

מחלקה כיחידה כלכלית סגורה

איתן בלומנטל

מחלקת עיניים, המרכז לבריאות האדם, רמב"ם

בתקופות של הידוק החגורה במערכת הרפואה הציבורית ושל גזירות קשות לעיכול, נשמעים קולות המבקשים לשקול הפיכת מחלקות בבתי חולים ל"יחידות כלכליות סגורות", תופעה המכונה גם "תקציב סגור" או "עצמאות כלכלית". במאמר דעה זה אנסה לשקף מקצת מהדילמות העוטפות הסבה של מחלקה קלינית בבית חולים ליחידה כלכלית סגורה, תוך הדגשת התובנה שחלק גדול מהדילמות נמצאות במגרש הערכי ולא דווקא הכלכלי. כדי להכניסכם לעובי הקורה, אתחיל דווקא בדוגמה שעל פניה נשמעת בלתי סבירה בעליל, אך משקפת היטב את המשמעות האמיתית של מעבר לעצמאות כלכלית – מהלך שיש בו קווי דמיון לשינוי הסטטוס של עובד ההופך משכיר לעצמאי.

אבסולוטי מה יעלה בגורלן של מחלקות מפסידות, שכמעט ואין דרך להפוך אותן לרווחיות (לדוגמה עקב תמחור משרד הבריאות), האם "ייקנסו" לנצח? (מהיכן יילקחו 'קנסות' אלו?), או ייובשו לנצח? מאידך, אם החישוב יהיה יחסי: האם הבסיס (Baseline) יישאר קבוע (יוצמד תמיד לתוצאות השנה שלפני הפיכת המחלקה ליחידה כלכלית), או לחלופין 'תאפס' מדי שנה או מדי מספר שנים? אם תיבחר החלופה היחסית, תהיה פגיעה לא סימטרית דווקא במחלקות שעד כה התנהלו באופן החסכני והרווחי ביותר. ייווצר מצב פרדוקסאלי שבו מחלקות שתיפקדו היטב עד כה ייפגעו, בעוד שמחלקות בזבזניות ופחות רווחיות יתחילו את דרכן ממצב בסיס נוח ומפנק בהרבה. חשוב להדגיש כי חישוב יחסי איננו באמת יחידה כלכלית עצמאית, הן מכיוון שהוא מנציח עיוותים היסטוריים, והן מכיוון שאינו מאזן אמיתי שבבסיסו השווה בין גובה ההכנסות אל מול גובה ההוצאות.

3. אילו הוצאות יתאפשרו? אתן מספר דוגמאות: האם מנהל יהיה רשאי במסגרת תקציב הוצאות המחלקתי להעלות משכורות, לממן מסע פרסום, לגייס מנהל אדמיניסטרטיבי, לממן השתלמות ארוכה של רופא בחו"ל שמטרתה לימוד טכניקה כירורגית חדשה, ולשדרג את מערך המחשוב המחלקתי?

4. האם תוגדר רשימה של 'הוצאות מותרות בשוטף' ולעומתן 'הוצאות מותרות מרווח' (לפי העיקרון ששימוש ברווח יהיה ליברלי בהרבה)?

5. כיצד יחושבו הכנסות: לפי שווי טופס 17 במחירון (דהיינו במחיר מלא), או לחלופין, תמחור אמת תוך התחשבות ב-Cap, בהסכמים עם הקופות, תוך התחשבות בחובות אבודים ובחובות עומדים? האם קיים בבית החולים מסד נתונים המאפשר חישובים מדויקים ברמת רזולוציה כזאת? כיצד לדוגמה יתומחר ייעוץ שהמחלקה נתנה לחולה בחדר מיון שסך הביקור שלו בחדר המיון היה הפסדי? האם התחייבות מקופת חולים כללית תתומחר שונה

רווח, או שהאחריות (Accountability) חלה גם בתקופות של הפסד? האם על מנהל המחלקה "להניח את המפתחות" בסיטואציה שנוצרה? והאם אפשר בכלל לדבר על קביעות בתפקיד בסיטואציה של יחידה כלכלית סגורה? במאמר זה יוצגו מקצת מהדילמות שמלוות הפיכת מחלקה ליחידה כלכלית סגורה, שהן בעיקרן דילמות ערכיות ולא דווקא כלכליות.

1. האם כל מחלקות בית החולים יהפכו ליחידות כלכליות סגורות או רק חלקן? אם חלקן, האם רשות (רק אותם מנהלים שיחפצו בכך), או חובה (בהחלטת ההנהלה). אם חובה: לפי אילו קריטריונים ייבחרו המחלקות שיהפכו ליחידות כלכליות? אם רשות, הרי רק מחלקות רווחיות יבקשו וודאי להפוך ליחידות רווח-הפסד סגורות. שינוי זה עלול להרע את מצבו הכלכלי של בית החולים, וכאמור, רוב בתי החולים הציבוריים בארץ, עוד לפני שינוי כזה, אינם מאוזנים כלכלית.

2. זוהי אולי הדילמה המורכבת ביותר: האם חישובי רווח/הפסד נכון שיהיו מוחלטים (אמיתיים: הכנסות מינוס הוצאות) או שמא יחסיים (אין התייחסות ישירה לשורת הרווח/הפסד, אלא השוואתה למצב הבסיס (Baseline)), מצב הרווח/הפסד בשנה שלפני הפיכת המחלקה ליחידה כלכלית). אם החישוב יהיה מוחלט (אבסולוטי), הרי מחלקות שתמיד היו רווחיות יתחילו לפתע 'לעלות' להנהלה הרבה מאוד כסף בלא שיצטרכו להפגין התייעלות כלשהי או הגדלה בהכנסות, מעצם היותן מחלקות רווחיות. בחישוב

מנהל מחלקה לכירורגיה פונה למנהל בית החולים בבקשה להפוך ליחידה כלכלית סגורה, והבקשה נענית בחיוב. במהלך השנה הראשונה כיחידה כלכלית סגורה ועצמאית, מתרחשת הגדלת פעילות מרשימה, והמחלקה מסיימת את השנה ברווח של שני מיליון ₪. מוסכם ביניהם שסכום זה יחולק שווה בשווה בין בית החולים לבין הנהלת המחלקה. בסכום שנותר בידי המחלקה נשלחים רופאים בכירים להשתלמויות, מבוצע שיפוץ יסודי של חדר הצוות ונקנה ציוד אנדוסקופי מתקדם [1].

בשנה השנייה לא מאיר המזל פנים למחלקה. כבר בתחילת השנה נעצרה הפעילות הניתוחית בחדר הניתוח למשך שבועיים עקב שיפוץ לא מתוכנן והכרחי בתשתיות המים והחשמל. בהמשך נחלש זרם ההפניות מאחת מקופות החולים שפתחה מחלקה נוספת בבית חולים של הקופה, ובאמצע השנה עוזב במפתיע אחד המנתחים הבולטים על רקע מינוי למנהל מחלקה בבית חולים אחר. השנה מסתיימת לא לפני שעל רקע המצב הביטחוני מגויסים במפתיע כשליש מרופאי המחלקה והפעילות הכירורגית מאיטה עוד יותר. כתוצאה משילוב גורמים אלו מסיימת המחלקה את השנה בהפסד של ארבעה מיליון ₪. כעת פונה מנהל בית החולים ודורש ממנהל המחלקה לקיים את חלקו בהסכם, ולהעביר שני מיליון ₪ (כמחצית מההפסד) לקופת בית החולים. האם הגדרתה של מחלקה כיחידה כלכלית סגורה תופסת רק בתקופות של

אחרת. דוגמה תיאורטית להמחשת התופעה: מה תהיה ההתייחסות כלפי מנהל מחלקת הרדמה שחישב כי הרדמות אורתופדיות ונירוכירורגיות אינן כלכליות עבורו, החלטה שתביא להיעלמותן של שתי מחלקות חשובות (ואולי גם רווחיות) אלו.

19. הכשרה, הדרכה וליווי: מהלך כה משמעותי נכון שיבוצע בליווי צמוד של מקצוענים בתחום הכלכלה והניהול. לא יהיה פשוט למנהל שלא היה מעורב עד כה בניהול עסקי/ כלכלי לנהל לפתע 'חברה עסקית' המעסיקה 100 עובדים וחולשת על מחזור של עשרות מיליוני שקלים בשנה. האם הכוחות הכלכליים הקיימים בבית החולים ערוכים להתמודד עם משימה כזו, או שמא יהיה צורך לשכור לשם כך ייעוץ וליווי חיצוניים? חשוב להדגיש שליווי מקצועי בתחום הכלכלי יכול לחזק את תפקודו של מנהל מחלקה, אולם איננו תחליף להבנה כלכלית בסיסית.

20. יהיה צורך לתמחר מספר עצום של פעילויות בתוך בית החולים: לדוגמה, תמחור לקריאה דחופה של כירורג כללי שנחלץ לעזרת אורולוג (או להיפך) בחדר ניתוח, ולעיתים מבטל לשם כך את תוכנית הניתוחים שלו עצמו, מומחה לפגים שנקרא מחוסר ברירה ובדחיפות להחזיר עירוי דם בחדר מיון ילדים, תיקון ברז דולף במחלקה, ועוד מאות רבות של פעילויות המבוצעות בבית החולים כיום ללא התחשבות כספית.

21. האם על הנהלת בית החולים להמשיך ולגייס תרומות לטובת מחלקה "שיצאה לעצמאות מלאה" או שמישימה זו תעבור במלוואה לאחריות מנהל המחלקה?

ההשלכות המורכבות של הפיכת בית החולים לצבר של יחידות כלכליות עצמאיות

לצד חסכון והתייעלות שצפוי להביא מהלך כזה, חשוב לתת את הדעת להשלכות העוללות לקרות כתוצאה מהשינוי. תהליכים אלו קשים למדידה, אך הם עלולים להשפיע על התנהלות המוסד, איכות השירות הרפואי והתרבות הארגונית הקיימת. יש מקום לתת את הדעת לשינויים כדוגמת אלו:

1. מהלך של "מחלקה כיחידה כלכלית" עלול לפגוע קשות בפעילויות תוך-בין-וחוץ-מחלקתיות המבוצעות כיום כדבר שבשגרה, מבלי שהן מדווחות, ומבלי שמתקבל עבורם פיצוי או תגמול. **מהלך גורף שבו ההצדקה לפעילות רפואית הופכת להיות כלכלית, יפגע קרוב לוודאי בפעילויות האלה:**

12. לאחר שמחלקה תעבור לשיטה של יחידה כלכלית: האם בכל רגע נתון יהיה רשאי מנהל המחלקה לבחור לצאת משיטת ההתנהלות הסגורה או לחלופין, האם בכל רגע נתון תהיה רשאית ההנהלה לבטל את שיטת ההתנהלות הסגורה במחלקה כלשהי?

13. מה תהיה ההתייחסות למחלקות שירות קליני (כדוגמת מיקרוביולוגיה והרדמה) ולמחלקות שירות (כדוגמת ייעוץ משפטי, ביטחון, מכבסה): האם גם הן תהפוכנה ליחידות כלכליות סגורות?

14. כדי לקיים מודל של מחלקות כלכליות סגורות, יהיה צורך לתמחר כל פעילות ופעילות בבית החולים: האם יתאפשר למנהל לבצע משא ומתן על התמחור?

15. האם יורשה למנהל לרכוש שירותים חיצוניים מתחרים שיוכחו כזולים יותר: לדוגמה, בינוי שלא על ידי גף בינוי, דפוס שלא דרך בית הדפוס, או כדוגמה יצירתית יותר: גיוס מרדים חיצוני תוך ויתור על שירותי הרדמה הניתנים על ידי מחלקת הרדמה, או הפניית כלל הדגימות הפתולוגיות למחלקה בבית-חולים מתחרה. כיצד יבוצע פיקוח במצבים אלו?

16. האם יוכל מנהל לדרוש שתמחור שירותים פנימיים יוצמד (או יתחשב) בעלות של אותם השירותים מחוץ לבית החולים? (לדוגמה, גף בינוי לא יוכל לדרוש יותר מ-25% מעבר להצעת המחיר התחרותית ביותר שנתקבלה בחוץ, עלות מנת דם לא תעלה על מחירה הממוצע בבתי חולים שכנים).

17. שירותים מפסידים בתוך היחידות הכלכליות: האם יוכל מנהל מחלקה לסגור, או לצמצם באופן משמעותי שירות מפסיד? לדוגמה, מה תהיה ההתייחסות אם מנהל המיקרוביולוגיה יודיע על כך שהוא מפסיד על תרבויות של פטריות ולכן מפסיק לספק שירות זה, מנהל דימות שיחליט לצמצם מאוד את שירות העל שמע (Ultrasound) מעבר לשעה 18:00 - שירות הכרוך ממילא בהפסדים עבורו, מנהל בנק דם המחזיק מלאי של מנות דם נדירות שלרוב נזרקות מבלי שבוצע בהן שימוש, או מנהל המעבדות שיחליט שאין זה כלכלי עבורו להמשיך ולבצע בבית החולים בדיקות-דם לוויטמין B-12, או שהוא מגביל את מספר תרבויות הדם ל-1,000 בדיקות בשנה. אם ייקבע כי פעולות אלו הכרחיות ויש להמשיך לבצען, האם יפוצה בעבור הפעלת שירותים מפסידים אלו, ואם כן, מהיכן יילקח התקציב?

18. אינטראקציות בין יחידות כלכליות: שירות מפסיד ביחידה כלכלית אחת עשוי להיות חסם להכנסות של יחידה כלכלית

מהתחייבות מקופת חולים מכבי בגלל הסכמים גלובליים שנתיים?

6. כיצד יתומחרו אילוצי ה-Cap: לדוגמה, האם טופס 17 מינאר יהיה שווה ערך לטופס 17 מדצמבר? האם טופס 17 של קופה שעדיין לא עברה את ה-Cap יהיה שווה יותר מטופס 17 של קופה (או מחוז) שפרצו את ה-Cap?

7. כיצד יחושבו תקורות והעמסות? והאם ועד כמה יהיה מצופה ממחלקה אחת להשתתף בכיסוי ההפסדים של מחלקות חלשות כלכלית?

8. כיצד יחולקו רווחים של מחלקה שסיימה את השנה עם מאזן חיובי? ומה יהיו הסנקציות במצב של מאזן שלילי? האם יוכל מנהל בית החולים לדרוש את פיטוריו של מנהל שסיים את השנה בהפסד משמעותי, בדומה לפיטוריו של מנכ"ל של חברה שפרשטת רגל?

9. כיצד תספוג היחידה הכלכלית הסגורה הוצאות כבדות בלתי צפויות (לדוגמה, מכשיר תהודה מגנטית שיצא מכלל שימוש, חדר ניתוח שהושבת, או פסיקה מחמירה במיוחד בתביעת רשלנות רפואית).

10. "על החשבון" - האם מנהל יהיה רשאי 'לקחת הלוואה' (לדוגמה, לשכור עוזרת אדמיניסטרטיבית, להגדיל תקני רופאים, לקנות ציוד או להעלות משכורות) כדי להגדיל פעילות בעתיד, או שיהיה רשאי להגדיל הוצאות אך ורק לאחר שיוכיח בפועל הגדלת הכנסות? אם לא יהיה רשאי 'לקחת הלוואה', ייתכן שיחסרו לו המשאבים הנחוצים כדי לאפשר הגדלת הכנסות. בהתנהלות מול בנקים ניתן לקחת הלוואה רק כנגד בטוחות.

11. יהיה צורך בהקמת מסגרת שתעדכן את החוקים והנהלים בכל הקשור לניהול מחלקה כיחידה כלכלית, ותהיה כתובת לפתרון מחלוקות, ולקבוע מי ירכיב מסגרת זו ומה תהיה חלוקת הסמכויות בה:

דוגמאות למצבים שיחייבו התייחסות: פתיחת שירות חדש (עם עלויות חד פעמיות שוודאי לא יוחזרו בשנת הפעילות הראשונה), שינוי קיצוני בתעריפי משרד הבריאות, החדרת טכנולוגיה חדשה המשנה את אופי העבודה במחלקה, בקשות לשינויים בתעריפים פנימיים, סירוב של מחלקה מסוימת לבצע פעילות בהפסד, מחלקה שתלין על מחלקה שכנה שקצב פעילותה יוצר פגיעה ברווחיות [לדוגמה, מחלקה לנירוכירורגיה בבית חולים שבו התור לבדיקת טומוגרפיה מחשבית (CT) הוא שלושה חודשים. בדיקה זו הכרחית לקביעת תור לניתוח].

לידיו תאפשר למנהל מחלקה הבקיא באספקטים הכלכליים היכולת לנווט את מחלקתו בזמן אמת ולבצע שינויים בתגובה לאותות וכשלים שהשטח (הוצאות) מציפים ברמה שוטפת [3]. מנהל מחלקה שהגה הניהול הכלכלי מועבר לידיו יהיה, קרוב לוודאי, לא רק מנהל מוצלח יותר, אלא גם מנהל שמח וממוקד יותר, ויסבול פחות משחיקה לאורך השנים.

בסקירה זו הוצפו מקצת מהמורכבות בהפיכת מחלקה ליחידה כלכלית סגורה. כחלק מכניסה לתהליך זה, אין ספק שנדרשת הכשרה מעמיקה ויסודית של המנהל העתידי בכדי להעניק לולה כלים כלכליים וניהוליים. גם ללא המעבר לאחריות כלכלית מלאה, דילמות כלכליות מלוות את עבודתו של מנהל המחלקה ברמה היומיומית, ולבטח בתכנון ובהגדרת יעדים לטווח בינוני וארוך. נכון להיום, אין במערכת מסלול הכשרה מסודר, וגם לא חשיפה משמעותית לאספקטים כלכליים, לרוב עד ליומו הראשון בתפקיד כמנהל מחלקה. האם נכון להעביר מחלקות לתפקוד כלכלי כיחידה כלכלית סגורה? שאלה זו נשארת פתוחה. עם זאת, מאמר זה משקף את דעתי בנושא: ההחלטה לעבור לשיטת התנהלות זו צריכה להיות שלב סופי בתהליך ארוך שבו ייבחנו לעומק סוגיות רבות ויוגדר להן מענה. אין להסתפק בהחלטה חפוזה, בלחיצת יד; תהיה זו טעות להתייחס לכל אותן סוגיות מורכבות שהוזכרו במאמר זה, לראשונה, "תוך כדי תנועה".

מחבר מכותב: איתן בלומנטל

מחלקת עיניים, המרכז לבריאות האדם
 רמב"ם, חיפה 3109601
טלפון: 04-7772668
פקס: 04-7772142
דוא"ל: eytan@blumenthal.org.il

ביבליוגרפיה

1. Song Z, Rose S, Safran DG & al, Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. N Engl J Med. 2014;371(18):1704-14.
2. McCallum LC, Olsson CA & Stefanovic IL. Prioritizing Health: A Systematic Approach to Scoping Determinants in Health Impact Assessment. Front Public Health. 2016;22:4:170.
3. Bilvick Tai B-W, Bae YH & Le QA, A Systematic Review of Health Economic Evaluation Studies Using the Patient's Perspective. Value Health. 2016;19(6):903-8.

דרג ההנהלה, שאמון על שמירת מגבלות התקציב. הפיכת מחלקות ליחידות כלכליות ישבור לחלוטין מאזן עדין זה, ועלול להיווצר מצב שבו "הסניגור" של החולה הפוך להיות גם הצד האמון על שמירת מגבלות התקציב, וגם הצד שמפסיד ישירות מכל הוצאה חריגה. שינוי המודל שבו מתפקד כיום בית-החולים עלול להמעיט ואף למנוע "חיכוכים" חשובים אלו, המתקיימים כיום באופן יומיומי כחלק מתפקודו השוטף של בית החולים.

3. בעולם שבו מחלקות נמדדות ומתוגמלות עבור הכנסות ורווחים יתחזק מאוד המחלקות שאינן רווחיות, ויחלשו מאוד מחלקות שאינן רווחיות. בבית חולים שבו ספינת הדגל משלבת קליניקה, הוראה ומחקר, קיים חשש שאיים של מצוינות ייעלמו ומנגד יופיעו איים של 'פסי ייצור' שבהם יבוצעו פרוצדורות קטנות על מספר רב של חולים פשוטים, תוך הימנעות מחולים במצב מורכב ומפעילויות שאינן מהירות ורווחיות. זהו תהליך שיהפוך את המחלקות למרכזים המזכירים מרפאות פרטיות (Private practices) בארה"ב שעברו תהליך דומה של מקסום רווחים.

4. איש תקנים: מכיוון שעלות תקן של רופא בכיר שונה רק במעט מתקן המאוּיֵש על ידי מתמחה, הרצון להגדיל פעילות ורווחים יגרום, קרוב לוודאי, להקטנה עד למינימום ההכרחי של כמות המתמחים על חשבון רופאים בכירים. שינוי זה יגרום לעומס רב על המתמחים הקיימים, והקטנה במספר המומחים שיוכשרו לאורך זמן על ידי המוסד.

5. במקביל לשינוי של הפיכת מחלקות ליחידות כלכליות עצמאיות, קיימים מודלים אחרים: במודלים אלה, התגמול המוצע לא יהיה מבוסס כולו על הצלחה כלכלית, אלא יכיל גם מרכיבים של מצוינות בהוראה, מדדי איכות (Outcome measures), מצוינות במחקר, ולמעשה כל ערך או תוצר שהנהלת המוסד מעוניינת להעצים [2]. זוהי גישה חדשנית ושונה מהותית מהמוצג במסמך זה (שרובו ככולו כלכלי). מבלי להיכנס לסבך זה, אציין רק שגישה זו תהיה ודאי מורכבת וקשה עוד יותר לאפיין ולביצוע מהפיכת מחלקות ליחידות כלכליות סגורות.

לסיכום

למעבר למשק כלכלי סגור ברמת המחלקה יתרונות רבים, הן לאיכות הרפואה המבוצעת, והן להעצמת הצוות המטפל. העצמת מנהל המחלקה והעברת חלק משמעותי מהסמכויות והגמישות הניהולית

א. פעילות בתחום המחקר: מנהל מחלקה יצטרך להחליט בין פעילות קלינית המניבה הכנסות (ורווחים) לבין פעילות מחקרית המניבה פרסומים (ופרסום). לא מן הנמנע שיייווצר לחץ שלילי על המשך (ולבטח על הגדלת) פעילות המחקר. "לחץ עמיתים" במחלקה עלול אף הוא לפגוע במוטיבציה ובאפשרות לערוך מחקר.

ב. פעילות בתחום ההוראה: בדומה, קיים סיכון לכך שפעילות בתחום ההוראה, הן לסטודנטים והן למתמחים, תיפגע קשות מכיוון שאינה מתוגמלת כלכלית, ומאידך צורכת זמן ומשאבים שניתן להפנות להגדלת פעילות קלינית. לדוגמה, ייתכן שניתוחים המבוצעים כיום על ידי מתמחים יתמעטו, מכיוון שהליך המבוצע על ידי מתמחה אורך לרוב כפליים מהזמן הנדרש לרופא בכיר.

ג. אינטראקציות בין-מחלקתיות: אין זה נדיר כי רופא מנתח מזעיק בשעת הצורך מומחה מדיסציפלינה אחרת כדי לעזור במקרים שאירועים בלתי צפויים מתרחשים במהלך הניתוח. במקביל, רופאים ממחלקות שונות נעזרים האחד בשני במרפאות ובמיון, ולעיתים אף מקיימים ישיבות קבועות, חצוות מחלקות, כדי לפתור במשותף התלבטויות קליניות. פעילויות אלו המביאות ערך מוסף רב יימצאו בסכנה בעולם שבו כל פעילות מתומחרת והופכת ל'For profit'.

ד. ועדות, משימות חוץ-מחלקתיות, תפקידים חוץ-מחלקתיים, וכדומה: בסביבת עבודה שבה הכול מתומחר וכלכלי, לא מן הנמנע שמנהל מחלקה לא יראה את התועלת שתתקבל, לדוגמה, משחרור רופאים בכירים לבחון בשלב ב' או לאפשר לרופאיו הבכירים לראיין מועמדים לפקולטה לרפואה. כיצד תתקבל בהנהלה בקשה של מנהל מחלקה להיות מתוגמל על הזמן הרב שצפוי להקדיש רופא בכיר ממחלקתו כחבר בוועדת הלסינגי המוסדית, או לחלופין, על מילוי תפקיד בכיר בפקולטה לרפואה. גם אם מנהל המחלקה לא יבטא את דעתו בנידון, יתכן ויייווצר בתוך המחלקה לחץ לא פורמלי אך מתמשך להמעיט בפעילויות שאינן מניבות הכנסות.

2. קיים כיום איזון עדין בתפקוד בית החולים בכל הקשור לדאגה לאיכות הרפואה ומנגד לעלויות הנגזרות מכך. לדוגמה, חולה מאושפז עשוי להידרש לבדיקה אבחונית מורכבת, לאנטיביוטיקה יקרה, או לניתוח הדורש משאבים או עלות חריגה. כיום מושג איזון עדין זה על ידי כך שמנהל המחלקה מופקד על צורכי החולה, ולעיתים יימצא במאבק ובחיכוכים עם