

מעגלי ביטוחי הבריאות

תקציר הרצאתה של גב' חני שפיס במפגש משפחות מיום 19.7.2016 כולל התייחסות עדכנית ל-2019

הרצאתה של גב' חני שפיס עסקה בנושאים של סל הבריאות, הביטוחים המשלימים של הקופות, ביטוחים פרטיים בתחום של סיעוד ובריאות והאינטראקציה שבין סוגי הביטוח השונים. המרצה הציגה נתונים המתייחסים לביטוחי בריאות וסיעוד מסוגים שונים. כפי שתראו בהמשך היא נקבה בסכומי כסף שונים שהם כולם בגדר "ממוצע". בפועל, טווח המחירים הוא כמובן רחב יותר ומושפע מגיל הכניסה לתוכנית הביטוח ומגובה הפיצוי שמתכננים לקבל בעת מימושו של הביטוח. (למשל כמו בביטוח סיעודי).

בשפה בהירה ותמציתית הציגה גב' שפיס את מעגלי ביטוחי הבריאות השונים:

1. ביטוח בריאות ממלכתי כולל כ- 100% מהאוכלוסייה. שכירים משלמים כ- 4.5% מהשכר לביטוח לאומי למימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
2. ביטוחי בריאות משלימים של ארבעת הקופות- מי שקנה ביטוח זה משלם דרך הוראת קבע או כרטיס אשראי מדי חודש סכום של מ-8 ועד 100 שקלים בחודש. כ- 80% מאוכלוסיית ישראל רכשה ביטוח כזה.
3. משלים מדרגה 2 כמו פלאטינום של כללית, שיא במאוחדת, מכבי שלי או לאומית זהב. כ- 40% מתושבי ישראל קנו ביטוח כזה. עלותו הממוצעת כ- 100 ₪ לחודש.
4. ביטוח בריאות פרטי יש לכ-3 מיליון מבוטחים בארץ. עלותו נעה בין 150 - 450 ₪ לחודש. מחויבים בהצהרת בריאות וניתן לעשותו עד גיל 70.

בסך הכל אם לוקחים ומצרפים את כל התשלומים החודשיים לביטוחים השונים, מגיעים להוצאה חודשית לא קטנה. לכן ההמלצה המרכזית של המרצה הייתה לקחת סוכן ביטוח טוב או ייעוץ ביטוחי באיכות טובה כדי להבין את התמונה במלואה ולקבל שירות שמייצג נאמנה את צורכי בני המשפחה לאורך מעגל החיים.

גב' שפיס הייתה מאוד נחרצת לגבי השאלה האם גורם מבטח כמו הקופה או חברת ביטוח פרטית יכולים לדחות בקשה לביטוח על סמך מידע גנטי. למעשה כאשר אנו עוסקים במחלת הנטינגטון יש לנו 3 מצבים בסיסיים: בן משפחה בסיכון שאינו יודע ולא בדק אם הוא נשא של הגן המוטנטי, בן משפחה שבדק ונמצא שהוא נשא הגן אך אין לו סימפטומים קליניים של המחלה, אדם שאובחן כחולה. שני המצבים הראשונים מתייחסים למושג של נשאות גנטית או מידע גנטי. לדעתה, החקיקה בישראל לא מאפשרת לחברת ביטוח לדחות בקשה לקניית ביטוח פרטי על סמך מידע גנטי או נשאות גנטית. שונה המצב של מי שנחשב לחולה, בעיקר בביטוחים בהם נדרשת הצהרת בריאות. לדעתה, אם יש שאלה על מחלה גנטית במשפחה צריך לענות את האמת ואסור לחברת הביטוח לסרב לקבל על סמך זה. לעיתים במצב של נשאות גנטית תעלה החברה המבטחת את הפרמיה. לכן כל כך חשוב להסדיר את הביטוחים למיניהם עוד לפני שנבדק הסטטוס הגנטי.

כל אחד מאתנו מנסה להבין מה ההבדל בין סוגי הביטוחים השונים וכיצד לשקול אם ומתי לקנות תוכנית ביטוח בתחום הבריאותי. בקצרה ננסה לתמצת את ההסבר המקיף שנתנה לנו גב' שפיס. ביטוח בריאות ממלכתי כולל סל של שירותים, תרופות וטכנולוגיות שהמדינה באמצעות הקופות התחייבה לספקם. הסל הבסיסי נקבע בעת חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. באותה עת היו מבוטחים בקופת חולים כללית כ- 70% מתושבי ישראל ולכן הסל הבסיסי הוא למעשה הסל שהיה אז בכללית. כידוע כל שנה ניתנת תוספת מסוימת לסל הבריאות. תוספת זו לא עונה על הגידול הדמוגרפי, השינויים בתוחלת החיים ובמבנה הדמוגרפי של האוכלוסייה וההתקדמות המהירה בטכנולוגיות ובתרופות. לכן כל שנה מוגשים לסל בקשות בהיקף של כשני מיליארד שקל בעוד שהתוספת עד עתה עמדה על כ- 300 מיליון ₪ לשנה. מי שנסמך על ביטוח בריאות ממלכתי בלבד חשוף לבעיות של תורים ארוכים לניתוחים אלקטיביים, חוסר אפשרות לבחור מנתח, העדר תרופות מצילות חיים מתקדמות וחוסר בטכנולוגיות עדכניות, חסר בצוותים רפואיים ובשירותי רפואה בעיקר בפרפריה. שב"נ 1 (שב"נ = שרותי בריאות נוספים) מקנה למי שקנה ביטוח זה אפשרות לבחור מנתח או ייעוץ רפואי מתוך רשימה

מוסכמת על הקופה, לבצע את הניתוח בבי"ח פרטי, לקבל תרופות שלא בסל בעיקר בהיבט של איכות חיים. חלק מהשירותים הללו כוללים גם עלות עצמית. בהקשר לתרופות שאינן כלולות בסל, במקרים מסוימים ניתן לקבל מימון לתרופות שטרם אושרו לשימוש ע"י רשות התרופות והמזון של ארה"ב או המקבילה האירופאית, אך זאת בתנאי שהתרופה פורסמה כיעילה בלפחות 2 כתבי עת מקצועיים.

שב"נ 2 = טיפולי שיניים בהנחות משמעותיות, טיפולים קוסמטיים בהנחה משמעותית וחבילות מתקדמות של מעקב הריון.

ביטוח בריאות פרטי כולל תרופות יקרות שאינן בסל ו/או תרופות שישנן בסל אך לא להתוויה שלך, כיסוי להשתלות איברים ורפואת חו"ל, ניתן גם לרכוש כיסוי עבור ניתוחים בארץ. ביטוחי בריאות פרטיים עד ל 2/2016 כולל, כוללים אפשרות בחירת מנתח או ייעוץ רפואי שאינם כלול ברשימת הרופאים בפוליסה. החל מחודש 3/2016 חלה רפורמה בשוק ביטוחי הבריאות ורובד הניתוחים בארץ נקרא כיום "הפוליסה האחידה". בפוליסה זו לא ניתן לקבל החזר בגין ניתוח אצל רופא שהינו בהסדר וההבדל בין החברות נובע בכמות המנתחים שכן נכנסו לרשימת חברת הביטוח ואיכותם. ברובד ניתוחים בארץ וברובד ניתוחים בחו"ל המבוטח זכאי למימון של פרוצדורות מחליפות ניתוח.

כמה הבהרות לגבי הנושא של ביטוח סיעודי:

נכון להיום והחל משנת 2019 לא ניתן לרכוש ביטוח סיעודי פרטי. ביטוחי הסיעוד הקולקטיביים בוטלו כבר בשנת 2018 (למעט ביטוח "צוות" - ארגון גמלאי צה"ל). ההגדרה של מצב סיעודי יכולה להיות בהתייחס למצבו התפקודי של האדם בביצוע 6 פעולות של חיי היומיום או לצורך בהשגחה בגין מצב ירוד מבחינה קוגניטיבית-נפשית. (הצורך בהשגחה עקב מצב קוגניטיבי מכוסה רק ע"י חברות הביטוח הפניקס ואילון) מבחינת מצב תפקודי אם רופא מטעם חברת הביטוח של אחת הקופות קבע שהאדם לא מסוגל לבצע 3 מתוך 6 הפעולות זה יזכה אותו בקבלת קצבת סיעוד לתקופה אותה רכש המבוטח בפוליסה. 6 הפעולות הן רחצה, שליטה בסוגרים, אכילה, ניידות, התפשטות והתלבשות.

לדעת גב' שפיס עדיף לא לחכות לבדיקה של הרופא של הביטוח (של הקופה או של חברת הביטוח) ולהקדים להכין חו"ד פרטית על תפקודו של החולה. זה נכון בכלל ובפרט כאשר התביעה מתייחסת למצב הנפשי והקוגניטיבי של התובע. זה מאוד עוזר בניהול הדיאלוג הלא פשוט מול חברות הביטוח שמנסות להקטין ולדחות ככל הניתן תביעות לתשלום קצבת סיעוד.

השתתפות קופות החולים בביטוח סיעודי תלויה מאוד בגיל בו הצטרפת לתוכנית המבטחת של הקופה. עד גיל 55 ניתן להצטרף לתוכנית פיצוי של 5 שנים ומגיל 55 ניתן להצטרף לתוכנית פיצוי של 3 שנים בלבד (שינויים קלים בין קופות החולים). בכל מקרה מוקצה סכום שונה של קצבת סיעוד אם האדם חי בקהילה או נמצא בהסדר מוסדי (באחרון השתתפות הביטוח גבוהה יותר).

מאחר ולא ניתן היום לרכוש פוליסת סיעוד פרטית האופציה היחידה היא לרכוש את הפוליסה הקולקטיבית של קופות החולים.