

**מודל הבר"ק**

**בחירה- רצף טיפולי – קהילה**

**עזיז, שולי, עדי, ערן, מיכל וניר**

# מודל הבר"ק

## עקרונות מנחים

- ✓ צדק, שוויון ועזרה הדדית
- ✓ חיזוק מערכת הבריאות הציבורית
- ✓ חיזוק שירותי הבריאות בקהילה
- ✓ שיפור רצף הטיפול קהילה-אשפוז
- ✓ הגברת אפשרויות הבחירה
- ✓ שיפור השירות
- ✓ הגברת אמון הציבור
- ✓ ריסון התלות במשאבים פרטיים לצורך קבלת שירותי בריאות

# מודל הבר"ק

## חיזוק הרפואה הראשונית

- הגברת הזמינות והנגישות לרופאים ראשוניים הרופא הראשוני כמנהל טיפול ואינטגרטור בין ספקי השירות האחרים (פנייה ישירה, השתתפויות עצמיות, זמני המתנה מועדפים)
- חובת שיוך לרופא ראשוני
- הבניית מערכות המידע כך שיאפשרו לרופא הראשוני לנהל את הטיפול
- הרחבת הידע של הרופאים הראשוניים בתחומים נוספים (למשל, פסיכאטריה)
- העברת מידע בין רופאים במעבר בין קופות החולים
- הקצאת משאבים לקידום בריאות ואורח חיים פעיל ובריא

# מודל הבר"ק

## אפשרות בחירה בין בתי החולים

- הסדרי הבחירה יאפשרו בחירה בבית חולים גם מחוץ לאזור המגורים של המבוטח וגם בית חולים נוסף לבי"ח שבבעלות הקופה
- בתוך הסדרי הבחירה – בחירה חופשית למבוטח (ללא דירוג)
- ישמר רצף הטיפול על אף הסדרי הבחירה
- הסדרי הבחירה יהיו שקופים לציבור
- הסדרי הבחירה יאושרו אקטיבית ע"י שרת הבריאות לאחר התייעצות עם מועצת הבריאות. בסמכות השרה ניתן יהיה לאשר חריגים

# מודל הבר"ק

## קיצור זמני ההמתנה במערכת

- קביעת זמני המתנה מירביים לפרוצדורות ולרופאים מומחים ע"י ועדה ציבורית
- מבוטח אשר הסדרי הבחירה בקופת החולים שלו אינם מאפשרים קביעת תור בזמן העומד במגבלות, יוכל לבחור כל ספק אחר ציבורי עם תור קצר יותר
- יש לשקול סנקציות נגד קופות החולים ובתי החולים החורגים מהמגבלות
- הקמת מרכז מידע ומעקב ארצי אינטרנטי לתורים
- פרסום דוח על אורך התורים המצרפי ולפי פרוצדורות (גם לפי שיוך קופתי של המבוטחים ובראייה של הסדרי הבחירה בכל קופת חולים)

# מודל הבר"ק

## רצף קהילה – אשפוז

- הצוות הרפואי בתוך בית החולים ורופא המשפחה יקיימו ערוץ עדכון הדדי
- ההסכמים בין בתי החולים לקופות החולים יכללו מרכיב בנושא הרצף הטיפולי
- יוקם צוות מקשר מטעם קופות החולים בתוך בית החולים

# מודל הבר"ק

## רצף קהילה – אשפוז

- חיזוק מערך הרפואה הדחופה (מבוסס על המלצות ועדת אור) לדוגמא:
  - נקיטת צעדים לצמצום פניות מיותרות
  - התאמת תקינת עמדות סיעוד ורופאים לצרכים
  - איוש המלר"ד במומחים ומתמחים ברפואה דחופה
  - שינוי תהליך שחרור המטופלים מהמלר"ד
  - קידום הקמת מרכזים לרפואה דחופה טרום בית חולים
  - הגברת שיתוף הפעולה עם הקהילה ויצירת צוות מקשר

# מודל הבר"ק

## רצף קהילה – אשפוז

### ■ צוות מקשר

הצוות המקשר יהיה ממקצועות הרפואה (לדוגמא: רופא, אחות פרמדיק). ישב בתוך בית החולים ויעסוק במספר היבטים כולל הקלת נטל הבירוקרטיה על החולה, ייעול תהליכים, בחינה מקצועית של הטיפול הניתן כולל עדכון הרופא בקהילה. ובכלל זה הפעולות הבאות:

- תאום התהליך הרפואי המיטבי כולל האשפוז, הטיפול והשחרור
- ייעול תהליכים והפחתת נטל הבירוקרטיה המוטל על החולה
- סיוע לעידכון ההדדי בין רופא המשפחה ובין הצוות הרפואי בבית החולים
- בתוך כך צריך לעשים לב שלא גוברים השיקולים הכלכליים של הקופות על חשבון שיקולים רפואיים מקצועיים



# מודל הבר"ק

## רצף קהילה – אשפוז

- חיזוק מערך הרפואה הדחופה
- הצוות הרפואי בתוך בית החולים ורופא המשפחה יקיימו ערוץ עדכון הדדי
- ההסכמים בין בתי החולים לקופות החולים יכללו מרכיב בנושא הרצף הטיפולי
- יוקם צוות מקשר מטעם קופות החולים בתוך בית החולים

# מודל הבר"ק

## מערכת האשפוז

- המשך ביצוע צעדי התייעלות:
  - הרחבה של מערכות תומכות קהילתיות
  - הרחבת המערכים לטיפול ואשפוז בבית
  - הקמת יחידות מיון קדמיות של קופות החולים
  - קביעת תוכניות טיפול משולבות לאוכלוסיות בסיכון
  - שימוש במומחים מתחום התעשייה והניהול במערכת
  - האצת מעבר לתשלום בשיטת DRG

# מודל הבר"ק

## מערכת האשפוז

- קביעת מנגנון לעדכון מיטות האשפוז
- ייתן פיצוי חד פעמי לבסיס של מיטות בגין השחיקה בשנים הקודמות
- מספר המיטות יגדל בהתאם לגידול הדמוגרפי
- המנגנון יתחשב ביכולת הקהילה לתת טיפול אשפוזי מחוץ לבתי החולים ולמנוע אשפוזים מיותרים, וכן בהתפתחויות טכנולוגיות המשפיעות על מספר המאושפזים בבתי החולים.
- הפחתה או תוספת של מיטות תוגדר ותוסבר במפורש

# מודל הבר"ק

## מערכת האשפוז – 'פולטימר'

- הנהלת בית החולים ומנהלי המחלקות – יועסקו אך ורק בבית החולים (יש לחשוב על חריגים במקצועות בהם יש קושי לגייס מנהלי מחלקות)
- בנוסף, לכל בית החולים יתאפשר להעסיק בין  $Y\%$  ל- $X\%$  מהרופאים כ-'פולטימר' בהתאם למספר הרופאים המומחים התקניים בבית החולים.
- בהפרש בין רצפת ההעסקה של 'פולטימר' לבין התקרה יוכל מנהל בית החולים לשלם לרופאים אחרים עבור עבודה נוספת (לדוגמא ע"פ תפוקות)
- בעת קיום מכרזים לתפקידים בכירים תינתן עדיפות לרופאים אשר כיהנו כ'פולטימרים' במערכת הציבורית בכלל

# מודל הבר"ק

## מערכת האשפוז – 'פולטימר'

- שכר 'פולטימרים' – יש שתי אפשרויות מרכזיות:
  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).
- שכר ה'פולטימרים' יהיה דיפרנציאלי לפי תחום העשייה הרפואית, במידה ויהיה מחסור בגיוס כ"א בפריפריה לעומת המרכז, שכר ה'פולטימרים' בפריפריה יהיה גבוה יותר (באותו תחום עשייה רפואית)
- מחקר – תינתן עדיפות בתקציבי מחקר לרופאים שיועסקו כ'פולטימר'

# מודל הבר"ק

## מערכת האשפוז – עבודה פרטית

יש שתי אפשרויות מרכזיות:

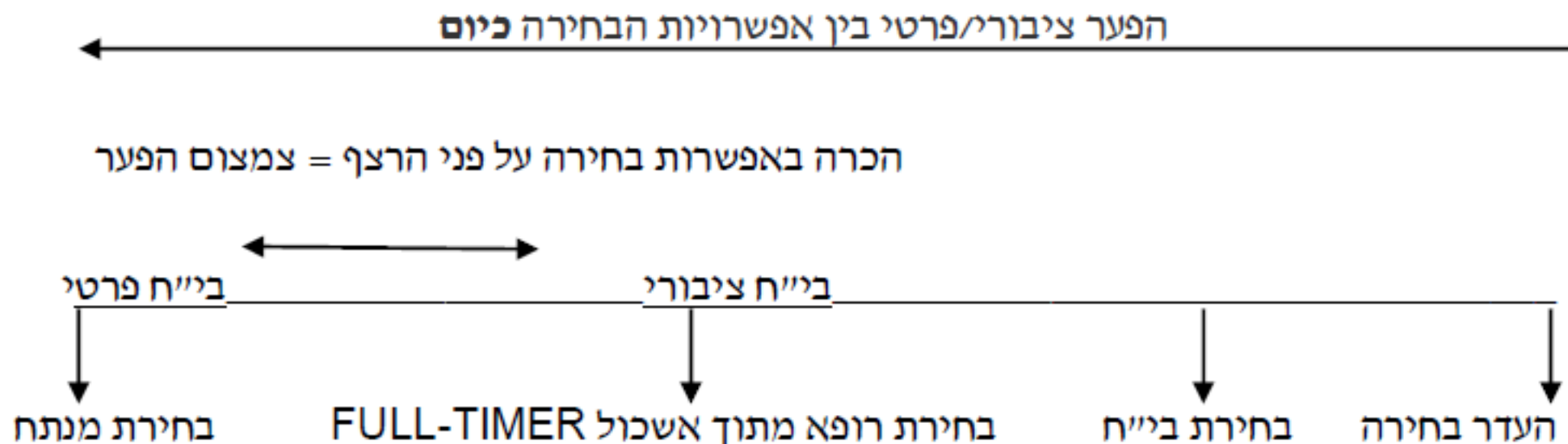
1. רופאים מומחים בביה"ח אינם יכולים להיות מועסקים במערכת הפרטית, אולם יכולים להיות מועסקים כרופאים בקהילה (דרך בית החולים) במסגרת התוספות השניה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

2. רק ה'פולטימירים' (כולל המקבלים תגמול לפי תפוקות) בביה"ח אינם יכולים לעבוד במערכת הפרטית (כולל ייעוצים פרטיים). אולם יכולים להיות מועסקים כרופאים בקהילה (דרך בית החולים). רופאים בביה"ח שאינם מוגדרים כ'פולטימירים', יוכלו לעבוד מחוץ למערכת הציבורית בהיקפי פעילות שיקבעו מראש ולא יעלו על אחוז שיקבע מהפעילות במערכת הציבורית. מדדי הפעילות יקבעו בתאם לאופי המקצוע הרפואי.

# מודל הבר"ק

## בחירת רופא בבית חולים

מודל רצף הבחירה במערכת הבריאות (ציבורי ופרטי)



# מודל הבר"ק

## בחירת מנתח

- בחירת הרופא הבכיר הנוכח בניתוח היא ללא תשלום של המבוטח או כל גורם מטעמו.
- משרד הבריאות והאיגודים המקצועיים יקבעו רשימה של ניתוחים/פעולות פולשניות בהן נוכחות רופא מומחה בחדר תהיה חובה.
- לכל ניתוח/ פעולה פולשנית לא דחופים שמבוצעים בבית החולים ונמצאים ברשימה שנקבעה תיקבע רשימה של לפחות 2 רופאים מומחים המתאימים לביצוע הפרוצדורה אשר ניתן לבחור מבניהם. 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.
- מבוטח אשר אינו בוחר יש להציע לו את התור המוקדם ביותר שיש; למבוטח המעוניין לבחור את הרופא הבכיר בניתוח יוצגו בפניו זמני ההמתנה לכל אחד מהרופאים שברשימה.



# מודל הבר"ק

## בחירת יועץ בבית חולים

- אין בחירה של רופא יועץ במהלך אשפוז.
- לכל שירות אמבולטורי שאינו במהלך אשפוז, תקבע רשימה של רופאים מומחים אשר נותנים מענה לנושא הנדרש.
- למבוטח תינתן אפשרות לבחור מתוך הרשימה (במידה וקיים יותר מרופא אחד ברשימה).
- מבוטח אשר אינו בוחר יש להציע לו את התור המוקדם ביותר שיש
- במידה והמבוטח מעוניין לבחור רופא מהרשימה יוצגו בפניו זמני ההמתנה לכל אחד מהרופאים שברשימה.

# מודל הבר"ק

## איכות השירות וחווית המטופל

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 השרות, בין היתר מתוך הכרה בהשפעות החיוביות שעשויות לצמוח משיפור האיכות למטופל, הן מבחינת ארון הציבור במערכת הבריאות הציבורית, והן מבחינת שיפור בריאותו ורווחתו של הפרט. כמו כן, הצוות מבקש לתת דגש מיוחד על איכות השרות ביחס ל:

- קשר "בית חולים – קהילה" ונקודות הממשק.
- אוכלוסיות מיוחדות (חולים כרוניים, קשישים, בעלי מוגבלויות ועוד).
- פריפריה גיאוגרפית.
- מחלקות לרפואה דחופה ('חדרי מיון').
- ניתוחים

# מודל הבר"ק

## איכות השירות וחווית המטופל

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

תחום מדידה: סקרי שביעות רצון/חווית המטופל, סקר לאומי אחת לשנתיים ועוד  
זמינות ונגישות: אורך תורים, זמני מענה טלפוני, זמני המתנה במרפאות/ניתוחים/מלר"ד ועוד

טיפול בפניות ציבור: מדידת פניות הציבור/מכתבי הערכה לכל 1,000 מטופלים, משך זמן  
טיפול בפניה ועוד

הדרכה והכשרה: סדנאות תקשורת לצוותים רפואיים וסיעודיים

עקיפות: פרסום הממצאים להנהלות בתי החולים ולציבור הרחב ועוד.

שיפור שירות: מינוי מנהל חווית שירות בכל בתי החולים, צמצום בירוקרטיה בנקודות ממשק,  
תזכור תורים בקהילה/מרפאות חוץ/ניתוחים ופרוצדורות, הרחבת שירותים בערוצים ישירים,  
דפי מידע ועוד

# מודל הבר"ק

## תקינה

- שינוי מפתח התקינה, עדכון וגיוון מפתחות התקינה.

על מנת לערוך שינוי במנגנון התקינה, בהתבסס על עבודה יסודית, אנו ממליצים כי יוקם צוות רב- מקצועי אשר יכלול את הגורמים הרלוונטיים כולל משרדי הממשלה, איגודים מקצועיים (הר"י, איגוד אחיות וכדומה) ובכירים ברפואה הקהילתית ובתי החולים. אנו ממליצים כי הצוות הנ"ל יוקם במהירות האפשרית אך מועד סיום עבודתו איננו תלוי בהגשת המלצות הוועדה הציבורית.

# מודל הבר"ק

## מימון

- יש להבטיח עדכון ראוי לסל שירותי הבריאות ופיצוי על שחיקת המקורות בשנים הקודמות
- התוכנית המוצעת דורשת תוספת מקורות תקציביים. מקורות המימון האפשריים – תקציב המדינה, שינוי דמי ביטוח בריאות ממלכתי, מיסוי על מקורות מימון פרטיים

# מודל הבר"ק

## מערכת האשפוז – אפשרויות קידום

מנהלי בתי חולים בבתי חולים ממשלתיים – כהונת מנהלי בתי חולים ממשלתיים תוגבל ל-? שנים עם אפשרות להארכה ב-? שנים נוספות (תלוי החלטת הגורם הממונה). לאחר סיום הכהונה ניתן יהיה לאפשר למנהל להמשיך לעבוד בבית החולים. מנהל בית חולים שסיים את כהונתו יוכל להתמודד על ניהול בית חולים אחר. מנהל בית חולים לא יוכל במהלך חייו לנהל יותר משני בתי חולים ממשלתיים.

# מודל הבר"ק

## מערכת האשפוז – אפשרויות קידום

מנהלי מחלקות/חטיבה –

כהונתם של מנהלי מחלקות תוגבל ל-? שנים עם אפשרות להארכה ב-? שנים  
נוספות (תלוי החלטת הגורם הממונה).

האפשרות לנהל במקום אחר לאחר סיום הקדנציה – ישנן שתי אפשרויות:

1. ניתן לנהל עוד קדנציה מלאה בבית חולים אחר
2. לא ניתן עוד לנהל אותה מחלקה גם בבית חולים אחר

- מה עושה מנהל המחלקה לאחר סיום הקדנציה – בית החולים מחוייב להעסיק את מנהל המחלקה ויאפשר לו להישאר כפולטיימר (כך שתנאיו לא יפגעו באופן משמעותי). כן יתאפשר מעבר לתפקיד גבוה יותר בהיררכיה (לדוגמא ממנהל מחלקה למנהל חטיבה).