

ינואר 2006

ריבוי טופסי 17- נטל כלכלי וטרטור בלתי סביר

ריבוי תשלומים על שירותים רפואיים, לחולה הסובל מבעיה כרונית, מכביד על

המבוטח ומונע ממנו לצרוך את מלוא השירותים להם הוא זקוק

ו' סובלת מבעיות גב ונאלצת למעקב רפואי ובדיקות תכופות. במהלך השנה שחלפה, הופנתה לבדיקות וטיפולים שונים וחויבה לשלם אגרות בסך 12-24 ש"ח, עבור כל פנייה לבדיקה או לרופא. בין החודשים ינואר ומרץ 2005, הונפקו עבורה 7 טופסי 17, בעלות כוללת של 120 ש"ח. נוכח מצבה הכלכלי של המשפחה המתקיימת מהבטחת הכנסה, נאלצה ו' מספר פעמים, לוותר על בדיקה או טיפול.

ב' בת ה-13 סובלת מבעיית חיק שסוע ולכן נדרשת לטיפולים תכופים לאורך שנים. בכל פעם שמגיעה ב' אל המחלקה המטפלת בבית החולים, עליה להמציא טופס 17 בעלות של 12-24 ש"ח. בנוסף, מכיוון שבכל פעם שמגיעה ב' לטיפול היא נדרשת למספר פעולות - ביקור אצל הרופא, צילומי שיניים, התקנת פרוטזה ועוד, עליה לשלם אגרת טופס 17 נפרדת, עבור כל פעולה. קרי, אם עליה לבצע 3 פעולות בעת ביקורה בבית החולים, אזי עליה לשלם 3 אגרות נפרדות. אמה של ב' מספרת כי מדובר בהכבדה משמעותית הן מבחינה כלכלית והן בשל הטרטור הכרוך בכך.

חוק ההסדרים לשנת 1998 אפשר לקופות להגדיל את תשלומי ההשתתפות על שירותים רפואיים ועל תרופות. הסדרי הגבייה החדשים כללו הנחות, פטורים ותקרות השתתפות על תשלומים. בשנת 2003, בוטלו חלק מהפטורים. הגדלת תשלומי ההשתתפות וקביעת מערכת של פטורים והנחות תרמו לפגיעה בעקרון האוניברסאליות בקבלת שירותים רפואיים, לשחיקה במימון הציבורי ולעלייה במימון הפרטי.

כיום, מספר הולך וגדל של מבוטחים מדווחים כי הם נאלצים לוותר על טיפולים ותרופות בגלל עלותם, בניהם בולטים מבוטחים הסובלים מבעיה רפואית כרונית.

הסדרי הגבייה של קופות החולים לא לקחו בחשבון מצב בו אדם בודד יאלץ לשלם אגרה נפרדת עבור כל בדיקה או טיפול הכרוך במצבו. פניות שהתקבלו במוקד זכויות בריאות מעידות על בעיה נרחבת הנוגעת, לדוגמא, לילדים הסובלים מבעיית חיק שסוע ואשר נזקקים לטיפולים תכופים במהלך שנים רבות, חולים הסובלים מבעיות רפואיות אשר אינן מוגדרות כמחלה קשה (בעלי מחלה כרונית, סובלים מבעיות גב) וכדומה.

מערכת הבריאות הכירה בעובדה כי חולים כרוניים נזקקים לתרופות רבות ועל כן קבעה תקרת תשלום יחידנית על תרופות; חולים קשים פטורים מתשלום אגרות על ביקורי רופא ומכונים בגין מחלתם; בצורה דומה, המוסד לביטוח לאומי הגדיר זכאותו של נפגע תאונת עבודה לקבל פטור מתשלום על שירותים רפואיים להם נזקק בגין מחלתו; כך גם קופות החולים השכילו לקבוע תקרת תשלום משפחתית על אגרות התשלום, בגובה שבין 93-140 ₪ למשפחה (בהתאם לקופת החולים; גובה התקרות נמוך יותר לבני 65 ומעלה). לצד זאת, מערכת הבריאות נכשלה מלהבטיח את זכותו של החולה הבודד אשר אינו עונה על אחד מהקריטריונים הללו.

הטלת אגרות חוזרות על החולים, מהווה טרטור בלתי סביר ומכבידה על כיסו של המבוטח: חולים רבים נמנעים מלצרוך את מלוא השירותים להם הם נזקקים, בשל המעמסה הכללית הנובעת מריבוי אגרות אלו. בכך נפגע הרצף הטיפולי החיוני להצלחת הטיפול.

ההיגיון העומד מאחורי הטלת אגרות - והוא כי הטלת תשלום תפחית הפניות כוזבות או מוגזמות, הנו חסר הגיון, שכן לא המטופל הוא שקובע את הצורך בהפניה אלא הרופא המטפל. נדרשים אם כן מנגנוני בקרה אחרים, בהתערבות תכנונית של משרד הבריאות.

לטעמנו, ביטול מוחלט של האגרות על שירותים רפואיים מהווה פתרון בעל אופי אוניברסאלי אשר יאפשר נגישות לכל. אך לעת עתה, עד אשר ייושם מנגנון בקרה שונה מהטלת אגרות, יש לחשוב על פתרונות שיקלו על המבוטחים. לדוגמה - גבייה של אגרה חד פעמית מחולה הנזקק לטיפולים תכופים הנובעים מבעיה רפואית ספציפית; לחילופין ניתן ליישם תקרה רבעונית יחידנית על אגרות לשירותים רפואיים, שמעבר לה יהיה החולה פטור מתשלום.

לפרטים נוספים: שלומית אבני, רכזת פרויקט זכויות בריאות, 054-6844496

shlomit@phr.org.il

מוקד זכויות בריאות 03-5373703