבילות שעניינן ישום החוק, ובכ- 69,500 השגות, שעניינן מעבר מקופה לקופה.

ההכרה הגוברת והולכת בחשיבותו של מוסד נציבות הקבילות וקביעות הנציב, באה לידי ביטוי, בין היתר, בתיקון מהותי לחוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר הוסיף לחוק הקיים את סעיף 46א, שנכנס לתוקף ביום 1/1/2006. התיקון יצר מנגנון אכיפה חדש לקביעות הנציב, באמצעות מנכ"ל משרד הבריאות שהוסמך ליישמן.

אין לי ספק כי הנציבות חייבת להמשיך ולהוות גורם האמון על שמירת רמת הרפואה הציבורית במדינת ישראל. חשיבות פעילותו של מוסד נציבות הקבילות היא בה בטחת שמירת זכויות המבוטחים ובשיפור מתמיד של איכות השירות והטיפול הרפואי. לצורך השגת יעדים אלו על הנציבות להיות גורם אובייקטיבי, משוחרר מלחצים, וזאת בכדי ש המלצותיו ימשיכו להוות את המדד על פיו מערכת הבריאות הממלכתית צריכה לנהוג. ברצוני לקוות כי גם הכרה של הממסד הרפואי והאדמיניסטרטיבי בחשיבות מוסד הנציבות יתרמו לכל אלה.

במלאת עשור לפעילותו של מוסד נציבות הקבילות ומפאת חשיבותו כפי שזו התבררה במהלך 10 שנות כהונתי, לדעתי, יש מקום לחשיבה מחדש באשר לכיווני ההתפתחות של מוסד זה בתחומים שונים. בין היתר, סברתי והנני עדיין סבורה כי יש **לשקול קביעת תקציב עצמאי**, באמצעות סעיף תקציבי נפרד בחוק התקציב. תקציב עצמאי יבטיח, לכל הפחות, את עצמאות הפרסומים של הנציבות, ובכללם הדוח השנתי ואפש רות מתן תגמול עבור חוות דעת מקצועיות בנושאים שנויים במחלוקת, הניתנות כיום בהתנדבות על ידי יועצים חיצוניים המסייעים לנציבות בבירור הקבילות. תקציב עצמאי אמור להבטיח גם את האפשרות לפקח ולבקר את משרד הבריאות כנותן שירותים (למשל בתי החולים הממשלתיים, הלשכות המחוזיות וכיוצא בזה) בעיה שהתרעתי עליה כבר בדוח הראשון לשנת 1997.

חשיבות המלצותיו של הנציב אינן יכולות להיות שנויות במחלוקת, ולכן יש לקבוע בחוק, באופן מפורש, חובת הגשת דוח שנתי אשר יסכם את פעילות הנציבות ויקבע המלצות לביצוע. הדוח הנ"ל יוגש לחברי מועצת הבריאות ולכנסת. אין זה מצב תקין שנציב הקבילות צריך להפנות משאבים לצורך הכנת וכתובת דוח והמלצות לשיפור, על חשבון מתן שירות לציבור המבוטחים. מדובר בשתי פונקציות מהותיות לתפקיד הנציב שיש לעגן כל אחת מהן בנפרד בחקיקה. תיקון מעין זה יחייב מתן כוח אדם ותקציבים הנדרשים להכנתו וכתובתו של הדוח.

בשל העדר חקיקה מפורשת בנדון וכפועל יוצא מהעדר משאבים נאותים, נאלצתי במהלך כהונתי לסכם מספר פעמים שתי שנות עבודה בדוח אחד, וזאת בכדי למזער את הפגיעה בציבור המבוטחים בשל הפניית כוח אדם לצורך כתיבת הדוח השנתי. תיקון החקיקה האמור, יבטיח גם את חובת פרסומו של הדוח השנתי והמלצותיו של הנציב היוצא עם סיום כהונתו. בנוסף, תקציב נפרד יסייע להבטיח את עצמאות תכני הפרסום.

לעניין התנאים למינוי הנציב, הקבועים בסעיף 44 לחוק, לדעתי, יש להוסיף תנאי נוסף לפיו יוכל להתמנות לתפקיד רק מי שהינו **רופא קלינאי מומחה שעבד לפחות 5 שנים במערכת הציבורית או בעל רקע רפואי קליני נרחב, של לפחות 5 שנים, במערכת הציבורית**. הוספת התנאי, כאמור, הינה הכרחית בשל טיבה של עבודת הנציב, המחייבת קבלת החלטות, לעיתים מיידיות, על בסיס הפעלת שיקול דעת רפואי עצמאי.

בכל הנוגע לקביעת תקינה ההולמת את הצרכים הגדלים, כל העת, של הנציבות, במהלך שתי הקדנציות של כהונתי, לא הפסקתי להיאבק מול האדמיניסטרציה של משרד הבריאות בנושא תקינה מתאימה להיקפי העבודה של הנציבות. במהלך השנים גדלה התקינה של הנציבות מ- 3 עובדים ונציב ל- 5 עובדים ונציב. בפועל, היקפי העבודה דרשו צוות עובדים גדול יותר, ועל כן היו עובדים נוספים ללא תקנים. בשנה האחרונה לכהונתי מספר עובדי הנציבות התייצב על 14 עובדים (חלקם הגדול כאמור ללא תקנים, ולאחר סיום כהונתי ירד ל- 12). האיומים חדשות לבקרים בפיטורים, יצרו דמורליזציה ושחיקה בקרב העובדים והביאו לתחלופת עובדים, דבר שפגע בעבודה השוטפת בנציבות. כל פניותיי בנדון, החל מהדוח הראשון לשנת 1997, לא נענו ועד לסיום תפקידי, עשר שנים אחרי, לא נמצא לכך פתרון למרות פניות חוזרות ונשנות.

ברצוני להדגיש, כי המהירות בהן הקבילות מתבררות ועומק הבירור, הינם פונקציה של עובדים מיומנים בכמות הולמת. כיום, לאחר תיקון החקיקה בנוגע לאכיפת קביעות הנציב, קיימת משמעות, יותר מבעבר, לביצוע בירור מהיר ויסודי של הקבילות, הן מבחינה כלכלית והן מבחינת הרלוונטיות של מועד אספקת הטיפול (ראה פירוט בחלק המורחב בנושא סמכויות האכיפה). במידה וכל האמור לעיל לא יתוקן, לא ירחק היום שהמשרד יהיה חשוף לתביעות משפטיות מטעמים אלו.

האדמיניסטרציה של משרד הבריאות לא השכילה להכיר בעבודתם הקשה והמאומצת של עובדי הנציבות, שנאלצו לעמוד בלחץ נפשי בלתי פוסק מול המבוטחים אשר פנו אליהם כאשר נכזבו מהמערכת הרפואית, ומול הצורך להתמודד עם דחיית קבילותיהם של מבוטחים מיואשים. אם לא די בכך, הרי שבשל המחסור בכוח אדם ובשל מערכת טלפונים מיושנת, קיבלו עובדי הנציבות, לא אחת, קיטונות של כעס מעובדים אחרים במשרד אשר נאלצו להתמודד עם "גלישה" של פניות טלפוניות למחלקות אחרות במשרד הבריאות של פונה מיואש זה או אחר. כל פניותיי בנדון החל מהדוח הראשון לשנת 1997 לא נענו ועד לסיום תפקידי, עשר שנים אחרי, לא נמצא לכך פתרון למרות פניות חוזרות ונשנות.

בירור קבילות דורש מיומנות מקצועית רבה וכולל התמודדות עם מקרים קשים ביותר. טיפוח צוות מקצועי ואיכותי (הן המשפטי והן האדמיניסטרטיבי) הינו הכרחי לטובת ציבור המבוטחים, ועליו לכלול תגמול הולם ותנאים. אני תקווה כי כל אלו יושגו בעתיד הקרוב ביחד **עם הכרה ראויה לעובדי הנציבות על פועלם.**

לא ניתן לסיים חלק זה מבלי להקדיש מספר מילים לנושא תוכנת התלונות של הנציבות. מיום תחילת כהונתי חזרתי ודרשתי תוכנת תלונות מתאימה ונפרדת לצרכי הנציבות. עמדת משרד הבריאות היתה שעל הנציבות להשתמש בתוכנת התלונות הכללית (והמיושנת) של המשרד. דא עקה, שתוכנה זו לא התאימה,

ולא יכלה להתאים, לצרכים המיוחדים של עבודת הנציבות. נאלצתי להקדיש, במשך כל שנות כהונתי, זמן ניכר באפיונים של תוכנות שונות שהוצעו מעת לעת למשרד הבריאות, אשר "נפלו" חדשות לבקרים ולא הגיעו לידי מימוש. בשנת 1998 בלית ברירה נמצא פתרון טכנולוגי זמני, שאף הוא מזה תקופה אינו עונה על הצרכים. לו היה לנציבות תקציב עצמאי ניתן היה לתת פתרון בסיסי גם לבעיה זו.

=====

בראש ובראשונה ברצוני להודות לבני משפחתי. לא הייתי יכולה למלא תפקיד מורכב וחשוב זה לולא סבלנותם ועזרתם, ועל כך ברצוני להודות להם. במיוחד נתונה תודתי לבעלי ולאחי.

זה המקום להודות לכל עובדי משרד הבריאות, אשר סייעו ומסייעים לנציבות הקבילות.

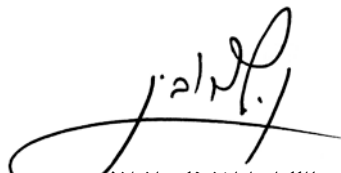
כמו כן, אבקש להביע את תודתי ליועצים החיצוניים אשר סייעו וממשיכים לסייע לנציבות על ידי מתן חוות דעת מקצועיות בנושא ים השנויים במחלוקת, וזאת ללא כל שכר או תמורה.

בנוסף, ברצוני להודות לנציבי פניות הציבור של קופות החולים אשר סייעו לנציבות במיוחד בתחילת דרכה, ולמנהלים הרפואיים שלהן, אשר למרות חילוקי הדעות שלעיתים היו נוקבים ומרים, השכילו לשמור על אווירה עניינית.

עבודת בירור מקצועית של עשרות אלפי קבילות איננה עבודת יחיד וזה המקום להודות לכל עובדות ועובדי הנציבות, אשר שכרם היחיד הוא הצלחתם של המבוטחים לקבל שירותי בריאות להם הם זכאים באיכות גבוהה. עבודתם נעשית במסירות, תוך לחץ נפשי רב הנובע מהדחיפות העניינית של הקבילות, ובמקביל מהצורך לברר כל קבילה לעומק.

כמו כן, ברצוני להודות לכל העובדים אשר סייעו לי בכתיבת הדוחות השנתיים והסיכום הנוכחי.

לסיום, ברצוני לאחל לנציבת הקבילות, לגבי אתי סממה, הצלחה בתפקידה המורכב והחשוב בעזרה למבוטחים, תפקיד המצריך התמודדות קשה מול קופות החולים מחד ומול אילוצי משרד הבריאות מאידך, ואשר שכרו היחיד הוא הצלחתם של המבוטחים לקבל שירותי בריאות להם הם זכאים באיכות גבוהה.



ד"ר קרני ז. רובין

## תוכן עניינים

---

עמוד		
3		פתח דבר
9		תקציר
13	הישגי הנציבות בעשר שנות כהונתי כנציבת הקבילות והמלצות שטרם יושמו	פרק ראשון
15	דוגמאות נבחרות להישגים ולהמלצות אשר יושמו	
17	דוגמאות נבחרות להמלצות אשר טרם יושמו	
21	יישום אכיפת קביעות הנציב	פרק שני
23	הוראות סעיף 46א ויישומן	א.
29	מצבים בהם לא ניתן היה לממש את הוראות סעיף 46א	ב.
42	מגמות חיוביות שנצפו עם תחילת יישום סעיף 46א לחוק	ג.
58	סיכום והמלצות	ד.
59	נתונים מספריים והתפלגותם	פרק שלישי
61	טבלאות עם הנתונים על הקבילות לשנת 2006	1.
66	טבלאות רב שנתיות	2.
72	תרשימים השוואתיים	3.
79		נספחים
81	סמכויות הנציב לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי	נספח 1:
83	סמכויות הנציב מכוח חוק מבקר המדינה	נספח 2:
85	כללי המעבר מקופת חולים אחת לאחרת ומועדיו	נספח 3:

## **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"ץ"  
סל שירותי הבריאות הקבוע על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי להלן: "הסל"  
חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד- 1994 - להלן: "החוק"

## **דוחות קודמים**

דוח מס' 1 לשנת 1997 פורסם ביוני 1998- תמוז תשנ"ח- ירושלים  
דוח מס' 2 לשנים 1998-1999 פורסם במרץ 2000- אדר א' תש"ס- ירושלים  
דוח מס' 3 לשנת 2000 פורסם ביולי 2001- תמוז תשס"א- ירושלים  
דוח מס' 4 לשנת 2001 פורסם במרץ 2003- ניסן תשס"ג- ירושלים  
דוח מס' 5 לשנים 2002-2003 פורסם ביוני 2004- סיוון תשס"ד- ירושלים  
דוח מס' 6 לשנים 2004-2005 פורסם ביוני 2006- סיוון תשס"ו- ירושלים

## תקציר

דוח זה מסכם בקצרה הן את עיקרי הפעילות של נציבות הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מאז הקמתה ב-24.12.1996 ועד לתום כהונתה כנציבת הקבילות ב-25.12.2006 והן את עיקרי הפעילות נציבות הקבילות בהקשר ליישום סמכויות האכיפה, בתקופה שבין ה-1 לינואר 2006 לבין ה-31 לדצמבר 2006.

במהלך 10 שנות כהונתה טיפלה נציבות הקבילות בכ-35,500 קבילות שעניינן ישום החוק, ובכ-69,500 השגות, שעניינן מעבר מקופה לקופה.

בשנת 2006 התקבלו בנציבות הקבילות 4,523 קבילות שעניינן הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (אי מתן שירותים רפואיים, ותרופות, הסדרי הגבייה, הסדרי הבחירה וכו'), ונמשך הטיפול ב-1,562 קבילות, שהטיפול בהן החל בשנים הקודמות ולא הסתיים במהלך שנת הדוח הקודמת. במהלך שנה זו הסתיים הטיפול ב-74% מסך כל הקבילות.

מכלל הקבילות שהטיפול בהן הסתיים במהלך שנה זו, 22% נקבעו מוצדקות, 20% נקבעו לא מוצדקות, ו-19% נקבעו "קבילות אשר לא ניתן להיענות להן". ב-22% מהקבילות אין תוצאה, ו-17% מהן לא היו בסמכות הטיפול של הנציבה.

בנוסף בשנת 2006 נתקבלו 3,668 תלונות ("השגות" כהגדרתן בחוק) לגבי רישום וחברות בקופת חולים. במהלך שנה זו הסתיים הטיפול ב-100% מההשגות.

### הישגי הנציבות בעשר שנות כהונתה כנציבת הקבילות והמלצות שטרם יושמו

**הובאו דוגמאות נבחרות להישגים ולהמלצות אשר יושמו, כגון:**  
הקמת נציבות הקבילות, ההכרה בה, קבלת סמכויות אכיפה לקביעות הנציב. תפקיד הנציבות בייצוג תלונות המבוטחים ובהשמעת קולם של ציבור המבוטחים על החסרים והליקויים ולגבי צרכיהם, בפרשנות של החוק, בהקמת ועדות מקצועיות, בשינוי מספר המעברים בשנה מקופה לקופה (ראה נספח 3), ובהגמשת התנאים לשובם של תושבים חוזרים (שינוי סעיף 58).



**הובאו דוגמאות להמלצות אשר טרם יושמו וחשיבות ישומן, כגון:**  
יצירת מנגנון אוטומטי למתן תוספת תקציב לעדכון הסל, תקרת ההשתתפות העצמית משפחתית לתרופות לחולים ה כרוניים, ופתור או הנחה משמעותית לאוכלוסיות החלשות במיוחד, סיום העברת השירותים הפסיכיאטריים לאחריות קופות החולים וכך גם לגבי הגריאט ריים, פרסום נאות וחשיבותו, מתן שירותי בריאות על בסיס ארצי והפסקת ההפליה לרעה של הפריפריות, ושינוי בהחזרים עבור שירותי חרום הן לגבי הטיפול בחדר המיון והן לגבי שירותי האמבולנס.

### **יישום אכיפת קביעות הנציב**

דוח זה עוסק בעיקרו בשינויים שחלו בחוק ביטוח בריאות ממל כתי החל מה- 1.1.2006, מועד בו נכנס תיקון החקיקה לגבי אכיפת קביעות הנציב על ידי המנכ"ל וזאת בגלל חשיבותם המכרעת.

#### **א. הוראות סעיף 46 ויישומן**

הובאו עיקרי הוראות סעיף 46 ותקנותיו ותואר המקרה היחיד בו יושם סעיף אכיפה זה במהלך שנת 2006. נדונו הבעיות שעלו מיישום סעיף 46א.

#### **ב. מצבים בהם לא ניתן היה לממש את הוראות סעיף 46**

תוארו 3 סוגי מקרים אשר בהם לא ניתן היה לממש את הוראות סעיף 46א, ונדונו התיקונים העולים ממקרים אלו, שיש מקום לשקול לבצעם בסעיף זה.

#### **ג. מגמות חיוביות שנצפו עם תחילת יישום סעיף 46 לחוק**

שתי המגמות החיוביות העיקריות שנצפו במהלך יישום סעיף זה היו:

1. החלת התיקון לחוק הביאה לקיצור משך ההתדיינויות עם קופות החולים ולאספקה מהירה יותר של השירות הנדרש.

2. לנטייה של קופות החולים להיעתר לקביעותיי ולספק את השירותים המבוקשים, גם אם חלקו על דעתו.

הובאו דוגמאות הממחישות מגמות אלו והובאו נתונים מספריים. נדונה אפשרות של עליה במספר התובענות שקופות החולים עשויות בעתיד הקרוב.

**ד. סיכום והמלצות**

הובאו המלצותיי לארבעת התיקונים שלהלן, בסעיף 46א, והנימוקים לכך.

**התיקון הראשון :** קבלת החזר כספי מיום היווצרות הצו רך הרפואי או ממועד הגשת הקבילה

**התיקון השני :** קיצור משך הזמן הניתן לקופות החולים לשם גיבוש עמדתן לפי דחיפות הקבילה

**התיקון השלישי :** חובת תביעת המדינה כנתבע ראשון והמבוטח כמשיב פורמאלי בלבד - בהליך משפטי של קופת החולים בגין קביעת הנציב

**התיקון הרביעי :** לא ת שמע פניית קופת החולים לערכאות לאחר 21 הימים מקביעת הנציב

ב-18/12/2006, אימצה וועדת העבודה הרווחה והבריאות בכנסת בראשותו של חבר הכנסת משה שרוני, את הצעות תיקון החקיקה לסעיף 46א שלעיל, אחת לאחת כלשונן כהחלטות הועדה.

פרק ראשון

## הישגי הנציבות בעשר שנות כהונתי כנציבת הקבילות והמלצות שטרם יושמו

פורטו ההישגים העיקריים והובאו דוגמאות נבחרות להמלצות אשר יושמו

הובאו דוגמאות נבחרות להמלצות אשר טרם יושמו

## **הישגי הנציבות בעשר שנות כהונתי כנציבת הקבילות והמלצות שטרם יושמו**

במהלך עשר שנות כהונתי, המלצות רבות אשר ניתנו על ידי כנציבת הקבילות, יושמו ומהווים חלק מהישגי הנציבות. המלצות אחרות טרם יושמו.

### **דוגמאות נבחרות להישגים ולהמלצות אשר יושמו**

1. ההישג המרכזי בעשר שנות כהונתי היה עצם הקמת נציבות הקבילות יש מאין. במסגרת זאת, עוצב יעודה של הנציבות בהבטחת זכותם של המבוטחים לקבל שירותי בריאות באיכות סבירה תוך שמירה על עקרונות הצדק והשוויון, וקביעת שיטות העבודה בהתאם. כמות הקבילות שהגיעה במשך עשר שנות קיומה של נציבות הקבילות מעידה על ההכרה הגוברת והולכת בחשיבות המוסדות ובא מון שהציבור רוחש לו. במהלך 10 שנות כהונתי טיפלה הנציבות בכ-35,500 קבילות שעניינן יסום החוק, ובכ-69,500 השגות, שעניינן מעבר מקופה לקופה.
2. גולת הכותרת בהישגי הנציבות הוא תיקון החקיקה שקבע מנגנון אכיפה חדש לקביעות הנציב שינוי חקיקה זה, אשר נכנס לתוקף ב-1/1/2006 מהווה נקודת מפנה, בבטאו את ההכרה האולטימטיבי בת בחשיבות עבודת הנציבות. (לפירוט ראה פרק שני "אכיפה ויישומה"). שינוי החקיקה שנתן אפשרות אופרטיבית לאכוף את קביעות הנציב, מהווה הכרה הגוברת והולכת של ציבור המבוטחים, המחוקק, וקובעי מדיניות הבריאות במשרד הבריאות ובקופות החולים, בתפקידה המכריע של נציבות הקבילות כאמונה על מימוש החוק ועל שמירת זכויות המבוטחים.
3. ייצוג תלונות ציבור המבוטחים. הקבילות היו בעיני, מאז ומתמיד, מקור למידע על חסרין והליקויים עליהם התלונן ציבור המבוטחים. החל מהדוח הראשון לשנת 1997 ועד לסיום תפקידי נהגתי להצביע על חסרין וליקויים שעלו מקבילות המבוטחים. המידע הזה הועבר לאגף למנהל טכנולוגיות רפואיות ותשתיות, אשר נתן ביטוי לנתונים אלה בבואו להכין את הצעתו לוועדה להרחבת הסל. ישנן דוגמאות שונות לתלונות של מבוטחים על חסרין בסל התרופות, בדיקות וטיפולים שונים שבעקבות המלצותיי הוכללו בסל השירותים והתרופות, לרבות, הרחבת התוויותיהן של תרופות שהוכללו בסל התרופות בהתוויות מצומצמות. דוגמאות לשם המחשה, ניתן למצוא בהמלצותיי לכלול בסל התרופות את התרופות הבאות: NEURONTIN, FOSALAN, EPREX, OCSAAR תרופות לטי יפול בכאב וישנן דוגמאות רבות נוספות. בדרך זו מילאה הנציבות תפקיד חשוב בהשמעת קולם של ציבור המבוטחים וצרכיהם.

4. קביעת פרשנות לחוק ביטוח בריאות שהתקבלה . קבעתי כי שירותים אשר ניתנו על ידי קופת חולים במועד הקובע , ואשר לא פורטו בסל , כלולים בסל גם אם הטכנולוגיה של השירות התפתחה : דוגמאות לכך הן בדיקות גנטיות , בדיקות וניתוח לחולים אפילפטיים עמידים לתרופות אנטי אפילפטיות וכו' . זה המקום לציין את התרומה של בתי הדין לעבודה באכיפת מתן שירותים אלה .
5. העלאת מודעות לגבי הצורך להקים ועדות מקצועיות לצורך קביעת מדיניות אחידה . בנושאים בהם הייתה מחלוקת מהותית בין קופות החולים ובין משרד הבריאות וחוסר אחידות מצד קופות החולים , קראתי להקמת ועדות מקצועיות לקביעת מדיניות אחידה . הקמתן של הועדות מקצועיות לקביעת מדיניות אחידה התרחבה בתקופת כהונתי . דוגמאות לכך ניתן למצוא בוועד ה שהוקמה לקביעת כללים לזכאות לקבלת מימון עבור IVF , בוועדות להשתלת מח עצם ולביצוע MRI שד .
- זו ההזדמנות להדגיש כי מדובר בטכנולוגיות המשתנות כל הזמן , ולכן , לדעתי , על משרד הבריאות לייסד מנגנון לבדיקה חוזרת של הקריטריונים הנקבעים על ידי ועדות אלה , מידי תקופה וזאת ב כדי לשמור על סל עדכני ומתקדם .
6. הגדלת מספר מועדי המעבר מקופה לקופה משני מועדים בשנה לארבעה : החל בדוח הראשון לשנת 1997 המלצתי להגדיל את מספר מועדי המעבר . החל מה- 1.3.2005 הוגדל מספר מועדי המעבר בכל שנה . ברצוני להדגיש , כי הגדלת מספר מועדי המעבר האפשריים בין קופה לקופה לא פורסם בהרחבה בקרב ציבור המבוטחים עד היום הזה ויש עדיין מקום לעשות כן (ראה נספח 3) .
7. הגמשת סעיף 58 לחוק שעניינו תושבים חוזרים : עם החלתו של סעיף זה ב- 1.3.2001 , ולנוכח הקבילות הקשות והרבות , קראתי להגמשת התנאים לקבלת שירותי בריאות לתושב בים חוזרים , דבר אשר נעשה בתיקון שנכנס לתוקפו ב- 1 ביולי 2005 . לאחר החלת תיקון זה פסק זרם הקבילות בנושא הנדון .

## דוגמאות נבחרות להמלצות אשר טרם יושמו

בין המלצותיי אשר טרם יושמו ו שיש לדעתי לפעול למען יישומן , נמנות ההמלצות הבאות :

1. מאז כניסתי לתפקיד ועד לסיום כהונתי , קראתי לשינוי חקיקה שעל פיו יקבע מנגנון אוטומטי שיאפשר את עדכון סל השירותים והתרופות . העדר חקיקה מסוג זה פוגם באפשרות לתכנן רב שנתי של הרחבות הסל , הן בהיבט הרפואי , הן בהיבט החברתי והן בהיבט התקציבי . בנוסף, שינוי זה הכרחי בכדי למנוע את הבעייתיות הקיימת במצב החוקי כיום, לפיו נדרש משרד הבריאות לנהל בכל שנה מחדש , מקח וממכר בנוגע לקבלת תקציב להרחבת הסל , דבר שחזר על עצמו מאז החלת החוק ובמהלך כל שנות כהונתי. מנגנון מעין זה גם ימנע מצב בלתי תקין שבו אין מבצעים הרחבה של הסל כלל או שמבצעים הרחבה מינימאלית.

כנציבה שבתיה והדגשתי מדי שנה כי בכדי לשמור על סל בריאות ברמה נאותה, הכרחי הוא כי תיקבע גם **תוספת תקציב מידי שנה בשנה לעדכון הסל**, לצורך הכללת טכנולוגיות חדשות, **תוך ציון מפורש לגבי יעוד תקציב זה**.

עמדתי היא כי במדינת רווחה, נושא הבריאות הציבורית צריך להיות בראש סדר העדיפויות, כשסל התרופות, שהינו ליבה של הרפואה הציבורית , צריך להיות אחרון הדברים שייפגעו.

מצב העניינים הקיים פוגע קשות ברמת הרפואה הציבורית , ופוגע בבריאות הכלל ובמיוחד של השכבות החלשות יותר . דבר זה אסור לו שימשך . בכדי למנוע זאת , יש הכרח , כאמור , להקצות תקציב להרחבת הסל מידי שנה בשנה, באופן שתואם את הצרכים הריאליים של התפתחות הטכנולוגיה , ואת הצרכים החיוניים של אוכלוסיית המבוטחים .

2. ראיתי בהסדרי הגביה , גביה אשר במובנים רבים איננה פרוגרסיבית אלא רגרסיבית, ולפיכך נוגדת את רוח החוק ומביאה את חוסר השוויון לכדי הקצנה. לפיכך סברתי כי העיקרון הקבוע בסעיף 8 לחוק, בדבר קביעת תשלומים אחידים אשר אינם תלויים בהכנסות ראוי לבחינה מחודשת , וזאת בכדי למנוע פגיעה בשכבות החלשות.

בכל הדוחות, חזרתי והמלצתי על כך כי יש **להפוך את תקרת ההשתתפות העצמית לתרופות לחולים הכרוניים לתקרה משפחתית** ולא תקרה לחולה יחיד בלבד, ולמצער לקבוע תקרה מסוג זה על פי קריטריונים סוציאליים . קביעת תקרה כאמור חשובה בעיקר למשפחות שבהן יש יותר מחולה כרוני אחד או יותר מנכה אחד . הדבר טרם יושם, אף שנעשתה עבודה בכיוון ע"י ועדה של מועצת הבריאות.

בנוסף המלצתי על ביטול ה השתתפות העצמית עבור תרופות לחולים כרוניים שהם קשישים וכן לאוכלוסיות חלשות במיוחד דוגמת החולים הפסיכיאטריים, או למצער, לגבות תקרת השתתפות **משפחתית** שלא תעלה על 10%, כנהוג בארצות רבות. דבר זה חשוב ביותר במיוחד, למשל, במקרים של בני זוג קשישים שהם חולים כרוניים או נכים.

מתוך אותם שיקולים המלצתי לשקול הקטנה משמעותית של התקרה למשפחות מעוטות יכולת וזאת על בסיס סוציאלי.

קבוצות מבוטחים אלו ה לינו פעם אחר פעם על הוצאות גבוהות במיוחד עבור רכישת תרופות ועל כך שהם נאלצים לוותר על תרופות שהומלצו להם על ידי הרופא, ובמחקרים נמצא כי למעלה מ- 15% מהחולים האלה אינם לוקחים את התרופות בשל מחסור כס. זהו מצב בלתי נסבל וראשיתו של מדרון חלקלק לעבר קריסה של מערכת הבריאות הציבורית ויש לתת לכך פתרון מיידי.

כנציבה שיתי והצבעתי על כך כי מציאת דרכים להקטנת דמי השתתפות, **לאוכלוסיות שהן מעוטות יכולת** אינה נופלת בחשיבותה מהוספת תרופות לסל. זאת, מאחר ולחולים אשר ידם אינה משגת לרכוש את התרופות הדרושות להם, אין די בכך כי אותן תרופות כלולות בסל. כמו כן, יתכן כי סיוע כאמור, יהיה בו כדי להפחית בטווח הרחוק את ההוצאה הלאומית על אשפוזים וטיפולים יקרים הניתנים למניעה על ידי נטילת התרופות.

3. המלצתי, ואני שבה וממליצה, להביא לידי סיום את העברת השירותים הפסיכיאטריים לאחריות קופות החולים, וזאת בכדי למנוע מצבים בהם חולים פסיכיאטריים אינם מקבלים שירותים כלל בשל חוסר תשתיות, או נופלים "בין הכיסאות" בויכוח המתמשך בין המדינה לבין קופות החולים, באשר לאספקת השירותים ומימונם.

4. המלצתי להשלים את העברת כלל השירותים הגריאטריים לאחריות קופות החולים ולהפסיק את המצב הקיים לפיו חולים אלה ומשפחותיהם נופלים "בין הכיסאות" ( בין אחריות קופות החולים לבין אחריות משרד הבריאות).

5. לאורך השנים, הצבעתי על הצורך בפרסום מידע עדכני ושוטף למבוטחים. מן הראוי כי פרסום שכזה יתבצע ויתעדכן במהלך התקופות בהן רשאים המבוטחים לעבור מקופה לקופה. יש לחייב את קופות החולים לפרסם בחוברת את סל השירותים ולהעמידה לעיון הציבור, לפחות בכל מרפאה, וכן לפרסם כרזות בהן יופנו המבוטחים למקורות המידע השונים העומדים לרשותם ולגופים השונים הקיימים להגשת תלונות ולקבלת תמיכה וסיוע.

כנציבה שבתאי והצבעתי על כך כי מתן מידע בדבר שירותי הבריאות הניתנים והאופן שבו ניתן לקבלם , אינו נופל בחשיבותו מעצם הענקת הזכות הפורמאלית לקבלת השירותים.

6. מאז כניסתי לתפקיד המלצתי על מתן שירותי בריאות על בסיס אזורי לאור מצב שירותי הרפואה בפריפריות הגעתי לכלל מסקנה כי יש צורך חברתי במתן שירותי בריאות על בסיס ארצי , כפי שמאפשר חוק ביטוח בריאות ממלכתי (סעיף 12). ככל ששירותי הבריאות ניתנים על בסיס אזורי, הדבר חייב להיעשות בפיקוח משרד הבריאות באמצעות מנגנון בקרה, קריטריונים וסמכויות אכיפה מחד , והקצאת משאבים ייעודיים, מאידך, וזאת בכדי למזער את הפגיעה בפריפריה.

7. הזכאות לפטור מתשלום עבור ביקור בחדר מיון מוסדרת בחוק , הקובע פטור מלא מתשלום עבור ביקור בחדר מיון במקרים מוגדרים בלבד. לעומת זאת, אין זכאות לפטור מאגרת המיון במקרים אשר לא הסתיימו באשפוז , אף אם הייתה סכנת חיים , וחולים רבים התלוננו על כך.

שבתאי והמלצתי כי יש צורך לשנות מצב זה אשר אינו סביר . הצעתי כי במקרים בהם הפניה לחדר המיון שלא הסתיימה באשפוז והייתה בנסיבות בהן היה קיים חשש סביר לחיי אדם או לפגיעה משמעותית בחיים , ואשר נקבע בדיעבד כי הייתה מוצדקת מבחינה רפואית - יינתן פטור הן מתשלום בגין טיפול בחדר מיון והן מתשלום אגרת מיון.

בדומה, יש לדעתי לתקן את החוק בנושא מימון הפינוי באמבולנס ולהשאיר את שיקול דעת לקביעת פטור עבור הפינוי , במקרים שלעיל. אין זה סביר שאדם יקבל פטור בגין תשלום עבור טיפול בחדר מיון , אך יאלץ לשלם סכום שאינו מבוטל, עבור העברתו באמבולנס באם לא אושפז, וזאת גם אם לא היה מנוס מהעברתו באמצעי זה .





## פרק שני

### יישום אכיפת קביעות הנציב

#### א. הוראות סעיף 46א ויישומן

הובאו עיקרי הוראות סעיף 46א ותקנותיו ותואר המקרה היחיד בו יושם סעיף אכיפה זה במהלך שנת 2006. נדונו הבעיות שעלו מיישום סעיף 46א.

#### ב. מצבים בהם לא ניתן היה לממש את הוראות סעיף 46א

תוארו 3 סוגי מקרים אשר בהם לא ניתן היה לממש את הוראות סעיף 46א, ונדונו התיקונים העולים ממקרים אלו, שיש מקום לשקול לבצעם בסעיף זה.

#### ג. מגמות חיוביות שנצפו עם תחילת יישום סעיף 46א לחוק

פורטו המגמות החיוביות העיקריות שנצפו במהלך יישום סעיף זה. הובאו דוגמאות הממחישות מגמות אלו והובאו נתונים מספריים. נדונה אפשרות של עליה במספר התובענות שקופות החולים עשויות בעתיד הקרוב.

#### ד. סיכום והמלצות

הובאו המלצותיי לשינוי סעיף 46א ונימוקי. ב-18.12.2006, אימצה וועדת העבודה הרווחה והבריאות בכנסת בראשותו של חבר הכנסת משה שרוני, את הצעות תיקון החקיקה לסעיף 46א שלעיל, אחת לאחת כלשונן, כהחלטות הועדה.

# יישום אכיפת קביעות הנציב

## א. הוראות סעיף 46א ויישומן

ב-1.1.2006 נכנס לתוקף סעיף 46א לחוק – תיקון המקנה סמכויות אכיפה לקביעות הנציב ומחייב את מנכ"ל משרד הבריאות ליישמן.

ההחלטה להעניק סמכויות אכיפה לקביעות הנציב, נועדה לייתר את הצורך לפנות לבית הדין לעבודה, טרם קבלת השירות, מאותם מבוטחים שפנו לנציב וקבילתם נמצאה מוצדקת.

התיקון האמור בא לתת מענה למצב עניינים בלתי תקין, בו קופות החולים סרבו ליישם את קביעות הנציב, והמבוטחים נאלצו בשל כך לפנות לבית הדין לעבודה ולבקש סעד של אכיפה כנגד קופות החולים. אולם, עקב חולי, חסרון כיס וחשש מהתדיינות משפטית, רק בודדים פנו לבית הדין לאכוף את זכויותיהם. כתוצאה מכך, נמנעו מהמבוטחים לקבל שירותי בריאות להם היו זכאים לפי החוק. מצב זה בא על פתרונו, גם אם לא באופן מוחלט, עם תיקון החוק, כאמור לעיל. אין לי ספק כי שינוי חקיקה זה מהווה נקודת מפנה, בבטאו את ההכרה האולטימטיבית בחשיבות עבודת הנציבות. עם זאת, טרם עבר מספיק זמן כדי לעמוד על מלוא השלכותיו.

לאור החשיבות של תיקון זה, ראיתי לנכון לעמוד על הלקחים שניתן ל הסיק לאחר שנה בו התיקון מיושם, ועל שינויים נוספים בחוק עליהם המלצתי בוועדה לרפואה ורווחה בראשותו של חה"כ שרוני. ברצוני להדגיש כי המלצותיי אומצו על ידי הוועדה כלשונו. הנושא הנדון מובא בהרחבה כחלק מסיכום זה. תיקון מס' 34 לחוק, הסמיך את מנכ"ל משרד הבריאות לאכוף את קביעות נציב הקבילות על קופות החולים, בכל מקרה שהחליט הנציב כי תלונה של מבוטח, שעניינה אי מתן שירותי בריאות היא מוצדקת, וקופת החולים לא פעלה על פי החלטתו בתוך 21 ימים מיום שניתנה ההחלטה על ידו.

התיקון מאפשר למגיש קבילה, שקבילתו נמצאה מוצדקת על ידי הנציב, לממש את הזכות המוקנית לו מכוח החוק, לקבלת השירות המבוקש על ידו, כפי שיפורט להלן:

- **במידה שהנציב קבע את התלונה כתלונה שאינה מוצדקת** – התיק נסגר בנציבות הקבילות. מגיש התלונה רשאי להגיש תובענה לבית הדין האזורי לעבודה.

- **במידה שהנציב קבע את התלונה כתלונה מ וצדקת וקופת החולים מסרבת לקיים את החלטת הנציב** – מגיש התלונה רשאי להגיש בקשה ל "מנהל" (מנכ"ל משרד הבריאות הסמיך את המשנה למנהל הכללי וראש מינהל רפואה במשרד הבריאות לטפל בבקשה ) לקבלת החזר כספי עבור רכישת השרות, שלא באמצעות קופת החולים , וזאת במידה שקופת החולים לא סיפקה את השירות המבוקש על ידו , תוך 21 יום מהמועד בו נקבעה תלונתו כתלונה מוצדקת.

בעקבות החלטת סעיף 46א, הוציא משרד הבריאות את חוזר המנהל הכללי שמשפרו 11/06, הכולל שורה של הנחיות ליישום התיקון . להלן מובאים עיקרי הכללים להגשת בקשה לקבלת החזר כספי עבור רכישת שירות או תכשיר רפואי :

1. המבוטח רשאי להגיש את הבקשה **לאחר 21 יום** ממועד החלטת הנציב , לפיה התלונה נמצאה מוצדקת .
2. את הבקשה יש להגיש באמצעות נציבות הקבילות .
3. לאחר קבלת הבקשה יפנה "המנהל" לקופת החולים ויברר האם סופק השרות למבוטח . במידה שהשירות לא סופק, יורה "המנהל" למוסד לביטוח לאומי על ביצוע החזר כספי ישירות למבוטח עבור רכישת השרות.
4. מתן ההחזר ייעשה רק לאחר שהמבוטח "רכש את השירות", אם בכספו, ואם על פי התחייבות עתידית שניתנה על ידו לספק , בכדי לרכוש את השירות מאותו ספק, אף אם השירות לא ניתן בפועל.
5. הזכות לקבלת החזר כספי באמצעות הגשת בקשה "למנהל", מתקיימת רק ביחס לשירות/תכשיר רפואי שנרכש על ידי המבוטח לאחר קבלת החלטת נציב הקבילות, לפיה התלונה מוצדקת .
6. במקרה בו **קופת החולים**, נגדה הוגשה התלונה , מתנגדת לעמדת הנציב ומגישה לבית הדין לעבודה תובענה (בקשר לזכותו של המבוטח לקבל את השירות בגינו הוגשה התלונה ) **לפני** הגשת בקשה "למנהל" לקבלת החזר כספי – לא תטופל הבקשה על ידי "המנהל" וזכותו של המבוטח לקבל את השירות, תוכרע על פי פסיקת בית הדין לעבודה .
7. במקרה בו **קופת החולים** תגיש תובענה , כאמור, **לאחר** שהוגשה הבקשה "למנהל" לקבלת החזר כספי – לא יופסק הטיפול בבקשה לקבלת ההחזר הכספי .

8. במקרה בו **המבוטח** הגיש תובענה לבית הדין לעבודה **לפני** הגשת הבקשה "למנהל" על ידו – זכותו לקבלת השירות תוכרע על פי פסיקת בית הדין לעבודה, ו"למנהל" לא תהיה עוד סמכות לטפל בבקשה לקבלת החזר כספי.

להלן תובא קבילה הממחישה את יישום סעיף 46א לחוק, והבעיות הנובעות מיישום סעיף זה:

\*\*\*\*\*

### **בקשה למימון התרופה 2 PROLEUKIN (ALDESLEUKIN) באינהלציה**

הקובלת, תושבת חיפה, פנתה לנציבות הקבילות, בשם אבי יה, בחודש ינואר 2006, בקבילה נגד קופת חולים כללית, ואלו פרטי הקבילה:

1. אביה של הקובלת, בן 76, אובחן בספטמבר 2005 כסובל מקרצינומה כלייתית עם גרורות בריאות. בנוסף, עלה ממסמכים רפואיים שצורפו לקבילה כי סבל ממחלת לב איסכמית.

2. לאחר שעבר כריתה חלקית של הכלי הימנית, הומלץ לו על המשך טיפול בתרופה 2 PROLEUKIN באמצעות אינהלציה וזאת מאחר ומתן התרופה בדרך אחרת עשויה לסכן את חייו.

3

. הקובלת פנתה לקופת החולים בבקשה כי תאשר לאביה לקבל את התרופה הנדונה באינהלציה, אולם קופת החולים דחתה את הבקשה לתת את התרופה בדרך המבוקשת, וזאת בטענה כי התרופה רשומה בפנקס התכשירים למתן באמצעות זריקה תת-עורית בלבד (מתן סיסטמי).

4. הקובלת פנתה לנציבות הקבילות והלינה על סירובה של קופת החולים לתת את התרופה באינהלציה, זאת בניגוד להמלצת הרופא המטפל, דר' גז, מנהל התחום האורו-אונקולוגי בבית "ח רמב"ם, אשר כתב לקופת החולים ביום 12.12.05, כדלקמן:

"מדובר בחולה בן 76 הסובל משאת הכליה מסוג *Papillary Renal Cell Carcinoma Grade II* המחלה בשלב גרורתי בריאות בלבד... הטיפול המומלץ במצב: 2 PROLEUKIN באינהלציה בלבד. זאת בהיות הריאות האתר הגרורתי בלבד ומצבו הכללי בכלל ובפרט מחלת הלב האיסכמית.

ברצוני להדגיש: תופעות הלוואי של 2 PROLEUKIN באינהלציה קלות ונסבלות בצורה משמעותית ביותר בהשוואה למתן תת-עורי."

5. לקבילה צורף מכתב נוסף מהרופא המטפל , מיום 3.1.06, החוזר על ההמלצה לתת את התרופה המבוקשת לחולה בדרך ש ל אינהלציה . זאת ועוד, ביום 7.2.06 שלח הרופא המטפל מכתב לנציבות הקבילות ובו הסביר בצורה חד משמעית את הצורך לתת את התרופה לחולה הנדון דווקא באמצעות אינהלציה, וכך נכתב על ידו:

*"מתן PROLEUKIN 2 תת-עורי עלול לסכן את חיי החולה ולכן תרופה זו לא תינתן בדרך זו בכל תנאי.  
כלומר החולה לא יוכל כלל לקבל את התרופה.  
מאידך, מתן התרופה באינהלציה לריאות אינה כרוכה בתופעות לוואי לבטיות ויעילותה דומה למתן בזריקה תת-עורית."*

לצורך בירור ראשוני של עובדות הקבילה דנן , פניתי כ נציבת הקבילות דאז , לקבלת עמדת קופת החולים וזו שבה על סירובה לתת את התרופה PROLEUKIN 2 באינהלציה, בטענה כי התרופה "לא רשומה בארץ ובעולם למתן בהשאפה . לא נבחנו יעילות ובטיחות המתן ."

מבדיקה שנערכה עלה כי התרופה PROLEUKIN 2 נכללה בסל שירותי הבריאות, החל משנת 2000, להתוויה הנדרשת לחולה , כמפורט בצו בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות ), התשנ"ה-1995 (להלן – "הצו"): " התרופה ALDESLEUKIN [השם הגנרי של התרופה – ק.ר.] תינתן לטיפול בקרצינומה כלייתית ובמלנומה ממאירה ממושטת ."

יצוין, כי ברשימת התרופות נרשם בצו : ALDESLEUKIN Inj 18,000,000 IU.

בהתחשב בהמלצות הרופא המטפל, כאמור לעיל, המצביעות על ההכרח לתת את התרופה למטופל הנדון דווקא באמצעות אינהלציה , ובהסתמך על הספרות המקצועית בתחום, הודעתי לקובלת ב-2.4.2006 כי **קבעתי את הקבילה כקבילה מוצדקת, וכי על קופת החולים חלה החובה לממן לאביה את הטיפול בתרופה באמצעות אינהלציה, וזאת מן הטעמים הבאים :**

*"משהוכללה תרופה בסל שירותי הבריאות , מחובת קופת החולים לספק להתווייתה הכלולה בסל . ברי, כי על התרופה להינתן בהתאם לפרקטיקה הרפואית המקובלת ובכפוף לשיקול הדעת הרפואי בכל מקרה פרטני . הטענה, שמתן תרופה באופן שונה מן האופן בו היה נהוג לתית ה במועד ההכללה בסל (אינהלציה, במקום מתן באופן סיסטמי ), מונע מהקופה ליתן את התרופה להתוויה הרשומה, בטעות יסודה, שכן על הקופה חלה חובה לבחון את המקרה על פי שיקול דעת רפואי סביר ולתיתה כנדרש בסעיף 3(ד) לחוק.*

במקרה דנן , מדובר באותה אמפולה בדיוק אולם דרך מתן הטי פול היא באינהלציה ולא במתן סיסטמי . כאמור לעיל, יתרונה הגדול של שיטה זו הוא מיעוט תופעות הלוואי הסיסטמיות . על כן, טיפול זה מתאים לחולי סרטן כליה

עם גרורות בריאות בלבד הסובלים גם ממחלת לב איסכמית ושיקול הדעת הרפואי מחייב, על פי מבחני סעיף 3(ד) לחוק, ליתן את התרופה בדרך מתן זו ולא בדרך שתזיק לחולה. אין זה סביר כי הקופה תימנע מהחולה לקבל תרופה אשר הוא זכאי לקבלה במסגרת סל הבריאות, ולהתוויה הרשומה, כאשר הרופא המטפל קבע שאין לתיתה בדרך אחרת בשל סיכון חיי החולה.

על פי הספרות המקצועית, כ-200 חולים (מהם כ-140 בגרמניה ו-62 בארץ) בסיכון גבוה מטיפול סיסטמי, טופלו ב-2 PROLEUKIN באינהלציה עם עצירה ושיפור במחלתם בשיעור ממוצע של 45% וזאת על פני חודשים עד שנים. יתרה מכך, המדובר בחולים אשר התרופה הינה בסל עבורם אך בשל מצבם הבריאותי המורכב אינם יכולים לקבל את התרופה באופן סיסטמי מאחר והתרופה תסכן את חייהם. מאידך, אי מתן התרופה פירושו גזר דין מוות עבורם.

בסוף הנימוקים לקבלת החלטת י לחייב את הקופה במימון התרופה, הסברתי לקובלת כי יש בידה לפנות למנכ"ל משרד הבריאות בבקשה לאכוף את החלטת י על קופת החולים, וכך נכתב על ידי:

"לתשומת ליבך – אם קופת החולים לא תספק לאביך את השירות תוך 21 יום ממועד מתן החלטתי זאת, בידך לפנות אל מנכ"ל משרד הבריאות בבקשה להורות למוסד לביטוח לאומי לתת לך החזר כספי בעד ההוצאה הכספית הכרוכה ברכישת השירות על ידך, שלא באמצעות הקופה. החזר זה יינתן, מתוך הכספים המגיעים לקופה מן המוסד לביטוח לאומי. מתן החזר נעשה בכפוף לסכומים המרביים הקבועים בתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (החזר בעד שירותי בריאות), התש"ס – 2000. את הבקשה תוכלי להגיש, באמצעות נציבת הקבילות." [הדגשה לא במקור – ק.ר.]

הואיל וקופת החולים לא סיפקה את התרופה בתום 21 ימים מיום מתן קביעתי, פנתה הקובלת, באמצעות נציבות הקבילות, למנכ"ל משרד הבריאות בבקשה כי יפעיל את סמכותו מכוח תיקון מס' 34 לחוק ויאכוף את קביעתי על קופת החולים.

בהתאם למוסבר לעיל, העברתי את בקשת הקובלת לאכיפה לטיפולו של דר' יצחק ברלוביץ, שהיה דאז המשנה למנהל הכללי וראש מינהל רפואה במשרד הבריאות, ואשר הוסמך על ידי מנכ"ל משרד הבריאות לטפל ביישום תיקון מס' 34 לחוק.

דר' ברלוביץ פנה לקופת החולים בבקשה כי תשיב לו תוך 3 ימים, לכל המאוחר, האם סופקה התרופה למבוטח, והודיע לה כי במידה שלא תסופק התרופה, יורה למוסד לביטוח לאומי על ביצוע החזר כספי ישירות למבוטח עבור רכישת התרופה.

משהתברר כי קופת החולים עומדת על סירובה לספק את התרופה ל אבי המבוטחת, הורה דר' ברלוביץ למוסד לביטוח לאומי להחזיר ישירות לחברת התרופות את עלות רכישת התרופה על ידי המבוטח עבור חודש אפריל בסך של כ-59,838 ₪.

הואיל וקופת החולים המשיכה בסירובה לספק את התרופה למבוטח בעצמה, פנתה הקובלת מדי חודש למנכ"ל משרד הבריאות בבקשה לאכוף על קופת החולים את החלטת י בכל הנוגע למימון התרופה, וזאת גם עבור החודשים הבאים. גם במקרים אלו הופעל המנגנון הקבוע בתיקון מס' 34 לחוק, ודר' ברלוביץ הורה למוסד לביטוח לאומי להחזיר את עלות רכישת התרופה ישירות לבית מרקחת פרטי אשר עמו הגיעה הקובלת לכלל הסדר.

לאחר 4 חדשים מיום מתן ההחלטה, פניתי בשם מנכ"ל משרד הבריאות לקופת החולים בבקשה להודיע לי האם תהיה קופת החולים מוכנה לקבל על עצמה את המשך הטיפול בחולה לפי קביעת י, ושלא באמצעות המנגנון הקבוע בתיקון מס' 34 לחוק. בתגובה השיב דר' ניקי ליברמן, ראש אגף רפואה בקהילה בקופת החולים, ב-23.8.2006, כדלקמן:

*"...על פי החלטתך ונסח החוק על בסיסו את פועלת, אני מממן בינתיים את עלות הטיפול לחולה, אבל אני כבר בהליכי פניה לערכאות להחזר העלות לקופה מהחולה או ממשרד הבריאות. במצב זה, לא נספק תרופה ולא נאשר החלטתך באופן עקרוני."*

## **דיון ומסקנות**

מקרה זה ממחיש את הבעייתיות שנוצרת מכך שסמכות מנכ"ל משרד הבריאות לאכוף את קביעות הנציב, הינה רק מיום קביעת הנציב כי הקבילה מוצדקת – תהליך שאורך זמן בשל הבדיקות הנדרשות, לרבות איתור מומחים שונים אשר יתנו את חוות הדעת בהתנדבות וחוסר היכולת להגבילם במשך הזמן הנדרש להם לצורך כך. חוות דעת אלה הכרחיות בכדי שניתן יהיה לקבוע האם מדובר בדרך טיפול מקובלת או שאין עדיין מספיק הוכחות ליעילותה.

יודגש, כי למרות שלקבילה זו ניתנה עדיפות ראשונית בשל דחיפות המקרה, אך הבירור כ-3 חודשים בגלל הצורך לקבל חוות דעת של מומחים מתנדבים בארץ ובח"ל.

במקרה זה, בשל מחסור כיס לא היה באפשרות המשפחה לרכוש את התרופה ולולא נתרמה התרופה על ידי חברת התרופות, עד שניתן היה לגבש החלטה כי הקבילה מוצדקת, לא היה כבר טעם לקביעת כי הקבילה מוצדקת וכי על קופת החולים לממן את התרופה, שכן סביר להניח כי הגרורות היו מתפשטות לאבר נוסף ובמצב זה טיפול בשאיפה אינו מספיק ואת הטיפול הסיסטמי, כאמור, לא ניתן היה לתת לחולה בשל מצבו הקרדיאלי.



דוגמא זו ממחישה את הצורך ב תיקון חקיקה לפיו תינתן למנכ"ל הסמכות להורות למוסד לביטוח לאומי להשיב לקובל את כספו עבור טיפולים /תרופות שנדרשו לו, זאת לכל הפחות ממועד הגשת הקבילה על ידו לנציבות הקבילות .

יתרה מכך , מקרה זה ממחיש כי במקרים בהולים הצורך להמתין 21 יום - במהלכם תחליט קופת החולים האם להגיש תביעה בבית הדין , שאז למנכ"ל אין עוד סמכות להורות על השבת כספים לקובל ; או להימנע מלהגיש תביעה , כאמור, שאז קמה סמכות למנכ"ל להורות על השבת כספים לקובל – איננו סביר.

שוב, לולא הסכימה חברת התרופות לחכ ות לקבלת ההחזר הכספי עד לתום 21 הימים מיום מתן החלטת י, דבר שהיה גורם להפסקת הטיפול, עלול היה להיגרם לקובל נזק בלתי הפיך וכאמור אף ליותר את הטעם במתן תרופה זו בשאיפה .

לאור זאת, הבעתי את עמדתי לפיה במקרים מסוג זה, בהם ממילא יש התדיינות מוקדמת עם קופת החולי ס, יש לקצר את הזמן הניתן לקופת החולים לצורך גיבוש עמדתה ולהעמידו על פרק זמן של ימים ספורים .

## **ב. מצבים בהם לא ניתן היה לממש את הוראות סעיף 46א**

להלן תובאנה 3 קבילות אשר בהן לא ניתן היה להפעיל את המנגנון האמור :

הקבילה הראשונה מדגימה מצב בו ניתן היה להפעיל את המנגנון רק לגבי החלק אשר נרכש לאחר מתן קביעתי כנציבה. בקבילה זו מודגם מצב בו עתרה קופת החולים לבית הדין לעבודה בבקשה לקבלת צו הצהרתי נגד המבוטח , וזאת בטרם הוגשה על ידו בקשה למנכ"ל משרד הבריאות לאכוף את קביעתי. יצוין, כי על ידי תהליך זה עצרה קופת החולים את יישום מנגנון האכיפה לגבי אותן חלק מהשירות שנרכש לאחר קביעתי כנציבה דאז.

הקבילה השנייה מדגימה מצב בו לא ניתן היה להפעיל את המנגנון כי החולה נפטר ביום ה-21 למתן קביעתי.

בקבילה השלישית לא ניתן היה להפעיל את המנגנון , מאחר והשירות נרכש טרם קבעתי את עמדתי. יודגש כי המבוטחת הגישה קבילה לנציבות בטרם רכשה את השירות.

\*\*\*\*\*

## בקשה למימון טיפול בחמצן בעל לחץ לטיפול בנזקי קרינה

הקובל, תושב חיפה, פנה לנציבות הקבילות, בחודש אוגוסט 2006, בקבילה נגד קופת חולים כללית, ואלו פרטי הקבילה:

1. הקובל, בן 52, אובחן בשנת 2004 כחולה בלויקמיה מסוג ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA.
  2. כתוצאה מטיפול קרינתי וטיפול כימותרפי ב-METHATROXATE, הופיעו אצלו הפרעות בראיה והפרעות נוירולוגיות אחרות, שכללו הפרעה בשיווי משקל, הפרעות בתחושת הגוף וירידה בשמיעה. בבדיקת MRI - נצפה תהליך של דמיאליניזציה באזור הכיאסמה.
  3. לאחר ניסיון טיפול בקורטיזון, שלא הביא להטבה כלשהי, המליצו הרופאים המטפלים בו להתחיל בטיפול בחמצן בעל לחץ (היפרברי), זאת במטרה לטפל בנזקי הקרינה שנגרמו למוחו.
  4. הקובל פנה לקופת החולים בבקשה לאשר לו את קבלת הטיפול המבוקש, אולם בקשתו נדחתה בטענה כי הוא אינו עומד בהתוויות הקבועות בסל למתן הטיפול.
  5. למרות סירובה של קופת החולים, כאמור לעיל, החל הקובל בטיפול ונשא במלוא עלותו בסך של 30,000 ₪.
  6. ממכתב שצורף לקבילה, על ידי רופא ת המרכז לרפואה היפרברית בבית החולים רמב"ם, עולה כי לאחר ביצוע 30 טיפולים בחמצן בעל לחץ, בוצעה בדיקת MRI חוזרת ב- 27.8.2006, אשר על פיה, בהשוואה לבדיקה קודמת מ-8.5.2006, חל שיפור משמעותי, המתבטא בהפחתה של הסיגנל הגבוה שנראה קודם בכיאסמה האופטית ומעבר גם באופטיק טרקט משני הצדדים.
- כמו כן, ברוויזיה של צילומי MRI צויין כי נצפה שיפור בצביעה של הכיאסמה שקודם פחתה מאד, ואילו ב-MRI האחרון נצפתה צביעה קלה שלה. בנוסף, הנפיחות של הכיאסמה והעצבים שנצפתה קודם, חלפה.

עוד צויין, כי בבדיקת רופא נוירולוג, במסגרת ההשגחה במערך האונקולוגי בבית החולים, ב-3.9.2006, נצפה שיפור קליני.

7. הקובל הליון על סירובה של קופת החולים לממן עבורו את הטיפול בחמצן בעל לחץ, למרות המלצת הרופאים ולמרות התוצאות החיוביות, המתוארות לעיל.

לצורך בירור ראשוני של עובדות הקבילה דנו, פניתי כנציבה דאז, לקבלת עמדת קופת החולים בצייני כי על פי עמדת משרד הבריאות, הטיפול בחמצן בעל לחץ במקרה של גרימת נזקי קרינה למוח, כלול בסל במסגרת הה תוויה של נזקי קרינה לרקמה רכה.

במענה לפנייתי י, השיבה קופת החולים כי היא עומדת על סירובה לממן את הטיפול המבוקש, בטענה כי הוא אינו כלול בסל לטיפול בנזקי קרינה מוחיים.

לאחר התייעצות עם האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות במשרד הבריאות וסקירת הספרות המקצועית בנושא, המצביעה על כך שהטיפול המבוקש הינו טיפול מקובל, ב-20.9.02006 **קבעתי כי הקבילה מוצדקת וכי על קופת החולים לממן עבור הקובל הן את הטיפולים שקיבל עד כה והן את הטיפולים אשר עליו להמשיך ולקבל**, כל זאת מן הנימוקים הבאים:

1. "7. טיפול בחמצן בעל לחץ כלול בסל שירותי הבריאות למספר התוויות, לרבות לטיפול בנזקי קרינה מאוחרים לרקמה רכה ועצם (ראה חוזר מנהל רפואה, משרד הבריאות, מס' 27-99, בפרק העוסק בהוריות קליניות לטיפול אלקטיבי בחמצן בעל-לחץ).

2. עמדתי ועמדת משרד הבריאות הינה כי נזקי קרינה לרקמה רכה ולעצם כוללים גם נזקי קרינה למוח.

3. על פי סעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994, שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו ב ישראל, לפי שיקול דעת רפואי ובאיכות סבירה.

4. מהספרות המקצועית עולה כי הטיפול בנזקי קרינה נקרוטיים מאוחרים ברקמת המוח, באמצעות חמצן בעל לחץ, נחשב למצב מוכר ומקובל לטיפול. אמנם, הספרות בתחום אינה רחבה והמאמרים בדרך כלל דנים בקבוצות קטנות של מטופלים ובהתוויות רפואיות ראשוניות מגוונות, אולם יש לציין כי גם שכיחות התופעה אינה רחבה היקף.

5. הנזקים הנוירולוגיים עקב נזקי הקרינה (הנקרוזיס והבצקות) מופיעים בחלק ניכר מהמטופלים ובחלקם חל שיפור בתופעות הקליניות או בממצאים שהודגמו ב-MRI.

6. יתרה מכך, מהספרות עולה כי להתמודדות עם נזקי הקרינה אין מענה יעיל אחר ולכן השיפור הפוטנציאלי שמציע הטיפול בחמצן בעל לחץ מצדיק את הפנייתך לקבלת הטיפול, כפי שנעשה ע"י הרופאים המטפלים בך.

בסוף הנימוקים לקבלת קביעתי לחייב את קופת החולים במימון הטיפול, הסברתי לקובל כי בכל הנוגע לתשלום עתידי עבר הטיפול הנדון (החל ממועד קבלת קביעתי), יש בידו לפנות למנכ"ל משרד הבריאות בבקשה לאכוף את ההחלטה על קופת החולים בהתאם למנגנון הקבוע בסעיף 46א לחוק.

אולם, בכל הנוגע לקבלת החזר כספי מהקופה עבור הטיפולים שקיבל בטרם ניתנה החלטה זו, ובמידה שקופת החולים תמשיך לעמוד על סירובה לממן את הטיפול, יש באפשרותו לפנות לבית הדין האזורי לעבודה, שהינו הערכאה המוסמכת לדון בעניין זה.

לאחר קביעת עמדתי כאמור, הודיעה קופת החולים כי גם לאחר קבלת קביעתי, אין בכוונתה לממן את הוצאות הטיפול.

ב-15.10.2006 הגישה קופת החולים, לבית הדין האזורי לעבודה בחיפה, תובענה למתן פסק דין הצהרתי כנגד הקובל. במסגרת התובענה התבקש בית הדין ליתן פסק דין הצהרתי הקובע כדלקמן:

"א. הנתבע אינו זכאי, בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, (להלן: "החוק") ובהתאם לסל שירותי הבריאות, לטיפול בחמצן בעל לחץ לשם טיפול בנזקים שאונו למוחו (להלן: "הטיפול").

ב. הטיפול אינו כלול בסל שירותי הבריאות."

יודגש, כי התובענה הוגשה 25 יום לאחר קביעתי, אך לפני שהקובל הספיק להגיש בקשה למנכ"ל משרד הבריאות, ולפיכך לא יכול היה "המנהל" להמשיך ולטפל באכיפת קביעתי כנציבה, ועל כן תוכרע זכותו של המבוטח לקבל את השירות, על פי פסיקת בית הדין לעבודה.

הקובל נאלץ לשכור שירותי עורך דין, ובאמצעותו ביקש מבית הדין להוסיף את המדינה כנתבע שני.

## דיון ומסקנות

הנני מבקשת לציין, כי למיטב ידיעתי והבנתי, הכוונה הייתה בעת חקיקת החוק, שהקופה תוכל לבקש צו הצהרתי נגד המדינה ולא נגד הקובל, אולם הדבר לא נקבע מפורשות בחוק.

לא ניתן שלא להזדעזע ולהצטער על כך כי קופת חולים כללית בחרה לתבוע את הקובל, חולה סרטן פגוע מוח כתוצאה מההקרנות שקיבל, אשר יכולתו להגן על עצמו פחותה מזו של המדינה, וזאת מבלי להתייחס ללחץ הנפשי הכרוך בהתמודדות עם תביעה משפטית באופן כללי, ובמיוחד כאשר המדובר באדם חולה.

זוהי דוגמה מובהקת לצורך בתיקון החקיקה, באופן שימנע מקופת החולים לפתוח בהליך נגד המבוטח.

מקרה זה ממחיש גם הוא, את הבעייתיות שנוצרת מכך שסמכות מנכ"ל משרד הבריאות לאכוף את קב יעות הנציב, הינה רק מיום קביעת הנציב כי הקבילה מוצדקת – תהליך שאורך זמן בשל הבדיקות הנדרשות, לרבות קבלת חוות דעת ממומחים שונים במטרה לקבוע האם מדובר בטיפול שהוא טיפול מקובל או שהמדובר בטיפול ניסיוני. גם במקרה זה, למרות שבירור הקבילה הוגדר כבירור דחוף ביותר, עד שניתן היה לגבש את הקביעה כי הקבילה מוצדקת, נאלץ הקובל לבצע חלק ניכר מהטיפולים ואף שילם עבורם.

יש להדגיש, כי בהתחשב במצבו הרפואי של הקובל, לא ניתן היה לדחות את מתן הטיפול מבלי שייגרם לו נזק בלתי הפיך. מיותר לציין, כי לולא היה באפשרות הקובל לרכוש את הטיפול בעלות של כ- 30,000 ₪, היה נגרם לו נזק מוחי.

מצב דברים זה, כאמור, אינו תקין ועל כן יש הכרח לבצע תיקון חקיקה כך שלמנכ"ל תינתן הסמכות להורות למוסד לביטוח לאומי להשיב לקובל את כספו עבור טיפולים/תרופות הנדרשים לו, זאת לכל הפחות ממועד הגשת הקבילה על ידו לנציבות הקבילות.

יתרה מכך, גם מקרה זה ממחיש כי במקרים בהולים, הצורך להמתין 21 יום - במהלכם תחליט קופת החולים האם להגיש תביעה בבית הדין, שאז למנכ"ל אין עוד סמכות להורות על השבת כספים לקובל; או להימנע מלהגיש תביעה, כאמור, שאז קמה סמכות למנכ"ל להורות על השבת כספים לקובל – איננו סביר והוא עלול לגרום לנזקים בלתי הפיכים ואף לייתר את הצורך בטיפולים/תרופות.

לאור האמור, סברתי ו הנני סבורה כי במקרים מסוג זה, בהם ממילא יש התדיינות מוקדמת עם קופת החולים, יש לקצר את הזמן הניתן לקופת החולים לצורך גיבוש עמדתה ולהעמידו על פרק זמן של ימים ספורים בלבד.

\*\*\*\*\*

## בקשה לביצוע השתלת מח עצם

הקובל, תושב באר שבע, פנה בשם אביו לנציבות הקבילות, ב-22 לנובמבר 2006, בקבילה נגד קופת חולים לאומית, ואלו פרטי הקבילה:

1. אביו של הקובל, כבן 65, סבל מ- **CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA (CLL)** מאז שנת 2001. החולה קיבל את כל הטיפולים המוכרים לטיפול ב- **CLL**, לרבות טיפולים אגרסיביים, אך תגובתו לטיפול הייתה מוגבלת.
2. ממכתבים שצורפו לקבילה חתומים על ידי 3 רופאים שבדקו את החולה – פרופ' נגלר, מנהל המחלקה להשתלת מח עצם בביה"ח שיבא, דר' לוי, מנהל המכון ההמטולוגי בבית החולים סורוקה ודר' קורסונסקי – ההמטולוג המטפל במסגרת קופת החולים – עולה כי למרות שהמחלה הייתה מפושטת, החולה היה במצב כללי טוב, פעיל ומתפקד היטב.
3. מבחינה טיפולית, הרופאים קבעו כי הטיפול המתאים ביותר באותו השלב היה השתלת מח עצם מתורם. מאחר שהחולה היה בן יחיד, דובר על השתלה מתורם זר.
4. דר' לוי העריך במכתבו, כי היות שמדובר ב- **CLL**, אין כל מניעה לבצע השתלה גם במחלה מתקדמת והסיכויים להצלחתה הם טובים.
5. פרופ' נגלר הדגיש במכתבו, כי השתלת מח עצם אלוגנאית הינה טיפול קוראטיבי (בעל פוטנציאל ריפוי) במצבו של החולה, עם תגובה מצוינת. כלומר, בשונה מטיפולים אחרים למחלת הסרטן, אשר מאפשרים לכל היותר לעכב את התקדמות המחלה, בטיפול המדובר יש סיכויים לריפוי מלא של המחלה. גם ד"ר לוי הזכיר במכתבו כי חולה אחד ממחלקתו, עם **CLL** ומחלה מתקדמת, עבר השתלה אלוגנאית והיום הוא בריא וללא מחלה.
6. ממכתב שצורף לקבילה, עולה כי כבר בשנת 2003 נועץ החולה עם פרופ' סלוי, מנהל המחלקה להשתלת מח עצם בבית החולים הדסה עין כרם, ומנהל המרכז הארצי להשתלת מח עצם והמרכז לאימונותרפיה של הסרטן. פרופ' סלוי המליץ לו כבר אז על השתלת מח עצם. אך הרופאים המטפלים העדיפו באותו השלב אפשרויות טיפוליות אחרות, אולם בעת

הגשת הקבילה - כפי שמודגש במכתבים הרפואיים הנ"ל - מלבד ההשתלה לא נותרה כל אופציה טיפולית אחרת.

7. לאור ההמלצות הרפואיות כאמור לעיל, פנה הקובל לקופת החולים בבקשה לאשר לא ביו את ביצוע ההשתלה, אך **בקשתו נענתה בשלילה כעבור חודש ימים.**

השתלת מוח עצם כלולה בסל הבריאות בשתי שיטות, כאמור בסעיף 12 לתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד – 1994 (להלן: החוק):

"(5) השתלת מוח עצם, למעט השתלה בשיטה של הפרדת תאי אב

(6) השתלת מוח עצם, בשיטה של הפרדת תאי אב, במקרים אלה:

(א) המטופל מאובחן כחולה בלויקמיה, זקוק להשתלת מוח עצם ולא נמצא לו תורם מתאים.

(ב) המטופל סובל ממחלה גנטית מסכנת חיים, זקוק להשתלת מוח עצם ולא נמצא לו תורם מתאים."

יצוין, כי ההתוויה הנ"ל אינה כוללת קריטריונים נוספים למתן הטיפול. בהעדר קריטריונים מפורטים, יש לבחון האם קיימת הצדקה רפואית לביצוע הטיפול, והאם מדובר בהמלצה סבירה לאור המצב הרפואי. מן המסמכים הרפואיים אשר צורפו לקבילה, עלה כי הייתה קיימת הצדקה רפואית ברורה לביצוע הטיפול וכי ההמלצה לטיפול הייתה סבירה, ולפיכך חלה על קופת החולים החובה לממנו.

לאור האמור, פניתי כנציבה דאז, לקופת החולים בבקשה לבדוק מחדש את עמדתה, אך הקופה דבקה בסירובה לממן את ההשתלה, וזאת בטענה כי: "השתלת תאי אב בחולה מעבר לגיל 65, הסובל מ-CLL הוא טיפול לא סטנדרטי ולא נכלל בהתוויות המקובלות של ועדת הקונצנזוס".

נוכח סירובה של קופת החולים, פניתי לקבלת חוות דעתן של המקצועיות של פרופ' רואו, מנהל המכון להמטולוגיה והשתלת מוח עצם בבית "ח רמב"ם, וכך נכתב על ידו:

"אני חש תמיד אי נוחות בהידרשי לתת חוות דעת מבלי שפגשתי את החולה, ובייחוד כשמדובר בהשתלה מתורם זר לאדם בן 65. עם זאת אדגיש מספר נקודות, בשני היבטים – ביחס למחלה וביחס למטופל. אשר להיבט הראשון:

א. השתלה אלוגנאית מציעה טיפול בעל פוטנציאל קוראטיבי לחולי CLL, גם במצבי מחלה מתקדמת. למעשה, רוב התייעוד בדבר השתלות אלוגנאיות ל-CLL הינו לחולים בהם בוצעה ההשתלה במצב של מחלה מתקדמת.

ב. לאור אופייה של המחלה, CLL הינה כנראה המחלה ההמטולוגית היחידה אשר בה "Reduced intensity conditioning" (כלומר, דיכוי חיסוני זמני אימונולוגי בטיפול קטן מינון), מבוצעת באופן שגרתי גם כאשר החולה סובל ממחלה משמעותית.

ג. בהעדר תורם בן משפחה, האפשרות להשתלה מתורם זר הינה אפשרות סבירה.

חשוב לא פחות הוא ההיבט של המטופל:

א. יש להביא בחשבון את סיכויי התמותה מהשתלת מח עצם, הקיימים בכל מקרה. בשאלה זו, שיקול הדעת של הצוות הרפואי הוא המכריע.

ב. ברור כי בחינת רמת הסיכון קשורה באופן ישיר לתועלת הפוטנציאלית מן הטיפול.

ג. בהתחשב בעובדה שהחולה קיבל את כל הטיפולים המוכרים ל-CLL ומחלתו עמידה, נראה סביר להציע לו אפשרות זו לאפקט GVL (graft-versus-leukemia effect) אותו ניתן להציע כרגע רקע "י השתלה מתורם זר תואם".

לאור האמור, ההמלצה להשתלה אלוגנאית הינה סבירה ומבוססת.

יצוין, כי בהתייעצות טלפונית שקיימתי עם פרופ' רואו, הוערכו על ידו סיכויי ההישרדות בכ-20%. כמו כן, חשוב להדגיש כי פרופ' רואו לא כלל כל הסתייגות בחוות דעתו, בדבר העדר מקובלות רפואית לביצוע הטיפול, נהפוך הוא.

לצורך בירור שיקו ליה המקצועיים של קופת החולים, פניתי לפרופ' מיטלמן, מנהל האגף הפנימי בבי"ח איכילוב, שהינו יועצה של קופת חולים לאומית בתחום ההמטולוגי. וכך נכתב על ידו:

"בהחלט ישנם יותר ויותר מקרים של השתלה אלוגנאית, ואפילו מוצלחת, בחולי CLL. אותם המקרים יוצאי הדופן, הם חולים צעירים יחסית (בד"כ פחות מ-60), שמוצו בהם כל האפשרויות הקודמות והם במצב סביר. אין אני מכיר



מספיק את .... ולא ראיתי כחולה כדי לחוות דעה אם הוא החולה החריג שיכול להיות מועמד מתאים להשתלה אלוגנאית ..."

פרופ' מיטלמן לא פסל את האפשרות כי השתלה אלוגנאית הייתה הגיונית במקרה הנדון. בהמשך דבריו, הובאה טענתו המרכזית לפיה השתלה אלוגנאית אינה טיפול סטנדרטי מקובל, אלא טיפול חריג, ועל כן מדובר בשאלה של מדיניות ולא בשאלה מקצועית.

פרופ' מיטלמן העריך "את סיכויי התמותה בהשתלה ולאחריה בסדר גודל של כ-30%-50%, ואת סיכויי ההישרדות לטווח הארוך בכ-20%-10%". גם בהקשר זה הוא לא שלל את ההצדקה המקצועית לביצוע הטיפול, אלא התלה את ההחלטה בשאלה של מדיניות.

בהתחשב בהוראות החוק ובחוות הדעת לעיל, ובשל במצבו של החולה, אף מבלי לחכות לחוות דעת נוספות שאמורות היו להגיע, ב-6.12.2006 **הודעתי לקובל את קביעתי כי קבילתו מוצדקת וכי על קופות החולים מוטלת החובה לממן את ההשתלה**, וזאת מן הנימוקים הבאים:

6. אכן, כעיקרון יש לבחון את ההצדקה למתן הטיפול בהתחשב בעדויות הקליניות לגבי חולים בעלי נסיבות דומות לשלך, אולם אין זה פוטר את הקופה מלבחון את פנייתך לגופה, ובהתחשב בכך שמצבך התפקודי טוב, ולדעת רופאיך ההשתלה מומלצת במצבך. מאחר שמדובר בטיפול הכלול בסל, ועמדת קופת החולים לא הוכיחה כי מדובר בטיפול בלתי סביר, הנך זכאי למימון הקופה.

7. עלי לציין, כי בניסיון ליצור קונסנזוס ועל מנת לקבוע קריטריונים מפורטים לטיפול, כונסה לא מכבר ועדה, ע"י ד"ר לוקסמבורג, ראש האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות במשרד הבריאות. יו"ר הוועדה היה פרופ' מיטלמן, וגם פרופ' רואו נכח בדיונים אלה.

נמסר, כי סיכום הדיון עומד להתפרסם, אך נושא השתלות מח עצם לחולי CLL טרם סוכם.

בין היתר, נטען על ידי קופת החולים כי מאחר שהוחלט להעביר את הדיון בנושא זה לוועדת מומחים מקצועית, "יש להמתין עד שועדת המומחים תקבע את עמדתה" על מנת להכריע בעניינך.

תשובת קופת החולים אינה מקובלת עלי, מאחר ובדיני נפשות עסקינן, ומבחינה רפואית אין כל אפשרות לעכב את קבלת ההחלטה בעניינך עד שוועדת מומחים זו תתכנס, תדון ותודיע את מסקנותיה.

8. סעיף 3 לחוק קובע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל יינתנו לפי שיקול דעת רפואי ובאיכות סבירה. כל הרופאים אשר ראו אותך לאחרונה, קבעו באופן חד משמעי כי השתלת מח עצם היא הטיפול המתאים למצבך, וסיכויי הצלחתו טובים. עיון בחוות הדעת מעלה כי על פניו, מדובר בטיפול סביר, במצבך. גם המומחים עמם נועצתי, לא שללו קביעה זו ואף קבעו כי הטיפול עשוי להקנות לך סיכוי של עד 20% להירפא ממחלתך. כאמור, כרגע אין כל טיפול אחר אפשרי למחלתך, ועל כן, סיכוי כזה להישרדות הינו משמעותי.

9. כאמור, כיום הטיפול כלול בסל הבריאות ללא קריטריונים מפורטים. קיימת דחיפות גבוהה לביצוע הטיפול, בטרם תוסיף ותתקדם מחלתך. גם העובדה כי יש לאתר תורם זר מתאים, איננה מתירה לעכב את ההחלטה בעניינך. לאור זאת, די לי בחוות הדעת שהובאו בפניי, המעידות על ההצדקה הרפואית ועל סבירות ההמלצה על מנת לקבוע כי הנך זכאי למימון הטיפול ע"י הקופה."

בסוף הנימוקים לקבלת החלטתי לחייב את הקופה במימון ההשתלה, הסברתי לקובל כי יש בידו לפנות למנכ"ל משרד הבריאות בבקשה לאכוף את ההחלטה על קופת החולים, מכוח סעיף 46א לחוק.

מספר ימים לאחר קבלת החלטתי, קיבלתי את חוות דעתו של פרופ' סליון, מנהל המחלקה להשתלת מח עצם בבית החולים הדסה, אשר גם היא תמכה בצורך לבצע את ההשתלה לקובל:

"מדובר בחולה עם CLL עמיד לטיפולים מקובלים. אי לכך, אין דרך לרפאו אלא בעזרת השתלת מח- עצם אלוגנאית. טיפול זה מקובל במחלה זו בכל העולם, ואינני רואה דרך אחרת לרפאו, ואיני רואה את הסיבה למנוע את הטיפול ממנו..."

בנוסף, נתקבלה חוות דעת דומה של דר' קיטינג, מומחה בעל שם עולמי, אשר אף היא תמכה בביצוע ההשתלה.

שתי חוות הדעת הנ"ל הועברו לידיעת קופת החולים.

לאחר תום תקופת כהונתי, ביום ה- 21 מיום מתן הקביעה, בוצע בירור טלפוני של עובדי הנציבות על מנת לברר האם נעתרה קופת החולים לקביעה הנ"ל. מברור זה עלה כי האב נפטר באותו הבוקר.

## דיון ומסקנות

מקרה זה מדגים באופן קיצוני, את הבעייתיות שנוצרת מכך שסמכות מנכ"ל משרד הבריאות לא כוף את קביעות הנציב, הינה רק מיום קביעת הנציב כי

הקבילה מוצדקת – תהליך אשר כפי שכבר נאמר , אורך זמן בשל הבדיקות הנדרשות, לרבות איתור מומחים שונים אשר מסכימים לתת את חוות דעתם בהתנדבות וחוסר היכולת להגבילם במשך הזמן שנדרש להם לצורך כך . חוות דעת אלה הכרחיות ב כדי שניתן יהיה לקבוע האם מדובר בדרך טיפול מקובלת או שאין עדיין מספיק הוכחות ליעילותה . יודגש, כי למרות שלקבילה זו ניתנה עדיפות ראשונית בשל דחיפות המקרה , ולמרות שלא חיכיתי לקבלת חוות דעת של מומחים מתנדבים נוספים, בארץ ובחו"ל - ארכה הבדיקה 15 יום.

במקרה זה, בשל מחסור כיס, לא היה באפשרות המשפחה לשלם עבור ההשתלה עד שניתן היה לגבש החלטה כי הקבילה מוצדקת , ועד שחלפו 21 הימים, ממועד ההחלטה הנ"ל, שרק אז המנכ"ל יכול היה לאכוף את קביעתי.

כאמור, בשל מצבו של החולה אשר הלך והתדרדר לא חיכיתי עד שנתקבלו כל חוות הדעת לקבוע שהקבילה מוצדקת. למרות זאת, כאמור, החולה נפטר בטרם יכול היה לממש את זכותו לקבל את הטיפול.

דוגמא זו ללא ספק , ממחישה עוד יותר מהדוגמאות הקודמות , את הצורך בתיקון חקיקה לפיו תינתן למנכ"ל הסמכות להורות למוסד לביטוח לאומי להשיב לקובל את כספו עבור טיפולים /תרופות בתוך ימים ספורים , ככל שמצבו הרפואי ידרוש זאת.

\*\*\*\*\*

### בקשה למימון ניתוח להקטנת חזה

הקובלת, תושבת ראש העין, פנתה לנציבות הקבילות, בחודש יוני 2004, בקבילה נגד קופת חולים כללית, ואלו פרטי הקבילה :

1. הקובלת, בת 35, טופלה למעלה משנה על ידי רופאת המשפחה וזאת, לטענתה, עקב גודל השדיים אשר גרמו לה לכאבי גב המגיעים לכדי "שיתוק", לפטריות וגירוי מתחת לשדיים, לתחושה של "כתפיים קרועות" (כתוצאה מרצועות החזייה) וכן לרגשי נחיתות.
2. לקבילתה צירפה מסמך רפואי ובו צויין, כי הנה סובלת מכאבי גב עליון וכי על פי צילום עמוד שדרה גבי יש עדות לקיפוזיס של 32 מעלות.
3. הקובלת פנתה לקופת החולים בבקשה כי תממן עבורה ניתוח להקטנת שדיים, אולם בקשתה נדחתה, פעם אחר פעם, בטענה כי הקופה

מאשרת את הניתוח המבוקש רק לנשים בעלות שדיים גדולים מאד הסובלות מכאבי גב ואשר בהן קיים קיפוזיס של 40 מעלות ומעלה.

4. הקובלת פנתה לנציבות הקבילות והלינה על סירובה של קופת החולים לממן עבורה את הניתוח.

5. בחודש אוגוסט 2004 הודיעה הקו בלת לנציבות הקבילות כי עברה את הניתוח להקטנת החזה באופן פרטי במרכז הרפואי רמת אביב, וצרפה קבלות בסך כולל של 17,000 ₪. ממכתביו של הרופא המנתח, מומחה בכירורגיה פלסטית, עולה כי היא נותחה לצורך הקטנת שדיים, כאשר נכרתו 1,100 גרם של רקמת שד מכל צד. כמו כן, הובהר על ידי הרופא שהגדלת השדיים המשמעותית ממנה סבלה לא נבעה מהשמנת יתר, אלא מהיפרטרופיה קשה של רקמת השד (gigantomastia).

6. יצויין, כי הקובלת ביצעה את הניתוח עוד בטרם ניתנה קביעתי כנציבת הקבילות דאז, בעניינה.

לצורך בירור ראשוני של עובדות הקבילה דנן, פניתי לקבלת עמדת קופת החולים, וזו השיבה כי ניתוח הקטנת חזה הנו ניתוח קוסמטי שאיננו כלול בסל השירותים. אולם, כחריג, ובהסכמה עם קופות חולים אחרות, היא מוכנה לממן ניתוח זה, על פי המלצת רופא אורטופד, כאשר למטופלת שדיים גדולים מאד, היא סובלת מכאבי גב וקיים קיפוזיס של לפחות 40 מעלות. (זאת בהתאם לחוזר קופת החולים שמספרו 16/96).

הקופה הוסיפה להסביר כי במקרים אלו היא מאשרת את ביצוע הניתוח בבית חולים ציבורי, אלא אם המטופלת מבקשת לבחור במנתח, שאז הביטוח המשלים משתתף בעלות הניתוח.

הודעתי לקופת החולים כי עמדה זו איננה מקובלת עלי מאחר ו אינה תואמת את עמדתה בעבר, כפי שבאה לידי ביטוי בעבר בבירור קבילות אחרות, שאז הפנתה קופת החולים את המבוטחות לביצוע ניתוח להקטנת חזה, כל עוד הייתה קיימת לכך הצדקה רפואית.

בנוסף ציינתי כי הסתמכות על שיקול דעת רפואי שנקבע באופן כללי (כגון קיפוזיס של 40 מעלות), איננה יכולה להחליף שיקול דעת המופעל באופן פרטני בכל מקרה ומקרה.

לאחר קבלת חוות דעת מטעם האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות במשרד הבריאות, לפיה ניתוח להקטנת שדיים נחשב מקובל מבחינה רפואית ומוצדק לבצעו שלא מסיבות קוסמטיות, **קבעתי כי הקבי לה מוצדקת וכי על קופת החולים חלה החובה לממן לקובלת את הניתוח המבוקש על ידה**, וזאת מן הטעמים הבאים:

1. "ניתוח הקטנת חזה כלול בסעיף 9 (ה): "כריתת שד- גידול או למפקטומיה - כריתת שד בגבר שלא מסיבות קוסמטיות". סעיף זה אינו קובע את מידת החומרה של הקיפוזיס, כקריטריון לקבלת מימון הניתוח מהקופה ויש לראותו ככלול בסל בהתאם לרפואה המקובלת.

2. על פי חוות דעת של האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות, ניתוח הקטנת שדיים נחשב מקובל מבחינה רפואית ומוצדק לבצעו שלא מסיבות קוסמטיות, במידה וקיימת הגדלה של השדיים באופן ניכר (MACROMASTIA) והמועמדת לניתוח היא בגיל 18 (אפשרי גם מעל גיל 16 אם הסתיימה הגדילה וההתפתחות של השדיים). זאת, במידה והאישה סובלת לפחות מאחד המצבים הנחשבים מוצדקים מבחינה רפואית או הסימפטומים הנגרמים מגודל השדיים, שלא ניתן לטפל בהם בדרכים שמרניות.

כמו כן, מצוין בחו וות הדעת, מקובל להעריך את גודל השדיים בהתאם לגובה ומשקל גוף האישה, כדי להבטיח שההגדלה אינה קשורה ישירות להשמנת יתר (שאינה נחשבת כקונטראינדיקציה, אם הוכח שניסיונות הרזיה משמעותיים כשלו) וכדי לחשב את היקף הכריתה המומלץ.

במצבים בהם המועמדת לניתוח סובלת מכאבי גב משמעותיים, נראה כי יש הצדקה רפואית לניתוח הקטנת השדיים, גם אם מידת הקיפוזיס היא "רק" 32 מעלות ולא 40, שכן בהיבט הרפואי, לא קיימת הצדקה לקביעת הזכאות רק על פי מידת הקיפוזיס של 40 מעלות.

בשולי הדברים, הסברתי לקובלת כי אין ב קביעתי בכדי למנוע ממנה מלנקוט בכל סעד העומד לרשותה, לרבות פנייה לערכות משפטיות.

יש לחזור ו לציין, כי למרות שהקבילה נמצאה מוצדקת, לא ניתן היה להפעיל את המנגנון הקבוע בתיקון מס' 34 לחוק, קרי, לא ניתנה לקובלת הזכות להגיש בקשה למנכ"ל משרד הבריאות לקבלת החזר כספי עבור ביצוע הניתוח, ישירות מהמוסד לביטוח לאומי וזאת בשל העובדה כי הזכות לקבלת החזר כספי כאמור, מתקיימת רק ביחס לשירות /תכשיר רפואי שנרכש על ידי המבוטח לאחר קבלת קביעת נציב הקבילות, לפיה התלונה מוצדקת.

הואיל ובמקרה דנן, הקובלת ביצעה את הניתוח קודם לקבלת קביעתי כנציבה, הדרך היחידה העומדת בפניה לצורך מימוש זכותה, במידה שקופת החולים לא תשיב לה את עלות הניתוח, היא לפנות בתובענה לבית הדין לעבודה.

## דיון ומסקנות

זהו מקרה נוסף המדגיש את הצורך לתיקון החקיקה כך שלמנכ"ל תינתן הסמכות להורות למוסד לביטוח לאומי להשיב לקובל את כספו עבור טיפולים/תרופות שנדרשו לו, זאת לכל הפחות ממועד הגשת הקבילה על ידו לנציבות הקבילות.

הנני מבקשת להדגיש כי מידת הצדק דורשת שמבוטח אשר הגיש קבילה ואינו יכול להמתין עד לסיום הבירור בעניינו בשל מצב רפואי - יהיה זכאי לאכיפת קביעת הנציב שלא כבמקרה הזה

\*\*\*\*\*

## ג. מגמות חיוביות שנצפו עם תחילת יישום סעיף 46א לחוק

בדוח מס' 6 הבעתי את תקוותי כי "מתן סמכות האכיפה ייתר את הצורך בשימוש בסמכות זו, במיוחד נוכח העובדה כי קופות החולים מהוות גוף ציבורי ולפיכך חל עליהן מערך נורמטיבי משלים וזאת על פי עקרונות הצדק, ההגינות והנאמנות שבהם הן מחויבות, כמו גם חובתן לנהוג כלפי מבוטחיהן בתום לב, משיקולים ענייניים ושלא בשרירות דעת".

תקווה זו אכן התממשה ברובה ולאחר החלת תיקון החקיקה ולמעט שלוש ת המקרים המובאים בתחילת פרק זה, נטו קופות החולים להיעתר לקביעותיי וסיפקו את השירותים המבוקשים, גם אם חלקו על דעתי. עם זאת, יש לצפות כי לאחר תקופת ההסתגלות לתיקון זה, תבוא תקופת ביניים שתאופיין בעליה במספר התביעות מצד קופות החולים. הנני מקווה שהדבר יתאזן לאחר תקופה מסוימת, לאחר שיסתבר כי מהלך זה, של הניסי ון להגיש תביעות, שכרו יהא בהפסדו.

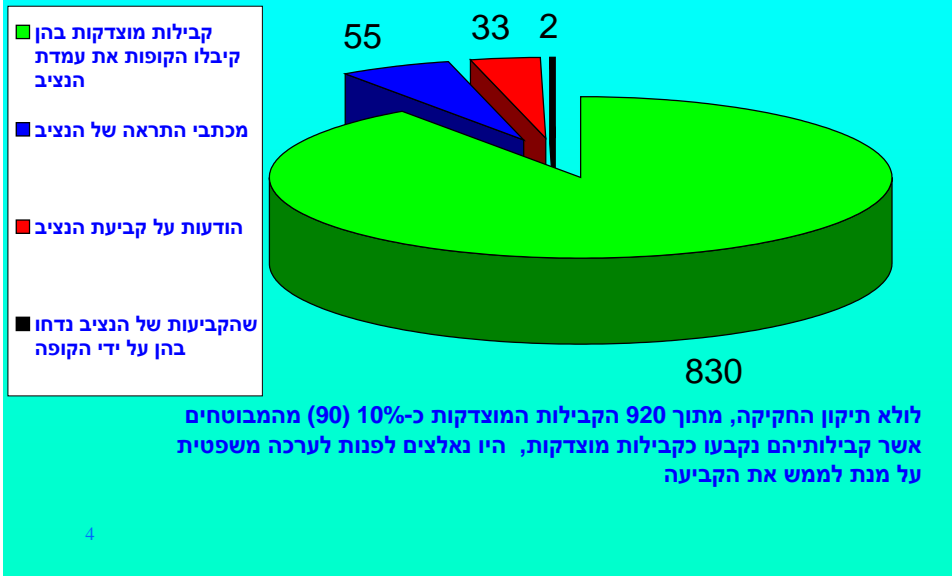
בנוסף, ועל אף כל ההסתייגויות שהובאו לעיל, אני מבקשת לציין כי החלת התיקון לחוק הביאה לקיצור משך ההתדיינויות עם קופות החולים ולאספקה מהירה יותר של השירות הנדרש.

## **הנתונים לשנת 2006 (1.1.2006 – 15.12.006)**

- 21% מהקבילות נקבעו כקבילות מוצדקות.
- כ-90% נענו בחיוב לאחר התדיינות עם הקופה.
- עד ל-15 לדצמבר 2006 הוצאו כ-55 התראות אשר הקופות נענו להן, חלקן תחת מחאה.
- עד ל-15 לדצמבר 2006 הוצאו כ-35 ניירות עמדה באותן קבילות בהן עמדה הקופה בסירובה.
- עד ל-15 לדצמבר 2006 הופעל מנגנון החוק לאכ יפת קביעת הנציב רק במקרה אחד.
- עד ל-15 לדצמבר תבעה הקופה מבוטח אחד ביום ה-25 למתן החלטת הנציבה וזאת מרם פנה בבקשה למנכ"ל לאכוף את החלטת הנציבה.
- קבילות אשר נפתחו בשנת 2006 ונקבעו כקבילות מוצדקות נסגרו מהר יותר מאשר קבילות דומות בשנים הקודמות

*הנתונים שהובאו לעיל הנם רק עד ל-15.12.2006. בשל מועד סיום כהונתי שחל ב-26.12.2006/עד מועד זה נוספו כ-7 קבילות בהן הוצאה חודעה בדבר קביעת הנציב/כפי שכתבתי היה מקרה אחד נוסף - בו לא קבלה קופת החולים קביעה זו-עד היום ה-21/לדאבוני החולה נפטר לפני שיכול היה לממש את זכו תו על פי חוק/*

## נתונים על קבילות מוצדקות, 1 ינואר - 15 דצמבר 2006



להלן יובאו דוגמאות של קבילות בהן חלקו קופות החולים על דעתי, אך קיבלו את קביעתי. יצוין, כי בשנת 2006 בלטו שני נושאים: הקריטריונים לביצוע MRI שד והקריטריונים להשתלת מוח עצם לסוגיו. נושאים אלה גרמו לויכוחים קשים עם קופות החולים. עמדתי היתה כי כל עוד לא נקבעו קריטריונים, חלה חובה על הקופות לתת שירותים אלה כאשר הייתה לכך הצדקה רפואית. יחד עם זאת, המלצתי למשרד הבריאות להקים ועדות מומחים ולהגיע לכלל קונצנזוס לגבי הקריטריונים לטיפולם אלה.

להלן יובאו דוגמאות לשני הנושאים הנ"ל ולנושאים אחרים שנדונו בשנת 2006 שבהם חלקו קופות החולים על דעתי, אך קבלו את קביעתי:



\*\*\*\*\*

## בקשה למימון MRI שד לנשאת מוטציה גנטית BRCA

הקובלת, תושבת חיפה, פנתה לנציבות הקבילות, בחודש פברואר 2006, בקבילה נגד קופת חולים מכבי, ואלו פרטי הקבילה:

1. הקובלת, בת 56, חלתה בסרטן השחלה והינה מצויה בסיכון גבוה לסרטן שד בשל היותה נשאת של מוטציה גנטית BRCA.
2. במסגרת ביקור שגרתי במכון האונקולוגי בבית החולים רמב"ם, הפנה אותה הרופא המטפל לביצוע בדיקת MRI שד, וזאת בשל הרקע הגנטי, כאמור, וההיסטוריה המשפחתית.
3. יצוין, כי הקובלת צרפה לקבילה את תוצאות בדיקת הממוגרפיה שערכה בחודש אוקטובר 2004 הקובעות, כדלקמן: "רקמת השדיים מראה מרקם שומני בעיקרו. עור ופיטמות תקינים. אין לראות גושים חשודים או הסתיידויות פתולוגיות. לסיכום – בדיקה תקינה".
4. הקובלת פנתה לקופת החולים בבקשה לממן עבורה את ביצוע הבדיקה הנדרשת, אולם בקשתה נדחתה בטענה הבאה: "על פי ההתוויות המקובלות במכבי, מאשרים בדיקות MRI שדיים לצורך מעקב לנשאות BRCA כל עוד מבנה השדיים לא מאפשר אבחון מדוייק על ידי אמצעי הדמיה קונבנציונאליים (ממוגרפיה ו-US). מאחר ועל פי פענוח בדיקת הממוגרפיה שלך רקמת השדיים שלך מראה מרקם שומני בעיקר, ללא סמיכויות חשודות או הסתיידויות פתולוגיות, לא אושרה הבדיקה ע"י מומחי המרכז הארצי לדימות".
5. הקובלת הלינה על סירובה של קופת החולים לממן את הבדיקה הנדרשת, למרות המלצת הרופא המטפל ולמרות הרקע הגנטי שלה. כמו כן, כחיזוק לטענתה, צרפה לקבילה את חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות מ-31.5.2005, שכותרתו "מניעה וגילוי מוקדם של מחלות סרטן", הקובע כי יש לבצע בדיקת MRI של השד לסריקה תקופתית בנשים שזוהו כנשאות של מוטציות בגנים BRCA1, BRCA2.

לצורך בירור ראשוני של עובדות הקבילה דן, נתבקשה חוות דעתו של הרופא המטפל בקובלת ביחס לנחיצות הבדיקה, והוא השיב כי שיעור הסרטן בקרב

נשים נשאות BRCA הוא 80% ומקובל על האונקולוגים לבצע את הבדיקה , כאמור בחוזר המנהל הכללי לעיל.

בנוסף, נשאלה אגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות במשרד הבריאות, האם הבדיקה המבוקשת נחשבת למקובלת במקרה דנן. מתשובת האגף עלה כי "ביצוע MRI שד כבדיקת סקר בנשים המצויות בסיכון גנטי מוגבר לסרטן שד – למשל, נשאות BRCA1,2, נחשב להתוויה רפואית מקובלת."

לאור חילוקי הדעות בנושא, הוקמה ועדה מטעם המועצות הלאומיות לדימות ולמניעה, אבחון וטיפול במחלות ממאירות, שתפקידה להגדיר את המצבים הרפואיים המקובלים לביצוע MRI של השד.

ועדה זו למרות שטרם סיימה את עבודתה, כבר גיבשה במסגרת דיוניה בשלב זה, עמדה מוסכמת לפיה, בדיקת MRI שד בנשים נשאות של המוטציות בגנים BRCA1 ו-BRCA2, מוצדקת ומקובלת מבחינה רפואית בנשים בריאות או בנשים שחלו בעבר ונזקקות להמשך מעקב וביקורת.

על פי המוסכם בוועדה, את הבדיקה יש לבצע בנשים אלו, אחת לשנה, ללא קשר למידת סמיכות השד, וזאת הואיל והוכח שלגבי נשאות, בדיקות אחרות הינן פחות מהימנות גם כאשר השד "שקוף" לממוגרפיה.

לאור המידע האמור, קראתי כנציבה דאז, לקופת החולים ל שקול מחדש את עמדתה באשר לביצוע הבדיקה.

קופת החולים השיבה כי היא עומדת על סירובה לאשר את ביצוע הבדיקה בטענה כי "במקרה הזה מדובר בנשאות BRCA עם מבנה שד שומני שניתן להערכה בממוגרפיה ו-US שד, ואין צורך להעריכו גם בבדיקת MRI שד."

על דברים אלו השבתי לקופת החולים, כי אין דין נשאות כדין אישה רגילה, ולכן, גם הקריטריונים, כל עוד לא יוכח אחרת, הם חמורים בהרבה בנשים שאינן נשאות.

בנוסף, הדגשתי כי חוזר המנהל הכללי מ-31.5.2005, קובע בסעיף 2.2.3 כי יש לבצע בדיקת MRI של השד כסריקה תקופתית בנשים שזוהו כנשאות של מוטציות בגנים BRCA1, BRCA2, וכי כל עוד אין מסמך רשמי אחר מחייב, יש לראות בהתוויות אלה את מדיניות המשרד על פי המידע הקיים כיום.

במענה לעמדתי, וחרף הנחיות הועדה לגיבוש המלצות לקריטריונים, כאמור לעיל, נמסר על ידי דר' סיגל טל, רדיולוגית ראשית מטעם קופת חולים מכבי, כדלקמן:

"בבדיקת הספרות – בכל ההמלצות של האיגודים והקווים המנחים אין הנחיה המדברת על סריקה של אחת לשנה..."

"...מכיוון שקיימת אי בהירות בנושא , קויימו במכבי מספר דיונים בנושא ונקבעו התוויות לביצוע MRI שדיים... בהם הוחלט כי בנשים נשאיות BRCA1/2 יבוצע MRI שדיים אחת לשנה כל עוד הצפיפות הממוגרפית של השד הינה גבוהה ולא מאפשרת אבחון מעמיק של השד . המטרה הייתה שלא להגביל בגיל אלא להגביל במרקם השד שהינו הפרמטר החשוב."

ד"ר אהוד קוקיה , ראש חטיבת ה בריאות בקופת חולים מכבי , הדגיש במכתבו אלי כי עמדת הרדיולוגית הראשית מהווה את עמדת הקופה וכי נראה לו "שעל מנת לבטל עמדה זו יש צורך בדיון של מומחים ברמות המקצועיות הגבוהות ביותר...".

פניתי לקופת החולים פעם נוספת בבקשה לאשר את הבדיקה באופן חריג , וזאת בהתאם להמלצתו של פרופי י. יצחק, מנהל חטיבת הדימות בבית החולים שיבא , אשר סבר כי תקופת המעבר בה נמצאים , ביחס להגדרת המצבים הרפואיים המקובלים לביצוע MRI שד, מצדיקה אישור חריג . אולם, גם הפעם הבקשה נדחתה בטענה כי : "ועדת משרד הבריאות לגיבוש ההמלצות עדיין לא גיבשה את המלצותיה גם לא לקביעת גיל עליון לביצוע MRI שד לנשאיות."

לאור כל האמור לעיל , **שלחתי לקופת החולים התראה, בה הודעתי לה כי תוך שבוע ימים תישלח לקובלת קביעת י, לפיה הקבילה מוצדקת וכי על קופת החולים חלה החובה לממן MRI שד לקובלת, אלא אם יובאו בפני נימוקים שיהיה בהם כדי לשנות את עמדתי, עד מועד זה.**

נימקתי את קביעתי זו , בעובדה כי המדובר בבדיקה מקובלת , הכלולה בסעיף 5(ו) לתוספת השנייה לחוק ללא כל הנחיות מגבילות , למעט הדרישה כי לבדיקה יש משמעות קלינית לגבי המשך הטיפול בחולה , אשר, למותר לציין, מתקיימת במקרה הנדון.

בתגובה להתראה, השיבה קופת החולים כי למרות שהיא ממשיכה להחזיק בעמדתה, אין היא רוצה "להמשיך את הויכוח על גב החולים", ולפיכך תאשר את הבדיקה לקובלת.

לאור דברים אלו, נמסרה לקובלת הודעה בדבר החלטת קופת החולים .

\*\*\*\*\*

## בקשה למימון בדיקת MRI שד

הקובלת, תושבת ירושלים, פנתה לנציבות הקבילות, בחודש אוגוסט 2006, בקבילה נגד קופת חולים כללית, ואלו פרטי הקבילה:

1. הקובלת, בת 60, אובחנה כסובלת מסרטן שד מסוג INVASIVE LOBULAR CARCINOMA. הגידול, בגודל של 2 ס"מ, לא הודגם היטב בצילומי ממוגרפיה.
  2. לצורך הטיפול במחלתה, עברה הקובלת ניתוח למפקטומי ובפתולוגיה נתגלו מוקדים רבים של LCIS, שהוא סימן לסיכון מוגבר לגידול פולשני הן בשד החולה והן בשד הנגדי.
  3. לאור הממצא, כאמור, ולאור העובדה שהממוגרפיה אינה יעילה במקרה של הקובלת, ביקשו הרופאות המטפלות בה שתבצע בדיקת MRI בשני השדיים.
  4. מעובדות הקבילה עולה כי מטרת הבדיקה היא לברור קיומם של מוקדים נוספים בשד החולה ובשד הנגדי ולהכריע, בהתאם לתוצאות, האם יש צורך לבצע ניתוח כריתה מלאה לשד החולה או שניתן להסתפק בטיפול אונקולוגי בלבד, וכן האם נדרשת כריתה של השד הנגדי (זאת במידה שקיימים גם בו מוקדים סרטניים).
  5. הקובלת פנתה לקופת החולים בבקשה לממן את הבדיקה הנדרשת, אולם בקשתה נדחתה בטענה שהיא אינה עומדת בהתוויה לביצוע בדיקה זו.
  6. הקובלת הלינה על סירובה של קופת החולים לאשר לה את ביצוע הבדיקה, וטענה כי במקרה הנדון קיימת הצדקה רפואית לביצוע הבדיקה, שכן ממצאיה עשויים למנוע מצב בו תעבור כריתה של שני השדיים מבלי שקיים צורך רפואי בכך.
- לצורך בירור עובדות הקבילה דנו, פניתי כנציבה דאז לקבלת עמדת קופת החולים וזו השיבה, כדלקמן:
- "לא נכללה ההתוויה הזו לאינדיקציה של MRI שד בסל."*

זו הסיבה שאיננו מאשרים הבדיקה . לא אחת , כירורגים, על-מנת להקל על החלטתם ללא EBM מבקשים בדיקות מיותרות . אין לי ספק שהם יכולים לבצע את הבדיקות על-חשבון בית-החולים ולא על-חשבון המבטח."

לאור העובדה כי MRI כלולה בתוספת השנייה שבחוק בסעיף 5(ו)(13) ללא כל אינדיקציות והגבלות כל עוד קיימת הצדקה רפואית , ולאחר בחינת עובדות המקרה, השבתי לקופת החולים כי הקבילה מוצדקת וכי חלה עליה חובה לממנה, וזאת מן הנימוקים הבאים :

"MRI הכולל בסל הבריאות ללא אינדיקציות או הגבלות ועל כן הוא בסל כל עוד קיימת הצדקה רפואית . במקרה דנן, מכון ידוע קבע כי הגוש נמוש בשד אולם לא הודגם היטב בצילומי ממוגרפיה . בנוסף, מדובר בסרטן שד אגרסיבי מסוג INVASIVE LOBULAR CA והשאלה שעומדת היא האם לירות את השד הנגוע במלואו או להסתפק בלמפקטומיה שכבר בוצעה, והאם יש צורך לירות את השד השני. דומני, שאין מקום להכביר במילים על החשיבות הקלינית של הכרעות אלה, שהבדיקה תסייע בקבלתן, הן לרופאות המטפלות והן לחולה."

**24 הבהרתי לקופת החולים כי במידה ולא תאשר את הבדיקה לקובלת תוך 24 שעות, אודיע לקובלת כי קבעתי שקבילתה נמצאה מוצדקת.**

במענה לפנייתי, ובטרם נשלחה ההודעה, כאמור, לקובלת, הודיעה קופת החולים כי היא מאשרת את ביצוע הבדיקה.

בהתאם, הודעתי לקובלת כי הבדיקה אושרה , ולאור כל האמור לעיל , קבעתי את הקבילה כקבילה מוצדקת.

\*\*\*\*\*

### **בקשה למימון השתלת מח עצם**

הקובל, תושב הרצלייה, פנה בשם אשתו לנציבות הקבילות, בחודש ספטמבר 2006, בקבילה נגד קופת חולים מכבי, ואלו פרטי הקבילה :

1. אשתו של הקובל, בת 42, אובחנה כחולה בלויקמיה חריפה . לצורך הטיפול במחלתה עברה השתלת מח עצם אלוגנאית מאחותה . בבדיקה שגרתית שנערכה 6 חודשים לאחר ביצוע ההשתלה, נצפתה הישנות של המחלה .

2. ממכתב שצורף לקבילה, על ידי הרופאה המטפלת מהמחלקה להשתלות מח עצם בבית החולים שיבא, עולה כי למרות הישנות המחלה, החולה "במצב כללי מצוין, קרנופסקי 100, ללא שום מחלות רקע או בעיה תפקודית כל שהיא".

3. עוד צוין במכתב כי לנוכח מצבה האמור: "הטיפול היחיד לדעתנו שיכול להציל את חייה הינו השתלת מוח עצם חוזרת".

4. למרות ההמלצה כאמור, סירבה קופת החולים לממן את עלות ההשתלה החוזרת.

5. הקובל הליון על סירובה של קופת החולים לממן את ביצוע ההשתלה הנוספת, זאת בניגוד להחלטת הרופאים המטפלים על פיה זוהי הדרך הבלעדית והיחידה להצלת חייה של החולה.

לצורך בירור עובדות הקבילה דן, כנציבה דאז, פניתי לקופת חולים לקבלת עמדתה וציינתי כי על פניה הקבילה נראית מוצדקת וכי על הקופה לממן את ההשתלה הנדרשת.

במענה לפנייתי השיבה קופת החולים, כדלקמן:

"הבקשה הופנתה אלינו ישירות ונדונה בוועדת מומחים, בה חבר ים בנוסף למומחה ממכבי, מומחים חיצוניים מהשורה הראשונה בנושא הטיפול בלויקמיה חדה.

בדיון לא נמצאה הצדקה להשתלה אלוגנאית חוזרת. חברי הוועדה חשבו שיש מקום לנסות להשרות הפוגה, ואם אכן יצליחו בכך – בהמשך מתן DLI מתאי תורם. חברי הוועדה היו תמימי דעה בחוסר תועלת שבה שתלה אלוגנאית חוזרת במצב ובאבחנה המתוארים.

לאחר שיחה עם ד"ר ירושלמי סוכס שאם תוצג ספרות אשר תומכת בהשתלה חוזרת בנסיבות הספציפיות הקיימות אצל חולה זו ... המקרה יידון שוב ללא דיחוי בוועדת מומחים".

במענה לתשובת הקופה ולאחר בחינת מאמר בנושא, השבתי כי:

"הצפי לרמיסיה בהשתלה חוזרת, עומד על כ- 20%-30%.

לעומת זאת, הצפי לרמיסיה בטיפול של DLI הינו של 20%-10%, וקשור באחוז תמותה גבוה, והרמיסיות הן בד"כ קצרות.

המדובר במקרה זה, באישה צעירה יחסית (42), במצב בריאות טוב אשר לאחר כ-6 חודשים (5 חודשים ושבועיים) הופיע אצלה RELAPSE. ללא הטיפול אין לה סיכויי להישאר בחיים. עם הטיפול, יש לה כאמור, 20%-30% סיכוי להיכנס ל-RELAPSE טוב וממושך.

כל עוד משרד הבריאות לא החליט כי מקרים מסוג זה הינם מחוץ לסל, איני רואה אפשרות שלא להכריע כי הטיפול הוא בסל עבורה, וכי עליכם לממנו, וכך אודיע לחולה מחר אחה"צ, אלא אם כן תמצאו לי עד מועד זה, ספרות עדכנית אחרת."

בתגובה לעמדת י שלחה קופת החולים לנציבות את התייחסותה של פרופ' מייטס, אחראית תחום המטולוגיה והשתלות מח עצם בקופה, למסקנות המאמר הנ"ל, וכך נכתב על ידה:

"אני מרשה לעצמי להפנות את תשומת לבך למסקנתו הסופית של המאמר אשר אינו ממליץ על השתלה חוזרת כמו כן, בעיון בעקומות הוותרות (תרשים מס 3) החולה שייכת על פי נתוניו לעקומה D, כלומר הוותרות היא אפס.

המקרה שלה נדון שוב בוועדת מומחים אשר כוללת מלבדי את פרופ' יצחק בן בסט ואת ד"ר יצחק יניב. קראנו שוב בעיון את המאמר ואין מנוס מהמסקנה שהשתלה שנייה היא בניגוד להמלצת מחברי המאמר."

במהלך הטיפול בקבילה התקבלה בנציבות חוות דעתו של פרופ' נגלר, מנהל המערך ההמטולוגי והשתלות מח עצם בבית החולים שיבא, באשר למצבה של הקובלת, וכך נכתב על ידו:

"הטיפול היחידי שעשוי להציל את חייה של חולה צעירה זו, אם לארבעה ילדים, הוא השתלת מח עצם חוזרת.

על פי הספרות, אין לכל טיפול אחר, כולל DLI, סיכוי להבראה. לצערנו הסיכוי לריפוי בהשתלה הינו רק כ-10% אך זהו הסיכוי היחיד שלה...

מבחינה אדמיניסטרטיבית – השתלות חוזרות מרובות מבוצעות בעולם וגם אושרו ובוצעו בארץ בחולי לויקמיה חריפה. השתלה בלויקמיה חריפה נמצאת בסל הבריאות."

לאור חוות הדעת של פרופ' נגלר שלעיל, ולאור עמדתו של פרופ' רואו, מנהל המכון להמטולוגיה והשתלות מח עצם בבית החולים רמב"ם, אשר בדק את החולה ואת נתוניו באופן אישי, והגיע למסקנה כי עם השתלה חוזרת יהיו לחולה 10%-15% סיכויי הישרדות, לעומת סיכויים קלושים (כמעט 0%) בטיפול ללא השתלה, **קבעתי כי הקבילה מוצדקת וכי על קופת החולים לממן את ההשתלה החוזרת.**

בתגובה לקביעת י הודיעה קופת החולים על הסכמתה לממן את ההשתלה המבוקשת, זאת למרות שהיא דבקה בעמדתה:

*"ברצוני לחזור ולומר כי אנו דבקים בעמדתנו העקרונית שהוצגה עד עתה. העובדות הנוגעות לסיכויי ההצלחה של חולים עם השתלה אלוגנאית שנייה עם ALL בהם חזרה המחלה לאחר פחות מ- 6 חודשים, ושנאספו מנתוני 2 הקופות הגדולות תומכות בעמדה זו.*

*גם העובדה שההחלטה התקבלה לאחר בחינה מדוקדקת של ועדה בת 3 חברים לה משייכים מומחים מהשורה הראשונה כמו פרופ' בן בסט, פרופ' יניב ופרופ' מייטס – מדברת בעד עצמה. עם זאת, לאור החלטתך כמצוין במכתבך מ- 14.9.06 – אנו נממן את ההשתלה."*

\*\*\*\*\*

### בקשה למימון התרופה SANDOSTATIN

הקובלת, תושבת רמת גן, פנתה לנציבות הקבילות, בחודש ינואר 2006, בקבילה נגד קופת חולים כללית, ואלו פרטי הקבילה:

1. הקובלת אובחנה בשנת 2004 כחולה בסרטן הבלבל מסוג LOCAL ADVANCED CA OF PANCREAS.
2. לצורך הטיפול במחלתה, עברה טיפולים כימותרפיים, הקרנות ולאחריהן ניתוח מסוג PARTIAL PANCREATECTOMY ושוב טיפולי כימותרפיה.
3. מעובדות הקבילה עולה כי מאז שעברה את הניתוח, בחודש יולי 2005, סבלה הקובלת משלשולים בתדירות של כ- 20 פעם ביום, דבר שפגע פגיעה



ניכרת ביכולתה לתפקד בחיי יומיום . בנוסף, לא עלה בידה לעלות במשקל מ- 46 ק"ג ל- 48 ק"ג.

4. במשך 7 חודשים מאז הניתוח נעשו ניסיונות למנוע את השלשולים באמצעות טיפול ב- **IMMODIUM** וכן באמצעות כלכלה עוזרת , אולם לא חל כל שיפור במצבה . כשבועיים לפני הגשת הקבילה , החלה הקובלת לקבל טיפול ב- **SANDOSTATIN** שהביא להטבה במצבה .

5. הקובלת פנתה לקופת החולים בבקשה לממן עבורה את התרופה המבוקשת, אולם פנייתה נדחתה .

6. לאור סירוב זה , פנתה הקובלת לנציבות הקבילות בבקשה כי תסייע לה בקבלת התרופה, שהיא היחידה שהביאה להקלה במצבה .

לצורך בירור עובדות הקבילה דן , פניתי כנציבה דאו , לקבלת עמדת קופת החולים וזו השיבה כדלקמן :

*"נמסר לנו כי התרופה הומלצה לפונה להתוויה שאינה נכללה בסל ואינה רשומה בישראל. צר לנו, אך לא ניתן לסייע."*

מהתייעצות שערכתי עם אגף הרוקחות במשרד הבריאות , עלה כי התרופה **SANDOSTATIN** (**OCTREOTIDE** בשמה הגנרי) כלולה בסל שירותי הבריאות להתוויה הנדרשת לקובלת :

#### **"1. PREVENTION OF COMPLICATIONS FOLLOWING PANCREATIC SURGERY."**

לאור האמור לעיל , ובהתבסס על מכתב מהרופא המטפל המעיד על כך שהשלשולים מהם סבלה הקובלת החלו לאחר הניתוח , **קבעתי כי הקבילה מוצדקת וכי על קופת החולים חלה החובה לממן לקובלת את הטיפול** **ול ב- SANDOSTATIN.**

בסוף הנימוקים לקבלת החלטת י לחייב את הקופה במימון התרופה , הסברתי לקובלת כי יש בידה לפנות למנכ"ל משרד הבריאות בבקשה לאכוף את קביעתי על קופת החולים, באמצעות המנגנון הקבוע בסעיף 46 לחוק.

בבדיקה שנערכה על מנת לוודא האם קופת החולים קבלה את קביעתי וסיפקה למבוטחת את התרופה , התברר כי קופת החולים סיפקה לקובלת את התרופה במשך חודשיים, עד לפטירתה.

\*\*\*\*\*

## בקשה לביצוע C.T של העורקים הכליליים

הקובל, תושב יישוב בסביבות ירושלים, פנה לנציבות הקבילות, בחודש יוני 2006, בקבילה נגד קופת חולים לאומית ואלו פרטי הקבילה:

1. הקובל, כבן 56, נדרש לבצע C.T של העורקים הכליליים בגין החמרת מצב של בתירה (התחלקות) של דופן האאורטה העולה ושל קשת האאורטה. הדרישה לביצוע C.T של העורקים הכליליים, נבעה מכך שבעת צנתור רגיל עשוי היה הצנתר להיכנס לנהור (שנוצר כתוצאה מהבתירה) ובצורה זו לקרוע את העורק בזמן הנסיגה.
2. הקובל פנה לקופת החולים בבקשה כי תנפיק עבורו טופס התחייבות לביצוע הבדיקה הנדרשת, אולם בקשתו נדחתה בטענה כי הבדיקה אינה כלולה בסל השירותים.
3. הקובל הלין על סירובה של קופת החולים לממן את הבדיקה, זאת בניגוד להמלצת הקרדיולוג המטפל מטעם קופת החולים ולהמלצת מנהל המחלקה הקרדיולוגית בבית החולים הדסה עין כרם.

הבדיקה המבוקשת, C.T של העורקים הכליליים, כלולה בסל, בהתאם להוראות חוזר מנהל הרפואה (חוזר מס' 40/2005) הקובעות כדלקמן:

*"בשלב זה, הבדיקה מומלצת בעיקרה בהוריות הבאות:*

א. כאשר לא ניתן לבצע בדיקת דימות של העורקים הכליליים באמצעות בדיקת צינתור לב בגלל בעיות טכניות בביצוע הצינתור או בשל העדר מידע מיטבי בצינתור כלי דם כליליים.

ב. כאשר מתקבלות תוצאות שאינן חד משמעיות (החלטיות) בבדיקות דימות לא פולשניות או כאשר הרופא השולח חושב שלבדיקה יש יתרון ממשי על בדיקות אחרות."

בהקשר להתוויות אלו, הבהיר רופאו כי:

*"קשת הותין (האאורטה) רחבה וכי ישנה זרימה הן בתוך הנהור האמיתי והן בתוך הנהור הכוזב וכי קיימת סכנה ממשית לקרע של הותין בזמן הצנתור (התיל המוביל עלול להיכנס לנהור הכוזב ולהוליך אחריו את הצנתר שאינו ישר ובזמן ניסיונות הצנתור הברירני של כלי הדם הכליליים ו/או בזמן הנסיגה, ניתן*

לקרוע את העורק. בנוסף, עובי הדופן גם הוא מהווה גורם המגביר את הסיכון). גם העובדה שמר... הוא איש גבוה וכי קוטר הותין העולה רחב, מציבה בפני המצנתרים את האתגר שבצנ תור כלילי ברי ירני ויתכן והם לא יוכלו להגיע אל פתחי העורקים הכליליים ואז חשפנוהו לסכון, **מבלי לקבל תועלת ממשית.**"

כנציבה דאז, שלחתי את חוות הדעת, כאמור לעיל, לקופת החולים **וקבעתי כי הקבילה מוצדקת וכי עליה לממן את הבדיקה**, הואיל וזו הו מלצה על ידי הרופא המטפל בהתאם לכללים שפורסמו בחוזר מנהל הרפואה.

במענה לקביעתי, השיבה קופת החולים כי היא מכירה בצורך הרפואי לביצוע הבדיקה במקרה זה, ולפיכך תנפיק התחייבות לבית חולים ציבורי "לפי קוד משרד הבריאות – 1039-טומוגרפיה ממוחשבת, CT".

בהתאם לכך נתבקש הקובל לפנות לסניף הקופה הקרוב לביתו לצורך קבלת ההתחייבות. אולם, כעבור 4 ימים פנה הקובל בשנית לנציבות הקבילות והלין על כך כי בתי החולים אליהם פנה (הדסה, ומכון מאר בביקור חולים) מסרבים לקבל את ההתחייבות שהונפקה על ידי קופת החולים, ודורשים מחיר גבוה יותר לביצוע הבדיקה.

לצורך בדיקת טענת הקובל, פניתי לקבלת חוות דעתו של דר' ברלוביץ, המשנה למנכ"ל וראש מינהל הרפואה במשרד הבריאות דאז, והוא השיב כי "אכן, בשלב זה, טרם נקבע תעריף לבדיקה זו. השרות ניתן ע"י ספקים שונים ציבוריים ופרטיים עפ"י מחירי השוק. לפיכך, על הקופה לספק שרות זה עפ"י מחיר שהספקים יסכימו לספק וזאת עד לקביעת תעריף מחייב לשרות זה".

לאור כל האמור לעיל, הודעתי לקובל כדלקמן:

**##//חנני קובעת כי בין אם קיים תעריף ובין אם לא - על הקופה למצוא את הספק אשר תגיע אותו לכלל הסכם ולספק לך את ביצוע הבדיקה לאלתר #/**

בסוף הנימוקים לקבלת קביעתי שיש לחייב את הקופה במימון הבדיקה, הסברתי לקובל כי יש בידו לפנות למנכ"ל משרד הבריאות בבקשה לאכוף את הקביעה על קופת החולים, מכוח סעיף 46א לחוק.

כעבור יום ממתן קביעתי, הודיעה קופת החולים כי תנפיק התחייבות מתאימה לביצוע הבדיקה הנדרשת.

\*\*\*\*\*

## בקשה לקבלת טיפול בתרופה MABTHERA

הקובל, תושב חדרה, פנה לנציבות הקבילות, בחודש ינואר 2006, בקבילה נגד קופת חולים מאוחדת, ואלו פרטי הקבילה:

1. הקובל, כבן 59, אובחן כסובל מלימפומה אינדולנטית.
  2. מעובדות הקבילה עולה כי הוא טופל בקו ראשון ב-leukeran, אך כתוצאה מהטיפול בתרופה זו פיתח פריחה בכל חלקי הגוף מלווה בגירויים וצריבות. לאור האמור, התבקש הקובל להפסיק לאלתר את השימוש בתרופה, והומלץ לו על ידי הרופאים המטפלים לעבור לטיפול ב-MABTHERA כטיפול קו שני.
  3. הקובל פנה לקופת החולים בבקשה לממן עבורו את הטיפול ב-MABTHERA, אך בקשתו נדחתה בטענה כי התרופה MABTHERA אינה כלולה בסל השירותים להתווייה הנדרשת לו.
  4. הקובל הליון על סירובה של קופת החולים לממן את עלות הטיפול בתרופה המבוקשת, וציין כי בירור שערך באגודה למלחמה בסרטן העלה כי, בניגוד לעמדת קופת החולים, התרופה כלולה בסל להתווייה הנדרשת לו – לימפומה אינדולנטית.
- לצורך בירור ראשוני של עובדות הקבילה דנן, פניתי כנציבה דאז, לקבלת עמדת קופת החולים וזו השיבה כי:
- "החולה סובל מלימפומה אינדולנטית (עפ"י תשובה פתולוגית) ולא מלימפומה מסוג LOW GRADE.*
- סל הבריאות מגדיר זכאות למימון ע"ח כספי הציבור רק ללימפומה מסוג LOW GRADE ולכן החולה איננו זכאי למימון הטיפול במבתרה ע"ח כספי הציבור."*
- במענה לעמדה הנ"ל, ולאחר התייעצות עם פרופ' מיטלמן, המטולוג בכיר ומנהל מחלקה פנימית בבית החולים איכילוב, הבהרתי לקופת החולים כי המדובר במונחים זהים, דהיינו, לימפומה אינדולנטית הינה LOW GRADE MALINGNANCY.

באשר לטיפול בחולה נשוא הקבילה באמצעות MABTHERA, הסברתי לקופת החולים כי מאחר שמדובר בלימפומה אינדולנטית (LOW GRADE), שלא הגיבה לטיפול קו ראשון, הטיפול ב- MABTHERA כקו שני, הינו טיפול סטנדרטי ומקובל וכלול בסל הבריאות.

הדגשתי כי במידה שקופת החולים לא תאשר את מימון התרופה לקובל, יש **בכוונתי להודיע לקובל את קביעתי כי קבילתו מוצדקת וכי קופת החולים מחויבת לממן עבורו את התרופה.**

אולם, קופת החולים דחתה את עמדתי וכך נטען על ידי:

"אין עוררין שעל פי הקלסיפיקציה הקיימת היום, שלא הייתה קיימת בתאריך הקובע, קרי תחילת 1999, עת הוכנסה המבטרה לסל, מדובר בחולים עם לימפומה אינדולנטית.

אך בתאריך הקובע הקלסיפיקציה כללה הגדרות שונות של LOW GRADE / INTERMEDIATE / HIGH GRADE ולא כללה אופציה של מחלה אינדולנטית ...

השינוי בהגדרות שינה את כמות החולים הכלולים בהגדרה של- LOW GRADE המכונה היום INDOLENT, וע"כ אנו דוחים את החובה שלנו לספק התרופה על פי הוראות הסל".

לאור עמדת הקופה, **הודעתי לקובל כפי שהתראתי, כי קבעתי את קבילתו כקבילה מוצדקת, וכי:**

"...קופת חולים מאוחדת לא קיבלה עמדה זו, ועמדה על טענתה כי על פי ההגדרות שהיו נהוגות בשנת 1999 חולים אלה הוגדרו כ- INTERMEDIATE. לעניין זה עלי להבהיר כי נהפוך הוא, מרבית מהחולים שהוגדרו בעבר כ- INTERMEDIATE, מוגדרים כיום לפי ההגדרות הנוכחיות ב- AGGRESSIVE (בניגוד ל- INDOLENT), וזכאים לקבלת ה- MABTHERA, כבר כטיפול קו ראשון, ומכאן שטיעוני הקופה אין להם בסיס ...".

"...לתשומת ליבך – אם קופת החולים לא תספק לך את השירות תוך 21 יום ממועד מתן החלטתי זאת, בידך לפנות אל מנכ"ל משרד הבריאות בבקשה להורות למוסד לביטוח לאומי לתת לך החזר כספי בעד ההוצאה הכספית הכרוכה ברכישת השירות על ידך, שלא באמצעות הקופה. החזר זה יינתן, מתוך הכספים המגיעים לקופה מן המוסד לביטוח לאומי. מתן החזר נעשה בכפוף לסכומים המרביים הקבועים בתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (החזר בעד שירותי בריאות), התש"ס – 2000. את הבקשה תוכל להגיש, באמצעות נציבת הקבילות."

לאור קביעתי הודיעה קופת החולים כי התרופה תסופק לחולה.

## ד. סיכום והמלצות

לאור כל הדברים כאמור, המלצתי על תיקונים בסעיף 46א, בישיבת וועדת העבודה הרווחה והבריאות בכנסת שהתקיימה ב-18.12.2006, בראשותו של חבר הכנסת משה שרוני, כדלקמן:

### **התיקון הראשון: קבלת החזר כספי מיום היווצרות הצורך הרפואי או ממועד הגשת הקבילה**

סמכות המנכ"ל להורות למוסד לביטוח לאומי להשיב לקובל את כספו עבור טיפולים/תרופות הנדרשים לו תהיה מיום שהטיפול נדרש לו, או לכל הפחות ממועד הגשת הקבילה על ידו לנציבות הקבילות.

### **התיקון השני: קיצור משך הזמן הניתן לקופות החולים לשם גיבוש עמדתן לפי דחיפות הקבילה**

במקרים בהולים או דחופים ביותר, בהם ממילא יש התדיינות מוקדמת עם קופת החולים, יש לקצר את הזמן הניתן לקופת החולים לצורך גיבוש עמדתה ולהעמידו על פרק זמן של ימים ספורים וזאת לפי שיקול דעתו של הנציב.

### **התיקון השלישי: חובת תביעת המדינה כנתבע ראשון והמבוטח כמשיב פורמאלי בלבד - בהליך משפטי של קופת החולים בגין קביעת הנציב**

במקרים בהם קופת החולים פונה לערכאות בגין החלטת הנציב, קביעת חובה לתבוע את המדינה כנתבע ראשון בהליך המשפטי מטעם קופת החולים ואת המבוטח כמשיב פורמאלי בלבד בהליכים.

כידוע, המחקרים מוכיחים כי נתבע תמיד מרגיש נחות מתובע. כוונת המחוקק היתה למנוע את המצב בו המבוטח הפונה לערכאות ומרגיש נחות לעומת קופת החולים. במידה ומגמה זו תמשך, לא רק שלא הוטב מצבו של המבוטח אלא אף הורע, דבר שיש למנעו בכל מחיר.

### **התיקון הרביעי: לא תשמע פניית קופת החולים לערכאות לאחר 21 הימים מקביעת הנציב**

יש הכרח בקביעה מפורשת כי הגשת התביעה על ידי קופת החולים יכולה להיעשות בתוך 21 יום בלבד, מיום קביעת הנציב כי הקבילה מוצדקת ולא יאוחר מכך. שכן, נמסר כי קופת חולים מסוימת מתעתדת להגיש סדרת תביעות נגד מבוטחים, מספר חודשים לאחר החלטת הנציב.

### **ההמלצות הנ"ל התקבלו, אחת לאחת כלשונן, על ידי הוועדה.**

## פרק שלישי

# נתונים מספריים והתפלגותם

בחלק זה מוצגים נתוני הקבילות וההשגות שנתקבלו ונתבררו בשנת 2006

מובאים לוחות המציגים את חלקן של קופות החולים השונות באוכלוסייה הן על בסיס של מספר הנפשות המבוטחות והן לאחר מתן ביטוי להרכב הגילאים השונה בכל קופה ("נפשות מתוקננות").

בדומה, מוצגים מספרי הקבילות שהוגשו נגד כל אחת מקופות החולים הן במספרים מוחלטים והן בהתאם למשקלן היחסי של קופות החולים באוכלוסיית המבוטחים.

מובאים טבלאות של התפלגות הקבילות בהתאם לנושא הקבילה, המוסד הנילוך, ותוצאות הבירור בשנת 2006.

בנוסף, מוצגות טבלאות רב שנתיות המפרטות את התפלגות הקבילות על בסיס הפרמטרים המוזכרים לעיל, החל ממועד הקמת נציבות הקבילות ועד לסוף שנת 2006, וכן גרפים המדגימים את ממצאים עיקריים במהלך השנים 1999-2006.

**טבלה מס' 1**

**התפלגות הקבילות שנפתחו  
בשנת 2006  
לפי נושא הקבילה ולפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות**

סך הכל		הצעות חוק ורשויות אחרות	שרותי בריאות נוספים	איכות טיפול מקצועי	התנהגות	חברות בקופ"ח	טיפול מנהלי	סל השרותים	נושא הקבילה
ל-10,000 נ.מ*	מספרים מוחלטים								המוסד נגדו הוגשה הקבילה
5.3	2,203	-	94	46	38	1	446	1,578	כללית
3.2	502	-	35	21	5	-	80	361	מכבי
6.4	412	-	18	10	7	1	36	340	לאומית
6.4	469	-	26	12	13	-	36	382	מאוחדת
-	151	2	-	5	2	-	12	130	משרד הבריאות
-	157	16	-	-	2	104	2	33	ביטוח לאומי
-	127	-	1	58	22	-	20	26	בתי חולים
-	502	43	4	20	13	5	23	394	אחר
-	4,523	61	178	172	102	111	655	3,244	סך הכל

• נ.מ. = נפשות מתוקננות



**טבלה מס' 2**

**דוח סיכום קבילות פתוחות/סגורות  
לשנת 2006  
לפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות**

נותרו לטיפול בשנה הבאה	נסגרו בשנה הנוכחית		סה"כ לטיפול בשנה הנוכחית	נפתחו בשנה הנוכחית	נותרו פתוחות משנים קודמות	מזב הטיפול  המוסד נגדו הוגשו הקבילות
	אחוזים מתוך סה"כ הקבילות לטיפול	במספרים מוחלטים				
939	70	2,230	3,169	2,203	966	כללית
160	76	499	659	502	157	מכבי
173	69	379	552	412	140	לאומית
184	72	467	651	469	182	מאוחדת
22	87	147	169	151	18	משרד הבריאות
20	88	148	168	157	11	ביטוח לאומי
24	85	141	165	127	38	בתי חולים
74	87	478	552	502	50	אחר
1,596	74	4,489	6,085	4,523	1,562	סך הכל

**טבלה מס' 3**

**התפלגות הקבילות שהטיפול בהן הסתיים  
בשנת 2006  
לפי נושא הקבילה ולפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות**

סך הכל	הצעות חוק ורשויות אחרות	שרותי בריאות נוספים	איכות טיפול מקצועי	התנהגות	חברות בקופ"ח	טיפול מנהלי	סל השרותים	נושא הקבילה המוסד נגדו הוגשה הקבילה
2,230	-	90	46	35	1	435	1,623	כללית
499	-	48	19	4	-	82	346	מכבי
379	-	20	8	6	1	29	315	לאומית
467	-	26	11	12	-	39	379	מאוחדת
147	2	-	5	2	-	12	126	משרד הבריאות
148	16	-	-	2	101	2	27	ביטוח לאומי
141	-	1	62	22	-	31	25	בתי חולים
478	40	4	20	13	4	24	373	אחר
4,489	58	189	171	96	107	654	3,214	סך הכל

**התפלגות הקבילות בהן הטיפול הסתיים  
בשנת 2006  
לפי המוסד נגדו הוגשה הקבילה ולפי תוצאות הטיפול**

קבילות בהן הטיפול הסתיים (ב א ח ו ז י ס)						קבילות בהן הטיפול הסתיים (ב מ ס פ ר י ס מ ו ח ל ט י ס)						תוצאות הטיפול
סך הכל	לא בסמכות הנציבות	אין תוצאה	לא ניתן להיענות	אינה מוצדקת	מוצדקת	סך הכל	לא בסמכות הנציבות	אין תוצאה	לא ניתן להיענות	אינה מוצדקת	מוצדקת	
100	8	18	23	23	27	2,230	187	414	516	512	601	כללית
100	10	16	20	28	26	499	48	82	101	141	127	מכבי
100	11	18	26	21	24	379	40	69	99	78	93	לאומית
100	10	22	17	23	28	467	47	103	80	106	131	מאוחדת
100	63	19	11	5	2	147	92	29	16	7	3	משרד הבריאות
100	77	8	1	12	2	148	113	12	2	18	3	המוסד לביטוח לאומי
100	64	7	2	11	16	141	91	10	3	15	22	בתי חולים
100	27	57	9	5	2	478	127	274	43	23	11	אחר
100	17	22	19	20	22	4,489	745	993	860	900	991	סך הכל

**התפלגות הקבילות בהן הטיפול הסתיים  
בשנת 2006  
לפי נושא הקבילה ולפי תוצאות הטיפול**

קבילות בהן הטיפול הסתיים (ב א ח ו ז י ס)						קבילות בהן הטיפול הסתיים (ב מ ס פ ר י ס מ ו ח ל ט י ס)						תוצאות הטיפול
סך הכל	לא בסמכות הנציבות	אין תוצאה	לא ניתן להיענות	אינה מוצדקת	מוצדקת	סך הכל	לא בסמכות הנציבות	אין תוצאה	לא ניתן להיענות	אינה מוצדקת	מוצדקת	נושא הקבילה
100	9	25	26	18	22	3,214	272	809	8736	574	723	סל השירותים
100	11	20	2	32	35	654	75	130	12	207	230	טיפול מינהלי
100	73	10	2	12	3	107	78	11	2	13	3	חברות בקופ"ח
100	71	12	1	7	9	96	68	11	1	7	9	התנהגות
100	85	6	1	3	5	171	145	10	2	6	8	איכות טיפול מקצועי
100	29	10	3	48	10	189	55	18	2	91	18	שרותי בריאות נוספים (ביטוח משלים)
100	89	8	-	3	-	58	52	4	-	2	-	הצעות חוק ורשויות אחרות
100	17	22	19	20	22	4,489	745	993	860	900	991	סך הכל

**סה"כ קבילות שנפתחו  
בשנים 1997-2006 לפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות**

סך הכל	פירוט לפי מוסדות							השנה	
	אחר	בתי חולים	ביטוח לאומי	משרד הבריאות	מאוחדת	לאומית	מכבי		כללית
1,328	56	29	209	44	129	149	180	532	1997
3,016	28	33	550	110	165	263	336	1,531	1998
3,465	66	80	242	223	220	331	340	1,963	1999
3,390	114	120	82	349	206	316	352	1,851	2000
3,367	304	116	36	194	183	236	468	1,830	2001
3,257	316	112	47	146	217	289	452	1,678	2002
3,486	385	120	103	137	266	330	374	1,771	2003
4,611	379	129	114	109	431	417	490	2,542	2004
4,604	568	159	117	230	420	381	526	2,203	2005
4,523	502	127	157	151	469	412	502	2,203	2006

**סה"כ קבילות שהטיפול בהן נסתיים  
בשנים 1997-2006 לפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות**

סך הכל	פירוט לפי מוסדות							השנה	
	אחר	בתי חולים	ביטוח לאומי	משרד הבריאות	מאוחדת	לאומית	מכבי		כללית
858	40	11	172	29	81	107	96	332	1997
1,982	45	26	559	87	83	166	255	761	1998
3,953	64	81	259	234	247	383	368	2,317	1999
3,360	57	107	86	344	200	318	380	1,868	2000
3,273	317	120	38	185	174	223	400	1,816	2001
3,367	310	129	48	150	237	287	473	1,733	2002
3,474	387	114	100	134	236	355	393	1,755	2003
4,119	366	119	115	97	388	370	442	2,222	2004
4,107	541	136	111	225	342	330	488	1,934	2005
4,489	478	141	148	147	467	379	499	2,230	2006

סה"כ הקבילות שנפתחו  
בשנים 1997-2006 לפי נושא הקבילה

סך הכל	פירוט לפי נושא הקבילה							השנה
	הצעות חוק ורשויות נוספות	שירותי בריאות נוספים	איכות טיפול מקצועי	התנהגות	חברות בקופות חולים	טיפול מינהלי	סל השירותים	
1,328	71	-	-	112	254	60	831	1997
3,016	17	39	40	44	558	519	1,799	1998
3,465	57	73	79	53	282	626	2,295	1999
3,390	53	92	84	73	132	536	2,420	2000
3,667	43	98	112	83	163	528	2,340	2001
3,257	41	139	91	68	55	552	2,311	2002
3,486	49	111	108	69	61	538	2,550	2003
4,611	79	194	107	72	71	788	3,300	2004
4,604	57	195	145	92	169	663	3,283	2005
4,523	61	178	172	102	111	655	3,244	2006

טבלה מס' 9

**סה"כ הקבילות שהטיפול בהם נסתיים  
בשנים 1997-2006 לפי נושא הקבילה**

סך הכל	מירוט לפי נושא הקבילה							השנה
	הצעות חוק ורשויות נוספות	שירותי בריאות נוספים	איכות טיפול מקצועי	התנהגות	חברות בקופות חולים	טיפול מינהלי	סל השירותים	
858	52	-	-	53	231	29	493	1997
1,982	18	26	31	18	577	262	1,050	1998
3,953	59	76	85	59	282	686	2,699	1999
3,360	50	81	83	69	138	573	2,396	2000
3,273	40	92	102	85	170	540	2,244	2001
3,367	42	140	98	78	56	602	2,351	2002
3,474	48	127	114	74	58	545	2,508	2003
4,119	77	162	97	65	72	667	2,979	2004
4,107	57	142	136	85	161	611	2,915	2005
4,489	58	189	171	96	107	654	3,214	2006



**אחוז קבילות מוצדקות  
בשנים 1997-2006 לפי המוסד נגדו הוגשו הקבילות**

אחוז מסך כל הקבילות	פירוט לפי מוסדות								השנה
	אחר	בתי חולים	ביטוח לאומי	משרד הבריאות	מאוחדת	לאומית	מכבי	כללית	
57	95	73	80	31	69	62	34	43	1997
51	18	31	65	11	57	46	62	45	1998
38	5	38	58	7	41	33	39	41	1999
24	10	36	27	5	34	25	25	26	2000
26	21	32	23	15	27	34	27	26	2001
26	3	25	29	13	31	36	29	29	2002
23	2	16	17	18	26	30	28	26	2003
20	1	10	16	7	21	24	17	24	2004
21	2	16	2	29	22	24	20	26	2005
22	2	16	2	2	28	25	25	27	2006

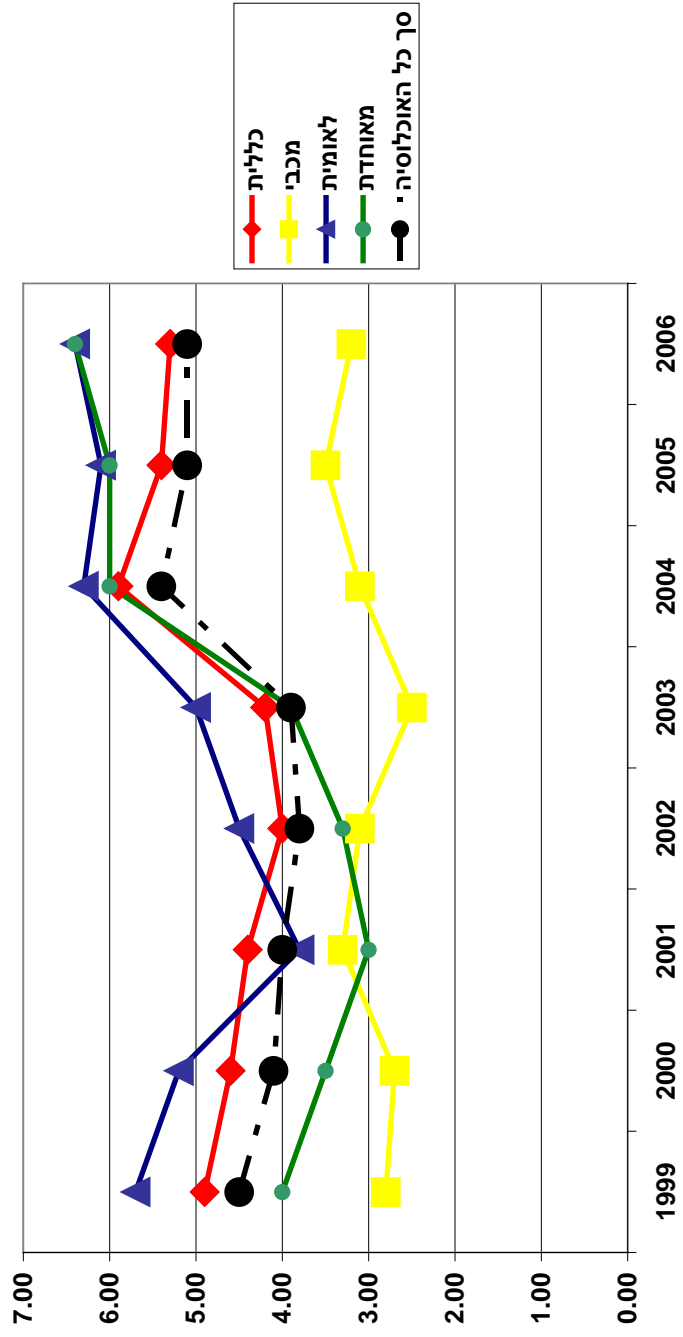
**אחוז קבילות מוצדקות  
בשנים 1997-2006 לפי נושא הקבילה**

מסך כל % הקבילות	פירוט לפי נושא הקבילה							השנה
	הצעות חוק ורשויות נוספות	שירותי בריאות נוספים	איכות טיפול מקצועי	התנהגות	חברות בקופות חולים	טיפול מינהלי	סל השירותים	
57	-	-	-	-	-	-	-	1997
51	5	23	19	61	68	62	41	1998
38	7	24	22	49	53	62	33	1999
24	2	16	10	38	25	46	20	2000
26	5	16	14	34	24	42	24	2001
26	5	37	7	20	55	34	24	2002
23	2	18	7	13	61	36	21	2003
20	1	11	1	5	24	34	18	2004
21	2	19	1	12	42	34	18	2005
22	-	10	5	9	3	35	22	2006

\* בשנת 1997 לא נותח סך הכל אחוז הקבילות המוצדקות לפי נושא הקבילה, על כן לא ניתן להציג מספרי השוואה לשנה זו

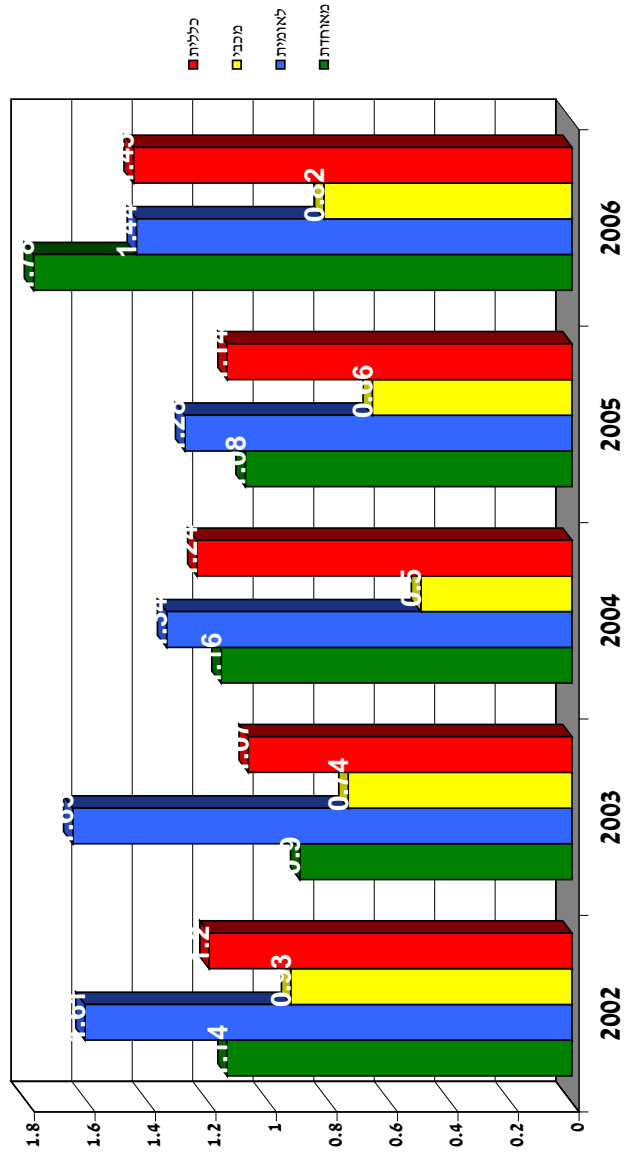
תרשים  
1 מ'1

קבילות שהוגשו נגד הקופות לשנים 1999-2006  
מחושבות ל-10,000 נפשות מתוקנתות



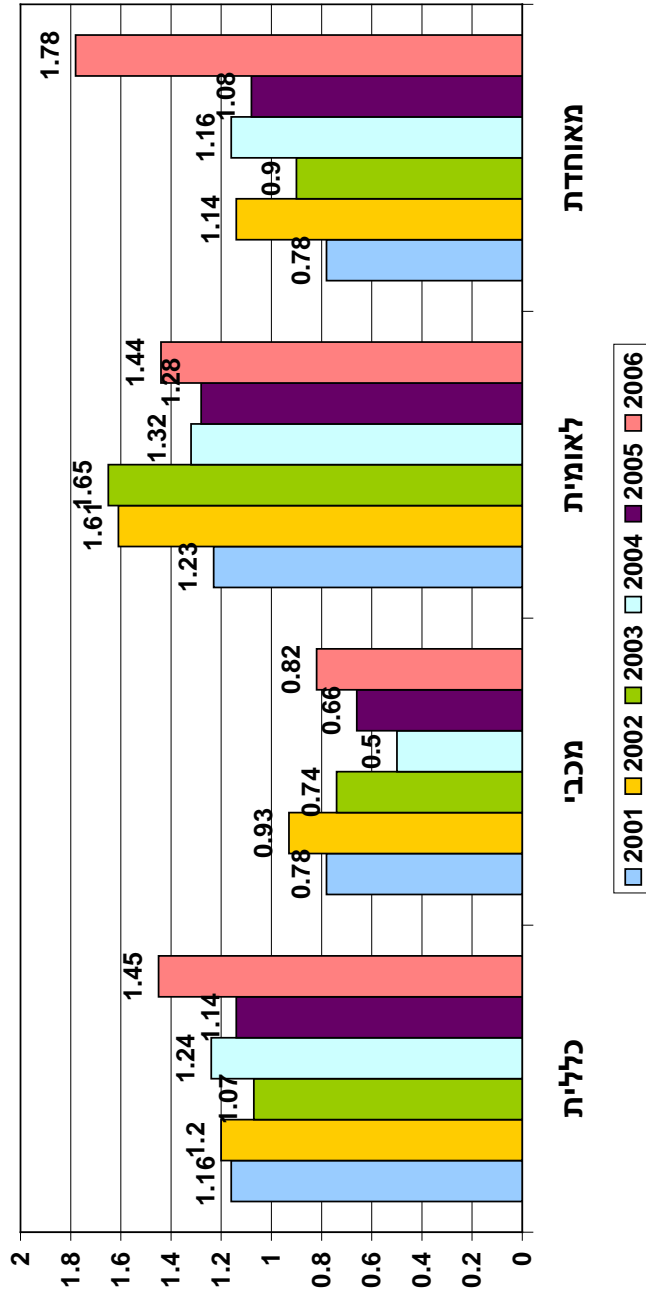
תרשים  
2'000

### קבילות מוצדקות נגד קופות החולים בשנים 2002-2006 ל-10,000 נפשות מתוקננות



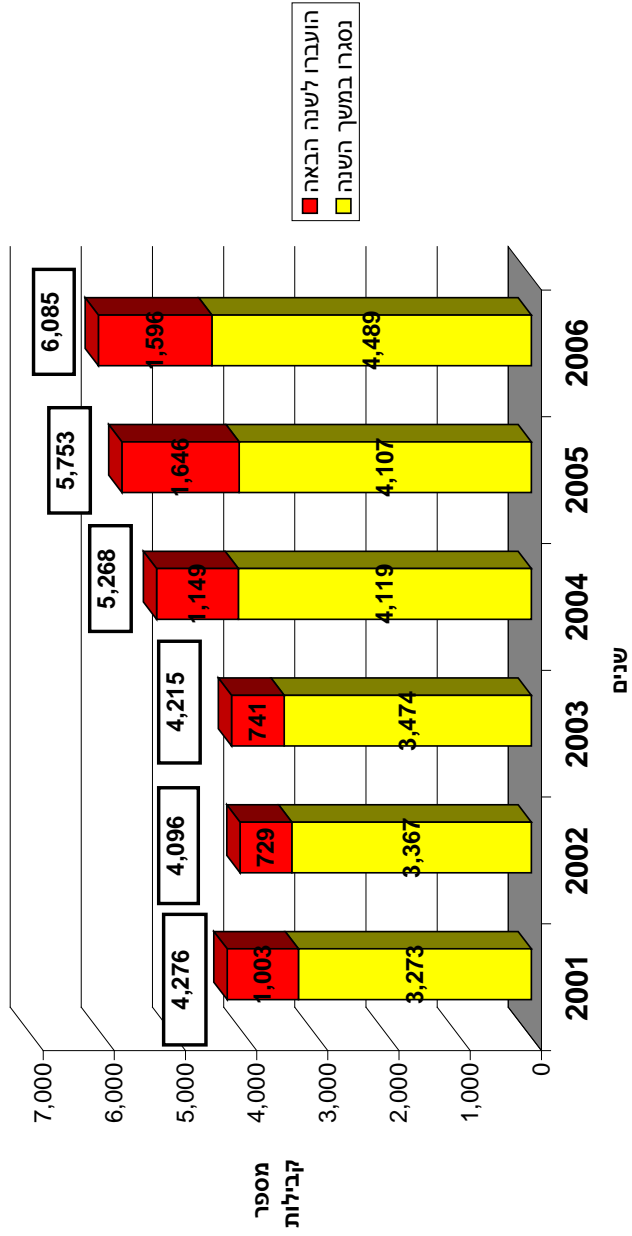
תרשים  
מס' א2

### קבילות מוצדקות נגד קופות החולים ל-10,000 נפשות מתוקננות השוואת שנים 2001-2006 לפי קופת חולים



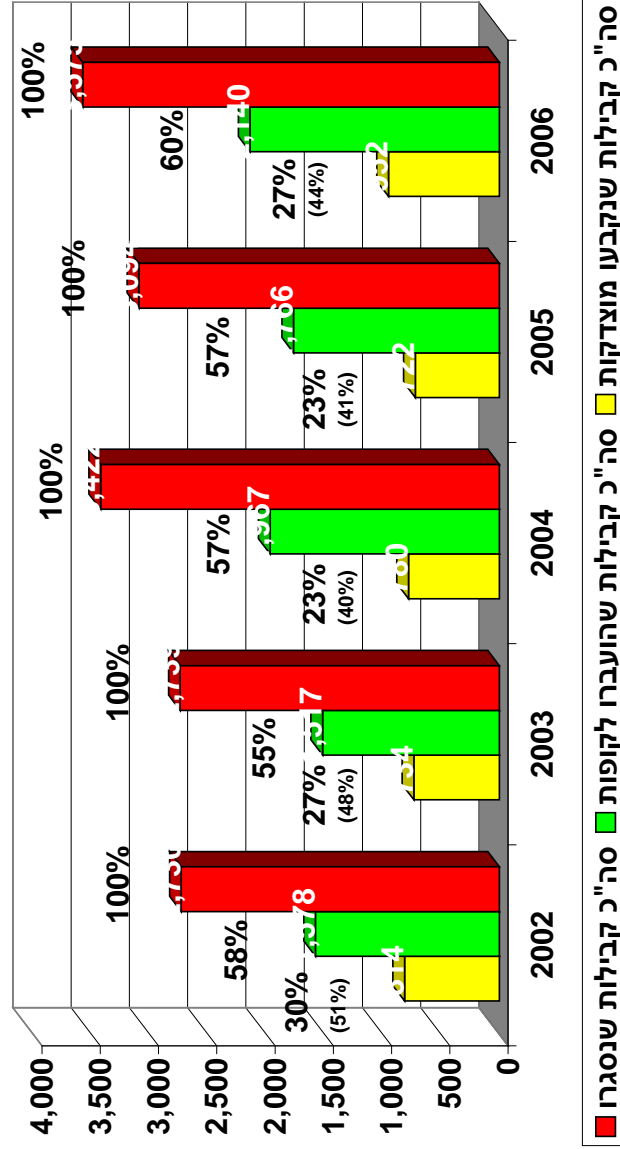
### סך כל הקבילות לטיפול בשנים 2001-2005

תרשים  
מס' 3



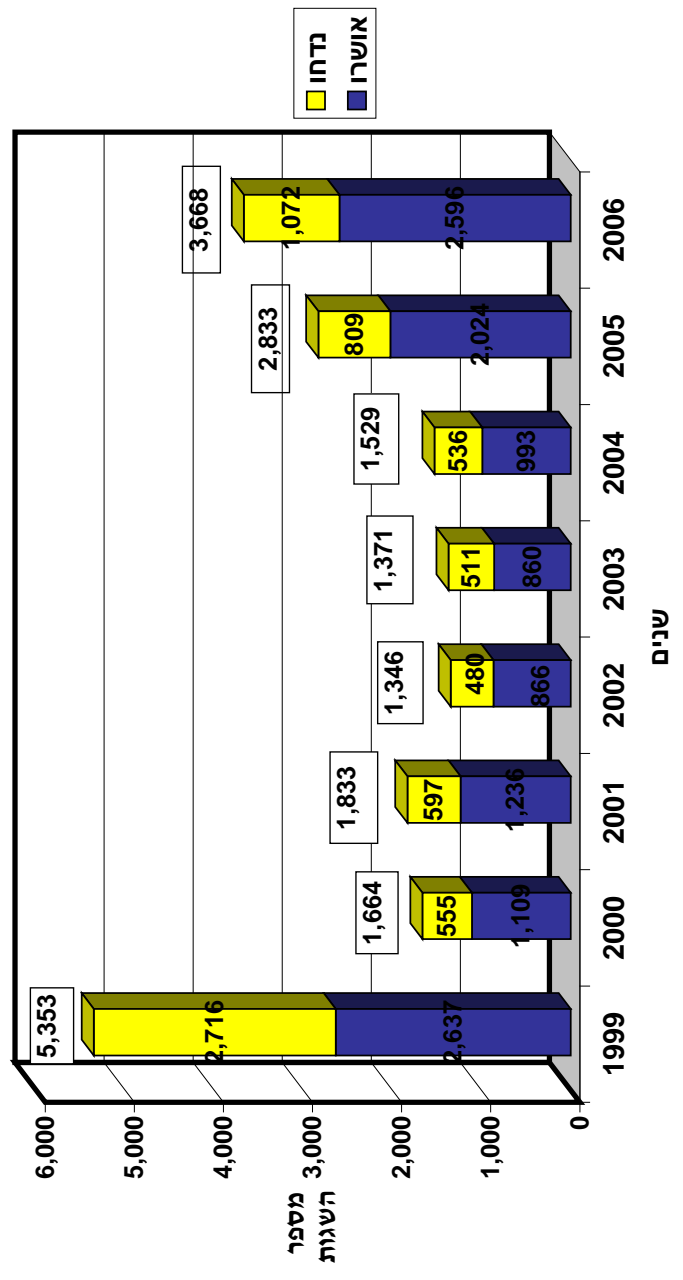
תרשים  
4' מס

סך הקבילות שהועברו לקופות החולים בשנים 2002-2006  
ואחוז הקבילות שנקבעו מוצדקות



תרשים  
5' מס'

סך כל ההשגות שטופלו בשנים 1999-2006 (אושרו וסורבו)





# נספחים

נספח 1: סמכויות הנציב לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי

נספח 2: סמכויות הנציב מכח חוק מבקר המדינה

נספח 3: כללי המעבר מקופת חולים אחת לאחרת ומועדיו

**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 אזרח 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 עניין 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.

46. תלונה שענינה אי מתן שירותי בריאות

- (א) החליט הנציב כי תלונה של מבוטח שענינה אי מתן שירותי בריאות היא מוצדקת ולא פעלה קופת חולים על פי החלטת הנציב בתוך 21 ימים מיום מתן ההחלטה, יהיה המבוטח רשאי לפנות למנהל או למי שהוא הסמיך לכך (בסעיף זה – המנהל) בבקשה לאכוף את החלטת הנציב (בסעיף זה – הבקשה); הוגשה בקשה ורכש המבוטח את שירותי הבריאות, יורה המנהל למוסד על ביצוע החזר למבוטח בעד הרכישה, בסכום שיקבע, מתוך מקורות המימון המגיעים לקופה לפי סעיף 16(א)(1);
- (ב) לענין הפעלת סמכותו לפי סעיף זה, יחולו על המנהל ההוראות החלות על הוועדה שמינה שר הבריאות לענין סעיף 3א(ה)(3)(א), בשינויים המחויבים, ולענין ביצוע החזר יחולו על המוסד ההוראות החלות עליו לענין ביצוע החלטת הוועדה האמורה.
- (ג) (1) הוגשה לבית הדין לעבודה תובענה שענינה זכאותו של המבוטח לשירותי בריאות נשוא התלונה, תודיע על כך קופת החולים שבה רשום המבוטח בכתב למנהל.
- (2) על אף האמור בסעיף קטן (א), הוגשה תובענה כאמור בפסקה (1) במועד מוקדם מהמועד שבו הוגשה הבקשה, לא יעשה המנהל, או המוסד אם המנהל הודיע לו על כך, שימוש בסמכויות הנתונות לו לפי סעיף קטן (א).
- (ד) מבוטח לא יהא זכאי להחזר כאמור בסעיף קטן (א), בעד שירותי בריאות שרכש בטרם ניתנה החלטת הנציב כאמור בסעיף קטן (א).

**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 התלונן ה 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 לד רוש 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 5 עד 15 לפקודת העדות.

**42. הפסקת הבירור**

נציב תלונות הציבור רשאי להפסיק את בירור התלונה, אם נוכח שנתקיימה אחת העילות המצדיקות שלא לפתוח בבירור, או שעניין התלונה בא על תיקונו או שהמתלונן ביטל את תלונתו; במקרה זה יודיע בכתב למתלונן, למי שהתלונה עליו ולממונה, שהפסיק את הבירור, ויציין 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, ויציין 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 שננקטו; לא עשה כן, או שהודעה אינה מניחה את דעתו של נציב תלונות הציבור, רשאי הוא להביא את העניין 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

### כללי המעבר מקופת חולים אחת לאחרת ומועדיו

מספר המועדים למעבר מקופה לקופה הוגדל מ-2 מעברים בשנה ל-4 מעברים בשנה לפי הפירוט הנ"ל

מועד מעבר	תקופת הרישום ו/או הביטול
מעבר ב-1.4	מה-16.11 עד ל-15.2
מעבר ב-1.7	מה-16.2 עד 15.5
מעבר ב-1.10	מה-16.5 עד ל-15.8
מעבר ב-1.1	מה-16.8 עד 15.11
* מי שביטל מעבר ונרשם שוב למעבר באותה תקופת רישום, ייקלט לרישום, רק במועד המעבר הבא.	
* ניתן לעבור מקופה לקופה לאחר חברות של חצי שנה בקופת חולים מסוימת.	
**יש להדגיש כי תאריכי המעבר וביטולים הינם זהים	

**המעבר ו/או הביטול לרישום בקופת חולים נעשה ברשות הדואר.**

מי שרואה את עצמו נפגע מקביעה בקשר לרישום או לרישום ילדו בקופת חולים או למעבר מקופת חולים אחת לאחרת, רשאי להשיג על כך לנציבות הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי לפי הפרטים:

נציבות הקבילות, משרד הבריאות, רח' רבקה 29, ירושלים. פקס 02-6714308.

דואר אלקטרוני [kvilot@moh.health.gov.il](mailto:kvilot@moh.health.gov.il).

לברורים ניתן להתקשר בין השעות 13:00 ל-15:00 בימי עבודה, לטלפון 02-

5681257.

## **דרכי הפנייה לנציבות הקבילות**

ניתן להפנות קבילות לפי הכתובת:

נציבות הקבילות  
משרד הבריאות  
רח' רבקה 29  
ירושלים

או בפקס: 02-6714308

או בדואר אלקטרוני:  
[KVILOT@MOH.HEALTH.GOV.IL](mailto:KVILOT@MOH.HEALTH.GOV.IL)

ניתן לפנות לתא-הקולי  
בטלפון מס' 02-5681257 (24 שעות ביממה)

או להתקשר לעובדי הנציבות בין השעות 00:00-15:00, בימים א'-ה', לטלפון רב  
קווי: 02-5681257,

**אין קבלת קהל**





