

שר"פ: מה שרואים מכאן לא רואים משם / יונה תדיר

כתבותיהן של מרב ארלוזורוב ("וועדת גרמן מתברברת:...." דה מרקר 30/4/14) ושל רוני לינדר-גנץ ("מנכ"ל מכבי: אם יבוטל הביטוח המשלים..." דה מרקר 29/4/14) ממקדות היטב את הבעיה העומדת לפני הכרעות גורליות. הצגת הדברים בנוסח "מה שרואים מכאן לא רואים משם" עשויה להשלים את תמונת הפאזל המורכב.

רפואה היא חבית ענק ללא תחתית, אך למיטב שיפוטי, חסר כסף אינו הבעיה האמיתית של הרפואה הישראלית. השאלה הנכונה היא בידי מי מצוי הכסף? איכות בתי החולים, הרופאים, האחיות והציוד הקיים במערכת הציבורית הם מהטובים בעולם, וסל התרופות והטכנולוגיות הוא מהנדיבים בעולם. לפיכך, השרות הרפואי שמקבל האזרח הממוצע הוא מהטובים בעולם. עד כאן החיוב. והיכן השלילה? חלוקת משאבים בתוך המערכת, ניצול שערורייתי של התשתית הקיימת, כפל שרותים, וחוסר התאמת המערכת לשינויי הזמן כפועל יוצא של לחצים פוליטיים באופן המייצר עודף ביקושים ותורים אינסופיים. ולכך נוסף גם תקשורת פופוליסטית המייחצנת את השלילי, כגון הצגת מקרי תמותה טרגיים כאילו היו כשלים רפואיים. תרבות הריאליטי הטלוויזיוני שבין "סקנדל לפסטיבל" חודרת גם לסיקור מערכת הבריאות ומטילה צל כבד על הישגים אשר מדינות נאורות רבות יכולות רק להתקנא בה.

מנקודת ראות החולה לשר"פ שלושה יתרונות פוטנציאליים: 1. סל שרותים מורחב, 2. בחירת רופא, 3. שרות איכותי בכל הקשור להמתנה ותנאי האשפוז. כללית ייאמר כי כל אותם יתרונות פתירים במסגרת המערכת הציבורית וחלקם כלל אינם בהכרח יתרון כפי שיובהר בהמשך.

חובת ניתוב כספי שרותי בריאות נוספים (שב"ן) קופות החולים, כמו גם כספי ביטוחים פרטיים רק לבית חולים פרטי המלקט את דובדבני הקצפת ("Cherry picking") מייצר בזבוז משאבים אדיר, תוך פגיעה הדרגתית ברפואה הציבורית. חשוב שתהיה בישראל מערכת איכותית של בתי חולים פרטיים-פרטיים, תוך הקפדה על תחרות בין מרכיביה, וחיזוק יתרונות פוטנציאליים בינה לבין המערכת הציבורית. אבל במסגרת הדיון הציבורי חובה להבחין בין שר"פ בביה"ח הציבוריים (כגון הדסה/שערי צדק) לשר"פ בבי"ח פרטי. לדוגמא: בשר"פ הירושלמי מטפלים רופאי ביה"ח הציבורי בכל מגוון הבעיות, קלות וקשות מבחינה רפואית, זולות ויקרות מבחינה כלכלית, תוך ביצוע ניתוחים נדרשים, ובאותו מוסד. בשר"פ התל-אביבי מנקזים רופאים מכלל בתי החולים הציבוריים את המקרים הקלים יחסית, חלקם אף מיותרים, לביה"ח הפרטי. את הניתוחים המסובכים, כאלה הדורשים עבודת צוות מגוון ובעלי פוטנציאל אשפוז ממושך מעדיפים לנווט (ובצדק) לבתי החולים הציבוריים בו הם מנתחים בשעות הבוקר, כאשר כל תת ההתמחויות הרלוונטיות קיימות והתשתיות זמינות למקרה הצורך 24/7. הבדלי עלויות בין שני סוגי השר"פ עצומים והנטל נופל בעיקר על הקופה הציבורית. טיעונים הנשמעים בעקבות קריסתה הכלכלית של הדסה, כאילו יש בכך כדי ללמד על סכנות השר"פ אם ימוסד במערכת הציבורית, מקורם בחוסר הבנת הבדלים אלה, ואחרים.

בכנס רופאים שהתקיים לאחרונה הוצג מקרה קשה של סיבוך ניתוחי אשר טופל בהצלחה בבי"ח ציבורי. יו"ר הישיבה סיכם במילים: "ברכותי להצגה מעניינת ולעבודת הצוות על ההצלחה בהתמודדות עם הסיבוך. לא הייתי רוצה שמקרה כזה יקרה לי בבית החולים הפרטי בו אני מנתח". הדברים נאמרו מתוך פירגון לצוות המטפל וללא כוונה להטיל דופי בביה"ח הפרטי.... בו הוא מנתח. כך גם התקבלו ע"י הדברים, כאמירה שגרתית שהיא חלק מהפרקטיקה היום יומית. אמירה כגון זו הייתה ודאי מטרידה עובר אורח, לו נקלע לדיון זה באקראי.

יש לשים קץ למצב הנוכחי בו חקיקה שנולדה טלאי על טלאי תחת הצהרות של "הגנה על החלשים" יצרו מצב אבסורדי באופן המשרת בעיקר את החזקים. הפעלת שר"פ בבתי החולים הציבוריים בוריאציה זו או אחרת היא כורח המציאות לנוכח שינויים חברתיים, כלכליים, וטכנולוגיים של העידן המודרני. תשתית הרפואה הציבורית נבנתה בעלות מיליארדי שקלים והיא פזורה היטב ברחבי הארץ. ניצול חלקי של ציוד רפואי איכותי ויקר, בעל אורך חיים קצר יחסית,

בעולם בו טכנולוגיות מתחלפות במהירות ומנוצלות רק בשעות הבוקר, הוא בזבוז משאבים שעורריי. מצב בו כ 80% מהאוכלוסיה מבוטחת בביטוח נוסף, וחלקו בכפל ביטוחים מיותר, משרת בעיקר את החזקים. רגולציה קשוחה ומיסוד נורמות פיקוח על כללים כגון הפרדה בתוך בתי החולים, בין הציבורי לשר"פ, הוא דבר נדרש ואפשרי. אפשרות נוספת היא הרחבת הביטוח הנוסף ל 100% מהציבור, קרי, הפיכת "המשלים" ל "בסיסי", וכך למנוע חומות מיותרות בתוך המערכת. אם ייאמר שמשמעות הדברים שדרוג בלתי סביר של סל השרותים תהיה זו הוכחה נוספת לכך שציבור החלשים מממן כיום את החזקים היודעים כיצד לנצל את המצב הקיים.

בעידן של חשיבה כלכלית וחשבון נפש הגיע הזמן להתמודד באופן אמיץ ומפוקח עם האמת. ביתרון בחירת רופא בשר"פ יש שילוב של גרעין אמת וציפוי מיתוס באריזת צלופן. בהקשר זה נכונה האמירה "מה שרואים מכאן לא רואים משם". נדיר שניתוח יסתבך בגלל שיבוץ רופא או צוות שאינו מתאים לפתרון הבעיה הרפואית. נהפוך הוא. אחד מיתרונות הרפואה הציבורית בישראל טמון בכך שמערכת היררכית בריאה משבצת לכל סוג של ניתוח את הצוות המתאים על פי קריטריונים של ידע, מיומנות, ולא על פי "שווק ויחסי ציבור". המקורבים למערכת מכירים את התופעה בה "הפרופסור" הוא לעיתים המאבחן הטוב יותר, אך לא בהכרח גם המנתח הטוב יותר. גם מעורבות מתמחים בהחלטות הטרם ניתוחיות, בניתוחים ובמהלך האשפוז, יש לה יותר יתרונות מאשר חסרונות, ותקצר היריעה מלפרטם.

הרפואה הציבורית המפוארת שלנו היא תוצר נדיר של שילוב קשר היסטורי בין יהודים ורפואה, ושל דור מייסדי מדינת רווחה סוציאליסטית. עם השנים נדחק הסוציאליזם הישראלי לקרן זוית, השווק נעשה צבעוני ואגרסיבי, ובהעדר ואקום בטבע התפתחה מערכת חלופית המנצלת לטובת בעלי עניין את חוקי מימון השב"ן אשר נתפרו, טלאי על טלאי, למניעת מימון שר"פ במערכת הציבורית. מצב בלתי בריא זה ייצר מערכת מקבילה, במשוואה בלתי מאוזנת, והזדמנויות לפריחת חמדנות. בעלי עניין ילחמו כדי למנוע שדרוג הרפואה הציבורית, ואת דעתם המלומדת של ראשי הרפואה הציבורית יש לנצל לטובת חיזוקה, כי המציאות נמצאת בפרטים.

בעידן השקיפות אפשר וצריך לשלב את השר"פ כסטנדרט במערכת הציבורית, תוך עידוד רפואה פרטית איכותית המתחרה על המשאבים ומשרתת את מי שמוכן לממן פרטיות. המערכת הפרטית זוכה כיום בממון רב מכוח חקיקה האוסרת מימון שר"פ במערכת הציבורית. חיזוק המערכת הציבורית באותם מילארדי שקלים יאפשר לא רק שיבוץ צוותי רפואה מתאימים לכל סוג ניתוח תוך שיפור תדמית המערכת, אלא גם קיצור תורים, תמיכה בפריפריה, מימון שירותים חיוניים לתחומים אשר אינם מוגבלי "סל השר"פ", והפיכת התמחויות חשובות שהפכו בלתי אטרקטיביות במצב בו הרופאים הצעירים בוחרים את עתידם לפי פוטנציאל הכסף הגדול.

כותב שורות אלה הוא פרופסור לרפואה בעל 40 שנות נסיון: כ 23 שנה במערכת הציבורית בישראל, כ 10 שנות ניהול מכון מחקר רפואי באוניברסיטת קליפורניה, ארה"ב, וכ 6 שנות ניהול רשת סניפי בית חולים פרטי בישראל.