

הכנסת השמונה-עשרה

הצעת חוק של
חבר הכנסת

חיים אורון

פ/_____18/

הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון – בחירה מבין נותני שירותים), תשס"ט -
2009

1. תיקון סעיף 23 .1 בחוק ביטוח בריאות ממלכתי , התשנ"ד-1994¹ (להלן – החוק העיקרי), במקום סעיף 23(ב), יבוא סעיף 23(ב) חדש :

(ב) "קופת חולים תקבע את הסדרי הבחירה, שבהם יפורטו נותני השירותים מתוכם זכאי יהיה חבר הקופה לבחור, ואת היקפם בהתאם לעקרונות סעיף 3(ד) לחוק העיקרי, ובכפוף להוראות המצטברות הבאות :

(1) הטיפול יינתן במרחק סביר . " מרחק סביר " בסעיף זה משמעו – גישה למכונים ולמרפאות בעיר מגורי החבר ; ולגבי חבר שמתגורר בישוב או בכפר – גישה לעיר הסמוכה למקום מגורי החבר , אלא אם ניתן לקבל הטיפול במרחק שאנו עולה על 30 ק"מ ; גישה לבית חולים לקבלת שירותי אשפוז אלקטיביים בנפה בה גר המטופל . ובהעדר בית חולים בנפה , בבית חולים הסמוך למקום מגורי המטופל . "נפה" בסעיף זה משמעה – על פי החלוקה לנפות במשרד הפנים .

(2א) הטיפול יינתן בתוך זמן סביר . " זמן סביר " בסעיף זה משמעו – הזמן הסביר המינימאלי לקבלת טיפול רפואי כפי שיקבע ויפורסם ע "י משרד הבריאות בכל שנתיים לגבי רשימת השירותים שבתוספת השמינית לחוק . קביעת משרד הבריאות תעשה לפי שעות טיפול זמינות של מומחים בנפה ביחס למספר המבוטחים הרלוונטיים באותה נפה .

(2ב) משרד הבריאות רשאי להרחיב את רשימת השירותים הקבועים בתוספת השמינית מעת לעת ובהתאם לצורך .

¹ ס"ח התשנ"ד, עמ' 156.

(ג2) לשם קביעת דרישות מינ ימאליות לפי סעיף קטן (א2),
תעברנה קופות החולים למשרד הבריאות מדי שנה את
הנתונים הבאים, ככל שהם מתייחסים לרשימת השירותים
אשר התפרסמה על ידי משרד הבריאות:

(א) מספר שעות טיפול זמינות של רופאים מומחים לפי
תחום ההתמחות בכל נפה.

(ב) מספר מבוטחים בנפה, אשר התמחויות אלו אמורות
לשרתם.

(3) הטיפול יינתן תוך שמירה על רצף טיפולי, כך שמטופל לא
יידרש, ככל שניתן, להחליף מוסד רפואי אחד במשנהו,
במהלכם של אותם מחלה או מצב רפואי והטיפול בהם; או
במקרה של מחלה אחרת המצריכה אותה מומחיות רפואית,
והכל בלבד שלא חלפו יותר משנתיים ממועד הטיפול האחרון.
לעניין סעיף זה – טיפול רפואי דחוף לא יוצר רצף טיפולי.

(4) במקרה של מחלה או מצב רפואי המצדיקים מתן טיפול
במסגרת מוסד רפואי שבו מצויים רמה מיוחדת של ידע
וניסיון מקצועי (להלן – שירות רפואי מתמחה), תינתן
למטופל האפשרות לקבל כל שירות רפואי ש הוא נזקק לו
בקשר לאותם מחלה או מצב רפואי במסגרת שירות רפואי
מתמחה; רשימת המחלות או המצבים הרפואיים המצדיקים
טיפול במסגרת שירות רפואי מתמחה, וכן רשימת השירותים
הרפואיים המתמחים, תפורסם ותעודכן, מזמן לזמן, בחוזרי
המנהל.

2. אחרי סעיף 23(ב) החדש לחוק העיקרי, יבוא סעיף 23(ג) חדש:

(ג) "על אף האמור בס"ק (ב)(1) עד (5) לעיל, לא יחולו הסדרי
הבחירה במקרים הבאים:

(1) לפי שיקול דעת רפואי;

(2) במקרה של מטופל החולה במחלה כרונית, או מחלות או
מצבים רפואיים שונים המחייבים טיפולים אינטנסיביים
שונים באותה תקופת זמן, ירוכזו הטיפולים במרכז רפואי
אחד, ככל שניתן, לבקשת החולה.

(3) פניה דחופה של מטופל למחלקה לרפואה דחופה (חדר מיון) בבית חולים כללי, לא תוגבל לבתי חולים כלליים מסוימים.

הוספת סעיף 23 א חדש
3. אחרי סעיף 23 לחוק העיקרי, יתווסף סעיף 23 א חדש:

(א) קופת החולים תביא את הסדרי הבחירה, או כל שינוי בהסדרי הבחירה, המתייחסים לשירותי רפואה ראשונית לידיעת שר הבריאות, ותפרסם בקרב חבריה בתוך 7 ימים. עם פרסום, יכנסו הסדרי הבחירה לשירותי רפואה ראשונית לתוקף. בסעיף זה "רפואה ראשונית" משמעה – שירותי רפואה שנותנים רופא משפחה, רופאי ילדים, רופאים פנימאיים ורופאי נשים

(ב) הסדרי הבחירה, או שינויים בהסדרי הבחירה, לשירותי רפואה שניונית ושלישונית יובאו לאישור שר הבריאות, שיאשר בתוך 60 יום אם הסדרי הבחירה עומדים בתנאי החוק. העתק מהודעת הקופה לשר יפורסם כמפורט בס"ק (ח) להלן. בסעיף זה "רפואה" שניונית משמעה – טיפולים אמבולטוריים הכוללים מרפאות מומחים, מעבדות ומכונים; ו"רפואה שלישונית" משמעה – כלל הטיפולים הניתנים במסגרת אשפוז בבתי חולים ומוסדות רפואיים.

(ג) מצא השר כי הסדר בחירה שהובא לאישורו בהתאם לס"ק (ב) לעיל, כולו או חלקו, אינו עומד בתנאי החוק, יפסול הסעיף או הסעיפים שאינם עומדים בתנאי החוק, וקופת החולים תפעל, בתוך 30 יום, לתקן את ההסדר באופן שיעמוד בתנאי החוק, ולהביאו לאישור מחדש על ידי השר, שיאשרם בתוך 15 יום.

(ד) עד לתיקון הסעיף שנפסל בהסדר הבחירה כאמור בס"ק (ג) לעיל, ימשיך לחול הסדר הבחירה הישן, וקופת החולים תישא בקנס בגין כל הפרה, מתוך מקורות המימון המגיעים לה לפי סעיף 16(א)(1), וזאת במועדים ובסכומים שיקבעו ע"י משרד הבריאות באישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת.

(ה) אושר הסדר בחירה לשירותי רפואה שניו נית ושלישונית, או חלקו, ע"י השר בהתאם להוראות ס"ק (ב), יפורסם ההסדר או חלקיו שאושרו בתוך 7 ימים. עם הפירסום, יכנס לתוקפו הסדר הבחירה.

(ו) במידה ונדע לשר, אחרי כניסת הסדר בחירה לתוקף, כי הסדר הבחירה, או חלקו, שאושר על ידו, אינו עומד בתנאי החוק מכל סיבה, לרבות בשל נסיבות חדשות, רשאי השר להכריז על ההסדר, כולו או חלקו, לפי העניין, כבטל; במקרה כזה יחולו הוראות ס"ק (ג) עד (ה) לעיל.

(ז) על אף האמור בסעיף זה לעיל, שר הבריאות, באישור ועדת העבודה, רווחה והבריאות של הכנסת, יהא רשאי לפטור שירותים ספציפיים הכלולים בס"ק (ב) לעיל מחובת אישור, או לחייב שירותים הכלולים בס"ק (א) לעיל בחובת אישור.

(ח) כלל הפרטים בדבר הסדרי הבחירה לכל שירותי הבריאות יעמדו לעיון המבוטחים, במרפאות קופות החולים, ועותק אחד מהם, ומכל עדכון שלהם, יסופק לכל מבוטח, לפי דרישתו, בלא תשלום; כן יפורסמו הסדרי הבחירה באתרי האינטרנט של קופות החולים.

(ט) כל שינוי בהסדר הבחירה של שירותים לגביהם נדרש אישור השר, יובא לאישורו לפי הוראות חוק זה.

(י) נציב הקבילות לחוק בריאות ממלכתי יהיה רשאי לפסוק בתלונה של מבוטח לעניין אי עמידתו של הסדר הבחירה המאושר, או חלקו, בתנאי סעיף 23(ב); ולעניין אי עמידת הקופה בתנאי סעיף 23(ב) של הסדר הבחירה בקשר עם הטיפול בו. לעניינים אלו יחולו הוראות סעיפים 46, 46א ו-46ב לחוק. מצא הנציב כי ההסדר אינו עומד בהוראות חוק זה במועד בדיקתו, ימליץ לשר לתקן את ההסדר כאמור בסעיף 23א.

תיקון סעיף 23א 4. סעיף 23א יתוקן ויקרא מעתה סעיף 23ב.

5. הוראת מעבר . קופת חולים רשאית לפעול בהתאם להסדר הבחירה שנהג אצלה
ערב פרסום תיקון זה לחוק , וזאת עד ליום _____ לכל
המאוחר. החל מיום _____ לא תפעל קופת חולים על פי
הסדר הבחירה, אלא ככל שנערך, פורסם ואושר בהתאם לתיקון
זה.

6. הוספת תוספת שמינית
לחוק העיקרי תיווסף תוספת שמינית שכותרתה "רשימת שירותי
בריאות לסעיף 23(ב)(2) לחוק". רשימת השירותים תיווסף
כדלקמן:

- 1) רפואת שיניים
- 2) משפחה, פנימי כללי
- 3) נשים
- 4) פסיכיאטריה
- 5) מכון רנטגן
- 6) מכון פיזיותרפיה
- 7) מכון התפתחות הילד
- 8) דיאטניות
- 9) ריפוי בדיבור
- 01) ריפוי בעיסוק
- 11) מכון סוכרת
- 21) בדיקות שמיעה
- 31) CT
- 41) MRI
- 51) EEG
- 61) EMG

7. תיקון עקיף - בתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני
לתקנות ביטוח שירותים), התשס"ה-2005, (להלן: "התקנות"), במקום תקנה 3
בריאות ממלכתי יבוא:
(הסדרי בחירה בין נותני שירותים),
תשס"ה-2005
"3. התקנה בטלה."

8. במקום תקנה 4 לתקנות יבוא:
"4. התקנה בטלה."

9. במקום תקנה 5 לתקנות יבוא :

"5. התקנה בטלה".

דברי הסבר

רקע כללי

חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (להלן: "החוק"), מקנה לאדם הנזקק לטיפול רפואי שורה של זכויות וביניהן **הזכות לבחור בין נותני שירותים רפואיים**. (להלן: "זכות הבחירה").

סעיף 23 לחוק מאפשר לקופות החולים לצמצם את חופש הבחירה של מבוטחיהן לנותני שירות שבמסגרת הקופה, באמצעות קביעת הסדרים לבחירת נותני שירות (להלן: "הסדרי בחירה"). במילים אחרות, הסדרי הבחירה הם הסדרים של הקופות שמשמעותם **אי-בחירה או הגבלת הבחירה של המבוטח**.

בבסיס האפשרות של הקופות לצמצם את חופש הבחירה של המבוטחים, עומדים שיקולי יעילות וכן ההשלכות התקציביות שעשויות להיות למתן חופש בחירה מוחלט לפרט. במצב הנוכחי, אותו מוצע לשנות, המחוקק הטה את הכף לטובת הא ינטרסים הכלכליים של קופות החולים, באופן שיכול ליצור לעיתים עיוותים קשים, כגון, הפנית מבוטחים לשירות הרחק מאזורם למרחק בלתי סביר בעליל.² הסובלים העיקריים ממצב זה הם תושבי הפריפריה הנאלצים, לעיתים קרובות, לקבל טיפול רפואי במרחק רב ממקום מגוריהם או להמתין זמן ממושך עד לקבלת הטיפול.

סעיף 23 לחוק, ותקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים), התשס"ה-2005 (להלן: "התקנות" או "תקנות ביטוח בריאות") אשר הותקנו מכוח החוק, **מחייבים** את קופות החולים לבחור את נותני השירות עמם היא פועלת, **ולפרסם** זאת בקרב מבוטחי ה. אלא שאין עסקינן בחובות טכניות גרידא אלא בחובות שהנן בעלות השפעה ישירה ומכרעת על אופן ועל אפשרות המימוש של זכות המבוטח לבריאות, זאת מאחר שהקופות הן המופקדות על הספקת מירב השירותים מטעם חוק ביטוח בריאות ממלכתי. **תוכנם** של הסדרי הבחירה, אמור לשקף **איזון** בין האינטרסים של קופות החולים המוצגים לעיל, לבין האינטרסים והצרכים של המבוטחים.

השאיפה לאזן במשהו את כוחה המכריע של הקופה אל מול זכויות המבוטח, הובילה את המחוקק ואת השר לנסח את הכללים הבאים: על השירותים במסגרת הסדרי הבחירה להינתן באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח; בנוסף לכך, דורשות התקנות שמירה על רצף טיפולי ככל האפשר, כך שהמבוטח לא יאלץ להחליף מוסד רפואי או נותן שירות, אשר כבר החלו בטיפול במחלתו; קבלת שירות רפואי מתמחה במקרים מסוימים המצדיקים זאת עשוי אף הוא להצדיק סטייה על פי התקנות מהסדרי הבחירה, וכך גם העובדה שהמבוטח נזקק לטיפולים אינטנסיביים;

² נציבת קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, דו"ח מס' 6, 2004-2005, עמ' 226.

לבסוף, שיקול דעת רפואי, עשוי אף הוא להצדיק סטייה מהסדרי הבחירה. כמובן, שטיפולי חירום ופנייה לרפואה דחופה, אינם כפופים להסדרי הבחירה. כאמור, חשיבות רבה נודעת למציאת האיזון הראוי בין המבוטח לבין הקופה, קרי, בין האינטרסים הכלכליים של הקופה לבין האינטרסים של המבוטח לבחורו /או לקבל שירות סביר מבחינת זמן מרחק ואיכות. ואולם, המצב המשפטי דהיום, אינו נותן מענה לכל צרכי המבוטח, ומותיר סוגיות רבות בלתי פתורות, אשר לעיתים מאלצות חולים, בשעתם הקשה ביותר, לצאת למאבקים, על מנת לממש את זכותם לבחורו /או לקבל שירות בזמן, מרחק ואיכות סבירים. כך למשל, אין החוק קובע מדדים ברורים למונחים דוגמת "מרחק סביר" ו-"זמן סביר". בנוסף לכך, ההסדר החוקי הקיים אינו יוצר מנגנון של אכיפה ופיקוח על קביעת הסדרי הבחירה ויישומם, וכך מותיר תחום זה לשיקול דעתו הכמעט מוחלט של הקופות. מצב הדברים הקיים, לא רק שפוגע בזכות הבחירה של המבוטחים, אלא מאפשר ומקבע את קיפוח הפריפריה, דלת שירותי הבריאות, אל מול מרכז הארץ, בו מרוכזים מרבית השירותים. לפיכך, מוצע לתקן את החוק, באופן שיתן מענה ראוי יותר למב וטחי הקופות בסוגיה זו. בין השאר, מוצע לקבוע באופן ברור מהם מרחק וזמן סבירים למתן שירותים רפואיים. כן, מוצע לקבל את המלצת נציבת קבילות החולים ולהעביר את הסדרי הבחירה לאישור השר, במקום ליידועו בלבד.³ בהמשך לכך, מוצע ליצור מנגנון מפורט של אישור ההסדרים שיאזן בין האינטרס הציבורי לפיקוח של שר הבריאות על הקופות לשם הגנה על זכויות המבוטחים, מחד גיסא, לבין השאיפה לשמור על מיזתה ראויה של תחרות חופשית וחופש מסחר של הקופות ונותני השירותים, מאידך גיסא. בנוסף, מאחר שעקרונות רבים מעוגנים כיום בתקנות, מוצע לשם קוהרנטיות וא יחוד הנורמות המשפטיות בנושא חשוב זה, לאחד את כלל העקרונות בחקיקה.

התיקון המוצע

1. מוצע לתקן את סעיף 23 (ב) לחוק בנוסחו הנוכחי כך שבמקומו יבוא סעיף 23 (ב) שעיקריו כדלקמן:

סעיף (ב) (1) – כיום, אין הגדרה בחוק למונח "מרחק סביר", וכל קופה יכולה לפרש זאת כראות עיניה. מצב דברים זה אינו ראוי מאחר שלקריטריון זה השלכה מהותית על זכותם של מוטחים לבריאות. לא אחת, בוחרות הקופות, מטעמי תקציב, להתקשר עם נותן שירות המרוחק מעיר מגוריו של המבוטח, באופן המאלץ אותו לנסוע מרחק רב. למשל, תושב עפולה, אשר בעיר מגוריו בית חולים, עלול למצוא עצמו נדרש לבצע בדיקה או טיפול דווקא בבית החולים בחיפה, אך ורק בשל הסדר הבחירה שיצרה קופתו. נסיעה זו כרוכה בטרחה רבה, בעלות כספית, ויוצרת קושי רב לבני משפחה המטפלים במבוטח. במקרים קיצוניים עלולים קשיים אלו לגרום למבוטחים לוותר על קבלת הטיפול. לפיכך, מוצע להוסיף הגדרה למונח "מרחק סביר" באמצעות הקריטריונים הבאים: עיר מגורי המבוטח; עיר סמוכה למקום מגורי המבוטח במקרה שהאחרון מתגורר בישוב או בכפר תוך אימוץ קריטריון מגביל של מספר קילומטרים; ולבסוף, נפה במקרה שמדובר

³ נציב קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. דו"ח מס' 2, 1998-1999. עמ' 101-122.

בבית חולים. הבחירה ב"עיר" כקריטריון הבסיסי, להבדיל ממספר קילומטרים מדויקים נועדה לאפשר גמישות לקופות החולים, מחד גיסא, אך להבטיח כי בכל מקרה הטיפול יערכו במקומו הטבעי של המבוטח, ובהנחה כי בעיר המגורים, יכולת ההתניידות פשוטה יותר, מאידך גיסא. לבחירה בקריטריון זה, להבדיל ממספר ק"מ מסוים, יתרונות נוספים. קיים קושי בקביעת מספר קילומטרים מסוים המבטא "מרחק סביר" בכל מקרה, וקיים חשש שמא אימוצו של מספר קילומטרים כקריטריון עלול לפגוע ביעילות הסדרי הבחירה, זאת בשל הקושי להתמיד ולבחון את מספר הקילומטרים. דבר אשר עלול להפוך את ההגדרה ל"אות מתה". לשיקולים אלה מצטרפת ההנחה היא ש"עיר" הינה בעלת מספר רב של תושבים, דבר המצדיק פתיחת מוסד המעניק שירותים רפואיים עבורם, במקרה שלא קיים בנמצא מוסד רפואי ב"מרחק סביר".

במקרה שבו המבוטח אינו תושב עיר, נבחר הקריטריון של "העיר הסמוכה", כלומר הקרובה ביותר. עם זאת, במצב כזה מצאנו לנכון לקבוע מספר מקסימלי של קילומטרים, על מנת למנוע חוסר וודאות שמקורה בשאלה מהי עיר "סמוכה". בהתאמה, קריטריון זה יקטין את יכולת התמרון של קופות החולים. כך למשל, תמנע ההגדרה מצב שבו קופת חולים תשלח את המבוטח למוסד רפואי רחוק יותר בשל שיקולי תחרות גרידא שאין בינם לבין טובת המבוטח דבר. בנוסף לכך, צפוי קריטריון זה לעודד פתיחת שירותים בערים השונות, ובעיקר בערים פריפריאליות אשר דלות בשירותים רפואיים בצורה משמעותית.⁴

סעיף (ב) (2) – במצב דהיום, אין הגדרה בחוק למהו "זמן סביר" לקבלת שירות או טיפול לו נזקק המבוטח. בהעדר הגדרה, עלולים מבוטחים להמתין לקבלת הטיפול משך זמן רב, אשר יוגדר אף על פי כן, כ"סביר" על ידי הקופה. יתרה מכך, בין מבוטחי הקופות השונות קיימים לא אחת פערים ככל שהדבר נוגע למשך הזמן שעליהם להמתין לטיפול. מבוטח של קופה אחת עלול להמתין זמן רב יותר מרעו המבוטח בקופה אחרת, לשם קבלת טיפול או שירות זהה. פער הזמנים יכול שינבע מהעדר התקשרויות של הקופה עם נותני שירות מסוימים ובכמות מספקת, אשר תאפשר לכל מבוטח הנזקק לטיפול, לקבלו בזמן ובהקדם האפשרי.

ראוי לציין כי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי המקורי משנת 1994⁵ נקבע, כי "ועדת מומחים שימנה שר הבריאות, לאחר התייעצות עם מועצת הבריאות, רשאית בתוך שנתיים מיום תחילתו של חוק זה לפרט את שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות פירוט נוסף, ולכלול בפרטים שתקבע את פרקי זמן ההמתנה לשירות, מרחק הינתנו מבית המבוטח, הגורם המחליט על מתן השירות, דרך הינתנו ואיכותו". ועדת המומחים לא הוקמה וסעיף זה בוטל בתיקון משנת 1998, והותיר את המונח "זמן סביר" בעמימות. גם כאן ניכרים הבדלים בין הפריפריה למרכז. עצם ריכוזם של רוב השירותים במרכז, מאפשר למבוטח תושב המרכז להגיע בפרק זמן קצר יותר לקבלת הטיפול הנדרש, ומיעוט השירותים בפריפריה עלול להאריך את משך ההמתנה לשירות ו/או הטיפול.

⁴ (לפי מחקר של המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, שוויוניות ומערכת הבריאות בישראל: עוני יחסי כגורם סיכון לבריאות, כתבו דב צ'רניחובסקי, יהודית אלקנה, יונתן אנסון וענת שמש, יולי 2003).
⁵ בסעיף 8(ו1) לחוק.

המתנה ארוכה לטיפול נדרש עלולה להסב נזק למבוטח (גילוי מאוחר של מחלה, החמצת מועד הטיפול וכיו"ב), ואף יוצרת מתח רב ותחושת אי וודאות המכבידה על החולה זקוק לטיפול זה.

לכן מוצע להגדיר בחוק מהו "זמן סביר". משך ההמתנה לטיפול יחשב לסביר אם הוא יעלה בקנה אחד עם קביעת משרד הבריאות באשר לזמן ההמתנה המקסימי אלי לטיפול מסוג מסוים. ההחלטה שלא לאמץ קריטריון אחיד בהגדרת "זמן סביר", נובעת מטעמים פרקטיים. מגוון השירותים רחב מאוד, ואין שירות אחד דומה לאחר – באחד יתכן שהמתנה לא תסב נזק, ובאחר יתכן שכן; באחד יתכן ויש היצע נרחב של נותני השירות בכל אזורי המדינה, ובאחר יתכן שמספר המתמחים בתחום הינו קטן. לכן מצאנו כי נדרשת התייחסות נפרדת לכל סוג שירות. גישה זו נתמכת אף בהכרה שמעת לעת עשויים לחול שינויים בשירותי הבריאות ובמדיניות הראויה. לפיכך, מצאנו שאין לאמץ קריטריון גורף, שימנע דינאמיות כאמור.

שיקולים אלה, כמו גם העובדה שמשרד הבריאות הוא הגוף בעל הידע והניסיון המקצועי, הובילו למסקנה שמשרד הבריאות הוא הגוף המתאים לערוך סיווג ולקבוע זמני המתנה ראויים (בדומה לקריטריון שנקבע ע"י המשרד לגבי משך ההמתנה לשירותים בתחום התפתחות לילד. שם נקבע למשל כי ההמתנה המקסימלית תהיה 4 חודשים עבור ילדים מעל גיל שנה⁶).

לפיכך מוצע כי משרד הבריאות יפרסם את משך הזמן המירבי שעל מטופל להמתין לשם קבלת שירות, וזאת לגבי רשימת השירותים המנויה בתוספת השמינית הכלולה בהצ"ח זו. משרד הבריאות יקבע את דרישות המינימום בהתאם לקריטריון של מספר שעות טיפול זמינות של מומחים בתחומים הקבועים ברשימה בנפה למספר המבוטחים אשר שירותים אלו עלולים להיות רלוונטיים אליהם בנפה (לדוגמה, אין להתחשב במניין המבוטחים הרלוונטיים לתחום הגניקולוגיה את הגברים המבוטחים באותה נפה). קופות החולים תעברנה בדיווח שנתי את הנתונים המרכיבים את הקריטריון דלעיל בהתאם לשירותים הכלולים בתוספת השמינית.

על-פי קריטריונים אלו, יפרסם משרד הבריאות בקרב קופות החולים ובאתר האינטרנט שלו את דרישות המינימום בנוגע ל"זמן הסביר" לכל אחד מן השירותים, וקופת חולים אשר יתברר כי לא עמדה בזמן הנקוב, תקנס בקנס שיגבה ישירות ממקורות המימון של הקופה. גובה הקנס ומועדי תשלומו יקבעו ע"י השר באישור ועדת העבודה, בריאות ורווחה של הכנסת.

הגדרת זמני ההמתנה אשר יהוו "זמן סביר", על ידי משרד הבריאות, תחייב את קופות החולים לבחור בנותני השירות היכולים לספק את השירותים הרפואיים בפרק הזמן הנדרש לפי הנחיות משרד הבריאות. במידת הצורך יהיה על הקופות להתקשר עם נותני שירות נוספים, דבר שיוביל בתורו לצמצום פערי ההמתנה. כך תשוכלל גם תחרות בין ספקי השירות השונים למשרד הבריאות.

⁶ ראו חוזר סמנכ"ל 3/09 http://patients-

סעיף (ב)3) – עקרון השמירה על הרצף הטיפולי מעוגן כיום בתקנות בלבד . על פי התקנות יש לשמור על רצף טיפולי , קרי על טיפול על ידי אותו גוף או גורם מקצועי , לאורך כל הטיפול במחלה או במצב רפואי מסוים , ולא לאלץ מבוטח להחליף מוסד רפואי לשם קבלת המשך הטיפול . הוראה זו , נועדה לשמור על איכות הטיפול , תוך הנחה כי כאשר יש גורם מטפל אחד , הוא מכיר את העבר ואת צורכו של המטופל , ויכול להעניק טיפול איכותי יותר .

אולם, הוראה זו לוקה בחסר . ראשית, משום שאינה מבהירה די הצורך אימתי יחשב טיפול חלק מרצף טיפולי הכרחי . כך למשל, יתכן שאדם אשר נאלץ להבדק מדי חצי שנה עקב מצבו הרפואי , לא יחסה תחת צלה של ההוראה , מחמת הזמן שחלף בין טיפול לטיפול או בין בדיקה לבדיקה . זאת על אף ששבירת הרצף במצב זה , אינה בהכרח מוצדקת, ועלולה לגרוע מאיכות הטיפול אשר יקבל המבוטח .

שנית, ההוראה אינה מתייחסת למקרים שבהם מתגלה מחלה אחרת , אשר חוסה תחת אותו תחום התמחות, ויתכן שאף קשורה לקודמתה . לכאורה במצב דברים זה, על פי הדין הקיים, לא קיימת הוראה המחייבת מתן טיפול על ידי אותו הגורם המקצועי , וקופת החולים יכולה להעביר את המבוטח לגורם מטפל אחר .

חסרים אלה מעידים על הצורך לעגן את העקרון בחוק על מנת לשמור על ריכוזיות ההוראות ואחידותן .

לפיכך, מוצע לקבוע כי הרצף הטיפולי יקטע רק אם חלפו שנתיים מהמועד בו קיבל המבוטח את הטיפול הנדרש . בנוסף לכך, תתוסף הוראה שלפיה אם התגלה שהמטופל סובל ממצב רפואי חדש הדורש טיפול באותו תחום ההתמחות , יחול גם אז עקרון הרצף הטיפולי, והמבוטח יוכל להיות מטופל על ידי אותו גורם . לבסוף, יש לציין, כי מקרי חירום הדורשים טיפול רפואי דחוף, אינם כפופים לעקרון הרצף הטיפולי, מפאת הנחיצות בטיפול מיידי, אשר אינו מאפשר לקופה ו/או למבוטח לשקול מי יהיה הגורם המטפל .

סעיף (ב)4) - טיפול במוסד מתמחה - עקרון זה קבוע כיום בתקנות . מוצע לשלבו בחוק, בנוסחו דהיום , לשם שמירה על אחידות וריכוזיות ההוראות בדבר הסדרי הבחירה . ההוראה המוצעת קובעת , כי אם הטיפול הרפואי לו זקוק המטופל ניתן במוסד רפואי מתמחה, כפי שיפורסם ויעודכן במסגרת חוזרי המנהל , המטופל יוכל לקבל במוסד זה כל טיפול לו יזקק עקב המצב הרפואי בגינו הוא זקוק לטיפול מוסד המתמחה . הוראה זו תבטיח כי מטופל , אשר נקלע בעל כורחו ובשל מחלתו למוסד רפואי מסוים , יוכל עדיין לפנות למוסד רפואי המתמחה במצב רפואי מסוים .

2. מוצע לתקן את חוק ביטוח בריאות ממלכתי כך שלאחר סעיף 23 (ב) החדש יבוא סעיף 23 (ג), שעיקרו כדלקמן :

כאמור, סוגית הסדרי בחירה מביאה לכדי ביטוי את צורכי הקופות , מחד, והאינטרסים של המבוטחים, מאידך . בקשר הדוק לכך , אנו סבורים כי קיימים **מקרים שבהם אין להחיל את הסדרי הבחירה** , זאת בהתבסס על הכרה באינטרסים הראויים להגנה של המטופל .

המקרים שבהם ניתן לסטות מהסדרי הבחירה , מנויים כיום בתקנות . מוצע לשם האחידות והריכוזיות לעגנם בחוק . כמו כן, יש לנסחם באופן שאינו משתמע לשני פנים ,

וזאת תחת סעיף אחד המאפשר סטייה מהסדרי הבחירה, ולעגן את בחירת המבוטח ככל הניתן, כפי שיפורט להלן. בדומה לקבוע בתקנות היום, אלה המקרים שבהם מוצע להגביל את תחולתם של הסדרי הבחירה:

- א. **שק"ד רפואי** – יש ליתן משקל לחוו"ד רפואית אשר מחייבת סטייה מהסדרי הבחירה, ובכלל זה הפנייה לנותן שירות או למוסד טיפולי אשר אינו נמנה על נותני השירותים עמם לקופה יש הסדרי בחירה. באופן טבעי, לא קיימת חפיפה הכרחית בין שק"ד הרפואי לשיקולי יעילות ותועלת כלכלית. ברור כי במקרים שבהם שיקול דעת רפואי מחייב טיפול רפואי במוסד רפואי מסוים, יש להעדיפו על פני הסדרי הבחירה של הקופה. לפיכך, מוצע לקבוע במפורש כי מקום שבעל מקצוע קבע שסטייה מהסדרי הבחירה דרושה מטעמים רפואיים, על שק"ד הרפואי לגבור על יתר האינטרסים אשר בבסיס הסדרי הבחירה.
- ב. **מחלה כרונית** – הוראה זו מטרתה למנוע קושי לפיו, לעיתים מבוטח המתמודד עם טיפולים אינטנסיביים במחלה כרונית, נאלץ להתנייד בין מוסדות רפואיים שונים על מנת לקבל טיפולים, זאת כפועל יוצא של הסדרי הבחירה. התניידות זו עלולה להרע את מצב בריאותו, להוסיף נטל מיותר על שכמו ואף להקשות על הטיפול הרפואי בו עקב קשיי תקשורת בין הרופאים המטפליים. לכן, מוצע לתקן את החוק כך שבמקרה של קבלת טיפול אינטנסיבי במחלה כרונית, יהיה על קופת החולים לרכז את כל הטיפולים להם זקוק המטופל במוסד טיפולי אחד, אף אם חלק מהשירותים אינם נמנים בהסדרי הבחירה של הקופה אל מול ספק/מוסד טיפולי זה, והכל בהתאם לבקשת המטופל.
- ג. **פנייה דחופה למיזן** – בדומה למצב הקיים כיום, לא ניתן להכפיף פנייה לרפואה הדחופה (מיזן) להסדרי הבחירה, משום שמדובר במצבים אשר דחיפות ההגעה ומגבלת הזמן אינם מאפשרים בחינה מול קופת החולים באשר להסדריה מול נותני השירות, למשל: תאונות, אירוע לב וכיוצא ב"ב. לפיכך מוצע כי פניית מבוטח לרפואה דחופה, לא תהא כפופה להסדרי הבחירה, אלא לשיקוליו או לשיקולי הסובבים אותו, על פי מקום קרות האירוע המצדיק את הפנייה והמוסד הרפואי הזמין להעניק טיפול בכך.

3. מוצע לתקן את חוק ביטוח בריאות ממלכתי כך שלאחר סעיף 23 לחוק העיקרי יבוא ס'23א, שעיקריו כדלקמן:

עניינו של סעיף זה הוא הסדרת אופן אישור הסדרי הבחירה ופרסומם. מטרתו של הסעיף כפולה - ראשית, הכפפת הסדרי הבחירה למנגנון של פיקוח ואכיפה, לרבות מנגנון אישור. שנית, הפצת המידע בדבר הסדרי הבחירה לקהל המבוטחים כנדרש.

אישור הסדר הבחירה ואופן קבלתו – על פי המצב המשפטי כיום, הסדרי הבחירה אשר נקבעו על ידי הקופה, אינם עומדים לביקורת משרד הבריאות ולאישורו, והקופה נדרשת רק להעבירם לידיעת המשרד, ותו לא. לפיכך, אין כל מנגנון פיקוח אפקטיבי על ההסדרים ותוכנם.

לפיכך, מוצע לקבוע בחוק כי הסדרי הבחירה של הקופה והשינויים הנעשים בהם יהיו כפופים לפיקוח של משרד הבריאות. האחרון יבחן, טרם מתן אישור, האם הסדרי הבחירה עומדים בקריטריונים הקבועים בחוק, ובמידת הצורך יפסול או יבטל הסדר הסוטה מהם, תוך יידוע הקופה, ומתן אפשרות לתקן את ההסדרים שאינם עולים בקנה אחד עם החוק.

מוצע כי שר הבריאות יאשר כל הסדר המובא בפניו , לרבות שינוי בהסדר קיים , תוך 60 יום, ואם ימצא צורך בתיקון ההסדר, על הקופה יהיה לפעול לשם כך, תוך 30 יום **במקרים שבהם יפסל ההסדר המוצע** , ימשיך לחול הסדר הבחירה הישן והקופה תישא בקנס בגין כל הפרה , מתוך מקורות המימון בהתאם לקבוע בס' 16(א)(1) לחוק, וזאת במועדים, ובסכומים שיקבע השר באישור ועדת העבודה, רווחה ובריאות של הכנסת. על מנת לאזן בין האינטרס הציבורי באישור ופיקוח על ההסדרים לבין העומס המוטל על משרד הבריאות, מוצע לצמצם את תהליכי הבחינה והאישור , אך ורק להסדרי הבחירה הנוגעים לרפואה שניונית ושלישונית , כהגדרתה בחוק , תוך מתן אפשרות להוסיף או לגרוע מכך. הסדרי הבחירה הנוגעים לרפואה הראשונית , יובאו לידיעת השר בלבד , כל זמן שלא החליט אחרת , ויכנסו לתוקף תוך 7 ימים מיום פרסומם. ההסדרים הדורשים אישור, יפורסמו תוך 7 ימים מיום אישורם, ויכנסו מידיית לתוקף.

פרסום – חשיבות הפרסום של הסדרי הבחירה והעמדתו באופן נגיש לכלל הציבור , נובעת ממספר טעמים עיקריים :

ראשית- השוואת אפשרויות הבחירה מבין נותני השירותים, המוצעת על ידי כל קופת חולים. זו צריכה להוות קריטריון ראשון במעלה בבחירת קופת חולים על ידי המבוטחים. שנית- קביעת נותני השירותים של קופת החולים, והיקף החופש הניתן למבוטחים לבחור מבין נותני שירותים אלו, משקפים במידה רבה, את איכות הטיפול המוצע לציבור, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

שלישית- בצד הגילוי הנאות, צפוי פרסום הסדרי הבחירה לעודד את התחרות בין קופות החולים ואולי אף להביא לשיפור בהסדרים עצמם.

לפיכך מוצע, וזאת בהמשך לקבוע כבר היום בעניין זה בתקנות , כי כלל הסדרי הבחירה יפורסמו באתרי האינטרנט ובקופות עצמם, וכי עותק אחד ינתן לכל מבוטח ללא תשלום.

אכיפה על ידי נציב קבילות הציבור – נציב הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי , הינו בעל הסמכות לברר ולטפל בקבילות הציבור הנוגעות לחוק , כמוגדר בס' 43-46ב. מאחר ומוצע לעגן את כל נושא הסדרי הבחירה בחוק , יש ליתן לנציב את הסמכות לתת מענה לתלונות מבוטחים , אשר חשים שהסדרי הבחירה פוגעים בזכויותיהם ומונעי ם מהם לקבל את הטיפול הרפואי הנחוץ להם.

לפיכך, ולמען הסר ספק , מוצע **שנציבות קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי** תקבל סמכות , מכוחה תהיה רשאית לפסוק בתלונת מבוטח הנוגעת להסדרי הבחירה , בהתאם לסמכותה לפסוק בתלונות מבוטחים על פי החוק דהיום . במקביל, אם מצאה הנציבות כי ההסדר אינו עומד בתנאי החוק תמליץ לשר להודיע על צורך בתיקון או ביטול ההסדר.

הצעת החוק הוכנה בסיוע האגודה לזכויות האזרח , האגודה לזכויות החולה ו בית הספר למשפטים במכללה למינהל.

הוגשה ליו"ר הכנסת והסגנים
והונחה על שולחן הכנסת ביום