

## מודל רצף טיפולי במערכת הציבורית – צוות עזיז

עזיז, עדי, שולי, ניר, ערן, מיכל

### עקרונות כלליים

- **תכנון כ"א ברמה הלאומית** (רופאים, אחיות ואחרים) לפי תחזיות אוכלוסיה, דמוגרפיה וכד', בשאיפה להעלות היחס ל-1,000 נפש.
- **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, פאראמדיק) שיורידו מהעומס המנהלתי, ובכלל זה הנפקת אישורים, הקלדת מידע למחשב במידת האפשר, ייעוץ תרופתי, לקיחת מדדים.
- **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

### רפואה ראשונית

- **דגש על רפואה מונעת ואורח חיים בריא** – אחריות משולבת: משרד הבריאות, קופות חולים והפרט.
  - כגון: חיסונים, בדיקות סקר, דיאטנית, הפסקת עישון, פעילויות ספורט והתנהגויות בריאותיות אחרות ופעילות מונעת מותאמת מגזרים/קבוצות אוכלוסייה
- **דגש על זמינות ונגישות של הרופא הראשוני** – יותר רופאים ראשוניים, בדגש על פריפריה חברתית וגיאוגרפית. ההנחה היא שככל שהנגישות והזמינות טובה יותר העומס על כלל המערכת יורד. אחריות: משרד הבריאות, קופות החולים, הר"י
- רופא בקהילה כמנהל הטיפול - case manager (משפחה/ ילדים/ נשים/ גריאטר), יחד עם זאת מומלץ להמשיך במדיניות המאפשרת פנייה ישירה ב-5 ההתמחויות השכיחות.
- הבניית מערכות המידע כך שריכוז כלל המידע על המטופל יהיה אצל הרופא case manager. לדוגמא: עדכון הרופא הראשוני באופן מיידי על אשפוז מבוטח שלו.
- בניית יוקרה מקצועית – **תמריצים פיננסיים, תמריצים חברתיים, תמריצים מקצועיים**.

בהמשך נפרט וניצוק תוכן [SB1] הערה למודל זה

- **הרחבת שירותי הרפואה המקצועית בקהילה.** באחריות משרד הבריאות קופות חולים ובתי חולים.
- מתן דגש על מתן שירותי ייעוץ בקהילה והקצאה מושכלת של מקצועות הייעוץ (רפואה שניונית) בין בתי החולים לקהילה
- מתן העדפה למודל של רופא משולב ביי"ח-קהילה

#### קו התפר בין הקהילה לבי"ח

#### **רפואה דחופה**

#### **\*\*להוסיף המלצות וועדת מרלדים / אור\*\***

#### **יחסים בין קהילה לבית חולים :**

- שיפור הרצף טיפולי בתוך בית חולים ובין ביי"ח לקהילה.

#### הסדרי בחירה בין ספקים

#### **האומנם נדרשים הסדרי בחירה ולא ניתן לפתוח באופן גורף את האפשרות לבחור כל בית חולים?**

הסדר בחירה מאפשר selective contracting וריסון הוצאות בריאות<sup>1</sup>. גם כאשר מרחיבים את אפשרויות הבחירה של המבוטחים, יש לשמר את כוח המיקוח של קופות החולים ולתמרץ את הקופות כך שייצגו את המבוטח מול המערכת.

- הסדרי הבחירה יהיו מוגבלים, אך יאפשרו למבוטח לבחור ספקים לפחות בשני מימדים: הם יכללו אפשרות לבחור ספק הן באזור מגוריו של המבוטח והן מחוץ לאזור זה. הם יכללו גם אפשרות לבחור ספק אשר אינו שייך לקופת החולים של המבוטח.
- הבחירה בין הספקים הכלולים בהסדר תהיה חופשית, בלי דירוג והעדפה ביניהם מצד הקופה.
- שמירה הדוקה על רציפות במיקום הטיפול וברצף הטיפול. מטופל שהחל טיפול במוסד רפואי יוכל להמשיך לקבל את המשך הטיפול באותו המוסד.
- שרת הבריאות תאשר באופן אקטיבי את הסדרי הבחירה בהתייעצות עם מועצת הבריאות, ותאשר חריגות מהכללים בהסדרי הבחירה (למשל: למחלות ספציפיות)
- הסדרי הבחירה יהיו שקופים לציבור.
- משרד הבריאות יקבע מהם מרחקים סבירים בהסדרי הבחירה, שיאפשרו נגישות סבירה קביעת זמני המתנה סבירים –
- ועדה ציבורית (דמוית ועדת הסל) תקבע סטנדרטים מחייבים לזמני המתנה (לפי פרוצדורות וחומרת המקרה)
- אם קופת החולים מציעה תור בזמן ארוך מהסטנדרטים שייקבעו, המבוטח יוכל לבחור ספק שירותים ללא מגבלות הסדר הבחירה (במחלוקת – האם גם ספק פרטי)
- שקיפות ארצית לתורים באינטרנט.

<sup>1</sup> צייטוט של מחקרים על תחרות מנוהלת

- מרכז זימון תורים ארצי מרכזי – למימוש הסדרי הבחירה והכללים לחריגה מהם. יאפשר פיקוח ואכיפה של הסטנדרטים לזמני המתנה. (אפשר – במסגרת רשות אשפוז מרכזית)

#### מערכת האשפוז

- שינוי מפתח התקינה (להפריד תקני כ"א – רופאים ואחרים מתקנון מיטות), עדכון וגיוון מפתחות התקינה.
- יש להגביר את שיתופי הפעולה והתיאום בין המערכים הקהילתי והאשפוזי, יכול לחסוך מחלות של מבוגרים. בהקשר זה יש להקים חלופות אשפוז בקהילה כגון אשפוז יום / יחידות להמשך טיפול, טיפול בבית החולה ואתרים לאשפוז ארוך וכו'. נציגים של קופות חולים ישבו בתוך בתי החולים כדי לתאם את התהליך הרפואי המיטבי (אשפוז ושחרור), לייעל תהליכים ולהפחית בירוקרטיה. בתוך כך צריך לשים לב שלא מתחזקים שיקולים כלכליים של הקופות על חשבון שיקולים רפואיים מקצועיים.
- להגדיל מערכות תומכות קהילתיות ומערכות אשפוז ביתי.
- הקמת וחיזוק יחידות מיון קדמי של קופות החולים עם כ"א איכותי.
- מתן תמריצים לקופות החולים ולבתי החולים על מנת לשפר את הרצף הטיפולי
- קביעת תוכניות טיפול משולבות למגוון של אוכלוסיות בסיכון: חולים כרוניים, מאושפזים חוזרים, חולים שמקבלים תרופות שלא נמצאות בסל וכו'

#### אשפוז סיעודי

#### פולטיימר

- רופאים במשרת פולטיימר יהוו את העתודה הניהולית והמקצועית הבכירה של בית החולים. יקבלו עדיפות בתפקידים ובמחקר, ויהיו מחויבים לקדנציות ורוטציות.
- שכר פול טיימרים – ראינו שתי אפשרויות: שכר בסיס ובנוסף לו שכר לפי תפוקות, או שכר גלובלי שמחייב תפוקות מינימליות. האם נדרשת הגדרה של מהי משרת פולטיימר בשעות?
- שלושה קריטריונים לקביעת השכר של פול טיימר: תפוקות, התמחות, פריפריה.
- מעבר לרופאים הפולטיימרים - כל הצוות הרפואי עובד במשמורת שניה. צריך לבחון מהיכן הכסף?.
- כל הרופאים בבתי החולים אינם יכולים להיות מועסקים במערכת הפרטית, אולם יכולים להיות מועסקים כרופאים בקהילה. במסגרת התוספות השניה והשלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. נותרה השאלה האם הם יכולים לעבוד ביעוץ פרטי בקהילה?
- יתכן מעבר של פול טיימרים או אחרים בין בתי חולים

### בחירת רופא

- בחירת רופא- ללא תשלום. אומץ מודל רמב"ם בו מוצעת קבוצת רופאים המתאימים לפרוצדורה (Group practice), אין התחייבות שהרופא שנבחר הוא המנתח אלא שהוא נוכח בניתוח (בחירה של הרופא הבכיר בחדר הניתוח).

ציר עדי :

אין בחירה, בחירת ביי"ח, בחירת קבוצת מומחים, בחירת רופא בחדר, בחירת מנתח

### מדדי איכות

-