



31 ביולי 2013
סימננו: 411/13

מודל להפעלת בחירת רופא בבתי חולים ציבוריים

מוגש לוועדה למען הרפואה הציבורית שבראשות שרת הבריאות

בהמשך לגילוי הדעת בנושא שהוגש לוועדה בכתב ובעל פה, נתבקשתי על ידי שרת הבריאות היושבת בראש הוועדה וממזכיר הוועדה לפרט את המודל אותו אני מציע לשם הפעלת שירות בחירת הרופא/מנתח בבתי החולים הציבוריים.

כזכור, הטענה העיקרית בגילוי הדעת הייתה שפני הרפואה הציבורית ואיכותה כפני ואיכות ההתמחות לתחומי הרפואה השונים שמתבצעת אך ורק בבתי החולים הציבוריים. טיבה תלוי רובה ככולה ביכולת ההוראה, בכמות ובנוכחות הרופאים המומחים בכל שעות היממה בבתי החולים, שכן ההתמחות הרפואית הנה שוליינית מטבעה ועיקרה "חיקוי תוך התבוללות" של תנועות והתנהלות המורים שהם הרופאים המומחים.

היות ונוכחות המומחים בבתי החולים הולכת ומדלדלת בגין אפשרויות ההשתכרות העצומות במערכת הפרטית או בקהילה, הדרך היחידה לדעתי להחזיר את הגלגל אחורנית היא יצירת תנועה הפוכה לזליגת הרופאים ואיתם שאר אנשי הצוותים הרפואיים מבתי החולים החוצה וזאת על ידי יצירת יכולת תגמול בבתי החולים הציבוריים שתוכל להתחרות בזאת הנהוגה כיום בבתי החולים הפרטיים ושמבססת רובה ככולה על כספי הביטוחים המשלימים והביטוחים הפרטיים.

לפתרון אפשרי זה קיימת התנגדות של משרד האוצר ואליה התייחסתי בהרחבה בגילוי הדעת שהוגש לוועדה והתנגדות אחרת, המבוססת על העדר אפשרי של שוויוניות והפליה בין המטופל המבוטח לבין המטופל הלא מבוטח, עקב תשומת לב גדולה יותר של המנתח למי שבחר בו ושילם את שכרו ועקב הפליה בקביעת התור לטובת המבוטחים. מרכיבים אלה של שוויוניות ונראות ציבורית מהווים מכשול בפני יישום בחירת רופא בבתי החולים הציבוריים. המודל אותו אני מבקש להציג אמור להסיר מכשול זה.

ראשית, סוגיית היחס המועדף הצפוי מצד הרופא כלפי החולה ששילם את שכרו, תופעה שייתכן ותתרחש, ניתנת לפיתרון על ידי ניתוק מוחלט בין החלק הרפואי מקצועי לבין נושא התגמול. כיום התגמול לרופא המטפל או המנתח משולם ישירות מחברות הביטוח לכיסו של הרופא. הצעתי היא, כי כל הכספים האלה ישולמו לבית החולים בו עובד הרופא על פי תעריף קבוע מראש.

עד כאן, מודל "הדסה" ו"שערי צדק", אלא שכאן יש לצרף מרכיב נוסף והוא, חוזה אישי עם הרופא ובו שכר שנתי גלובלי (המורכב מן המשכורת הרגילה והתקבול מן הביטוחים המשלימים) אשר אין בו כל זיכה או קשר למטופלים. בחוזה עם בית החולים מתחייב הרופא לבצע מספר פעולות מינימאלי בתמהיל מוסכם, אשר סך ההכנסה מהן לבית החולים, מן הביטוחים המשלימים, תאפשר תשלום השכר הגלובלי כאמור (בחוזה זה אף יוסכם כי הרופא יקבל כ-20% פחות מן ההשתכרות השנתית שלו בתמורה לאפשרות לעבוד ולנתח בבית החולים ללא התרוצצות, כאשר בלילות הצוות המוכר של מחלקתו משגיח על החולים. כמו כן, במידה וירצה להיות FULL TIMER, יתחייב לא לעבוד ולנתח מחוץ לבית החולים). בנוסף, יתחייב הרופא לבצע את אותו תמהיל הפעולות בשעות הבוקר עבור החולים שאינם בעלי ביטוח משלים ובכדי למנוע איפה ואיפה בנושא התור, פעילות בחירת רופא תתבצע רק לאחר שעות העבודה. התוצאה תהיה שמחד, נשמרת זכות המטופל לבחירת הרופא אשר לא ניתן יותר לוותר עליה ומאידך, נותק לחלוטין הקשר הכלכלי בין הרופא למטופל ועל כן הוסרו כל הפיתויים האפשריים שעלולים להפלות לרעה בין מבוטח לבין מי שלא מבוטח.

וכך, אני מאמין כי הפעלת כללים אלה תוך פיקוח הדוק והשגחה של הנהלת בתי החולים, יסיר כל ספק באשר לשוויוניות השירות והנראות הציבורית (למרות שחוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא חוק לא שוויוני ביסודו באפשרו למי שמשלם יותר לקבל יותר).

התוצאה של שינוי שכזה תהיה לדעתי משמעותית ביותר: המומחים יישארו בבתי החולים לשעות רבות, בייחוד לאחר שעות העבודה, תוך הפעלת המתקנים המאוד יקרים והעומדים כיום בשימונם בשני שלישי היממה, המתמחים יזכו לתמיכה ויכולת התייעצות בכל עת, הפעילות הרפואית המורחבת תגרום לריבוי המקרים הרפואיים אשר לא יצאו או יוצאו יותר אל בתי החולים הפרטיים ובכך תשתפר מאוד ההוראה והניסיון המצטבר עבור המתמחים. כמו כן הדבר יהווה זריקת מרץ לבתי החולים ותוספת ההכנסה תאפשר העסקת כוח האדם הנוסף, לעזרה בהתמודדות עם ריבוי החולים וריבוי השירותים שיידרשו. המודל אף יאפשר למנהלי בתי החולים לבחור ולהעסיק רופאים בתפקידי מפתח כ- FULL TIMERS, שכל מאווייהם נתונים לבית החולים, לחולים ולמתמחים. ולבסוף ולא פחות חשוב, תוספת ההכנסות לבתי החולים תפתור חלק או רוב בעיית התקציב הקיימת כיום ותכסה, כך אני מקווה, חלק או רוב הגירעונות ואולי גם הסובסידיה הנהוגה כיום.

אין ספק שכדי להגיע לייעד זה צריך יהיה להפעיל צוות חשיבה אשר ירד לפרטי הפרטים של ההסדר מחוץ לבתי החולים מול הביטוחים למיניהם ובתוך בית החולים, תוך כתיבת נוהלים ותקנות, על פי המלצתו של היועץ המשפטי לממשלה דאז, השופט אליקים רובינשטיין, אשר יחייבו את משרד הבריאות, הקופות ומנהלי בתי החולים וכמובן את משרד האוצר.

בכבוד רב,

ד"ר ב. דוידזון
מנהל המרכז הרפואי