

וועדת גרמן

פרופ' יהודה אולמן 12.9.13

העיקר: הבריאות !!!

הקדמה

- רופא מן השורה המחוייב למערכת הציבורית.
- מנהל מחלקה : 6 פרופ' חבר קליני בטכניון, מנהל מרפאה מקצועית של שב"כ, בעבר יו"ר איגוד, יו"ר וועדת הבחינות, חבר וועד 8 שנים, ומאתמול גם יו"ר.
- ממייסדי ארבל.
- עושה כל שניתן במערכת הציבורית : אסתטיקה, שירות לשב"כ, שילוב עם בתי חולים בפריפריה (פורייה, עפולה), צבא.
- נאלץ לתת חוו"ד שנייה ולבתי משפט מהקליניקה הפרטית.

הרפואה בבתי החולים: עובדות

- שם ניתנת רפואת חירום 24 ש'.

- המקרים המורכבים ביותר במלחמה ובשלום

- כאן מצויות המחלקות היקרות יותר טנ"מ, כויות, נוירוכירורגיה, וכל הטרומה.

- כאן מצוי דור העתיד הצריך את ההדרכה הטובה ביותר.

- הנ"ל זוללי כסף, אינם מצויים במערכת הפרטית ובתי החולים אינם מתוגמלים כראוי בעבורם.

- בתי החולים בגרעון מתמיד.

- ההצטיידות והבנייה בעקר מתרומות.

- התגמול בבתי החולים נמוך ולא כדאי.

- היוקרה הולכת ונרמסת: ההסכם האחרון, והשעון.

- הרופאים עוזבים, לכל היותר אחר 8 שעות, והולכים לקהילה (למתקנים שלה או בקליניקות

שלהם, שם מתוגמלים היטב. (השעון הגמיש מאפשר להתחיל מאוחר יותר ולצאת מוקדם)

הרפואה בבתי החולים: המשך

- נטייה בולטת לרדת לחלקי משרה, נשארים רק כדי להינות מהבטוח, לא רוצים משרות מליאות, רוצים להיות בקהילה.
- פחות רופאים טובים נמצאים בבתי החולים.
- ירידה בתפוקה, העבודה נמדדת בזמן ולא בתפוקה.
- בתי החולים מתרוקנים אחר השעה 1500 ובסופ"ש
- התגמולים שהובטחו למקצועות המצוקה, אינם משולמים כדבאי, צפוי חסר ברופאים אלה.
- בחירת המקצועות היא עפ"י התגמול הצפוי אחר סיום ההתמחות.
- כשליש מהרופאים עובדים בבוקר ומשולמים מהקרנות (!), המסבסדות חלק ניכר מפעילות בית החולים.

הביטוחים המשלימים (והפרטיים)

- כפל ביטוחים
- יש לכ-75% מהאוכלוסייה.
- טמון שם כסף רב, רק "להתכופף ולקחת.."
- יש עידוד לצרוך אותם
- המימוש הוא רק בקליניקות ובתי החולים הפרטיים.
- תקדים" ביה"ח באשדוד

פתרונות אפשריים

- שמוש בבטוחים המשלימים בבתי החולים הציבוריים וגם במתקני הקופות.
- הנ"ל אחר שעות העבודה, ולא כמו בהדסה.
- לגבות השתתפות משמעותית מאלה שבוחרים את בתי החולים הפרטיים.
- רגולציה : לחייב תפוקת בוקר כדי שאפשר יהיה לעבוד אחה"צ
- לאפשר לא רק פעולות אלא גם ייעוצים, חוות דעת לבתי המשפט.
- לשקול פתיחת מחלקת אשפוז נפרדת למטופלי השב"ן.
- לאפשר ולעודד שת"פ בין בתי החולים והקהילה, והפריפריה.
- תמחור הפעולות והבדיקות במחירם האמיתי.
- רשות אשפוז (ולא משרד הבריאות והקופות).

פתרונות-המשך

- להשלים את התקנים החסרים (לא מהקרנות).
- כאלה שאין במקצועם אפשרות לפעילות פרטית (הם מועטים), יתוגמלו על ידי אלה שכן יכולים.
- למנוע מבתי החולים הפרטיים מתן התמחות והוראה (כי שארית המשיכה תאבד).
- שילוב בין בתי החולים לקהילה (מיקור חוץ).
- בתי החולים הציבוריים יתנו לא רק שירות לביטוחים אלא גם שירותים פרטיים.
- תיירות מרפא, איננה פוגעת בישראלים, גם היא מבוצעת מחוץ לשעות העבודה.
- יותר סטודנטים לרפואה גם ע"ח הסטודנטים הזרים, בתי החולים יוכלו לעזור במימון הפקולטות.

פתרונות 2

- לחזק את תאגידי הבריאות : הם החמצן של בתי החולים.
- לחילופין, לאחד את תאגידי הבריאות עם בתי החולים.
- לפתוח אופק להתקדמות הרופאים, להגביל את משך הכהונה של המנהלים.
- לחזק את מעמד הרופאים במערכת הציבורית : הפחתת ההתעמרות של "הפקידים" ת"ש טובים יותר. צריך לזכור שהמטופלים מגיעים בעקר לרופאים...
- לעודד מחקר קליני, ולאפשר תגמול טוב יותר לרופא החוקר, מהכסף שהוא מביא.
- יותר : DRG

התוצאות הצפויות

- כסף למערכת הציבורית מבלי להעלות תקציבים
- קצור תורים מהבוקר, לחסרי הביטוח, ולמקרים מורכבים ודחופים
- כל הצוותים יתוגמלו (פרט לרופאים, גם אחיות ומנהלה)
- רופאים טובים יישארו בבתי החולים, זה נח יותר למרות הירידה הצפויה בהכנסה.
- הנ"ל יאופשר לרופאים בחלקי משרה גבוהים בלבד.

תוצאות-המשך

- יסיר את העוקץ של השעון.
- יותר בקרה על פעולות מיותרות.
- זמינות הרופאים הבכירים גם בשעות המאוחרות.
- הוראה טובה יותר, הבכירים יהוו את הדוגמא.
- יבטל את ההנחה שמתחילה להופיע: שרק אלה שאינם מבוקשים בחוץ, נותרים במערכת הציבורית.

ובתגובה לדוברים קודמים (ברבש, רוטשטיין, ביאר, נציגי ה.ר.י.מועלם, ואח')

- לא ניתן לאפשר בחירה בבקרים-מתמחים
- אסותא הוא אכן ציבורי אך פתוח בסלקציה.
- תמיד יהיו מטופלים שיעדיפו את בתי החולים הפרטיים, הם לא יינזקו משמעותית.
- המצב הוחמר אחר ההסכם.
- להוריד את השתתפות בית החולים בתביעות : עד מומחה-אחד, אי הוכחת רשלנות.
- לעולם לא ניתן יהיה לתגמל את הרופאים בדרך שתתחרה על עבודה נוספת, והסיכוי להגדלת התקציב לבריאות אפסי.
- דור חדש : רוצה כסף.