

חוות דעת בנושא חיזוק מערכת הבריאות הציבורית
מוצגת בפני וועדת שרת הבריאות לנושא זה

חוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר החל דרכו כחוק שוויוני לכאורה ופרוגרסיבי, היה מלכתחילה לא שוויוני בעליל, עקב התוספת השניה על פיה רשאי האזרח לשלם יותר כדי לקבל יותר – ובכך יצר החוק הבדל בין בעלי יכולת למעוטי יכולת ולמעשה יצר אי שוויון חוקי.

זרע פורענות זה הצמיח עם השנים את המצב בו אנו מצויים כיום, המתאפיין לדעתי בשלושה מרכיבים כבדי משקל:

1. 80% מאזרחי המדינה מבוטחים בביטוח משלים על-פי החוק – כאשר רוב המבוטחים הם גם בעלי ביטוח שני, או שלישי ואפילו בעלי ביטוח מסחרי – כפילות חסרת תועלת למבוטח, אך מרבה הכנסות לביטוחים.
 2. כספי הביטוח המשלים, שהנם כספים ציבוריים בעליל, גם על פי דעתו של מבקר המדינה, משמשים למעשה לרפואה פרטית ואין הם מגיעים לבתי החולים הציבוריים, מלבד בירושלים.
 3. ההשתכרות לרופאים במערכת הפרטית דלעיל גדולה פי כמה (החל מכפול עד פי 5) וכפועל יוצא קשה למצוא מומחים בבתי החולים החל מתום יום העבודה ומומחים רבים יורדים בחלקיות משרה לשם פינוי יותר זמן לעבודה פרטית.
- אם נוסיף לכך את מצוקת התקציב הקשה של בתי החולים (גרעון של 700 מלש"ח לבתי החולים הכלליים הממשלתיים) ואת מצוקת קופות החולים אשר נאלצות לנסות ולחסוך על חשבון תקציב האשפוז הנתון לניהולן – הרי שנוצרו כל התנאים להתמוטטות איטית, אך בטוחה של איכות הרפואה הציבורית, זמינותה ונגישותה.

זאת יש לדעת:

איכות הרפואה ורמתה נקבעות על-ידי איכות ומקצועיות הרופאים והיא נרכשת אך ורק במסגרת ההתמחות בבתי החולים הציבוריים. אלו הם הרופאים הבכירים ומנהלי המחלקות בעתיד, אלו הם כל הרופאים העובדים בקהילה ובמערכת הפרטית אשר מושכת החוצה, בנוסף לרופאים מכל המקצועות גם אחיות וטכנאים, אשר מלכתחילה מספרם הוא קטן מצרכי בתי החולים.

אנו רואים בדאגה כיצד איכות ההתמחות האמורה הולכת ויורדת כפועל יוצא מהעדר המומחים המנוסים ברוב שעות היממה, מהוצאת המקרים הפשוטים מבתי החולים הציבוריים לגריפת השמנת של בתי החולים הפרטיים, וכל הנובע מכך בתחום הסיעוד והמקצועות התומכים.

הדרך היחידה, לדעתי, להחזרת הגלגל לאחור, היא שינוי כיוון הזרימה – כלומר, החזרת הרופאים המומחים לבתי החולים. כל פתרון אשר יביא מספיק כסף לתוך המערכת הציבורית כדי שתוכל להתחרות בשכר מחוץ לה- מקובל עלי !

פתרון הרופאים המומחים שיועסקו כ - Full Timers – פתרון שהוצע מספר פעמים בעבר הוא ללא ספק המענה הנכון. מאידך לצערי, – איני רואה את המדינה משקיעה את הסכומים הדרושים לשם כך.

לדעתי, הפתרון הוא בניצול חלק מכספי הביטוח המשלים, שהם כאמור כספים ציבוריים – לטובת המערכת הציבורית!

המנגנון אותו אני מציע – ואני לא היחיד – הוא מנגנון התרת בחירת רופא מנתח בבתי החולים הציבוריים, בדיוק כפי שהמליץ השופט רובינשטיין בהיותו חתום כיועץ המשפטי לממשלה על נייר העמדה המיתולוגי, אשר מרבים לפרש אותו כאיסור השירות הזה בבתי החולים הציבוריים – אבל למעשה – הניח את היסוד המשפטי להתרתו ע"י קביעת כללים ותקנות.

הנימוקים הנשמעים עדיין נגד סידור כזה מתחלקים בגדול לשניים:

1. הנימוק הכלכלי

2. הנימוק הציבורי – שוויוני

באשר לנימוק הכלכלי – הונחה בזמנו על שולחן האוצר חוות דעת (מטעמו של מי שכהן לימים כמנכ"ל הכללית), הטוענת שהתרת בחירת מנתח לכל מי שזכאי – יביא לצורך להעלאת הפרמיה ולמעשה להגדלת ההוצאה הלאומית לבריאות בשני מיליארד שקל – והגדלת האחוז של הוצאה זאת מן התמ"ג.

יש לזכור שבתקופה ההיא מספר המבוטחים בביטוח משלים היה סביב 40% מן הציבור. במילים אחרות, עמדה זאת – אשר אומצה ע"י האוצר גורסת שיש להמשיך ולהגביל את יכולת המבוטחים – ששלמו במיטב כספם – לממש את זכותם. איני יודע מה היה אומר על זה היועץ המשפטי לממשלה... אבל – אם נתמודד עם ההנחה של התייקרות ההוצאה הלאומית לבריאות – די להצביע על שלוש עובדות:

א. עלות שעת ניתוח במערכת הציבורית זולה בהרבה מעלותה בבתי החולים הפרטיים.

ב. הרופאים יוותרו בשמחה על 20%-30% מהכנסתם תמורת האפשרות לא "לנדוד" החוצה, לנתח במקום מוכר עם צוות מוכר, כאשר החולים מטופלים בלילות על ידי צוות המחלקה שלהם ובתמורה לתוספת הבטיחות והביטחון בייחוד בפרוצדורות גדולות ומסובכות.

ג. פתיחת השרות ב – 24 בתי חולים כללים – יגרום לירידה משמעותית במחירים – ועל כן בעלויות על רקע התחרות שתתפתח.

לאור הנ"ל – אין בליבי ספק – ויש גם כלכלנים התומכים בכך – שלאחר תקופת מעבר לא ארוכה יוצר סטטוס קוו – אשר לא יהיה שונה בהרבה מן הקיים כיום. אומרים אותם כלכלנים, שגם אם יתווסף אחוז להוצאה הלאומית לבריאות – העומדת כיום בשפל שאין כדוגמתו במדינות OECD (7.8% מן התמ"ג) – לא יתהווה אסון לאומי.

באשר לטענת הנראות הציבורית והשוויונית – טענה שהתחזקה לאחרונה לאור הפרסומים של תורים ארוכים למי שלא עבר דרך שר"פ הדסה לעומת תורים קצרים למי שעבר דרך מנגנון השר"פ, הרי שיש תחילה להבין שהרוב בציבור, כ- 80% הם כאמור בעלי ביטוח משלים (לפחות אחד) – המשמעות היא שבניגוד לתקופת חוות הדעת של השופט רובינשטיין – הרוב באוכלוסיה נפגע עקב חוסר יכולתו לממש את זכותו לבחירת רופא או מנתח.

הטענה על אי שוויוניות בכך שהמנתח יתן תשומת לב יתרה למנותחים על ידו במנגנון בחירת המנתח, ניתן לניטרול בקלות ע"י ניתוק מוחלט בין המנתח והתמורה הכספית. ניתן לתקן תקנות ונוהלים הקובעים את מספר ומועד הניתוחים במנגנון בחירת מנתח ואת תמהיל הניתוחים במערכת הביטוח המשלים והביטוח הרגיל – כאשר התמורה משולמת לבית החולים אשר ינהל את תשלום השכר למנתחים על פי מחירון ולוח זכאות המגובה בחוזים חתומים.

על פי מנגנון זה, ניתן יהיה ככל הנראה אף לאפשר החתמתם של Full Timers בתמורה לשכר גלובלי מוסכם – שמקורותיו בצירוף כספי השכר הממשלתי לכספים המצטברים תמורת הפעילות מול מנגנון הביטוח המשלים.

היות וחשבתי על כך רבות – אוכל לפרט הרבה יותר ולתת מענה לכל הקושיות והקשיים לכאורה שבביצוע הפעלת בחירת מנתח במערכת הציבורית – אם אתבקש כמובן.

לסיכום –

מניעת דעיכתה של מערכת הבריאות הציבורית תלויה אך ורק במניעת דעיכת בתי החולים הציבוריים ואיתם – דעיכת המרכיב העיקרי והחשוב ביותר – מערכת ההתמחות. לשם כך, יש להזרים לבתי החולים משאבים כספיים שיהפכו את כוון זליגת כוח האדם הרפואי המיומן – מן המערכת הציבורית אל הפרטית. המדינה לא מסוגלת – במצב הנוכחי – לספק סכומים אלה אבל אין בכך צורך, שכן מיליארדי השקלים הנצברים לכיסים פרטיים דרך הביטוחים המשלימים והמסחריים – יספיקו ואף יותר למטרה זאת.

בכבוד רב,
ד"ר בני דוידזון
מנהל המרכז הרפואי אסף הרופא

החתום לעיל הנו רופא בוגר האוניברסיטה העברית, מומחה בכירורגיה ומינהל ומנהל מזה כ- 15 שנים את המרכז הרפואי אסף הרופא אשר בצריפין, על 840 מיטותיו ו- 3,000 עובדיו ובעל תקציב שנתי של כ- 800 מלש"ח