

המטופל במרכז - מודל "קברט"

מוגש לוועדה הציבורית לחיזוק המערכת הציבורית

ניר קידר, עו"ד עדי ניב-יגודה, דר' עזיז דראושה, ערן פוליצר, דר' שולי ברמלי-גרינברג¹

1. מבוא

מודל קברט"ט - קהילה, בתי חולים ורצף טיפולי נועד לשפר את איכות הטיפול והשירות שמקבל המבוטח במסגרת ביטוח הבריאות הממלכתי ולחזק את אופייה הציבורי של מערכת הבריאות הציבורית, תוך הגברת יעילות המערכת והפחתת הקשר שבין תשלום פרטי על שירותי בריאות ליכולת לקבלם.

המודל מציג מגוון המלצות הנוגעות לצדדים רבים במערכת הבריאות: הרפואה בקהילה, רפואה דחופה, מערכת האשפוז, אפשרויות בחירת בית חולים ורופאים, איכות ושירות, כח אדם במערכת הבריאות ועוד. עיקר הדיון במסמך הינו אודות אספקת השירותים במערכת הבריאות בישראל אך בסופו קיימת גם התחייסות בנוגע למקורות המימון האפשריים.

עקרונות כלליים למודל זה -

- **תכנון כ"א ברמה הלאומית** (רופאים, אחיות ואחרים) לפי תחזיות אוכלוסייה, דמוגרפיה וכד', בשאיפה להגעה ליחס ל-1,000 נפש רצוי.
- **תכנון לאומי של התמחויות שיותאם לצרכים עתידיים** (ולא רק מגבלות השדה הקליני ותכנון מקומי כפי שקורה היום).
- **ניצול זמן רופא באופן יעיל יותר** – לרשות רופא ראשוני ומקצועי יעמדו נותני שירות נוספים (אחיות, מזכירה רפואית, פרמדיק) שיורידו מהעומס המנהלתי, ובכלל זה הנפקת אישורים, הקלדת מידע למחשב במידת האפשר, ייעוץ תרופתי, לקיחת מדדים.

¹ השמות נכתבו לפי סדר ה- א. ב, והדברים שמובאים בדו"ח נמצאים בקונצנזוס בקרב כלל חברי הקבוצה, אלא אם במסמך מצוין אחרת. אנו מודים רבות לאנשים אשר תרמו מאוד לכתיבת המסמך אם באמצעות פגישות ואם באמצעות כתיבת ניירות ששימשו לצורך כתיבת נייר זה: ד"ר מיכל טביביאן, ד"ר חגי קדם, גב' איילת גרינבאום, פרופ' שלמה וינקר, פרופ' אמנון להד, ד"ר איל יעקבוסון, פרופ' גבי בן נון, גב' יוליה איתן וכל הגורמים אשר הופיעו בפני הוועדה. יחד עם זאת, הדעות המוצגות בנייר זה מייצגות את הכותבים בלבד.

- **מבנה התמחור והתמריצים** - יש להתאים את מבנה התמחור והתמריצים להשגת המטרות של מערכת האספקה שיופרטו למטה ובכלל זה עידוד שיתופי פעולה ורצף הטיפול הרפואי.
- **פיתוח טכנולוגיות ותשתיות מידע** בקהילה, במערכת האשפוז ובקשר ביניהם.
- **פיתוח מדדי איכות טיפוליים ושירותיים** בכל מפגש של החולה עם המערכת.
- **שיפור איכות ובטיחות השירות המסופק ללקוח.**
- **נושאים הקשורים לרצף הטיפול** לאורך החיים שיש לתת עליהם את הדעת אך לא במסגרת המודל הנ"ל:
 - הריון ולידה
 - טיפות חלב
 - סיעוד בבתי ספר
 - פסיכיאטריה
 - גריאטריה / אשפוז סיעודי

2. רפואה ראשונית

מחקרים רבים מצביעים על החשיבות של רפואה ראשונית חזקה למערכת בריאות איכותית. רפואה ראשונית חזקה קשורה לתוצאות בריאותיות טובות של המערכת במקביל להוצאות נמוכות שלה (OECD, 2004; Baicker and Chandra, 2005; Starfield et al, 2009; Schoen et al, 2012). רפואה ראשונית טובה תורמת לחלוקה צודקת ושוויונית יותר של בריאות באוכלוסייה ומאפשרת צמצום פערים בבריאות בין קבוצות אוכלוסייה שונות (Starfield et al, 2005; Pelone et al, 2013). כמו כן, כל שהנגישות והזמינות לרפואה הראשונית טובה יותר העומס על כלל המערכת יורד. התפקיד המרכזי של הרפואה הראשונית בא לידי ביטוי גם בהתנהגות האוכלוסייה. מסקר מכון ברוקדייל בקרב האוכלוסייה הבוגרת ב-2012, עולה כי כמעט 90% ביקרו בשנה האחרונה אצל רופא ראשוני (השעור עולה עם הגיל ועם דרגת החולי), 63% רואים ברופא שלהם גורם המרכז את הטיפול בהם. הרופא בקהילה הוא הגורם במערכת הבריאות שזוכה לשעור הגבוה ביותר של ביטחון לעזרה במקרה של מחלה קשה (67%) (ברמלי-גרינברג ומדינה-הרטום, 2013).

בישראל 2012 כ-26 אלף רופאים היו מועסקים (3.3 לאלף נפש) מתוכם 7,173 רופאים מועסקים במרפאות ראשוניות בקהילה כרופאי משפחה או ילדים (מתוכם כ-5,300 רופאי משפחה). 45% מהמועסקים במרפאות ראשוניות הם מומחים ברפואת המשפחה, ילדים או פנימית, 11% בעלי התמחות אחרת (כגון גניקולוגיה) והשאר (45%) אינם מומחים. שתי תופעות מאפיינות את הרופאים הראשוניים: הגיל המבוגר יחסית של הרופאים ושעור הגדל של הרופאות המצטרפות לתחום (OECD 2012); משרד הבריאות, 2014). הערכה של איגוד רופאי המשפחה (2014) היא שידרשו כל שנה 350 רופאי משפחה חדשים על מנת לשמר את איכות השירות הניתן היום (זאת עקב הזדקנות האוכלוסייה, עזיבת המקצוע

טרם פרישה לגמלאות ויציאה לגמלאות) מספר זה גבוה בהרבה ממספר המצטרפים לרפואה הראשונית בכל שנה.

במקביל, מערכת הבריאות בישראל נערכת להשלכות הנובעות מהשינויים הקשורים להזדקנות האוכלוסייה ועלייה בתחלואה הכרונית הקשורה לכך. אומנם, בהשוואה למדינות אירופה, חלקם היחסי של בני 65 שנים ומעלה נמוך לעומת מרבית מדינות ה-OECD (10%) (משרד הבריאות 2014). אך, לפי תחזיות הלמ"ס (תחזית בינונית) עד 2035 אחוז האנשים מעל גיל 65 יכפיל את עצמו לעומת 2012 ויגיע לכ-20% מהאוכלוסייה. מספר האנשים בני 65 ומעלה צפוי לעמוד על כ-1,660 מיליון (כפול מהיום) (למ"ס, 2013, 2012).

ככל שהאוכלוסייה מזדקנת כך עולה הצורך של מערכת הבריאות להתמודד עם תחלואה כרונית מורכבת למשך שנים ארוכות ועם ריבוי מחלות כרוניות בו זמנית. מספר המחלות הכרוניות ושעור האנשים עם ריבוי מחלות כרוניות עולה באופן משמעותי עם הגיל. במדינה מערבית, עד גיל 50 לחצי מהאוכלוסייה יש לפחות מחלה כרונית אחת ועד גיל 65 לרוב האוכלוסייה יש לפחות מחלה אחת ולשני שלישי יש לפחות שתי מחלות כרוניות. לא רק זאת אלא, ככל שמספר המחלות הכרוניות עולה כך עולה הסיכוי שלחולה תהיה בעיה נפשית כלשהי (Barnett et al. 2012; Mossialos, 2014).

פרט לשינויים אלו של הזדקנות האוכלוסייה וריבוי התחלואה הכרונית או למחסור הצפוי ברופאים ראשוניים, המערכת נערכת לשינויים נוספים הקשורים לטשטוש הגבולות שבין הטיפול הרפואי ומניעת המחלות, לשינוי באיזון שבין אשפוז לבין טיפול בקהילה כתוצאה מעלייה במספר תחליפי האשפוז המאפשרים טיפול בקהילה והישארות של החולה בקהילה ללא צורך באשפוז; להגברת מעורבות החולה בטיפול וזמינות המידע באינטרנט וברשתות החברתיות; להתפתחות הטכנולוגית והעידן הדיגיטלי המרחיבים את אפשרויות הטיפול בחולה וריכוז הטיפול בו ובמקביל מרחיבים את אפשרויות מנגנוני הפיצוי לרופאים².

פרט לכל אלו המערכת פועלת במגבלת מקורות כספיים אשר לא מספיקה להתעדכן אל מול הצרכים ההולכים וגדלים; במצב של התמקצעות תחומי הרפואה להתמחויות ותתי-התמחויות אשר משאירות את החולה הבודד (והקשיש) אל מול מבוכ טיפולי המצריך מתאם ומנהל. לא רק זאת אלא שבכל העולם גוברת הציפייה שהרופאים הראשוניים וצוותי הטיפול יהוו "גשר" בין בתי החולים לטיפול הקהילתי ויהיו אחראים על הרצף הטיפולי (Schoen et al, 2009).

מהי רפואה ראשונית? המכון לרפואה בארה"ב (Institute of Medicine, 1996) הגדיר את הרפואה הראשונית (Primary Care³) כאספקה של שירותי בריאות משולבים ונגישים על ידי רופאים אשר הוכשרו לטפל במרבית צרכי הבריאות של המטופלים ותוך כדי יצירת שותפות עמם, וביצוע הפרקטיקה הרפואית מתוך ההקשר המשפחתי והקהילתי. הגדרה זו מדגישה את החשיבות של מערכת היחסים בין החולה-לרופא. כאשר מצדו של החולה מעורבים גם המשפחה והקהילה אשר מספקים מידע רלוונטי שהרופא צריך

² McKee & Nolte, 2004; McKee & Healy, 2002; Lowrey & Anderson, 2006; Stam & Graham, 1997; De Vogli, 2004; Dubois et al, 2005; McKee, 2006
³ הדוח (IOM, 1996; pg 28) מדגיש שהוועדה התייחסה למונח Primary לא פרושו כ"מגע ראשון" של החולה עם המערכת אלא כפרושו כטיפול מרכזי, ראשי ועקרוני.

אודות המחלה. מצדו של הרופא, הצוות הרפואי ואופן השילוב של הרפואה הראשונית בתוך המערכת נותנת לו את האמצעים לטיפול רפואי מקיף ואיכותי.

Boult and Wieland (2010) זיהו מודל רפואה ראשונית (בסיסי) מקיף אשר יכול להביא לטיפול רציף, אפקטיבי ומנוהל בחולים מבוגרים עם ריבוי תחלואה כרונית ומצב בריאות מורכב. למודל זה יש את הפוטנציאל הגדול ביותר לשפר את איכות הטיפול, איכות החיים של החולים ובמקביל לצמצם את עלות הטיפול בהם. המודל מבוסס על טיפול בצוות הכולל רופא ראשוני, ולפחות גם אחות ומומחה בריאות אחר העובדים ביחד בקהילה. המרכיבים בטיפול כוללים:

- אבחון והערכה מקיפים
- פיתוח של תוכנית טיפול כוללת לחולה הספציפי
- יישום של תוכנית הטיפול (ומעקב שאכן התוכנית מיושמת)
- השגחה פרו אקטיבית על מצבו הבריאותי של החולה והצמדות לתוכנית הטיפול
- ניהול הטיפול (case management) ותאום בין טיפול הניתן בקהילה, יועצים, אשפוז, ביקורים בחדרי מיון או חירום אחרים, ונותני טיפול אחרים (למשל, דיאטטיקנית, פסיכולוג, עובדת סוציאלית וכו').
- במקרה של שחרור מאשפוז, סיוע לחולה להשתלב בחזרה בקהילה (ולמנוע אשפוז חוזר)
- סיוע לחולה גם בגישה לשירותים חברתיים ואחרים שהוא מקבל בקהילה, ובפרט כאלו שיסייעו לו להישאר פעיל ויקדמו את בריאותו.

בספרות נמצאו מודלים שונים אשר כוללים את המרכיבים הללו של המודל הבסיסי, אולם שונים במרכיבים אחרים אשר קשורים לשני מימדים נוספים: מנגנון הפיצוי וההכנסה (פוטנציאל ההשתכרות) של הרופאים הראשוניים וההטמעה של האמצעים הדיגיטליים.

מנגנון הפיצוי וההכנסה של הרופאים הראשוניים

ורדי ואחרים (2008), מסווגים את מערכות התמריצים לרופאים לשלושה: תמריץ מוסרי (מקצועיות, אמפתיה ותחושת שליחות), תמריץ חברתי (כגון, מוניטין, סביבת עבודה והגבלות מנהלתיות); ותמריץ פיננסי (תגמול, שכר ובונוסים). לתמריצים הפיננסיים יש השפעה רבה יותר בגיוס רופאים, לעומת זאת לתמריצים המוסריים והחברתיים יש השפעה על שימור רופאים במערכת ולמניעת שחיקה.

בישראל, מופעלות על ידי קופות החולים שיטות תגמול פיצוי שונות הכוללות תשלום שכר חודשי, שכר חודשי מותאם למספר מבטחים רשומים (קפיטציה פסיבית), עצמאי מתוגמל קפיטציה פסיבית, ועצמאי מתוגמל עבור ביקור חדש בחודש / ברבעון. התגמול עבור תוצאים רפואיים (Pay For Performance) קיים בחלק מהקופות. לכל אחת מהשיטות הנ"ל יש יתרונות וחסרונות ועדיין לא נמצא השילוב המיטבי אשר יתגמל עבור מגוון הפעילויות המוטלות על הרופא, יעודד רפואה יוזמת וקשר רציף עם המטופל כולל שימוש בטכנולוגיות המידע הקיימות כיום. יש לזכור כי מנגנון פיצוי משוכלל יכול להוות חלק מאסטרטגיה כוללת לעידוד למידה והתעדכנות אפילו בזמנו החופשי של הרופא. אולם, כדי להביא את המתמחים אל המקצוע ואת הרופאים למקומות מרוחקים נראה שנדרש יותר מכך. כמו למשל, מתן תמריצים כספיים

ואחרים לאלו הבוחרים לעבוד באזורים מרוחקים או חלשים, הוספה של תמיכה כספית ממשלתית וכדומה (Starfield et al, 2005).

אחת התופעות השכיחות בעולם (וגם בישראל) היא שלרופאים ראשוניים אופק קידום מוגבל יחסית ופוטנציאל ההשתכרות שלהם נמוך בדרך כלל מזה של רופאים יועצים ורופאים העובדים בבתי חולים. Glied, et al (2009), מצאו כי ההחזר הכספי לרופא ראשוני בארה"ב הוא יחסית נמוך לעומת ההשקעה הנדרשת ללימודים ולהכשרה וסך העלות החברתית גבוהה יותר לביקור אצל רופא ראשוני לעומת התועלת החברתית. הדבר יוצר אבסורד מסוים והופך את המקצוע ללא כדאי לרופא. למרות שמחקר זה נערך בקרב רופאים בארה"ב, נראה שהמצב מתאים גם במדינות אחרות. במהלך חייהם רופאים ראשוניים מרוויחים הרבה פחות לעומת חבריהם היועצים. פער זה בפוטנציאל ההשתכרות משפיע על הסטודנטים לרפואה בבואם לבחור את מקצוע ההתמחות.

הטמעה של אמצעים דיגיטליים ושימוש בטכנולוגיות מידע

כיום, התיק הרפואי הממוחשב מהווה כלי מידע אינטראקטיבי המאפשר לרופא מבט כולל על החולה. התיק מאפשר העברת מידע לרופא בזמן אמת (תוצאות מעבדה, בדיקות דימות ואשפוז), העברת הנחיות קליניות ומידע רפואי, העצמת תהליכים מרכזיים כגון תהליכי מניעה וקידום בריאות וגם יכול לחסום את הרופא ממתן מיון שגוי או להפך, לתמוך בקבלת החלטות שלו. התיק הרפואי הנ"ל בעצם מהווה סביבת עבודה חדשה ומרכזית של הרופא (ורדי ואחרים, 2008; שלו, 2010). התיק הרפואי הממוחשב יכול לעזור גם בקשר שבין בית החולים לרופא הראשוני. אחד האתגרים העומדים כיום בפני מערכת הבריאות הישראלית הוא שמירה על רצף הטיפול הרפואי והנגשת המידע לכל הגורמים המטפלים. אולם, למרות הפוטנציאל, אופן העברת המידע בין הקהילה לבית החולים עדין אינו מוסדר דיו (שלו, 2010; כנס ים המלח, 2013). זאת למרות שנמצא שכ-97% מהרופאים הראשוניים של הכללית חיפשו מידע, באמצעות תוכנת המחשב שלהם, לגבי חולים שלהם שהיו מאושפדים (מנחם ואחרים, 2010). לגבי העידן הדיגיטלי, יחסית לעולם, ישראל בשלב מתקדם מאד של היערכות. רוב רופאי הקהילה בישראל משלבים בעבודתם מערכות מידע ממוחשבות בעוד שמרבית מדינות המערב מתלבטות בסוגיות של הטמעת תיק רפואי ממוחשב (כנס ים המלח, 2010).

לסיכום, בדוח ה- OECD (2012) נכתב כי: "Israel has established one of the most enviable health care systems among OECD countries in the 15 years since it legislated mandatory health insurance.. Israel has also made the most of tight budgetary circumstances to build a health care system with high-quality primary health care".

המלצות הצוות בנושא הרפואה הראשונית:

1. **פעולות להגברת הזמינות והנגישות של הרופא הראשוני –**
 - באחריות משרד הבריאות, קופות החולים והר"י לבצע פעולות להגדלת מספר הרופאים הראשוניים בדגש על פריפריה חברתית וגיאוגרפית.
 - הפעולות להגדלת מספר הרופאים הראשוניים יכללו בניית יוקרה מקצועית לרפואה הראשונית כולל תמריצים פיננסיים, חברתיים, ומקצועיים.
2. **הרחבת הידע של הרופאים הראשוניים בתחומים נוספים** (למשל, פסיכיאטריה וגריאטריה)
3. **שיוך המבוטח לרופא ראשוני**
 - חובת שיוך של מבוטח לרופא ראשוני אחד שהוא הרופא המטפל אשר מרכז את הטיפול בו. המבוטח יכול לבחור להחליף את הרופא המטפל לאחר תקופה של לפחות 3 חודשים
4. **רופא בקהילה כמנהל הטיפול (case manager)**
 - רופאים ראשוניים בעלי התמחות של משפחה/ ילדים/גריאטריה/ נשים ונפרולוג ואונקולוג [באירועים מסוימים] ישמשו כמנהלי הטיפול של החולים המשוויכים אליהם.
5. **פנייה ישירה לרופאים יועצים מול פנייה דרך הרופא המטפל**
 - משרד הבריאות יקבע את הרשימה של ההתמחויות הרפואיות שהמבוטח יוכל לפנות אליהם באופן ישיר.
 - למבוטחים הפונים דרך הרופא המטפל לרופא שניוני תינתן עדיפות בתור (כלומר, למבוטחים אלו יהיו תורים קצרים יותר לרופא שניוני שאפשר להגיע אליו גם ישירות).
 - תבחן האפשרות לעודד פנייה מקדימה לרפואה ראשונית גם באמצעות שיוך מערך ההשתתפויות העצמיות, ללא פגיעה במעוטי יכולת.
6. **העברת מידע רפואי על המבוטח לרופא המטפל**
 - במעבר מקופה לקופה חובה על קופת החולים הנעזבת להעביר את התיק הרפואי של המבוטח לקופה החדשה באופן אלקטרוני ללא צורך בהתערבותו של המבוטח. יש לאפשר למבוטחים לבקש שלא להעביר את התיק הרפואי שלהם לקופה החדשה או להעביר את המידע באחת הדרכים הקיימות (לפי חוזר סמנכ"ל פיקוח על קופות חולים 7/2013).
 - הבניית מערכות המידע כך שריכוז כלל המידע על המטופל יהיה אצל הרופא המטפל, הן מידע אודות האשפוזים (כולל מידע מידי אודות אשפוז של המבוטח) והן אודות פעולות אחרות שבוצעו במסגרת הקופה.
 - העברת מידע מרופא פרטי/רופא הסדר לקופת חולים ולהפך מקופת החולים לרופא פרטי / הסדר, תעשה באמצעות המבוטח, אשר יבקש את המידע הרפואי הדרוש לו. יש לאפשר למבוטח להוסיף פריטים חיצוניים לתיקו שנמצא בקופה.
7. **הרחבת שירותי הרפואה השניונית בקהילה.**
 - באחריות משרד הבריאות קופות חולים ובתי חולים להרחיב את שירותי הרפואה השניונית בקהילה.

- מתן דגש על מתן שירותי ייעוץ בקהילה והקצאה מושכלת של מקצועות הייעוץ (רפואה שניונית) בין בתי החולים לקהילה
- לגבי ארגון יעיל ומקצועי של הרפואה המקצועית בקהילה ובבית החולים, הוצגו במליאה 3 פתרונות אפשריים:

- (1) שימוש יעיל ומשולב בתשתיות של קהילה ובית חולים
- (2) לשלב נציגי קופ"ח בבתי חולים (ראה פרק קו התפר בהמשך)
- (3) מתן העדפה למודל של רופא משולב בי"ח-קהילה

8. **מומלץ גם למצוא דרכים למתן דגש על רפואה מונעת ואורח חיים בריא.** כגון: חיסונים, בדיקות סקר, דיאטנית, הפסקת עישון, פעילויות ספורט והתנהגויות בריאותיות אחרות ופעילות מונעת מותאמת מגזרים/קבוצות אוכלוסייה

3. קו התפר בין הקהילה לבית חולים

א. רפואה דחופה

בנושא זה הוגש לשרת הבריאות בינואר 2014 הדוח של הוועדה לקידום הרפואה הדחופה "וועדת אור". המלצות הצוות נסמכות על

הקדמה:

המחלקות לרפואה דחופה בישראל הינן החוליה המקשרת בין הקהילה והמערך האשפוזי, מהוות זירת עשייה קלינית של כל תחומי ההתמחות הרפואית המקצועית ומטפלות בכ-3 מיליון פונים לשנה, מבוגרים וילדים (כולל מיון נשים). שיעור הביקורים הוא כ-36 ל-100 נפש לשנה, ומכאן האמרה "הרפואה הדחופה הנה המראה של הרפואה הציבורית האשפוזית". עקב עומס מבקרים זה המוחמר מאד בין היתר עקב השהיית מאושפדים עד להעברתם בפועל למחלקות, אל מול מיעוט צוות ותשתיות, המחלקות לרפואה דחופה פועלות יום יום במתאר של אירוע רב נפגעים (אר"ן) ובצורה שאינה מאפשרת להעניק טיפול הולם לפונים אליהן. מצב זה מוביל לאיחור במפגש הראשוני בין הצוות המטפל לחולים, ובהתחלת תהליך האבחון והטיפול בהם.

גזרות הפעילות העיקריות:

- כניסת מטופלים (Input).
- הטיפול במלר"ד עצמו (In-house).
- יציאה מהמלר"ד - שחרור או העברה לאשפוז בפועל (Output).

1) כניסת מטופלים למלר"ד (input)

- 35% מהפניות למלר"ד הם הינן ללא הפניית רופא.
- 70% מהפונים למלר"ד משוחררים להמשך טיפול בקהילה לאחר שהות קצרה במלר"ד.
- 30% מתאשפזים וחלקם מתאשפז למשך זמן קצר של כיממה.

המלצות ופתרונות אפשריים לצמצום פניות מיותרות:

- א. רגולציה, כולל הגברת הפיקוח על הפניות לא מוצדקות של חולים למלר"ד מקופות החולים (למשל בעזרת מדדי איכות).
- ב. פיקוח ובקרה על מנגנונים מיצרי זמינות לפנייה למלר"ד כגון מוקדים טלפוניים (למשל בעזרת מדדי איכות).
- ג. פיתוח מרכזי רפואה דחופה טרום בית חולים לטיפול בבעיות רפואיות בדרגת חומרה נמוכה (תוך פיקוח ושמירת נורמות ע"י משרד הבריאות).
9. בחינת היתכנות מול מד"א למתן סמכות לפרמדיקים (לאחר הכשרה מתאימה) להשאיר חולים "תת חריפים" בבית ולא להפנותם באופן אוטומטי לבתי החולים. תוך מתן תשומת לב לזמינות המבצעית של מד"א.

2) הטיפול במלר"ד עצמו (In-house)

- א. תקינת עמדות בדיקה, סיעוד, רופאים ואחרים נדונה בהרחבה והוגשה לשרת הבריאות בדו"ח וועדת המלר"דים ונותנת את הדעת על:

 - תקינת עמדות – עדכון עמדת בדיקה ביחס למספר הפניות בתמהיל שיכלול מיטות טיפול נמרץ, מיטות מנוטרות, ועמדות המתנה עם אפשרות לטיפול בשיבה.
 - תקינת סיעוד - הסיעוד מהווה הצוות האורגני היחיד שמכסה את המרל"ד 24/7 ושכך צריך לנקוט אמצעים לשיפור הן את התקינה והן את תנאי העבודה ותכניה.
 - תקינת רופאים - קיים חסר משמעותי של תקני רופאים (מומחים ומתמחים) ברפואה דחופה בכל המחלקות בארץ. המצב במלר"ד היילדים אף חמור יותר כאשר בחלקם התקנון חסר לחלוטין.

ב. איוש המלר"ד ברופאי רפואה דחופה

- הצוות האורגני הרפואי של רפואה דחופה מאייש בעיקר את משמרת בוקר ובאופן חלקי מאד את משמרת ערב והמשימה המתבקשת בשנים הבאות הינה:
1. איוש הדרגתי של המלר"ד ע"י מומחים ומתמחים ברפואה דחופה. משימה זו תיושם בהדרגה (תהליך שייקח שנים) עם גיוס מהיר של מספר מתמחים גדול ככל האפשר בתחום הרפואה הדחופה.

2. איוש התורנויות במלר"ד ע"י המתמחים בר"ד יהיה הדרגתי במקביל להפחתה במספרי התורנים המסורתיים מפנימית, כירורגיה ואורתופדיה, ובהתאם למצבת כוח אדם הקיימת.
3. נוכחות אנשי צוות רפואה דחופה "מומחים ומתמחים בכירים" במשמרת ערב עד 23:00 בכל המלר"דים ונוכחות בכירים 24/7 בבתי החולים שלישוניים. (ישום חוזר מנכ"ל מ-7/2013).

משימה זו תושג ותישם בד בבד עם חיזוק המקצוע והפיכתו ליותר אטרקטיבי בין היתר ע"י:

1. החרגת המקצוע של רפואה דחופה והפיכתו לאטרקטיבי מבחינה כלכלית ומבחינת תנאי עבודה, ושקילת יישום מודל "רופא בית החולים \Full Timer" בשטח זה.
2. פיתוח אופק מקצועי של מקצועות על למומחיות ברפואה הדחופה, כמו טיפול נמרץ, קרדילוגיה, זיהומים, טוקסיקולוגיה, ראות ועוד.
3. רוטציה בת 3 חודשים במלר"ד טרם תחילת ביצוע התורנויות במלר"ד למתמחים בפנימית/כירורגיה/אורתופדיה.

ג. תפעול המלר"ד

1. הפעלת טריאז' מובנה בכל המלר"דים עם הכשרה ייעודית של הצוות והקצאת תקנים סיעודיים נפרדים למטרה זו.
2. נקיטת צעדים להגבלת זמן שהיית חולה במלר"ד עד החלטה על אשפוז או שחרור ; וקביעת זמני המתנה מרביים, מרגע קבלת ההחלטה על אשפוז ועד להעברה למחלקה בפועל.
3. הקמת יחידות שהייה (לרבות CPU) כחלק אינטגרלי מפעילות המלר"דים, בניהול ובתפעול צוות מלר"ד ייעודי ע"פ קריטריונים ברורים לאשפוז להשהייה
4. מתן היתר לפרמדיקים לפעול בתוך המלר"דים כעוזרי רופא ע"פ המלצות "ועדת עוזר רופא".
5. לטווח הארוך יותר – אישור מסלול Physician Assistant או Nurse Practitioner.
5. מחשוב המלר"דים - מחשוב מלא של כלל המלר"דים בישראל תוך קביעת שדות אחידים למדידה על מנת לאפשר השוואה בין המחלקות השונות.

3) שחרור מטופלים מהמלר"ד (output)

- אחת הבעיות הקשות של המלר"ד היא קושי יום יומי בשחרור חולים מהמלר"ד, אם לקהילה ואם למחלקת אשפוז. אלו מובילים לגודש לא הכרחי של חולים במלר"ד, שהייה ממושכת ומיותרת בו, פגיעה באיכות הטיפול הרפואי, ירידה בשביעות הרצון של המטופלים ושחיקה של הצוות הסיעודי והרפואי. להלן הנקודות העיקריות שיש לשפר כדי לטייב את תהליכי השחרור של חולים מהמלר"ד:
1. יצירת תהליכים להפחתת זמן שהייה כוללת במלר"ד עד לקבלת החלטה.

2. יצירת תהליכים להפחתת זמן השהיה במלר"ד לאחר החלטה על אשפוז ע"י הוספת מיטות אשפוז מחד גיסא, וסנכרון בפעולות אשפוז/שחרור בין המלר"ד למחלקות העמוסות כגון פנימיות מאידך גיסא (ע"פ תוצאות הפיילוט בוולפסון).
3. פיתוח קשר ושיתוף פעולה ישירים בין יחידות המשך טיפול בקהילה למלר"ד (לא קיים היום אלא ממחלקות האשפוז).
4. פיתוח יכולת מתן טיפול אנטיביוטי ונוזלים תוך ורידיים במוסדות בקהילה וכן טיפולים נוספים, לרבות בבתי אבות בעלי הגדרת מוסד רפואי סיעודי.
5. ניצול מיטבי של מיטות סיעודיות או אקוטיות ע"י פיקוח בזמן אמת על זמינות מיטות אשפוז במר"גים.

המלצות בנושא הגברת שיתופי הפעולה והתיאום בין המערכים הקהילתי והאשפוזי

1. קופות החולים ובתי החולים יפעלו על מנת לבנות מודל אשר יאפשר שמירת קשר שוטף בין הצוות הרפואי בבית החולים לרופא המשפחה/הרופא המטפל בקהילה אודות המטופל המאושפז.
2. יוקם צוות מקשר מטעם קופות החולים בתוך בתי החולים
 - הצוות המקשר יהיה ממקצועות הרפואה (לדוגמא: רופא, אחות פרמדיק), ישב בתוך בית החולים ויעסוק במספר היבטים כולל הקלת נטל הבירוקרטיה על החולה, ייעול תהליכים, עדכון הרופא בקהילה. ובכלל זה הפעולות הבאות:
 - א. תאום התהליך הרפואי המיטבי כולל האשפוז, הטיפול והשחרור הביתה או למוסד שיקום
 - ב. ייעול תהליכים והפחתת נטל הבירוקרטיה המוטל על החולה
 - ג. סיוע לעדכון ההדדי בין רופא המשפחה (ה-case manager של החולה) ובין הצוות הרפואי בבית החולים
 - ד. בתוך כך צריך לשים לב שלא מתחזקים שיקולים כלכליים של הקופות על חשבון שיקולים רפואיים מקצועיים
2. ההסכמים בין בתי החולים לקופות החולים יכללו מרכיב בנושא הרצף הטיפולי

4. הסדרי בחירה בין בתי החולים

מבוססי קופות החולים מקבלים שירותי בריאות רבים מנותני שירותים מחוץ לקופה, ובפרט משתמשים בשירותיהם של בתי החולים, המספקים שירותי אשפוז וייעוץ. אמנם חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל יינתנו "לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר, ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים", אך ההגדרה הגמישה בחוק של רמת הזמינות והנגישות, מובילה לעיתים לפגיעה ברמת השירותים העומדת לרשות

המבוטח. פגיעה זו, לעניינו של פרק זה, מתבטאת לעיתים בזמינות גיאוגרפית מוגבלת הנובעת מהעדפה של נותן שירותים מרוחק המעניק שירות במחיר נמוך יותר.

המטרה של המלצות הצוות בפרק זה הינה להביא להרחבה של הסדרי הבחירה הקיימים, ובמיוחד לשפר את מצבם של מבוטחים שאפשרויות הבחירה שלהם כיום מוגבלות בממדים גיאוגרפיים, או בממדים הנובעים ממבנה הבעלות וההסכמים של קופת החולים. אפשרויות הבחירה של מבוטחי קופות החולים, בין נותני השירותים הרפואיים, ובכלל זה בתי חולים, מוסדרות כיום בתקנות חוק ביטוח בריאות ממלכתי⁴. לפי התקנות, על קופות החולים לקבוע הסדרי בחירה אשר יבטאו את עקרונות החוק, ובכלל זה ישמרו על רצף טיפולי ויאפשרו קבלת טיפול במוסד בעל רמה מיוחדת של ידע וניסיון מקצועי, אם המצב הרפואי מצריך זאת. חוזר סמנכ"ל משרד הבריאות⁵ קבע כללים ליישום תקנות אלה.

התקנות הקיימות מחייבות את קופות החולים להביא את ההסדרים שקבעו לידיעת שרת בריאות, אך אינן מחייבות את אישור השרה או את אישורו של כל בעל תפקיד אחר במשרד הבריאות. הצוות ממליץ לשנות מצב זה ולקבוע כי שרת הבריאות תאשר באופן אקטיבי את הסדרי הבחירה, בהתייעצות עם מועצת הבריאות. אישור ההסדרים יעשה בהתאם לכללים הקיימים כיום, עליהם יתווספו כללים מנחים אשר יבטיחו בחירה שלא תיפול מרף מינימאלי: ראשית, הסדרי הבחירה יאפשרו לכל מבוטח לקבל שירות לפחות מספק אחד באזור מגוריו (ובכלל זה בית החולים ביישוב הקרוב אליו ביותר) ולפחות מספק אחד (משמעותי) מחוץ לאזור זה. משרד הבריאות יקבע את האזורים והמרחקים המתאימים ברחבי הארץ על מנת לעמוד בתנאים אלה (תוך התייעצות עם קופות החולים ובתי החולים). שנית, ההסדרים יאפשרו למבוטח לבחור לפחות בספק אחד אשר אינו נמצא בבעלות קופת החולים של המבוטח. שלישית, מומלץ לשקול קביעה של רף מספרי מינימאלי לאפשרויות הבחירה של המבוטחים בין בתי החולים. ולבסוף, הבחירה בין הספקים שנכללים בהסדר תהיה חופשית והקופה לא תתנה פניה לנותן שירות אחד בפניה מוקדמת לנותן שירות אחר ("דירוג").

שרת הבריאות תאשר או תחייב חריגות מהכללים הנ"ל במקרה הצורך (למשל עבור מחלות ייחודיות - כפי שנהוג כיום, עבור אזורים מבודדים וכו'). אם לאחר תקופת מעבר, לא אישרה השרה את הסדר הבחירה שהציעה הקופה בתחום מסוים, יוכלו מבוטחי אותה קופה לקבל את השירות אצל כל נותני השירותים המספקים אותו, בלי הגבלה ובמימון קופת החולים, עד אישורו של הסדר בחירה חילופי.

התקנות הקיימות מחייבות כיום את קופות החולים לפרסם את הסדרי הבחירה שלהן למבוטחים. הצוות ממליץ כי משרד הבריאות ימשיך ויאכוף חובה זו, וכן ינקוט צעדים שיעודדו את המבוטחים לכלול גם את הסדרי הבחירה בין השיקולים המשפיעים על החלטה אפשרית לעבור בין הקופות. על מנת שהמבוטחים יוכלו להשתמש באופן מושכל באפשרויות הבחירה הניתנות להם, מומלץ לעודד את רופאי המשפחה והרופאים היועצים לייעץ למטופליהם על נותן השירות המתאים ביותר לצרכיהם הרפואיים. לצורך כך יש

⁴ תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים), תשס"ה-2005
⁵ חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, מספר 06-2011, בנושא "יישום תקנות ביטוח בריאות ממלכתי הסדרי בחירה בין נותני שירותים תשס"ה – 2005" מתאריך 09/06/2011.

להעמיד לרשות הרופאים והמטופלים את הכלים שיאפשרו בחירה מושכלת, ובפרט ליצור תשתית נגישה של מידע על רמת הזמינות והאיכות של נותני השירות⁶.

הצוות הסכים כי לעת עתה אין מקום לחייב את קופות החולים לאפשר למבוטחיהן בחירה חופשית לגמרי בין בתי החולים, על אף היתרונות הגלומים בשיטה זו, משני טעמים עיקריים: ראשית, הצוות מאמין כי יש לחזק את אחריות קופות החולים על מתן מלוא שירותי הבריאות למבוטחיהן (כפי שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי). אחריות זו, בהקשר של שירותי בתי החולים, אינה מסתכמת לכדי תשלום עלות השירותים בלבד, ויש לשאוף למצב שבו קופות החולים מקבלות על עצמן אחריות מלאה גם על איכות וזמינות השירותים – מצב אשר אינו מתקיים כיום. שקיפות הסדרי הבחירה וכן פרסום מידע על איכות רשת הספקים של כל קופה, יעזרו לתמרץ את קופות החולים לנהוג כך. גם הסדרה של מערכת היחסים הפיננסיים של קופות החולים עם בתי החולים צריכה להתחשב במטרה זו ובצורך להרחיב את התחרות, מעבר לנושא העלות, גם לאיכות השירות (ולכך התייחס גם חוזר מנכ"ל משרד הבריאות). בחירה חופשית של בתי חולים בידי המבוטחים עלולה לקבע מצב שבו הקופות מגלגלות לפתחם של המבוטחים את האחריות לדרוש שירותים איכותיים יותר מבתי החולים. בהעדר מידע מתאים והבנה מספיקה, לא ברור עד כמה הבחירה החופשית תהיה מושכלת ומונעת משיקולים רפואיים. כיוון שהקופות הן הגוף הרפואי המקצועי הנושא באחריות הכוללת על בריאות מבוטחיהן, יש לדאוג כי הן תשתמשנה בידע הרב שברשותן כדי לאפשר לכל מבוטח להגיע לספק המתאים לצרכיו, גם כאשר הוא נזקק לשירותים מחוץ לקופת החולים. מומלץ כי בבחינת הסדרי הבחירה המוגשים לאישורה, תתחשב שרת הבריאות גם בשיקולים אלה, ותבחן אם ההסדרים מתבססים על הסכמים אשר מממשים את אחריותה של קופת החולים לאיכות ולזמינות השירותים למבוטחיה.

שנית, יכולתן של הקופות לברור את הגופים אשר יספקו שירות למבוטחיהן (contracting selective) מעניקה להן כוח מיקוח במשא ומתן עם הספקים (גם אם לבסוף היכולת לברור אינה ממומשת), והיא מאפשרת לרסן את מחירי השירותים וכך להגביר את היעילות של ההוצאה לבריאות בישראל. אכיפת סטנדרטים של איכות על בתי החולים ועידוד קופות החולים לדאוג לאיכות ורמת השירות למבוטחיהן תצמצם את החשש, המוצדק כיום, כי כוח המיקוח ינוצל להפחתת מחירים שתגרום לפגיעה באיכות.

החלופה המאפשרת בחירה חופשית בין כל בתי החולים, מחייבת קביעת מחירים אחידים לשירותיהם (שכן קופות החולים תאלצנה לשלם כל מחיר שבית החולים ידרוש). חלופה זו ומעבירה את נטל ההתאמה של המחירים במערכת לידי הממשלה, הרחק מידי מנגנון השוק. החלופה איננה אפשרית לטעמנו, בלי הרחבה וחזוק משמעותיים של המערך הקיים לקביעת המחירים במערכת, הרחבה שתאריך זמן רב. בלי מערך חזק ומעודכן, המסוגל לעקוב באופן שוטף אחר העלויות המשתנות ולקבוע מחירים ריאליים לכל השירותים, וכן

⁶ כך למשל, במחקר בארה"ב נמצא כי ההשפעה של רמת השירות והמזון בבית החולים על היקף הביקוש לשירותיו היתה גבוהה בהרבה מאשר השפעתם של מדדים לאיכות הרפואית באותו בית חולים, (Goldman, Dana, and Romley, John A. (2008). "Hospitals as hotels: The role of patient amenities in hospital demand", NBER working paper 14619

מסוגל לפעול בעצמאות (על אף הבעלות הממשלתית על בתי חולים), ביטול האפשרות לברירת ספקים עלול להגדיל את ההוצאה לבריאות לאורך זמן, בלי להבטיח שיפור מקביל ברמת הבריאות בישראל. על כל פנים, אנו ממליצים ללוות גם את הרחבת הסדרי הבחירה במהלך לחיזוק מערך הפיקוח על המחירים במערכת הבריאות ובפרט מערך הפיקוח על ההסדרים הפיננסיים שבין קופות החולים לבתי החולים. חיזוק מערך זה יאפשר לבחון בעתיד הרחבה נוספת של הסדרי הבחירה.

המלצות הצוות בנושא הסדרי הבחירה:

הצוות ממליץ להרחיב את הסדרי הבחירה הקיימים כיום בין בתי החולים. לצורך כך מומלץ לקבוע כללים מנחים נוספים שיחייבו להעניק למבוטחי קופות החולים מרחב של אפשרויות בחירה בין בתי חולים – מרחב בחירה שלא יפחת ממינימום מחייב:

1. הסדרי הבחירה יאפשרו לכל מבוטח לקבל שירות לפחות מספק אחד באזור מגוריו ולפחות מספק אחד מחוץ לאזור זה. משרד הבריאות (בשיתוף בתי החולים וקופות החולים) יקבע את האזורים הגיאוגרפיים המחייבים לשם מימוש כלל זה. ההסדרים יאפשרו לבחור לפחות בספק אחד אשר אינו נמצא בבעלות קופת החולים של המבוטח. מומלץ לשקול קביעה של רף מספרי מינימלי לאפשרויות הבחירה של המבוטחים בין בתי החולים.
2. הבחירה בין הספקים הכלולים בהסדר תהיה חופשית, בלי דירוג מחייב מצד הקופה. אולם, מומלץ לעודד את רופאי המשפחה והרופאים היועצים ליעץ למטופליהם על הספק המתאים ביותר לצרכיהם הרפואיים, ולשם כך דרוש ליצור תשתית נגישה של מידע על רמת הזמינות והאיכות של כל ספק.
3. ישמרו ההוראות המהותיות הקיימות היום לגבי אופי הסדרי הבחירה ובפרט הסדרי הבחירה ימשיכו לאפשר למבוטח לשמור על רצף טיפולי באותו מוסד רפואי.
4. קופות החולים תגברנה את רמת השקיפות של הסדרי הבחירה בפרסום לציבור. מומלץ כי משרד הבריאות ינקוט צעדים שיעודדו את המבוטחים לכלול גם את הסדרי הבחירה בין השיקולים המשפיעים על החלטה אפשרית לעבור בין הקופות.
5. שרת הבריאות תאשר באופן אקטיבי את הסדרי הבחירה, בהתייעצות עם מועצת הבריאות, ותאשר או תחייב חריגות מהכללים הנ"ל במקרה הצורך (למשל: עבור מחלות ייחודיות, אזורים מבודדים וכו'). אם לאחר תקופת מעבר, לא אישרה השרה את הסדר הבחירה שהציעה הקופה בתחום מסוים, יוכלו מבוטחי אותה קופה לקבל את השירות אצל כל נותני השירותים המספקים אותו, בלי הגבלה ובמימון קופת החולים.

סוגיה שנותרה במחלוקת –

הצוות לא גיבש עמדה אחידה בשאלה האם לאפשר לבתי החולים להעניק שירות המבדיל בין מבוטחי ארבע קופות החולים בממדים שאינם קליניים כמו זמן המתנה, רמת מלונאות וכו'. התומכים באפשרות זו רואים בה דרך לממש את האחריות הכוללת של הקופות על אספקת השירותים למבוטחיהן, גם בבתי החולים, ואפיק לתחרות בין קופות החולים על שירותים אלה. המתנגדים, ראשית, מוצאים פגם מוסרי

באפליה בין המבוטחים, ושנית, מטילים ספק אם קופות החולים אכן תתחרנה על מבוטחים המשתמשים בשירותי בתי החולים, שהם מבוטחים חולים ולכן יקרים יותר ורווחיים פחות.

5. קיצור זמני המתנה

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע במפורש רשימה של שירותים הכלולים בסל שירותי הבריאות, ורשימה זו מתעדכנת מפעם לפעם. אולם החוק הותיר גמישות בקביעת רמת הזמינות והאיכות של השירותים וקבע כי השירותים יינתנו "... באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים...". ההגדרה הגמישה יכולה לאפשר לא פעם פגיעה ברמת השירותים - פגיעה המתבטאת בתורים ארוכים לניתוחים אלקטיביים וליועצים מומחים, ולעיתים גם בזמינות גיאוגרפית נמוכה עקב העדפה של ספק רחוק המעניק שירות זול יותר. המצוקה התקציבית של קופות החולים, מצוקה אשר התגברה בשנים האחרונות, החמירה את הבעיה והפכה את הפגיעה בזמינות לשסתום דרכו יכול 'להשתחרר' הלחץ הפיננסי במערכת. יתכן כי התפתחות זו פגעה באמון במערכת הבריאות הציבורית וביכולתה לענות על צרכיו וציפיותיו של הציבור, וכך עודדה רכישה של ביטוחים פרטיים ושימוש בהם.⁷

בשלב שמיעת העדויות נחשפה הועדה לעדויות רבות אשר תיארו תורים ארוכים לניתוחים אלקטיביים ולהתייעצות עם רופאים מומחים במערכת הציבורית. התרשמויות חוזרות ונשנות אלה קיבלו תימוכין מנתונים מפורטים על אורך התורים, שמשרד הבריאות עמל לאיסופם במהלך עבודת הועדה. גם במקרה זה, הגמישות שהותיר חוק ביטוח בריאות ממלכתי בקביעת רמת הזמינות של השירותים הכלולים בסל ("בתוך זמן סביר" וגו'), אפשרה פגיעה בשירות למבוטחים, גם אם בכמה מקרים נראה כי זמני ההמתנה חצו זה מכבר את סף (אי) הסבירות שהחוק מאפשר.

הסיבות להתמשכות זמני ההמתנה במערכת הבריאות הציבורית שלובות בבעיות היסוד של המערכת ובכלל זה: מחסור בתקציבים, הסדרי תשלום בעייתיים לבתי החולים, בעיות בתמחור שירותים רפואיים, תמריצים לשחקנים במערכת להסיט פעילות למערכת הפרטית, אי יעילות בניהול התורים ובמיצוי המשאבים הפיזיים והאנושיים ועוד. רבות מבעיות אלה יקבלו מענה בהמלצות הועדה העוסקות בצד המימון של המערכת, בהסדרת הביטוחים הפרטיים ובהסדרת מערכת היחסים הפיננסיים שבין קופות החולים ובתי החולים. גם פרקים אחרים בדו"ח זה עוסקים בכמה מהבעיות המשפיעות על הארכת זמני ההמתנה (כך למשל בפרק העוסק בהעסקת רופאים אך ורק במערכת הציבורית- פולטימרים).

⁷ תופעה זו אינה ייחודית לישראל וגם במדינות אחרות נמצא כי תורים ארוכים במערכת הציבורית מעודדים רכישה של ביטוח פרטי (OECD). יחד עם זאת יש לציין כי גם לביטוחי הבריאות הפרטיים ישנה השפעה עצמאית על איכות השירות שניתן במערכת הציבורית. הן עקב התמריצים הקיימים לשחקנים השונים להפנות למערכת הפרטית, הן עקב גידול בעלויות השכר ועוד.

בפרק זה נעסוק רק בהמלצות הנוגעות ישירות לניהול התורים במערכת ובשינויים המבניים הנדרשים במערכת הבריאות בישראל על מנת לקצר את זמני ההמתנה הארוכים. אולם, ברור כי קיצור זמני ההמתנה מחייב גם הגדלה קבועה של מספר הניתוחים והבירורים שנערכים מדי שנה במערכת הבריאות הציבורית. לשם כך יש למצות טוב יותר את המשאבים הפיזיים והאנושיים במערכת, וצעדים אלה דורשים גם משאבים כספיים גדולים יותר, לאורך זמן. איננו עוסקים בפרק זה בסוגיית תקצוב מערכת הבריאות, אך אנו מוצאים לנכון להדגיש כי הניסיון הבין-לאומי⁸ בהתמודדות עם תורים במערכות בריאות, מלמד כי מבצעים ממוקדים לטיפול בתורים, המלווים בהגדלה (זמנית מטבעה) של תקציבים ייעודיים, נכשלו פעם אחר פעם בקיצור בר-קיימא של זמני ההמתנה. אנו ממליצים ללמוד מניסיון של מדינות אחרות ולהימנע מצעדים כאלה.

כדי להקשיח את הגדרות הזמינות הגמישות הקיימות כיום בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אנו ממליצים להנהיג זמני המתנה מרביים לקבלת שירותים רפואיים במערכת הבריאות הציבורית. את זמן/זמני ההמתנה המרביים תקבע ועדה ציבורית (דמוית ועדת הסל), אשר תתכנס מעת לעת. המלצה זו מסתמכת על צעדים דומים שנקטו מדינות רבות ב-OECD. צעדים אלו הצליחו לצמצם תורים כאשר התלוו אליהם יעדים מוגדרים לבתי חולים ולספקים של שירותי בריאות, וכן סנקציות לאכיפת היעדים וזמני ההמתנה (כפי שנעשה באנגליה ובפינלנד). המדינות שאימצו צעד מדיניות זה, נבדלות באורך ההמתנה המקסימלי שנקבע (התלוי במשאבים המוקצים למערכת הבריאות הציבורית) ובפרמטרים הקובעים אותו: מחד, קביעת זמני המתנה אחידים ופשוטים לכל הפרוצדורות קלה יותר לאכיפה, אך עלולה לפגוע במטופלים שמצבם הרפואי מחייב טיפול מהיר יותר. מאידך, מדיניות של קביעת זמני המתנה "אישיים" המתחשבים בחומרה ובדחיפות של כל מקרה, על פי סיווג הרופא המטפל, מאפשרת תעדוף מדויק יותר, אך מקשה על אכיפת הכללים ולעת עתה לא זכתה להצלחה בכל המדינות שאימצו אותה (למשל, נורבגיה ואוסטרליה). טבלה 1 להלן מתארת את זמני ההמתנה המקסימליים בכמה מדינות OECD נבחרות.

טבלה 1: התחייבויות לזמני המתנה מקסימליים במדינות OECD נבחרות

מדינה	אופי ההתחייבות	זמן המתנה
איטליה	כל אזור חייב לקבוע יעדים לזמני המתנה ייחודיים ל-58 טיפולים: 14 סוגים של ביקור אצל מומחה, 29 בדיקות אבחון (MRI, CT), 5 טיפולי יום בבתי"ח (כימותרפיה, ניתוח בקע ועוד) ו-10 ניתוחים אלקטיביים (ניתוחים להסרת גידולים, כריתת שקדים, החלפת מפרק הירך ועוד)	
אירלנד	זמן המתנה לניתוח אלקטיבי בבית חולים	9 חודשים

⁸ לסקירה של דרכי התמודדות עם זמני המתנה במערכות בריאות במדינות ה-OECD ראו: Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>

18 שבועות	המתנה ממועד <u>הזמנת</u> התור למומחה עד הטיפול (כולל ההמתנה לביקור במרפאת חוץ, בדיקות, והמתנה לטיפול)	אנגליה*
4 שבועות	המתנה ממועד ההפניה לטיפול עד הטיפול	דנמרק*
4 שבועות	המתנה עד פגישת בירור עם מומחה במרפאת חוץ של בית חולים	הולנד
6 שבועות	המתנה מהפניית מומחה עד טיפול באשפוז יום	
7 שבועות	המתנה מהפניית מומחה עד טיפול באשפוז	
בימים: 270/60/15/3	זמני המתנה לפי 4 רמות דחיפות רפואית – Normal/Priority/High priority/Urgent	פורטוגל*
24 שעות	התייעצות טלפונית עם מרכז בריאות	שבדיה
7 ימים	ביקור אצל רופא משפחה	
60 יום	ביקור אצל רופא מומחה	
90 יום	המתנה מההחלטה לטפל עד הטיפול	

* במדינות אלה קיימים זמני המתנה מקסימאליים קצרים יותר לחולי סרטן, ו/או מקרים דחופים.

תחרות מוגברת בין ספקים ואפשרויות בחירה רחבות יותר מסייעות גם הן לקיצור זמני המתנה בהתאם ליעדים (וכך נעשה בפורטוגל, בהולנד ובדנמרק). למימוש הזכאות לזמני המתנה מרביים, מספר מדינות מאפשרות בחירה חופשית למטופלים שזמן ההמתנה שלהם מתארך או צפוי להתארך מעבר לכללים שנקבעו. מטופלים אלה יכולים לבחור גם בספק מהמערכת הפרטית, המסוגל להעניק את הטיפול בזמן קצר יותר. אנו ממליצים לאמץ מדיניות דומה גם בישראל ולקבוע כי מבוטח אשר הסדרי הבחירה בקופת החולים שלו אינם מאפשרים קביעת תור בזמן העומד במגבלות, יוכל לבחור ספק אחר עם תור קצר יותר, כאשר התשלום לספק החלופי יהיה לכל היותר במחיר המחירון (ובלי אפשרות לשדרוג). הצוות לא הגיע להסכמה בשאלה אם המבוטח יוכל לבחור גם בספק פרטי או שמא רק בספק בבעלות ציבורית.

פתיחת הסדרי הבחירה במקרה של זמן המתנה ממושך עשויה לשמש סנקציה נגד קופות חולים שמגבלות הסדרי הבחירה שלהן מונעות מהמבוטח זמן המתנה קצר יותר. מומלץ לשקול סנקציות נוספות נגד קופות ובתי חולים החורגים מזמני ההמתנה המקסימאליים שנקבעו.

מרכיב חיוני בכל מדיניות לקיצור תורים הינו מידע עדכני, זמין ובר שימוש על התורים במערכת. אנו ממליצים כי יוקם מרכז מידע ומעקב ארצי לתורים, אשר יאסוף באופן שוטף מידע גולמי על מועדי ההפניה והתורים ויאפשר לעקוב אחרי מסלול המטופל במערכת. מערכת המידע של כל קופת חולים תיצור ממשק למרכז הארצי וכך תאפשר למבוטחים שקיפות בזמן אמת (כולל בפורטל אינטרנטי), ויכולת לחרוג מהסדרי הבחירה במקרה של תור ארוך מדי. המערכת המרכזית תאפשר למבוטחים ולרופאים להזמין את התור המתאים ביותר במסגרת הסדרי הבחירה של הקופות (לבחירה בין ספקים), ובמסגרת אפשרויות הבחירה שיציעו בתי החולים (לבחירה בין רופאים, ראו בהמשך). בהקמת מרכז המידע הממוחשב מומלץ ללמוד מניסיון של מדינות שמרכז כזה סייע בידיהן לקצר תורים במערכת הבריאות. ה-OECD מציין לטובה את

מערכת המידע המרכזית שהקימה פורטוגל למעקב אחר תורים (SIGIC). מערכת IT זו אוספת מידע גולמי רב על מסלול המטופל במערכת ועל מועדי הפניה וזמני ההמתנה שלו בכל נקודה. היא פותחת פתח לניהול מרכזי ויעיל יותר של התורים, ומאפשרת לאכוף את זמני ההמתנה המרביים בזמן אמת, ולהציע למטופלים עם זמן המתנה ארוך מדי לקבל את הטיפול אצל ספק אחר. מעבר למידע השוטף, אנו ממליצים כי משרד הבריאות יפרסם מדי שנה דו"ח על אורך התורים המצרפי ולפי פרוצדורות. הנתונים יפורסמו גם לפי שיוך קופתי של המבוטחים ובראייה של הסדרי הבחירה בכל קופת חולים, במטרה לעודד תחרות בין קופות החולים גם על אורכי התורים של מבוטחיהם בבתי החולים.

המלצות הצוות בנושא קיצור זמני המתנה:

הצוות ממליץ **לקבוע זמני המתנה מרביים** לקבלת שירותים רפואיים, ובפרט לפרוצדורות אלקטיביות ולפגישה עם רופא מומחה, ולנקוט צעדים שיאפשרו למבוטחים לממש את זכאותם לשירות רפואי במגבלות הזמנים שיקבעו:

1. ועדה ציבורית (ועדת סל שירותי הבריאות או ועדה בעלת אופי דומה) תקבע סטנדרטים מחייבים לזמני המתנה מרביים, אשר יוכלו להיות תלויים באופי ההליך הרפואי.
2. מבוטח אשר הסדרי הבחירה בקופת החולים שלו אינם מאפשרים קביעת תור בזמן העומד במגבלות, יוכל לבחור ספק אחר עם תור קצר יותר. התשלום לספק החלופי יהיה לכל היותר במחיר המחירון (ובלי אפשרות לשדרוג).
3. יש לשקול סנקציות נוספות כלפי קופות חולים ובתי חולים החורגים מזמני ההמתנה המרביים באופן מתמשך.
4. הקמת מרכז מידע ומעקב ארצי לתורים – המרכז יאסוף מידע גולמי על מועדי ההפניה והתורים במערכת. מערכות המידע של קופות החולים יתממשקו למרכז הארצי וכך יאפשרו למבוטחים שקיפות בזמן אמת (כולל בממשק אינטרנטי), ויכולת לחרוג מהסדרי הבחירה במקרה של תור ארוך מדי.
5. משרד הבריאות יפרסם מדי שנה דו"ח על אורך התורים המצרפי ולפי פרוצדורות. הנתונים יפורסמו גם לפי שיוך קופתי של המבוטחים ובראייה של הסדרי הבחירה בכל קופת חולים.

6. מערכת האשפוז

בעוד ששירותי הבריאות הניתנים בקהילה זוכים לתשבחות רבות מצד ארגון ה-OECD בכח הנוגע לשירותי הבריאות הניתנים בבתי החולים ב-OECD מסויגים יותר. בדו"ח האחרון שלהם על מערכת הבריאות הישראלית הם ציינו כי באופן כללי מערכת האשפוז היא באיכות גבוהה אך יש מקום לשיפורים. עיקר ההתייחסות של ה-OECD הינה בנושאי שיעורי התפוסה הגבוהים במערכת, שיעור המיטות הנמוך ופערים במדידת איכות לעומת שאר מדינות ה-OECD (OECD, 2013).

בניגוד לסקרים המקיפים אודות שביעות הרצון של הציבור מקופות החולים, כמעט ולא קיימים בישראל סקרים אודות שביעות הרצון של הציבור מבתי החולים. תוצאות סקר שערך משרד הבריאות בשנת 2010 בבתי החולים הממשלתיים ופורסמו בשנת 2011 הראו כי שביעות הרצון של מאושפדים בבתי החולים הממשלתיים קיבלה ציון של 7.4 מתוך 10. כאשר שביעות הרצון מהאשפוז במחלקות הפנימיות גבוהה יותר מאשר במחלקות הכירורגיות (8.42 ו-7.62 בהתאמה). כאשר בוחנים את טווח הציונים בין בתי החולים הציונים נעו בין 7.24 בברזיל ל-8.35 בפוריה (משרד הבריאות 2011⁹). בסקר גם בחנו באמצעות גרסיה את הגורמים אשר השפיעו על מידת שביעות הרצון של המאושפדים. ההשפעה החזקה ביותר על שביעות הרצון הינה של הרופאים והצוות הרפואי, לאחר מכן תנאי האשפוז והאחיות¹⁰.

בסקר גם נבחנו זמני ההמתנה לניתוחים שנקבעו מראש במחלקות הכירורגיות, לפי הדיווח של המאושפדים. מן הנתונים עולה כי בלמעלה מ-60% מהמקרים התור לניתוח נקבע תוך חודש ממועד זימון התור. ב-17% מהמקרים זמן ההמתנה עמד בין חודש לחודשיים ואילו 17% נוספים מן המנותחים המתונו למעלה מחודשיים לניתוח. בחינה של הנתונים לפי בתי החולים מראה על שונות גדולה בין בתי החולים. בעוד שבסוראסקי (איכילוב) רק 7% מהמנותחים המתונו יותר מחודשיים, בפוריה 45% המתונו מעל לחודשיים. שונות פחותה יותר בהמתנה מעל לחודשיים נמצאה בהשוואה בין קופות החולים של המבוססים (בין 11% במכבי ל-24% במאוחדת).

בנוסף, נשאלו המנותחים האם המנתח פגש אותם לאחר הניתוח לבדיקה או שיחה. 81% מהמנותחים ציינו כי הם פגשו את המנתח לאחר הניתוח (הכי מעט - 65% באסף הרופא לעומת 95% ברמב"ם). המאושפדים אף נשאלו האם הם חושבים שבבית חולים אחר הם היו מקבלים טיפול רפואי טוב יותר. 16% מהמאושפדים ענו כי הם מאמינים כי בבית חולים אחר הם היו מקבלים טיפול טוב יותר. התוצאות נעו בין 7% בסוראסקי ל-28% בברזיל.

לדעת חברי הצוות, שיעורי התפוסה בבתי החולים הינם גבוהים מדי ויכולים להביא לפגיעה בבריאות של המאושפדים. החשש נובע הן מתנאי אשפוז לא מתאימים הן במסדרונות בתי החולים והן בחדרים מרובים חולים, תנאים אשר אינם עומדים בקנה אחד עם המדיניות של צמצום הזיהומים בבתי החולים. בנוסף,

⁹ <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/sekerALL.pdf>
¹⁰ יש לציין כי השונוות המוסברת במודל זה אינה גבוהה ועומדת על 51%

שיעורי התפוסה הגבוהים בשילוב שיעור המיטות הנמוך משפיעים על מצבת כח האדם הקיימת בבית החולים. תוספת מיטות המלווה בתוספת של כח אדם רפואי יכולה לאפשר להוריד את שיעורי תפוסה ולאפשר טיפול רפואי ראוי יותר.

יחד עם זאת, חברי הצוות מודעים לתחלופה הקיימת בין שירותי האשפוז בבתי החולים לבין הטיפולים הניתנים בקהילה. הגדלת ההוצאה של קופות החולים בבתי החולים משמעותה כי לקופות החולים יהיו פחות משאבים להשקיע בטיפול בקהילה. לאור זאת, חברי הצוות סבורים כי הגדלת מספר המיטות בבתי החולים צריך להיעשות גם תוך בחינת אלטרנטיבות של טיפול בקהילה. המלצות הצוות הינה לפעול במקביל, מצד אחד לתוספת משמעותית של מיטות אשפוז אשר תקל על העומסים הקיימים היום בבתי החולים, ומצד שני לבחון תוספת של מיטות נוספות לאלו אשר הוזכרו קודם לאור היכולת האלטרנטיבית לתת את הטיפול במסגרת הקהילה. כמו כן, הצוות סבור כי ללא קשר לתוספת התקציבית הנדרשת, ניתן לנקוט בצעדי התייעלות בבתי החולים. דוגמאות לצעדים אלו ניתן לראות בהמלצות המפורטות מטה.

בהמשך לפרק העוסק בגבולות אפשרויות הבחירה של המטופל, הצוות גם דן באריכות בסוגיית ה'פולטיימרים' (full-timer). הצוות תופס רופא 'פולטיימר' כרופא אשר מועסק אך ורק דרך בית החולים. יש לו מחויבות לעבוד בבית החולים גם מעבר לשעות העבודה הרגילות והוא לוקח חלק משמעותי בפעילות בית החולים אחר הצהריים. אותו הרופא אינו מורשה לעסוק בעבודה פרטית, אך יכול במסגרת שיתוף פעולה של בית החולים עם קופות החולים לספק לקופת החולים שירותי רפואה בקהילה, כאשר משלמת לבית החולים עבור אותם שירותים והרופא אינו מקבל תגמול ישירות מקופת החולים. תמורת המחויבות של הרופא לעבוד כ'פולטיימר' יידרש בית החולים לשלם לאותו הרופא משכורת גבוהה יותר מאשר השכר הנהוג היום לרופאים במערכת הציבורית שאינם מוגדרים כ'פולטיימרים'.

היתרון המשמעותי בשיטת העסקה זאת הינה שהיא מבטיחה זמינות רבה יותר של הרופאים הבכירים בבתי החולים בשעות אחר הצהריים. תמורת הגדלת שכרם, הרופאים יתחייבו לעבוד אך ורק במערכת הבריאות הציבורית, יגדילו בצורה משמעותית את התפוקות שלהם בבית החולים הציבורי ויהיו זמינים למקרי חירום בבית החולים מעבר לשעות העבודה הרגילות.

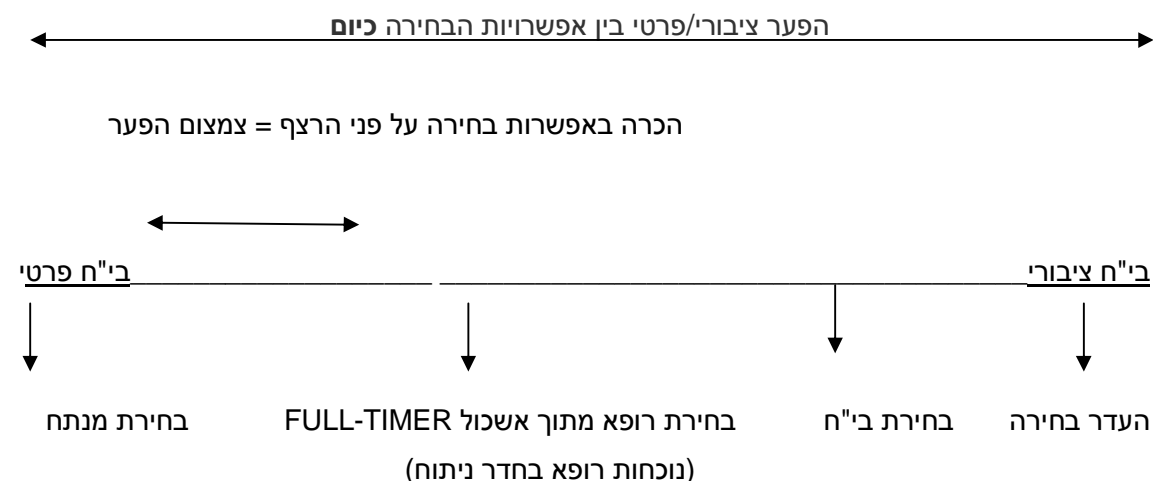
לפי המודל המוצע, כל בית חולים שיבחר בכך יקבל תקציב צבוע מהמדינה לנושא ה'פולטיימרים'. בתמורה, בית החולים יתחייב להעסיק שיעור מסוים של רופאים כ'פולטיימרים' ולהגדיל את תפוקות בית החולים בשעות אחר הצהריים. מכיוון שהתקציב עבור שכר הרופאים יתקבל באופן ישיר מהמדינה ולא באמצעות תשלום עבור רכישת שירותים מקופות החולים, ניתן יהיה להרחיב את אספקת השירותים אחר הצהריים, ללא ייקור הפעולות עבור קופות החולים (כולל נושא הקפ).

בנוסף הצוות דן בהשפעות השליליות הקיימות לתעסוקה מעורבת של רופאים במערכת הציבורית (בתי חולים ציבוריים וקופות החולים במסגרת שירותי התוספת השנייה) ובמקביל במערכת הפרטית. לדעת

חברי הצוות יש להפריד בצורה מוחלטת בין הרופאים המועסקים במערכת הציבורית לבין הרופאים העובדים במערכת הפרטית. עד כה, הצוות לא הגיע להסכמה בסוגיית אפשרות מתן ייעוצים פרטיים ע"י רופאים העובדים בבתי החולים ואינם מוגדרים כ'פולטיימרים'. ככל שיתאפשר לאותם הרופאים לעבוד במקביל במערכת הפרטית, הדבר יתאפשר רק במסגרת ייעוצים (ולא ניתוחים וביצוע פרוצדורות), בהיקפי פעילות שיקבעו מראש ולא יעלו על X אחוז מהפעילות במערכת הציבורית. מדדי הפעילות יקבעו בתאם לאופי המקצוע הרפואי.

הצוות גם דן בנושא האפשרות לבחירה במערכת האשפוז. במערכת הבריאות קיים ציר של אפשרויות בחירה - אין בחירה, בחירת בי"ח, בחירת קבוצת מומחים, בחירת רופא בחדר, בחירת מנתח. בנושא הסדרי בחירת בתי החולים דנו בפרק 4. בחירת רופא הינה על הרצף של אפשרויות הבחירה במערכת הבריאות.

מודל רצף הבחירה במערכת הבריאות (ציבורי ופרטי)



לטעמנו, הביקוש לניתוחים פרטיים במערכת הבריאות הישראלית נובע משתי סיבות עיקריות: הרצון לקצר תור הקיים במערכת הציבורית והרצון להבטיח כי ינתח אותך מנתח בכיר. מצד שני, לבחירת המנתח ישנן מספר השפעות שליליות במערכת הבריאות הישראלית לדוגמא: פגיעה בהכשרת המתמחים, הקצאת מנתחים בכירים לניתוחים יחסית פשוטים שלא לפי הצורך הרפואי ועוד. לכן בבואנו להציע מודל אספקה במערכת האשפוז ניסינו לשלב בין הרצון של המבוטח לבחור את הרופא המנתח לבין ההשפעות השליליות שקיימות לנושא על המערכת. כל זאת, מבלי להתנות את הגברת אפשרויות הבחירה של המבוטח ביכולתו

הכלכלית לממן את השירות או לרכוש ביטוח שיכסה זאת. הרחבת אפשרויות הבחירה תינתן לכל המבוטחים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

על ציר הבחירה שצוין קודם לכן, בחרנו הן להגביר את אפשרויות הבחירה של המבוטח בבית החולים (ראה פרק 4) והן להגביר את אפשרויות הבחירה של המבוטח בכל הנוגע לצוות הרפואי שיטפל בו. אנו מציעים כי בכל בית חולים ציבורי, עבור רשימת פרוצדורות רפואיות שתיקבע, תיקבע בנוסף גם רשימת רופאים מומחים המוכשרים לבצע את הניתוח. מבוטח יוכל לבחור רופא מתוך הרשימה אשר יהיה נוכח בחדר במהלך הניתוח. אין בכך כל הבטחה כי אותו הרופא הוא זה שיבצע את הניתוח. בפני הצוות הובאו עדויות המראות כי אין הבדל משמעותי בתוצאות הניתוח בהבחנה בין מומחיות הרופא המנתח לבין מקרים בהם הרופא הבכיר היה נוכח במהלך הניתוח.

יש לציין כי הבחירה ברופא הבכיר אשר יהיה נוכח במהלך אינה כוללת תשלום של המבוטח או מי מטעמו. במידה ויהיה ביקוש רב לרופא מסוים מתוך רשימת הרופאים, אזי הדבר יתבטא בזמני המתנה ארוכים יותר אליו מאשר לשאר הרופאים הנמצאים ברשימה. המחויבות של בית החולים לעמידה בכללי הזמינות לניתוח תיבחן לפי הרופא ברשימה עם זמן ההמתנה הקצר ביותר.

המלצות הצוות בנושא מערכת האשפוז:

תפוסת המיטות בבתי החולים גבוהה מאוד ועומדת על 98%, משך האשפוז קצר יחסית ושיעור המיטות לאלף נפש נמוך מדי. להקלה על העומס במערכת האשפוז ולצמצום אשפוזים מיותרים דרושים הצעדים הבאים:

א. צעדי התייעלות במערכת ובהם:

1. הרחבה של מערכות תומכות קהילתיות, כולל חיזוק תשתיות הבירור והאבחון בקהילה והרחבת המערך לטיפול ואשפוז בקהילה/בבית.
2. צמצום פניות מיותרות לחדרי מיון, בעזרת הקמה וחיזוק של יחידות מיון קדמי של קופות החולים עם תשתיות וכוח אדם איכותיים. תכנון היחידות יעשה בראייה לאומית.
3. קביעת תכניות טיפול משולבות למגוון של אוכלוסיות בסיכון: חולים כרוניים, מאושפזים חוזרים, חולים שמקבלים תרופות שלא נמצאות בסל וכו'.
4. שימוש במומחיות מתחום התעשייה והניהול, על מנת לשפר את תהליכי העבודה והיעילות בבתי החולים.
5. האצת המעבר לתשלום באמצעות DRG וצמצום תשלום לפי יום אשפוז.

ב.

קביעת מנגנון עדכון למספר מיטות האשפוז בפועל –

1. מספר המיטות יגדל לפחות בהתאם לגידול הדמוגרפי והזדקנות האוכלוסייה (הערכה: 250 מיטות בשנה).
2. בנוסף, על מנת לשוב ולהעלות מעט את שיעור המיטות לאלף נפש, תינתן בשנים הקרובות תוספת פיצוי של מיטות אשפוז (ובכלל זה מיטות טיפול נמרץ) , שתיפרס עד 2020. צוות מקצועי יקבע את מספר המיטות הנוספות.
3. המנגנון יתחשב ביכולת הקהילה לתת טיפול אשפוזי מחוץ לבתי החולים ולמנוע אשפוזים מיותרים, וכן בהתפתחויות טכנולוגיות המשפיעות על מספר המאושפדים בבתי החולים. הפחתה או תוספת של מיטות בשל גורמים אלה תוגדר ותוסבר במפורש.

ג.

'פולטיימר'

1. הנהלת בית החולים ומנהלי המחלקות – יועסקו אך ורק בבית החולים. במקרים בהם יש קושי לגייס מנהלי מחלקות יש לשקול חריגה מכלל זה.
2. בנוסף, לכל בית החולים יתאפשר להעסיק בין $Y\%$ ל- $X\%$ מהרופאים כ- 'פולטיימר' בהתאם למספר הרופאים המומחים התקניים בבית החולים. בהפרש בין רצפת ההעסקה ($Y\%$) של 'פולטיימר' לבין התקרה ($X\%$) יוכל מנהל בית החולים לשלם לרופאים אחרים עבור עבודה נוספת (לדוגמה ע"פ תפוקות).
3. בעת קיום מכרזים לתפקידים בכירים תינתן עדיפות לרופאים אשר כיהנו כ'פולטיימר' כולל בבתי חולים ציבוריים אחרים.
4. שכר 'פולטיימרים' – ישנן **שתי** אפשרויות מרכזיות (להחלטת הנהלת בית החולים):
 1. שכר גלובלי שמחייב תפוקות מינימליות.
 2. שכר בסיס ובנוסף לו שכר לפי תפוקות במשמרת השנייה (בית החולים צריך להבטיח אפשרות למינימום תפוקות אחר הצהריים, בנוסף הרופא יהיה מחוייב למינימום תפוקות בבוקר).
5. שכר ה'פולטיימרים' יהיה דיפרנציאלי לפי תחום העשייה הרפואית, במידה ויהיה מחסור בגיוס כ"א בפריפריה לעומת המרכז, שכר ה'פולטיימרים' בפריפריה יהיה גבוה יותר (באותו תחום עשייה רפואית).
6. מחקר – תינתן עדיפות בתקציבי מחקר לרופאים שיועסקו כ'פולטיימר'.

7. עבודה נוספת של מועסקים בבתי חולים ציבוריים, ישנן שתי אפשרויות מרכזיות אשר הצוות לא הכריע בניהן:

א. פולטיימרים - רופא אשר מכהן כ'פולטיימר' מחוייב לבית החולים הציבורי. על מנת למנוע פגיעה בקהילה, הרופאים המכהנים כ'פולטיימר' יוכלו לעבוד ברפואה ציבורית במסגרת הקהילה. 'פולטיימר' לא יוכל לעבוד במקביל בבית חולים פרטי או בקליניקה פרטית. מוצע להקים צוות יישום אשר יקבע את הכללים והנהלים המדוייקים בנושא.

ב. רופאים שאינם 'פולטיימרים' - רופאים במערכת הציבורית שאינם מוגדרים כ'פולטיימרים' יועסקו במערכת הציבורית בהיקף משרה מינימלי שייקבע. הם יוכלו לעבוד מחוץ למערכת הציבורית תחת המגבלות שיקבעו מראש.

8. יש להבטיח כי יהיו תנאים שיאפשרו העסקה של צוותים רפואיים תומכים לרופאים אחר הצהריים.

בחירת רופא

ד.

קיים ציר של אפשרויות בחירה במערכת הבריאות - אין בחירה, בחירת בי"ח, בחירת קבוצת מומחים, בחירת רופא בחדר, בחירת מנתח. בנושא הסדרי בחירת בתי החולים דנו בפרק 4. בחירת רופא הינה על הרצף של אפשרויות הבחירה במערכת הבריאות. בתי החולים יהיו מחויבים לבצע כללים אלו.

1. ניתוחים/פעולות פולשניות בבתי החולים:

1. בחירת הרופא הבכיר הנוכח בניתוח הינה ללא תשלום של המבוטח או כל גורם מטעמו.
2. משרד הבריאות והאיגודים המקצועיים יקבעו רשימה של ניתוחים/פעולות פולשניות בהן נוכחות רופא מומחה בחדר תהיה חובה.
3. לכל ניתוח/פעולה פולשנית לא דחופים שמבוצעים בבית החולים ונמצאים ברשימה שנקבעה בסעיף 6.1.2 תיקבע רשימה של לפחות 2 רופאים מומחים אשר ניתן לבחור מבניהם ומתאימים לביצוע הפרוצדורה. אין התחייבות שהרופא שנבחר הוא המנתח אלא שהוא נוכח בניתוח. במקרים בהם יש רק רופא מומחה אחד בבית החולים אשר מבצע את הפרוצדורה לא חייבים לתת אפשרות בחירה.
4. מבוטח אשר אינו בוחר יש להציע לו את התור המוקדם ביותר הזמין; למבוטח המעוניין לבחור את הרופא הבכיר בניתוח יוצגו בפניו זמני ההמתנה לכל אחד מהרופאים שברשימה.
5. כאמור בפרק 4, במידה וזמני ההמתנה חורגים מהכללים שנקבעו, זכותו של המבוטח לפנות לבתי חולים אחרים אשר אינם נמצאים בהסדרי הבחירה של קופת החולים ויש להציג בפניו את האפשרויות השונות.

2. רפואה יועצת בבתי החולים

- א. אין בחירה של רופא יועץ במהלך אשפוז.
- ב. לכל שירות אמבולטורי שאינו במהלך אשפוז, תקבע רשימה של רופאים מומחים אשר נותנים מענה לנושא הנדרש.
- ג. למבוטח תינתן אפשרות לבחור מתוך הרשימה (במידה וקיים יותר מרופא אחד ברשימה).
- ד. במידה והמבוטח מעוניין לבחור רופא מהרשימה יוצגו בפניו זמני ההמתנה לכל אחד מהרופאים שברשימה.
- ה. מבוטח אשר אינו בוחר יש להציע לו את התור המוקדם ביותר הזמין.
- ו. כאמור בפרק 4, במידה וזמני ההמתנה חורגים מהכללים שנקבעו, זכותו של המבוטח לפנות לבתי חולים אחרים אשר אינם נמצאים בהסדרי הבחירה של קופת החולים.

7. מדדי איכות השירות וחווית המטופל

איכות השירות הינה חלק בלתי נפרד מהטיפול הרפואי לו זכאי מטופל במערכת הבריאות. ביטוי לקשר העמוק שבין ההיבט הקליני ובין איכות השירות ניתן למצוא, בין היתר בהוראות חוק זכויות החולה, התשנ"ו – 1996, שם נקבע כי "מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש".¹¹ כאמור, 'טיפול רפואי נאות' כהגדרתו בחוק, נבחן הן מבחינה קלינית (רמה מקצועית ואיכות רפואית), והן מבחינת יחסי האנוש וחווית המטופל בתוך מערכת הבריאות. כיום, לצד הרמה הרפואית הקלינית הגבוהה ואיכותית, מודגשת אחת מהבעיות המרכזיות של מערכת הבריאות הציבורית בישראל – והיא איכות השירות וחווית המטופל.

נוכח חשיבות הנושא, בשנים האחרונות הפכו האיכות השירות, חווית המטופל ובטיחות הטיפול למרכיבים מרכזיים במסגרת הפעילות הרפואית. במוסדות הרפואיים השונים, ובכלל זאת קופות חולים, בתי חולים של קופת החולים וכיו"ב, הוקמו יחידות פנימיות שפועלות כל העת לשיפור האיכות השירות ברפואה.¹² בשנת 2013 יזם משרד הבריאות מגוון מהלכים לשיפור השירות, בבתי החולים בכלל וכחלק מתוכניות העבודה השנתיות של בתי החולים הממשלתיים בפרט (רוב הנושאים מקודמים ברמה הלאומית). חשיבות הנושא באה לידי ביטוי, בין היתר גם ביעדים שהציב המשרד במסגרת "עמודי האש", ובהם "ניטור מדדי איכות קליניים ומדדי איכות השירות במערכת הבריאות והצבת יעדים ברורים לעמידה במדדים"; "שיפור תפקוד ורמת השירות של המשרד וחיזוק מעמדו כגורם יוזם ומוביל" ו- "הבטחת איכות הרפואה בישראל".¹³ בנוסף, וכחלק מתוכנית העבודה לשנת 2014 החל המשרד לגבש מדדי איכות השירות / חווית המטופל במערכת הבריאות, תוך התייחסות לפרמטרים כמותיים כגון: זמן המתנה; זמינות תורים לניתוחים, למרפאות החוץ ולקהילה; דחיות וביטולי ניתוחים ובדיקות לפני ובמהלך האשפוז; דחיות וביטולי תורים

¹¹ חוק זכויות החולה, התשנ"ו – 1996. סעיף 5

¹² כיום ישנם מנהלי שירות רק בבתי החולים של כללית שירותי בריאות.

¹³ עמודי האש במערכת הבריאות – "תנופה חדשה" (נושאים 4 ו-6).

למרפאות החוץ ; משך זמן טיפול; היקף פניות הציבור ומשך זמן טיפול בפניית ציבור; המתנה במלר"ד. במהלך השנים 2012-2013 גובש סקר חוויות המטופל הלאומי, הסקר יבוצע ברבעון השני של שנת 2014 בכל בתי החולים הכלליים.

מודל האספקה המוצע מבקש לחזק את המהלכים שהחלו ביוזמת משרד הבריאות ובהובלתו, תוך שהוא מעודד הנחלת תרבות ארגונית המציבה את המטופל במרכז. תרבות ארגונית שמטרתה להביא לשיפור איכות השירות הרפואי לצד מתן רפואה איכותית יותר ובטיחותית יותר. תרבות ארגונית אשר צריכה להיספג בכל הרמות, החל מהנהלת המוסד הרפואי, דרך המחלקות/היחידות השונות ועד אחרון העובדים (רפואי, סיעודי, אדמיניסטרטיבי או אחר).

לגישתנו, מנגנון אפקטיבי לאבטחת איכות השירות הינו רכיב חיוני בדרך לחיזוק הרפואה הציבורית בישראל. מנגנון אשר מודד את איכות השירות באמצעות פרמטרים איכותיים (זמינות מידע, נגישות לשירותים, שביעות רצון, העצמת מטופלים ושיתופם ועוד), ופרמטרים כמותיים (זמינות תורים, ניהול התור במרפאות החוץ, ביטולי ודחיות ניתוחים ותורים, תפוסה במחלקות, זיהומים, זמני המתנה במענה טלפוני, תלונות הציבור ועוד). מנגנון אפקטיבי שבכווח להשיב את אמון הציבור למערכת הבריאות, תוך שהוא נבחן בחמישה ממדים עיקריים (R.A.T.E.R)¹⁴

- מהימנות (Reliability) - יכולת לספק שירות רפואי באיכות שעולה בקנה אחד עם הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשמ"ד – 1994, וחוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996.
- ביטחון (Assurance) - מתן שירות רפואי שבכווח לחזק את הביטחון בגורם המטפל, כמו גם את אמון הציבור בממסד הרפואי.
- מוחשייות (Tangibles) - יכולת המוסד הרפואי להבטיח זמינות ונגישות ל - מתקנים; מכשירים; ציוד; צוות רפואי וסיעודי וכיו"ב.
- אמפתיה (Empathy) - מתן טיפול רפואי תוך הקפדה על יחס אישי ושמירה על פרטיותו וכבודו של המטופל.
- היענות (Responsiveness) - פישוט הליכים בירוקרטים ומתן מענה מהיר, יעיל ואיכותי.

להדגיש, על המוסדות הרפואיים להנהיג אמצעים ושיטות לשיפור השירות וחוויות המטופל, וזאת לצד פיתוח כלים לביצוע בקרה אפקטיבית של איכות השירות (מוסד רפואי/ממשקים בין מוסדיים/ מערכת בריאות). בקרה פרו-אקטיבית אשר פועלת בשני מישורים מקבילים:

¹⁴Parasuraman, A; Leonard L Berry; Valarie A Zeithaml(1991),"Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale," Journal of Retailing, 67(Winter), 4, 420-450; Parasuraman, A; Valarie A Zeithaml; Leonard L Berry (1994),"Reassessment of Expectations As A Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research," Journal of Marketing, 58(Jan), 1, 111-124.

1. פרוספקטיבי – שיטה אשר צופה את נקודות התורפה (מערכת/המוסד), ומגדירה מראש את המדיניות ביחס לאיכות השירות ובטיחות הטיפול, בין היתר באמצעות הנחיות, נהלים ופרוטוקולים.
2. רטרוספקטיבי – שיטה אשר נסמכת על דיווח ואיסוף שיטתי של נתונים ומידע; ניתוח השוואתי (Bench Marking); הפקת לקחים ומסקנות וכיו"ב.

המלצתנו היא לאמץ את איכות השרות כיעד אסטרטגי, תוך הקצאת משאבים משמעותיים ברמה הלאומית, וכפועל יוצא גם ברמה המוסדית. הובלת תהליכים ויצירת מחויבות אמיתית של מוסדות הבריאות לאיכות השירות, בין היתר מתוך הכרה בהשפעות החיוביות שעשויות לצמוח משיפור האיכות למטופל, הן מבחינת אמן הציבור במערכת הבריאות הציבורית, והן מבחינת שיפור בריאותו ורווחתו של הפרט. כמו כן, הצוות מבקש לתת דגש מיוחד על איכות השירות ביחס ל:

- א. קשר "בית חולים – קהילה" ונקודות הממשק
- ב. אוכלוסיות מיוחדות (חולים כרוניים, קשישים, בעלי מוגבלויות ועוד)
- ג. פריפריה גיאוגרפית
- ד. מחלקות לרפואה דחופה
- ה. ניתוחים

המלצות הצוות בנושא איכות השירות במערכת הבריאות:

הצוות ממליץ להמשיך לפתח ולהטמיע בבתי החולים ובקהילה מנגנונים מובנים ואפקטיביים לאבטחת איכות השירות, ובכלל זאת¹⁵:

מדידה

- א. סקרי שביעות רצון / חווית המטופל.
1. ביצוע סקר שביעות רצון לאומי (בתי חולים וקהילה) בהובלת משרד הבריאות אחת לשנתיים.
2. ביצוע סקר שביעות רצון מחלקה/מרפאה בהובלת המוסד הרפואי אחת לשנה.
3. ביצוע סקר נגישות מוסדית (בעלי מוגבלויות, נגישות לשונית, קשישים ועוד) אחת לשנה.
- ב. הדרכה והכשרה:
1. פיתוח סדנאות תקשורת לכלל הצוותים רפואיים והסיעודיים (בבתי החולים ובקהילה).
- ג. זמינות ונגישות:
1. מדידת אורך תורים.
2. מדידת זמני מענה בטלפון.

¹⁵ הצוות מבקש לציין כי חלק מהכלים נמצאים בשלבי תכנון, ביצוע והטמעה על ידי משרד הבריאות והנהלות בתי החולים.

3. מדידת זמני המתנה במרפאות חוץ (תורים +זמני המתנה לכניסה לרופא).
4. מדידת זמני המתנה לרופאים מומחים בקהילה.
5. מדידת זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים.
6. מדידת זמני המתנה במחלקות לרפואה דחופה (מלר"ד).
7. מדידת ביטול תורים / ניתוחים / בדיקות באשפוז ולא באשפוז.
8. מדידת מספר מטופלים/שעה בקהילה בחתך סוג התור.

ד. טיפול בפניות ציבור

1. מדידת פניות הציבור / מכתבי הערכה לכל 1000 מטופלים/מאושפזים.
2. משך זמן לטיפול בפניית ציבור בחתך סוג הפנייה.

- ה. פרסום הממצאים להנהלות בתי החולים ולציבור הרחב.
- ו. הגדרת יעדים לכל אחד מהפרמטרים ברמה הלאומית וברמה הפרטנית.
- ז. הגדרת SLA ע"י בית החולים שישוקף לציבור הרחב.

שיפור שירות

- א. שילוב נושא איכות השירות וחווית המטופל בלימודי הליבה של הסטודנטים למקצועות בריאות (בתי ספר לרפואה, בתי ספר לסיעוד, מזכירות רפואית וכיו"ב).
- ב. מינוי מנהל חווית השירות בכל בית חולים בכפיפות ישירה למנכ"ל בית החולים או סמנכ"ל רפואי, הכשרת מנהלי שירות ברמה הלאומית.
- ג. פיתוח תוכניות הכשרה וסדנאות תקשורת לצוותים רפואיים, סיעודיים ואדמיניסטרטיביים (לדוג' מזכירות מחלקה).
- ד. שיפור רצף הטיפול וצמצום בירוקרטיה בממשק מטופל – בית חולים – קהילה.
- ה. תזכור תורים בקהילה.
- ו. תזכור תורים מרפאות חוץ.
- ז. תזכור ועדכון לפני ניתוח/פרוצדורה.
- ח. הרחבת היכולות הדיגיטליות של בתי החולים (לדוג' מתן דו"ח סיכום בדיקה/טיפול אצל רופאים בקהילה, לחילופין אפשרות הדפסת סיכום בדיקה/טיפול מתוך אתר האינטרנט של בית החולים/קופה).
- ט. הגבלת זימון יתר במרפאות חוץ.
- י. הרחבת שירותים בערוצים ישירים (לדוגמא מוקד טלפוני / אינטרנט).
- יא. הרחבת הנגישות הלשונית (מוקד, אתר האינטרנט, שימוש במתורגמנים).
- יב. מתן דף מידע למטופל/מאושפז בשפות.
- יג. תיעוד וניתוח תלונות/פניות הציבור.

יד. שקיפות מוסדית (פרסום חלק מנתוני המדידה ודו"ח שנתי של פניות ותלונות הציבור).
טו. ביצוע בקורות שנתיות השוואתיות בין בתי החולים בנושאים במיקוד איכות השירות. הגדרת תגמול ייעודי לבתי החולים על שיפור במדדי איכות השירות (זמינות תורים נמוכה, ציוני סקרי חווית המטופל, צמצום תלונות הציבור ועוד).

סיכום

עד כה במסמך הצגנו את מודל האספקה הנמצא לדעתנו בבסיס לאספקת רפואה טובה ואיכותית לתושבי מדינת ישראל. המודל נבנה כמודל אינטגרטיבי על פני רצף החיים כאשר המטופל במרכז. לדעתנו זהו מודל אספקה הכרחי ולכן אנו חושבים שהמערכת צריכה לפעול להשיג את המקורות הכספיים למימון.

אנו קוראים להשגת מקורות כספיים כדי:

1. יישום המודל
2. הבטחת עדכון ראוי לסל שירותי הבריאות ופיצוי על שחיקת המקורות בשנים הקודמות

המלצתנו היא כי תוספת מקורות המימון צריכה להגיע בראש ובראשונה ממקורות מימון ציבוריים: תקציב המדינה או דמי ביטוח בריאות ממלכתי וכן מיסוי של כל הגורמים אשר משתמשים במקורות ובמשאבים של המערכת הציבורית (המערכת הפרטית, תוכניות השב"ן, הביטוחים הפרטיים ותיירות המרפא). להערכתנו במידה ולא תינתן תוספת תקציב מספקת על ידי המקורות הציבוריים, לא תהיה ברירה אלא להרחיב את ההכנסות של המערכת ממקורות אחרים ופרטיים כגון מתיירות מרפא, באופן שלא יביא לפגיעה בחולה הישראלי.

חברי הצוות מתנגדים לתוספת מקורות למערכת הבריאות באמצעות הגדלת הנטל הישיר על ציבור החולים באמצעות השתתפויות עצמיות או מימון פרטי בבתי החולים הציבוריים. אולם, אנו קוראים לשרה לקבוע לוחות זמנים למימון מודל האספקה ולכנס את הוועדה שוב במידה ונדרשת תוספת של מימון.