

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.
- **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
- פסיכאטריה
- 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/ נפרולוג ואונקולוג [בארוע מסוים]). משרד הבריאות יקבע את הרשימה של ההתמחויות הרפואיות שהמבוטח יוכל לפנות אליהם באופן ישיר. יש להבטיח כי למבוטחים אשר יופנו על ידי

הרופא הראשוני יהיו תורים קצרים יותר לרופא השניוני. יש לבחון עידוד פנייה מקדימה

לרפואה ראשונית באמצעות שינוי מערך ההשתתפויות העצמיות.

○ שיוך המבוטח לרופא ראשוני – חובת שיוך של המבוטח לרופא ראשוני אחד ויוכל לבחור להחליף רופא ראשוני רק לאחר תקופה של לפחות 3 חודשים.

○ 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.

○ הבניית מערכות המידע כך שריכוז כלל המידע על המטופל יהיה אצל הרופא case

manager, הן מידע אודות האשפוזים (כולל מידע מידי אודות אשפוז של המבוטח) והן

אודות פעולות אחרות שבוצעו במסגרת הקופה. האם להכליל גם העברת מידע לרופא

פרטי/רופא הסדר?

○ בניית יוקרה מקצועית – תמריצים פיננסיים, תמריצים חברתיים, תמריצים מקצועיים.

○ מומלץ שהרופא הראשוני יהיה מומחה ברפואת משפחה ו/או ילדים. רופאים מתחומים אחרים יעברו הכשרה מיוחדת ברפואה קהילתית. הערה של השרה: להרחיב את הידע של

רופאי המשפחה במחלות מסויימות – CF דיכאון ועוד.

○ הרחבת שירותי הרפואה השניונית 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

○ 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 ב"ח-קהילה

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 בריאות¹. 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.

הערה[SB1]: המליאה ביקשה שנבחין במודל בין: case manager ל gate-keeper כדאי להתייחס גם לרופא הנשים כנקודת מבחן – מתי הוא case manager ומתי הוא רופא מומחה

בהמשך נפרט וניצוק תוכן [SB2]הערה למודל זה

¹ ציטוט של מחקרים על תחרות מנוהלת

- 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.
- מרכז מידע ארצי לתורים – למימוש הסדרי הבחירה והכללים לחריגה מהם. יאפשר פיקוח ואכיפה של הסטנדרטים לזמני המתנה. (אפשר – במסגרת רשות אשפוז מרכזית). על המרכז לפרסם את הנתונים על אורך התורים לפי בית חולים ולפי קופה בהתייחס להסדרי הבחירה של כל קופה.
- הרחבת הסדרי הבחירה, תביא לפגיעה ביכולת המיקוח של קופות החולים אל מול בתי החולים ולכן מחייבת חיזוק של מערך הפיקוח על המחירים במערכת הבריאות.

קו התפר בין הקהילה לבי"ח

1. רפואה דחופה

בנושא זה פורסם דוח וועדת אור, להרחבה ראה תמצית הדוח. המחלקות לרפואה דחופה בישראל מטפלות 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, אל מול מיעוט צוות ותשתיות, המחלקות לרפואה דחופה פועלות יום יום במתאר של אירוע רב נפגעים (אר"ן), בצורה שאינה מאפשרת להעניק טיפול הולם לפונים אליהן. מצב זה מוביל לאיחור במפגש הראשוני בין הצוות המטפל לחולים, ובהתחלת תהליך האבחון והטיפול בהם.

הערה של השרה: מחשוב נושא הסכמה להנשמה וחיבור למכשירים להוסיף את המסקנות

של הפיילוט של בעז בוופלסון

גזרות הפעילות העיקריות:

- כניסת מטופלים (Input).

הערה [SB3]: במליאה בקשו להדגיש הוא שזה לא מרכז זימון מרכזי אלא מרכז מידע מרכזי.

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

הכנסת אנשי תעשייה וניהול לבתי החולים

2. הגברת שיתופי הפעולה והתיאום בין המערכים הקהילתי והאשפוזי.

2.1 הצוות הרפואי בתוך בית החולים ורופא המשפחה (ה-case manager של החולה) ישמרו על קשר שוטף ויעדכנו זה את זה.

2.2 יוקם צוות מקשר (מטעם קופות החולים) בתוך בית החולים

האם הגורם אשר עוזר לחולה לקראת השחרור צריך להיות צוות של קופות החולים בלבד? מוצע גורם שהוא עובד סוציאלי (של בית החולים).

הצוות המקשר יהיה ממקצועות הרפואה (לדוגמא: רופא, אחות פראמדיק), 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 (ה-case manager של החולה) ובין הצוות הרפואי בבית החולים
- בתוך כך צריך לשים לב שלא מתחזקים שיקולים כלכליים של הקופות על חשבון שיקולים רפואיים מקצועיים

3. מערכת האשפוז

- תפוסת המיטות בבתי החולים גבוהה מאוד [נתונים] ושיעור המיטות לאלף נפש נמוך. להקלה על העומס במערכת האשפוז ולצמצום אשפוזים מיותרים דרושים הצעדים הבאים:

3.1 קביעת מנגנון עדכון למספר מיטות האשפוז בפועל –

3.1.1 מספר המיטות יגדל לפחות בהתאם לגידול הדמוגרפי והזדקנות האוכלוסייה (הערכה):

250 מיטות בשנה).

3.1.2 בנוסף, על מנת לשוב ולהעלות מעט את שיעור המיטות לאלף נפש, תינתן בשנים הקרובות תוספת פיצוי של 700 (1000??) מיטות אשפוז (ובכלל זה מיטות טיפול נמרץ), שתיפרס עד 2020.

3.1.3 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 בשל גורמים אלה תוגדר ותוסבר במפורש. **השרה:**

להעביר למעלה- קודם כל להתייעל ולנסות ולכמת את התופעה

3.2 הרחבה של מערכות תומכות קהילתיות, כולל חיזוק תשתיות הבירור והאבחון בקהילה והרחבת המערך לטיפול ואשפוז בתי.

3.3 צמצום פניות מיותרות לחדרי מיון, בעזרת הקמה וחיזוק של יחידות מיון קדמי של קופות החולים עם תשתיות וכ"א איכותיים. תכנון היחידות יעשה בראייה לאומית.

3.4 קביעת תכניות טיפול משולבות למגוון של אוכלוסיות בסיכון: חולים כרוניים, מאושפזים חוזרים, חולים שמקבלים תרופות שלא נמצאות בסל וכו'

• איכות ושירות במערכת האשפוז:

3.5 יש לקבוע סטנדרטים ברורים לרמת השירות הנדרשת במערכת האשפוז -

3.6

אשפוז סיעודי

4. 'פולטיימר'

4.1 הנהלת בית החולים, מנהלי מחלקות/יחידות/שירותים/סגני מנהלי מחלקות – יועסקו אך ורק בבית החולים. לחשוב על חריגים במקצועות שיש קושי לגייס מנהלי מחלקות

4.2 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 (לדוגמא ע"פ תפוקות).

4.3 בעת קיום מכרזים לתפקידים בכירים תינתן עדיפות לרופאים אשר כיהנו כ'פולטיימר'

4.4 שכר 'פולטיימרים' – שכר גלובלי שמחייב תפוקות מינימליות או שכר בסיס ובנוסף לו שכר לפי תפוקות במשמרת השנייה.

4.5 שכר ה'פולטיימרים' בפריפריה ובמקצועות במצוקה יהיה גבוה יותר.

4.6 מחקר – תינתן עדיפות בתקציבי מחקר לרופאים שיועסקו כ'פולטיימר'.

4.7 עבודה נוספת של מועסקים בבתי חולים ציבוריים, ישנן שתי אפשרויות מרכזיות:

א. כל הרופאים בבתי החולים אינם יכולים להיות מועסקים במערכת הפרטית, אולם יכולים להיות מועסקים כרופאים בקהילה (דרך בית החולים) במסגרת התוספות השניה והשלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

ב. כל ה'פולטיימרים' (כולל המקבלים תגמול לפי תפוקות) בבתי החולים אינם יכולים להיות לעבוד במערכת הפרטית, אולם יכולים להיות מועסקים כרופאים בקהילה (דרך בית החולים) במסגרת התוספות השניה והשלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

4.8 נותרה השאלה האם הם יכולים לעבוד בייעוץ פרטי בקהילה ובאילו כללים?

א. כן, בתנאים מגבילים

ב. לא

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

4.10 עבודה נוספת של צוות רפואי אחר

5. קדנציות ורוטציות

5.1 מנהלי בתי חולים בבתי חולים ממשלתיים – כהונת מנהלי בתי חולים ממשלתיים תוגבל ל-6 שנים עם אפשרות להארכה ב-4 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.

5.2 מנהלי מחלקות/חטיבה –

5.2.1 כהונתם של מנהלי מחלקות תוגבל ל-4 שנים עם אפשרות להארכה ב-4 שנים נוספות (תלוי החלטת הגורם הממונה).

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

א. ניתן לנהל עוד קדנציה מלאה בבית חולים אחר

ב. לא ניתן עוד לנהל אותה מחלקה גם בבית חולים אחר

5.2.3 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).

6. בחירת רופא

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

6.1 ניתוחים/ פעולות פולשניות בבתי החולים

6.1.1 בחירת הרופא הבכיר בניתוח הינה ללא תשלום של המבוטח או כל גורם מטעמו.

6.1.2 משרד הבריאות והאיגודים המקצועיים יקבעו רשימה של ניתוחים/פעולות פולשניות בהן נוכחות רופא מומחה בחדר תהיה חובה.

6.1.3 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.

6.1.4 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.

6.1.5 כאמור בסעיף XX זכותו של המבוטח לפנות לבתי חולים אחרים אשר אינם נמצאים בהסדרי הבחירה של קופת החולים ויש להציג בפניו את האפשרויות השונות.

6.2 רפואה יועצת בבתי החולים

6.2.1 אין בחירה של רופא יועץ במהלך אשפוז.

6.2.2 לכל שירות אמבולטורי שאינו במהלך אשפוז, תקבע רשימה של רופאים מומחים אשר נותנים מענה לנושא הנדרש.

6.2.3 למבוטח תינתן אפשרות לבחור מתוך הרשימה (במידה וקיים יותר מרופא אחד ברשימה).

6.2.4 במידה והמבוטח מעוניין לבחור רופא מהרשימה יוצגו בפניו זמני ההמתנה לכל אחד מהרופאים שברשימה.

6.2.5 כאמור בסעיף XX זכותו של המבוטח לפנות לבתי חולים אחרים אשר אינם נמצאים בהסדרי הבחירה של קופת החולים.

מדדי איכות

נושאים רחביים

1. שינוי מפתח התקינה, עדכון וגיוון מפתחות התקינה.

כיום מפתח התקינה פועל על פי זה שנקבע בשנות ה-70 (מפתח גולדברג) והוא מבוסס על רפואה, טכנולוגיה ותמהיל החולים של שנות השבעים. בנוסף קיים תקנון מחלקות לפי מספר מיטות ולא לפי אופי ונפח פעילות. בעשורים האחרונים השתנתה הרפואה יש מחלקות כגון עיניים, עור, א.א.ג. שעיקר הפעילות שלהן היא אמבולטורית ואישפוז יום. הדבר יוצר אי יעילות מובנה במערכת האישפוז. **[ערן יבדוק אם להוסיף נתונים על מיטות בפועל מול בתקן]**

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. אנו מציעים כי הצוות יתייחס בהמלצותיו לעקרונות הבאים:

- קביעת מנגנון ועקרונות לתכנון כ"א
- התאמת מפתח התקינה לאופי ונפח הפעילות בכל תחום עשייה, כך שיתאפשר מתן שירות רפואי איכותי
- יצירת מנגנון לעדכון דינמי של מפתח התקינה, בהתאם להתפתחות הטכנולוגית והשינויים הדמוגרפיים מפתח התקינה יאפשר גמישות ניהולית והתייעלות
- תקינה תקבע לכל המערכת הרפואית – הן מערכת האשפוז והן הקהילה
- בחינה בהתייחס להיבטי השינויים המגדריים המתחוללים במקצוע
- תכנון שמעודד תחרות להורדת שכר (יוגין).

2. בקרה ופיקוח