

טיוטא

11.3.14

סוגיות ברפואה הקהילתית ועוד – נייר עמדה

1. מבוא

מערכת הבריאות הישראלית מתמודדת בעשורים האחרונים עם מספר אתגרים שרובם משותפים למערכות הבריאות בעולם כולו, בדגש על מדינות מפותחות. הזדקנות האוכלוסייה, הפחתה הדרגתית בתנועתיות וצריכת מזון באיכות ירודה הן בין הסיבות המובילות לעלייה דרמטית בשכיחות מחלות כרוניות. במקביל חל שיפור ניכר ביכולת האבחון והטיפול המתבסס על שיפור מתמיד בטכנולוגיות הרפואיות. התפתחות עולם המידע וחשיפת הציבור למידע רפואי שלא היה נגיש לו בעבר וכן שינוי הדרגתי בתודעת הבריאות כחלק משינוי בתפיסה הכוללת של זכויות האדם, הביאו לעיצובו של צרכן בריאות בעל מידע ומודעות העומד על זכותו לקבלת שירות רפואי איכותי בו הוא שותף בקבלת ההחלטות. תהליכים אלה הביאו לעלייה דרמטית וקבועה בעלויות הספקת השירות הרפואי שאינה תואמת את העלייה במקורות הכספיים הדרושים להספקה זו. מגמה זו צפויה להמשיך אל תוך העשורים הבאים, תוך איום ממשי על היכולת של חברות לספק לפרטים את רמת הרפואה הנדרשת, עד כדי פגיעה בבריאותם. מחד, מחשבה רבה ומשאבים מושקעים באבחון וטיפול במצבי חולי תוך שיפור ניכר ביכולות ובתוצאות ומאידך, במבחן התוצאה, המערכת איננה מצליחה לעמוד באתגר של הרפואה המונעת וקידום הבריאות. רוב הניסיונות לגישור על הפער הגדל בין הביקוש להיצע, בכל הנוגע לקהילה, הופנו לבקרת שימושים ככלי עיקרי להכלת עלויות – בקרה על רישום תרופות, שימוש בבדיקות דימות או מעבדה ושימוש במגבלות מינהליות. לעומת זאת, מעט מדי נעשה כדי לשנות תהליכי עבודה ומבנים ארגוניים הכרוכים בהם והמערכת הרפואית הקהילתית נשארה בעיקרה דומה לזו שהייתה לפני עשרות שנים. יותר מכך, עיקר המשאבים והאנרגיה הארגונית מושקעים היום בטיפול במצבי חולי שונים ומיעוטם במניעתם. הופעתו של צרכן בריאות חדש במקביל להופעת טכנולוגיות מידע ותקשורת מודרניות, על רקע העלויות הגאות ומיעוט המשאבים, מהוות הזדמנות ראויה לבחינה מחדש של המבנה והתהליכים עליהם מבוססת כיום הרפואה בקהילה והתאמתם למציאות המשתנה.

2. מטרה

מטרתו של נייר עמדה זה להצביע על כמה סוגיות הנוגעות במבנה ותהליכים הדורשים בחינה מחדש ושינוי. בכמה מהסוגיות השינוי הנדרש הוא חזרה לדפוס פעילות שהיה נהוג בעבר ונזנח עקב שיקולים שלא היו רפואיים בהכרח. הסוגיות יידונו להלן אחת לאחת אך הן מהוות יחד תפיסת עולם כוללת ומשולבות באופן שקשה לחולל שינוי באחת מבלי לחולל שינוי באחרת.

3. הרופא הראשוני כמנהל הטיפול במבוטח

- **שיוך מטופל לרופא** – הניסיון מלמד כי רוב מכריע של המטופלים, בשלב בו הם נדרשים לקשר מתמשך עם רופא ראשוני, מעדיפים לדבוק ברופא אחד ואינם "נוודים" בין רופאים, אפילו אם אין מנגנון המאלץ אותם לעשות זאת. קביעות זאת ביחסים, מאפשרת לרופא לקחת אחריות כוללת ולאורך זמן לבריאות המטופל וכן מאפשרת לקופה לפנות אל הרופא ולהנחותו בביצוע פעולות, בבריאות ובחולי, ולבצע בקרת איכות כנדרש. ביצוע הליך של שיוך הוא לפיכך תנאי ליישום התפישה כי הרופא הראשוני הוא מנהל הטיפול במבוטח. המונח רופא ראשוני מתייחס לרופא משפחה ורופא ילדים, הנוטלים על עצמם אחריות כוללת לבריאות המטופל. לפי הגדרה זו, אין לכלול ברפואה הראשונית רופאי נשים כמקובל בכמה מקומות. הליך השיוך איננו הליך רישומי גרידא. הכוונה היא ל"חוזה" הדדי בין הרופא למטופל בו לשני הצדדים יש מחויבויות. הרופא מתחייב לאחריות כוללת לבריאות המטופל, בכל עת ולא רק בעת מחלה. המטופל "מתחייב" לא לנדוד מרופא ראשוני למשנהו ולהתייעץ עם הרופא הראשוני טרם פנייה לרופאים יועצים (שניוניים). מעבר בין רופאים ראשוניים איננו מאפשר לרופא ליישם מדיניות טיפול לאורך זמן ולקחת אחריות כוללת על בריאות המטופל ומקשה על הקופה לבוא ב"דרישות" הקשורות ברצף טיפולי ולבצע בקרת איכות מכל סוג שהוא כולל בקרת שימושים. השיוך נוגע לצוות האורגני הפועל יחד עם הרופא הראשוני, כמפורט בהמשך.
- **חופש בחירה** - החופש של המטופל לבחור את הרופא הראשוני שלו נפס בעיני רבים כזכות בסיסית, שלא כמו בחירת גורמי טיפול אחרים במערכת. בניגוד לתפיסה שגורה אך מוטעית, שיוך איננו סותר את העיקרון של חופש הבחירה של הרופא הראשוני. המטופל יכול בכל זמן להחליף רופא ראשוני ובלבד שהחלפה זו מלווה בהליך שיוך מלא של המטופל לרופא הראשוני החדש. לאורך השנים השתמשו אלה שהתנגדו לשיוך מטעמים שונים, בטיעון שהוא נוגד את חופש הבחירה שנתפס במקומות מסוימים ערך עליון. כאמור, שיוך איננו נוגד את חופש הבחירה אלא להיפך, יש לראות בהם שני הליכים משלימים שחשוב שיתקיימו זה לצד זה.
- **צוות רופא ראשוני (team)** – העומס ההולך וגדל על הרופא הראשוני עקב המגמות שתוארו במבוא, וכן הוספת מטלות הנובעות מעלייה מתמדת בסטנדרט הרפואי (מעקב, רפואה מונעת יוזמת וכו') מחייבים כי כל פעולה שאין לו בה ערך מוסף מובהק ומטפל אחר יכול לבצע באותה איכות לפחות, תבוצע ע"י המטפל האחר. העברה זו לא נועדה לפגוע בסמכותו המקצועית של הרופא אלא להיפך, לאפשר לו להתמקד בפעולות בהן יש לו ערך מוסף ויתרון ברור על פני חברי הצוות האחרים. סביב הרופא הראשוני יפעל צוות ממקצועות הבריאות (אחות, עו"ס, תזונאית, מזכירה רפואית וכו') השואבים סמכותם מהרופא המהווה גם ראש הצוות. הצוות

הוא חלק מה"חוויה" בין הרופא למטופל. במידת האפשר, יפעלו אנשי הצוות במרחב עבודה אחד, אבל אפשר שיפעלו במרחבי עבודה נפרדים אך סמוכים ויהוו "צוות וירטואלי". מנקודת מבטו של המטופל, משמעות קיום הצוות היא שחבריו מכירים אותו ואת בעיותיו הרפואיות והוא מכיר אותם והם משמשים כתובת לכל עניין בעת הצורך. למשל, פנייה של האחות וזימון המטופל לבדיקות תקופתיות תתבצע מטעם ובסמכות הרופא הראשוני המטפל. המטופל לא יקבל שירותי רפואה ממטפלים אקראיים אלא ממטפלים קבועים ומוכרים. נקל להבין את היתרון מבחינת תחושת הביטחון של המטופל והמשמעות מבחינת שמירת הרצף הטיפולי בהינתן צוות קבוע המטפל לאורך זמן באותה קבוצת מבטחים. בנוסף, יקיים הצוות פגישות עתידיות שמטרתן תיאום הטיפול, דיון במקרים מיוחדים, חלוקת משימות וכו'. הצוות מהווה כתובת ראשונה עבור המבוטח בכל נושא הקשור בבריאותו, גם כשאינו חולה במחלה חריפה או ממושכת ולכן מהווה את **הבית הרפואי**, על פי המונח השגור בספרות.

- **קבוצת רופאים (group practice)** – יש ערך רב בהקמת קבוצה של 2-3 רופאים ראשוניים הפועלים מול אותה קהילת מטופלים, מהסיבות שיפורטו להלן. רופא ראשוני הפועל לבדו, גם אם לצדו צוות כנזכר למעלה, יתקשה לעיתים לעמוד במחויבויותיו לזמינות עקב אילוצים כמו מחלה, חופשה, יציאה למילואים וכו'. הוא גם חשוף יותר לשחיקה הנובעת מבדידות בהיעדר יכולת לחלוק ולהתייעץ על בסיס קבוע. במקרה היעדרות, מוצב רופא מחליף שבד"כ איננו מכיר את קהילת המטופלים. קבוצת רופאים יכולים בקלות יתרה להציע למטופלים זמינות רבה ובשעות מגוונות בהרבה מאשר רופא בודד. בעת היעדרות רופא אחד יוכלו הנותרים להגדיל זמינות בלא צורך ברופא מחליף זר. חברי הקבוצה יוכלו להתייעץ ביניהם ולשתף זה את זה על פי העניין. קבוצת הרופאים פועלת כחלק מצוות כנזכר בפסקה הקודמת.

4. שיטת התגמול ברפואה הראשונית והשלכותיה

- **שיטת התגמול** – לשיטת התגמול של הרופא הראשוני השפעה אפשרית על אופן פעולתו. תשלום לפי "נפשות רשומות" (שיוך) בלבד חולשתו היא בכך שלכאורה הרופא מקבל תגמול גם אם לא עשה דבר לשיפור בריאות קהילת המטופלים עבורה הוא מתוגמל. תגמול לפי "כרטיס רבעוני" חולשתו בכך שהרופא אמור לראות כמה שיותר מטופלים, כל מטופל כשלעצמו כל רבעון אבל לא יותר מפעם אחת ברבעון, אם יפעל כדי למקסם הכנסתו. אלה הם מצבי קיצון ושיטות התגמול המקובלות היום הן מעט מורכבות יותר, אבל לא מורכבות דיין כדי להימנע מ"תופעות לוואי" לא רצויות ולתמרץ את הרופאים לפעול נכון או למצער לקבל תגמול ראוי על פעולות רצויות.

- **המודל הרצוי הוא מודל מעורב (מורכב)** העשוי לכלול את המרכיבים הבאים – נפשות רשומות, כרטיס רבעוני, פעולות מיוחדות, מדדי איכות, שביעות רצון מטופלים, פעילות מקוונת, הערכת מנהל רפואי המתייחסת לדפוס עבודה כמו הפניות יתר לבדיקות, קשר עם חולים מאושפדים וכו'. המודל האידיאלי הוא כזה שמצד אחד מייצר תחושת הוגנות אצל הרופא ומצד שני קשה לייצר דפוס פעולה שנועד למקסם הכנסה. הרופא צריך לדעת שהוא מתוגמל כראוי על מגוון הפעילויות המוטלות עליו כיום ועל קיום רפואה יוזמת וקשר רציף עם המטופל בבריאות ובחולי ותוך שימוש במירב הטכנולוגיות העומדות לרשותו כדי להוציא זאת לפועל.

5. פנייה ישירה לרפואה שניונית (מיעצת)

- הגדרת הבריאות הרחבה
- פנייה ישירה לרפואה שניונית (מיעצת) **סותרת את התפיסה של הרופא הראשוני כמנהל טיפול**. פנייה ישירה נכנסה למערכת לפני שנים רבות כחלק מתפיסת עולם בחלק מהקופות מטעמי שיווק וכאילוץ ו"יישור קו" ע"י האחרות. לא מפתיע כי הפנייה הישירה לרופאים השתרשה במקומות בהם התפיסה של הרופא הראשוני כמנהל ומתכלל הטיפול הייתה פחות מבוססת.
- במקורה הייתה **הרפואה השניונית מיעצת** כשהכוונה הייתה ייעוץ לרופא הראשוני במצבים בהם נדרשה מומחיות בנושאים שהיו מעבר למומחיותו. ככל שהפכה הפנייה הישירה של מטופלים לרפואה השניונית ליותר נפוצה הפכה השאלה אם נדרש ידע שאיננו ברשות הרופא הראשוני לבלתי רלוונטית והמושג "מיעצת" רוקן מתוכנו.
- פנייה ישירה מביאה **לאבדן הרצף הטיפולי ע"י הרופא הראשוני** מאחר והוא איננו שותף להחלטה על הצורך בביקור אצל רופא שניוני ומאחר והמידע על הבעיה והטיפול שהמטופל קיבל אינם מגיעים תמיד אל הרופא הראשוני, גם אם הם מצויים בתיקו הרפואי הממוחשב.
- פנייה ישירה גורמת **להארכת תורים** ברפואה השניונית בגלל ביקורים מיותרים (למשל, רוב הפונים לרופא עור יכלו לקבל מענה הולם ע"י הרופא הראשוני). האמירה כי כך יש הקלת עומס על הרפואה הראשונית נכונה אבל חולשתה בכך שהיא מבלבלת בין מצב מצוי לרצוי. אין לראות בפנייה ישירה עודפת לרפואה השניונית מנגנון להקלת העומס על הרפואה הראשונית.
- פעמים רבות לרופא היועץ יש **תמונת חולה צרה** והיעדר מבט כולל והתייחסות הוליסטית לבעיות המטופל. זוהי תמונת ראי של ההתמקצעות ההולכת ומעמיקה וגורמת לרופאים לדעת הרבה על איבר או מערכת מוגדרת. הרופא השניוני גם מועד לשליחה לבדיקות עודפות לעיתים מבלי לדעת שהן כבר בוצעו בעבר.
- כפועל יוצא מכל הנ"ל **נפגעת היעילות הכוללת**, יתכן בזבוז משאבים במחסור ועלייה מיותרת בהוצאה הכוללת של המערכת.

6. הרופא הראשוני האידיאלי

- רופא שסיים **התמחות ברפואת משפחה**. ההתמחות ברפואת משפחה היא ההתמחות היחידה שנועדה להכשיר את הרופא, מבחינת ידע ומיומנויות, לתפקידו. הדגש המושם בהתמחות על **הגישה הביופסיכוסוציאלית** מאפשרת לו לפתח וליישם גישה קלינית יעילה שהיא כורח במציאות המאופיינת בבעיות כרוניות ומורכבות ובהינתן שחלק ניכר מהפונים לרופא הראשוני עושים זאת כשהתלונה הגופנית היא רק שיקוף לבעיה רגשית, נפשית או חברתית. יותר מכך, יש חשיבות רבה בקשר קבוע ומתמשך בין המטופל לרופא וצוותו הם תנאי להבנת היבטים משפחתיים, חברתיים, תרבותיים ואחרים המשולבים
- מי שלא סיים התמחות ברפואת משפחה (רופאים כלליים, פנימאים וכו') המשמשים כרופאי משפחה חסרים בד"כ את הידע המלא הנחוץ לעסוק ברפואת משפחה (אחרת אפשר היה לוותר על ההתמחות...). רבים מהם אינם מכירים בפערי הידע שלהם ובמגבלותיהם כרופאים ראשוניים, למרות שהפרקטיקה שהם מיישמים איננה אופטימלית. לכל אלה יש לבצע **הכשרה** טרם התחלת עבודתם כרופאים ראשוניים והכשרות תקופתיות בהמשך או תכנית מסודרת ומובנית של הכשרה מתמשכת (CME).
- חיזוי היקפי התחלואה הכרונית הצפויים, כתוצאה מתזונה לא נכונה ומיעוט תנועה וכתוצאה מכך השמנה, מביא להבנה כי בעתיד יהיה צורך במספר רב בהרבה מהקיים של רופאים ראשוניים מיומנים, הפועלים במסגרת צוות רב מקצועי. קצב הגידול במומחים ברפואת משפחה אינו יכול להדביק את הביקושים. יש לשקול הצורך בהגדרת הרפואה הראשונית כמקצוע נדרש והרחבת מסלולי ההתמחות.

7. יחידות לטיפול בקהילה (המשך טיפול, טיפול בית)

- בתווך שבין הרופא בקהילה לבית החולים חייבת לפעול יחידה לטיפול בקהילה. **הגדרת משימתה** – לטפל בכל מי שנדרש עבורו טיפול שהרופא וצוותו אינם יכולים לספק אבל איננו זקוק לאשפוז בבית חולים. הכוונה היא לכל הטווח שבין טיפול קצר מועד (עירוני אנטיביוטיקה לווריד למשך מספר ימים) ועד טיפול ארוך טווח (טיפול ושיקום חולי נפש, תגבור נשימתי, הוספיס בית וכו'). פעולה יעילה של יחידה לטיפול בקהילה עשויה למנוע אשפוזים מיותרים של מטופלים ולחסוך בעלויות למערכת.
- **איש קשר בבי"ח** – נציג הקופה בבי"ח הפועל לשמור על רצף טיפולי ראוי בין ביה"ח לקהילה ע"י פתרון בעיות בזמן האשפוז שקשר כזה יכול לסייע בפתרון (מידע נוסף, קשר עם הרופא המטפל וכו') ומעורבות בתכנון השחרור מאשפוז והיערכות הקהילה לקליטתו והמשך הטיפול בו.

8. רפואה מקוונת וטיפול במוקדים לניהול מחלה

- **רפואה מקוונת** (רפואה מרחוק) תחליף בהדרגה חלק מהמפגשים הפיזיים בין המטופל לאנשי הצוות הרפואי (לא רק רופאים). הספקטרום של המצבים בהם ניתן להשתמש ברפואה מרחוק ומגוון הטכנולוגיות הקיימים הם עצומים. תקשורת בדואר אלקטרוני בין הרופא למטופל בצד האחד של הטווח וחיישנים ממזערים המסדירים נתונים למוקדים מרוחקים בצד השני. חלק גדול מהביקורים של מטופלים אצל הרופא כיום יכול היה להיות מומר בקלות בתקשורת אלקטרונית פשוטה. אין צורך לבטל חצי יום עבודה ולשבת חצי שעה בתור לרופא בין ילדים משתעלים כדי שהרופא יודיע כי בבדיקת דם נמצאה אנמיה מחוסר ברזל ויש להתחיל טיפול בברזל ולבצע בדיקות מסוימות עליהן יקבל הסבר מהאחות בדוא"ל או בטלפון. סוגיות של בטחון מידע וסודיות רפואית ניתנות לפתרון ואסור שיעכבו הטמעת תקשורת מהירה, יעילה וחסכונית בין הרופא למטופליו. ברור שמבנה יום העבודה ישתנה ולרופא יוקצה הזמן הדרוש לניהול התקשורת וכן עליו להיות מתוגמל עבור פעילות זו. בניהול ובקרה נכונים, רפואה מקוונת יכולה לשפר איכות הקשר ולא לפגוע בו ולשמש גם כלי מהמעלה הראשונה לצמצום פערים, בעיקר גיאוגרפיים, במערכת הבריאות. למשל, ניתן להעביר צילום איכותי של פצע קשה ריפוי למרפאה ייעודית הנמצאת במרכז הארץ גם מקריית שמונה ולקבל חוות דעת והמלצות לטיפול בדוא"ל.
- **מוקדים לניהול מחלה** (למשל - אי ספיקת לב, סוכרת, אסתמה) יכולים לסייע לרופא הראשוני בניהול המקרה (המטופל) מאחר והם מפעילים טכנולוגיות ושיטות מעקב יעילות ומאפשרים זמינות גם בשעות בהן הרופא וצוותו אינם זמינים. **יש לוודא שהרופא יהיה מעורב ומיועד** לפעילות המוקד הנוגע למטופליו ושהטיפול שניתן במוקד משתלב בראייה הכוללת של המטופל.

9. כללים בשיווק ופרסום –

- יש לקבוע **הגבלות** על השקעת משאבים על שיווק שמטרתו גיוס מבוטחים ותכניו אינם נוגעים בבריאות.
- נושאים ראויים להיכלל במסעות פרסום הם אלה שתכליתם השפעה על התנהגות נכונה של האוכלוסייה (רפואה מונעת, קידום בריאות, פנייה לרופא הראשוני ולא ליועצים וכו') ולא גיוס מבוטחים גרידא.
- המעבר המזערי של מבוטחים מקופה לקופה איננו מצדיק את ההשקעות הגדולות בשיווק שמטרתו גיוס מבוטחים. מאידך, משאבים אלה עשויים להביא תועלת ככלי לשינוי התנהגות האוכלוסייה לכיוון הרצוי – מקדמת בריאות וממזערת נזקים ניתנים למניעה.

10. בקרה על ניתוחים פרטיים

- יש לחייב כל מי שעוסק בניתוחים פרטיים, כולל הקופות לקיים מנגנון בקרה שימנע ניתוחים מיותרים.
- מצ"ב בזה קובץ עם הצעה ברוח זו.

11. ניהול במערכת הבריאות

- מנהלים במערכת הבריאות חייבים לעבור הכשרה מתאימה הכוללת התייחסות לשני יסודות: ידע ומיומנויות.
- כיום ישנו עיוות מובנה המפלה רופאים במערכת – למשל, רופא איננו יכול לשמש כמנהל רפואי במחוז או מנהל של מחוז בקופת חולים אם לא סיים התמחות (שנייה) במינהל רפואי (ולפיכך בעל תואר שני רלוונטי גם כן) ולעומת זאת מנהל המחוז לא הוא כפוף או מנכ"ל הקופה פטור מכל הכשרה מקבילה רלוונטית. יש לתקן בהקדם עיוות זה.

ד"ר חגי קדם

מנהל אגף לתכנון מדיניות (בפועל)

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

משרד הבריאות