

**תוכנית להחזרת
הרופאים הבכירים והפעילות הרפואית
מבתי החולים הפרטיים לבית החולים הציבורי
"בחירת מצנתר ללא תשלום 2006-2013"**

**פרופ' שמואל בנאי
היחידה לקרדיולוגיה התערבותית
המרכז הרפואי תל אביב**

שמואל בנאי

- בוגר ביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים
- שרות צבאי- רופא גדודי וחטיבתי בחיל השיריון
- מומחה ברפואה פנימית ובקרדיולוגיה, ירושלים
- התמחות-על במחקר בסיסי - ביולוגיה של דופן העורק ויצירת כלי דם חדשים בלב, מרכזי הבריאות של ארה"ב (NIH)
- התמחות-על בצנתורי לב
- מנהל יחידת הצנתורים, ביה"ח ביקור חולים, ירושלים
- מנהל יחידה רפואית במערך הקרדיולוגי, ביה"ח הדסה, ירושלים
- פרופסור חבר ברפואה פנימית וקרדיולוגיה, האוניברסיטה העברית
- פרופסור חבר בקרדיולוגיה, אוניברסיטת תל אביב
- מנהל הקרדיולוגיה ההתערבותית, המרכז הרפואי תל אביב

לכ' פרופ' בנאי

בתאריך ה 26/6/12 בשעה 16:00 במרכז הרפואי אסותא רמת החייל, נרים כוסית לרגל הקמת צוות קרדיוהיל – לב, חזה וכלי דם.

מצורפת הזמנה + תכנית

נשמח לראותכם,

צוות קרדיוהיל: פרופ' אהוד רענני, דר' מילטון סאוטה, דר' איתן שניר, דר' לאוניד סטרניק, דר' ארז קכל, נעמה חכם

התופעה של קבוצות רופאים מנוהלות הפכה למגמה עסקית נפוצה, והופעה של עשרות מייזמים כאלו שינתה את מפת הרפואה בארץ

רופאים מתארגנים לקבוצות המנוהלות על ידי הנהלה מקצועית ונתמכות על ידי משקיעים מוסדיים או פרטיים, נעזרות בחברות שיווק, להסטת פעילות רפואית לשוק הפרטי

דוגמית של חלק קטן מהמייזמים במספר תחומים:

(כל הרופאים הרשומים הינם (או היו) מנהלי מחלקות, מנהלי יחידות ורופאים בכירים בבתי החולים ציבוריים במרכז הארץ)

- כירורגית לב: **קרדיוהיל** פרופ' רענני, פרופ' סאוטה ו-5 מנתחי לב וחזה בכירים נוספים
- אורולוגיה: **אורומדיק** פרופ' בניאל ו-3 אורולוגים נוספים
- כירורגיה כללית: **אסיא מדיקל** ותת קבוצותיה בראשות דר' סולד ו-24 כירורגים נוספים
- הקבוצה לכירורגיה מתקדמת פרופ' אביטל, פרופ' גרינברג, פרופ' סקורניק ודר' בן-חיים
- אורתופדיה: **המרכז הישראלי לניתוחי עמוד שדרה** פרופ' פלומן ו-3 שותפים
- המרכז לאורתופדיה מתקדמת פרופ' דקל, פרופ' מוזס ו-9 אורתופדים נוספים
- בריאטריה: **מרכז רפואי לטיפול בהשמנת יתר-מלב"י** (מקבוצת אסיא)

ללכת עם הלב

בסוף שנת 2005 עברתי מביה"ח הדסה עין כרם לנהל את היחידה לקרדיולוגיה התערבותית במרכז הרפואי תל אביב (מרת"א)
תוך פחות משבוע מרגע שהגעתי קיבלתי 2 הצעות שונות, מאד קונקרטיות, משני מנהלי בתי חולים פרטיים לעמוד בראש קבוצת מצנתרים מצויינים...

בסוף 2005 התמודדתי עם ההתלבטות:
האם ללכת עם הזרם ולהקים מיזם של מצויינות בצנתורים ברפואה הפרטית, ולהשאיר את המחלקה באיכילוב ברמת הפעילות שהייתה קיימת אז... או ללכת עם הלב

אני החלטתי ללכת נגד הזרם ונגד ההמלצות של חברים טובים ו"בעלי ניסיון" בתחום, החלטתי לנסות ולהוכיח שאפשר להקים ולפתח קבוצת מצויינות רפואית בבי"ח ציבורי, להתחרות בבתי החולים הפרטיים ולהסיט פעילות מהפרטי חזרה לציבורי, גם במחיר של הפסד משמעותי של הכנסה

הרקע (שנת 2005):

1. רופאים בכירים שלנו עובדים בבתי החולים הפרטיים
2. נפח פעילות הולך וגדל מוסט לפרטי עם הרופאים שלנו
3. התארגנות של רופאים ל- Group Practices
4. ביטוחים פרטיים ומושלמים מתגמלים בסכומי כסף גדולים את הרופאים עבור צנתורים בבתי"ח הפרטיים
5. אינטרס של המבטחים להעדיף ביצוע פעילות רפואית בפרטי (נכון גם היום...)
6. כל הצנתורים המבוצעים בבתי החולים הפרטיים הם צנתורים אלקטיביים שהרווח השולי עליהם לבית החולים הוא גדול יותר, לעומת בית החולים הציבורי שם מעל 50% מהצנתורים הם צנתורים דחופים של חולים מאושפדים, צנתורים אלו הם מסובכים יותר ועלותם למערכת גבוהה יותר. צנתורים מסוג זה לא מבוצעים בבתי החולים הפרטיים
7. ההחזר הכספי מהגורם המבטח (קופות החולים) לבית החולים הוא זהה עבור צנתור אלקטיבי ועבור צנתור של חולה מאושפד

פרוייקט החזרת הפעילות והרופאים למרת"א בא לתת מענה למצב הקיים אז, ולהתמודד עם בעיות דומות מאד לבעיות שאתם מנסים להתמודד איתן היום:

- איך מחזירים פעילות מהפרטי לציבורי
- איך לא מאבדים את ה"משאב" החשוב ביותר של הרפואה, ה"הון האנושי", הרופאים שמושכים אחריהם את המטופלים
- איך מתגמלים את הרופאים
- איך ממלאים את המיתקנים שעומדים שוממים מעבודה אחה"צ, בערב ובלילה
- איך מתמודדים עם הבעייה המשפטית והאיום שאיימו עלינו: "אתם מכניסים שר"פ לבית חולים ציבורי" ראו הוזהרתם!
- איך מתמודדים עם הבעייה של "העדפת" חולים מסויימים או אפליית חולים ללא ביטוח רפואי מיוחד

הנחות העבודה שלנו אז...

- התחרות שלנו היא לא עם המחלקות בבתי החולים הציבוריים השכנים אלא עם בתי החולים הפרטיים
- אם נייצר כלים שיאפשרו לנו תחרות הוגנת עם ה- Group Practice בפרטי נוכל להצליח בגלל יתרון האיכות, הבקרה הפנימית, האקדמיה, המחקר, והגיבוי הרפואי שקיימים בבית חולים ציבורי
- אם הרופאים בקהילה יתרשמו שהטיפול והשירות שהחולה שלהם מקבל הוא איכותי יותר ואמין יותר אצלינו מאשר בביה"ח הפרטי, הם יעדיפו להפנות את החולים שלהם אלינו
- אם נציע לרופאים שכר הגיוני, הם ישמחו לעבוד בציבורי גם אם ההשתכרות תהיה נמוכה מזו שבפרטי
- הרופא נשאר יותר רופא מאשר "איש עסקים" ויזם

צעדים שננקטו

- יצירת תמריץ למטופל ומשפחתו – מתן שרות רפואי מיטבי בתנאים מיטביים ומתן מענה לצרכים האמיתיים של המטופל
- יצירת תמריץ אמיתי ומשמעותי לרופאים – תשלום שכר ראוי, אם כי לא בגובה השכר שמשלמים באסותא, אבל כזה שיקטין את הפער הבלתי נסבל בין השכר בבי"ח פרטי לבי"ח ציבורי
- הקמת מרכז מצויינות שמאפשר לרופאים ולצוות הפרה-רפואי להתפרנס בצורה הגונה וסבירה, בתנאי עבודה טובים מאד, ומתן טיפול מיטבי לחולים

צעדים שננקטו

1. הקמת מחלקת אשפוז צנתורים עם תנאי אשפוז טובים
2. שדרוג חדרי הצנתורים
3. שינוי הליך הקבלה והשחרור של המטופל האלקטיבי לנוחיות המטופלים והמשפחות
4. התייעלות כלכלית
5. ביטול התור להמתנה לצנתור
6. אפשרות בחירת רופא על ידי המטופל ללא תשלום וללא קשר לסוג הביטוח הרפואי שבידו, או לעצם קיום ביטוח, כולל בפעילות הבוקר
7. התחייבות עקרונית של הרופאים להפסיק את פעילותם בבתי החולים הפרטיים ולהפנות את כל המטופלים שלהם לצנתור במרת"א, תמורת תיגמול על הפעילות הנוספת בשעות אחה"צ

תוכנית בחירת רופא מצנתר מרת"א שנת 2006

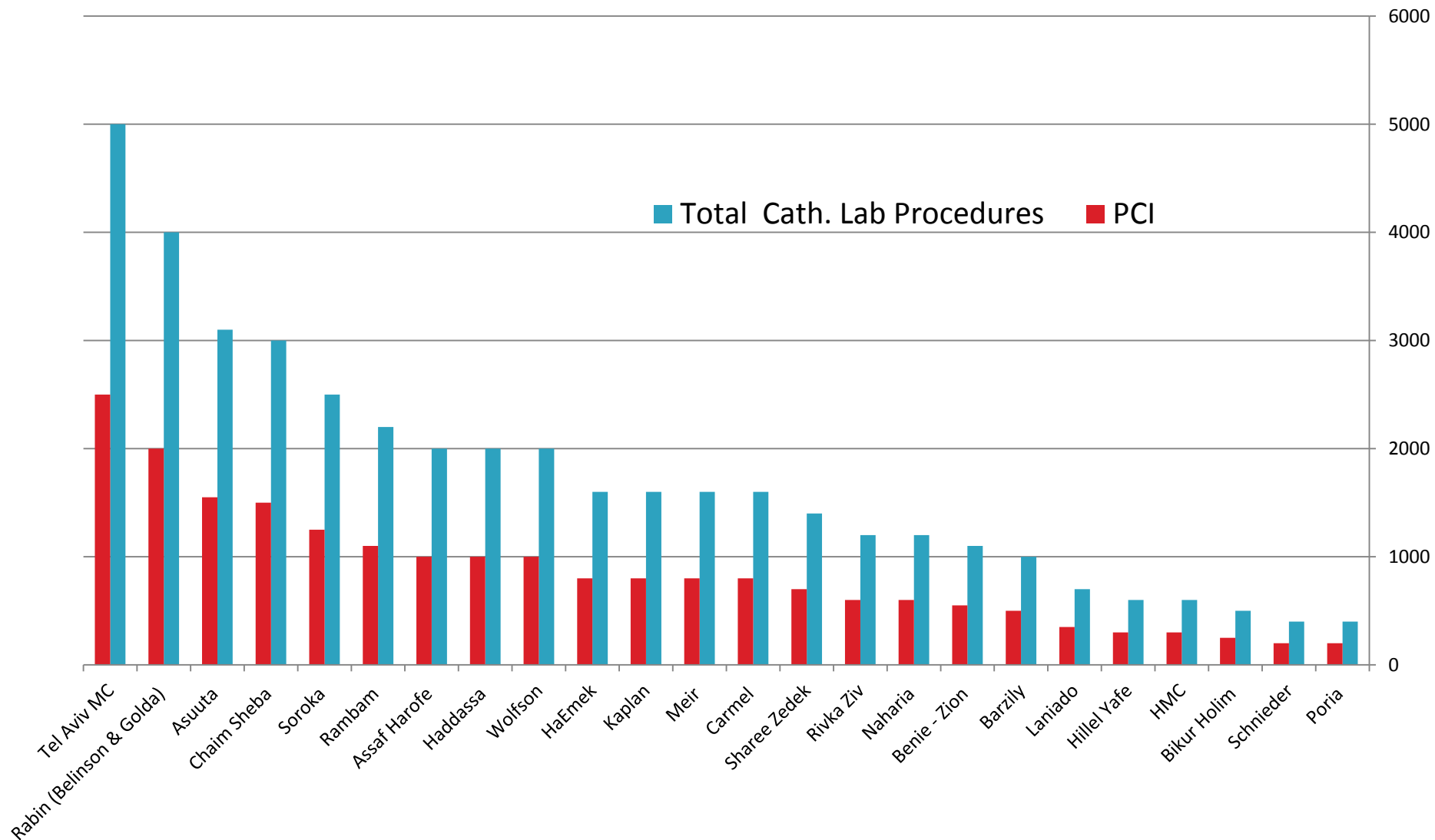
עקרונות בסיס לתוכנית

- בחירת הרופא שווה וחופשית לכל המטופלים: המאושפזים במחלקות בית החולים והמטופלים המופנים מהקהילה
- בחירת הרופא המצנתר אינה קשורה לעצם קיום ביטוח רפואי מיוחד, לסוג הביטוח המשלים או הפרטי שבידם, וניתנת, ככל שהדבר מתאפשר, על פי סדר הכוננות והזמינות של הרופאים הבכירים
- איש מהחולים לא ישלם מכיסו עבור הטיפול שמקבל אצלנו או בתמורה לבחירת רופא מסוים שיבצע את הצנתור, וסך התשלום שיקבל ביה"ח עבור הפעולה לא יהיה גבוה מהתעריף שקבע משרד הבריאות
- הרופאים המצנתרים יקבלו תשלום נוסף מתאגיד הבריאות עבור הצנתורים בשעות אחה"צ של החולים הנושאים ביטוח בריאות מיוחד (אותה אוכלוסיית מטופלים אשר היו עוברים צנתור בבתי החולים הפרטיים)
- נקבעו מכסות לפעילות בוקר שחייבים לעמוד בהן
- התוכנית קיבלה אישור מ-3 יועצים משפטיים בלתי תלויים שונים ומהלשכה המשפטית של מב"ר

תוצאות

1. גרפנו את נתח הפעילות חזרה הביתה, מספר הפעולות בקרדיולוגיה התערבותית עלה מכ- 2,000 פעולות בשנת 2005 לכ- 5,000 פעולות בשנת 2012, ואנחנו היום מספר 1 בארץ בנפח פעילות

סך כל הפעילות בקרדיולוגיה התערבותית בבתי החולים בישראל בשנת 2012 (נתוני התעשייה)



תוצאות

1. נפח הפעילות עלה בצורה משמעותית (פי 3 מהציפיות)
2. התוצאות הרפואיות השתפרו למרות הזדקנות האוכלוסייה המטופלת
3. שכר הרופאים עלה
4. הרופאים והצוות הרפואי בחרו להשאר במערכת הציבורית. אף לא אחד מהרופאים הבכירים עובד בפרטי, למרות שיש להם האופציה
5. הגדלת נפח הפעילות תרמה להתייעלות כלכלית משמעותית שמאפשרת שימוש בצידוד המתקדם והמודרני ביותר, כולל צידוד שלא קיים בבתי החולים הפרטיים
6. שביעות רצון רבה של המטופלים
7. שביעות רצון רבה של הצוות שמתבטאת במוסר עבודה גבוה, נאמנות למקום, הרגשת מחויבות ורצון למעורבות, יעילות, שמירה על הצידוד והמתקן

ביולי 2011 ביצענו בחינה של התוכנית ותוצאותיה נכללו בבדיקה כל החולים שעברו צנתור בבית"ח בתקופה שבין ינואר 2006 ליולי 2011 (סה"כ 19,500 חולים)

נמצא כי בין השנים 2006-2011:

- גיל האוכלוסיה שעברה צנתור עלה באופן משמעותי עם השנים
- האוכלוסיה המצונתרת הפכה חולה יותר ובדרגת סיכון גבוהה יותר (מדד צ'רלסטון)
- אחוז הצנתורים התקינים – 9.8% (המקובל בספרות- 20%)
- מידת הסיבוכים (מוות, צורך בצנתור חוזר לא מתוכנן, היצרות חוזרת בתוך התומכן)
- ירדה בכל החולים באופן משמעותי לאורך השנים שנבדקו
- מידת הסיבוכים ירדה במידה שווה בשתי קבוצות החולים- מטופלים במסלול "המיוחד" שבחרו רופא, ובמטופלים במסלול "הרגיל" שלא בחרו רופא

נכון ל- 2012:

- פעילות אחה"צ (ססיות) מהווה 50% מכלל הפעילות
- צנתורים של מטופלים עם ביטוח מיוחד עבורם יש תגמול מוגדל מהווים 23% מכלל פעילות הססיות
- כל אנשי הצוות – רופאים, אחיות, טכנאים, מזכירות, פועלי עזר – מקבלים שכר נוסף עבור הפעילות אחה"צ, מה שמגביר מאד מוטיבציה ויעילות העבודה
- הרופאים משתכרים פר צנתור כ- 50-70% מהתגמול עבור אותה פעולה בבית החולים הפרטי
- מהרופאים שלנו נחסך הצורך להתרוצץ בין החולים בבית החולים הפרטי לציבורי, ולעבוד בפרטי בלי גיבוי רפואי ובלי ביקורת
- ברור לכל שהחולה מקבל טיפול רפואי טוב יותר אצלנו מבלי שהוא נדרש להוציא כסף מכיסו

נכון להיום (2013) מרכז המצויינות לא יכול להמשיך להתפתח ולהתרחב

- בית החולים לא מתוגמל על הצלחת הפרוייקט, אלא להפך – הוא נענש בגלל אילוצי הנחות לקופות החולים וחישובי "אלפא" ו"קפינג" היסטוריים
- לכן, הנהלת בית החולים מגבילה אותי: "אל תגדל" הם מבקשים, אם תגדל נפסיד יותר כסף.....
- כל זמן שהפרוייקטים של מצויינות לא מתוגמלים על ידי הביטוחים הפרטיים והמושלמים, לבית החולים אין מאיפה לתגמל
- נוצר מצב אבסורדי שמטופל מקבל טיפול במרכז מצויינות בבי"ח ציבורי, ולמרות שיש לו ביטוח פרטי ששם יש כסף, הכסף הזה לא יכול להכנס לפרוייקט

נכון להיום (2013)

- המטופלים שמעוניינים להגיע לטיפול במרכז המצויינות שלנו נתקלים בקשיים או בסירוב מוחלט מצד הגורם המבטח לקבל אישור משרדי לבצע את הצנתור אצלנו
- כל המבטחים (כולם!) לוחצים על המטופל לבצע את הצנתור בבי"ח פרטי

נכון להיום

צנתור במרת"א

- זכות בחירת רופא ללא תשלום
- אין תשלום נוסף עבור ציוד או משתלים מיוחדים
- בקרה יומיומית על הצורך הרפואי בצנתור
- בקרה פרטנית על איכות הביצוע ועל התוצאה
- בכל צנתור שני רופאים בכירים נוכחים ועוד צוות כונן
- ביצוע מקרים מסובכים ומורכבים על בסיס יומיומי
- סירוב מוחלט של המבטחים הפרטיים ושל הביטוחים המשלימים של קופות החולים לאשר צנתור אצלנו
- מאבק יומיומי לקבל אישור משרדי לצנתור אצלנו מכל קופות החולים

צנתור בבי"ח פרטי

- זכות בחירת רופא עם תשלום
- תשלום נוסף עבור ציוד ומשתלים מיוחדים
- אין כל בקרה על הצורך הרפואי בצנתור, רוב המקרים הם – Self referral
- אין בקרה ופיקוח על איכות הביצוע ועל התוצאה
- בד"כ מצנתר בכיר יחיד בצנתור
- אין אפשרות לבצע מקרים מסובכים ומורכבים
- אין בעיה לקבל אישור משרדי לצנתור מהביטוחים הפרטיים, או מהביטוחים המשלימים של קופות החולים

אני מאמין

- אפשר לייצר מרכזי מצויינות ברפואה הציבורית
- אפשר להחזיר פעילות רפואית לבתי החולים הציבוריים
- אפשר להתמודד עם זליגת מוחות וזליגת "הכוכבים" החוצה לפרטי
- אפשר לתת מענה רפואי מצויין למטופלים במרכז מצויינות בבית החולים הציבורי

אפליית המשאבים בין הפרטי לציבורי

מה שעוצר את התהליך הוא ה"מעצור" שהושם על הכסף

- האיסור על הביטוחים המשלימים והביטוחים הפרטיים לעבוד מול בתי החולים הציבוריים ומול מרכזי המצויינות שלהם
- האיסור על בתי החולים הציבוריים לשווק לציבור המטופלים את מרכזי המצויינות

איסורים שחלים רק על הציבורי, מפלים אותו לרעה, כובלים את ידיו ובכך מונעים התמודדות אמיתית והוגנת מול הפרטי

המנגנונים הקיימים מגבילים את התהליך של מרכזי המצויינות וחונקים אותו

ביה"ח הציבורי צריך לקבל כלים אמיתיים להתמודד מול הרפואה הפרטית:

1. כסף שיזרום מהביטוחים
2. זכות לשיווק
3. הבנה שטיפול מרכזי מצויינות היא הכרחית ומהווה חלק בלתי נפרד מרפואה טובה, ושיש לאפשר למרכזים כאלו להתפתח, עם יותר מיטות ויותר תקנים – אם צריך
4. ביטול התקרה להשתכרות רופאים בציבורי
5. לאפשר לרופאים להביא פעילות לבית החולים הציבורי ולהשתכר מתוך הפעילות שיביאו

- היום הרופאים עושים מה שנכון בשבילם ונכון למטופלים שלהם – יוזמים ומקימים מרכזי מצויינות של רפואה פרטית
- אם יקומו מרכזי מצויינות בבתי החולים הציבוריים – ניתן יהיה לדרוש ממנהלי מחלקות, מנהלי יחידות ורופאים בכירים (דרישה שאי אפשר לדרוש ולקיים היום):

לבחור בין הפרטי לציבורי

תודה על תשומת הלב