

היבטים ברפואה קהילתית:

- ❖ רפואה ראשונית
- ❖ רפואה מקצועית
- ❖ תגמול רופאים בקהילה

כנס ים-המלח השני

9-10 מאי, 2001

דו"ח סופי

תל-השומר 52621
פקס: 03-530-3250

דואר אלקטרוני: israelhpr@isdn.net.il

המרכז הרפואי ע"ש שיבא

בניין מכון גרטנר

טל' 03-530-3516/7

אתר באינטרנט: israelhpr.org.il

כנס ים-המלח:

"היבטים ברפואה קהילתית: רפואה ראשונית, רפואה מקצועית ותגמול רופאים בקהילה"

רשימת משתתפים לפי קבוצות דיון:

צוות-היגוי:		
גור עופר - יו"ר, צבי אדר, גבי-בן-נון, יעקב גלזר, חיים דורון, יונתן הלוי, מרדכי שני		
תגמול רופאי הקהילה	רפואה מקצועית	רפואה ראשונית
יעקב גלזר עמיר שמואלי חגית לוי	יונתן הלוי אורי רבינוביץ נורית ניראל	חיים דורון אשר אלחיאני רויטל גרוס
<p>יו"ר: סגן יו"ר: מרכז צוות:</p> <p>חברי צוות: ההכנה:</p> <p>משתתפים:</p>		
ליאון אפשטיין	אבירם אלק	אדר צבי
דור מיכאל	בירקנפלד שלמה	אופיר אורנה
וייגרטן מיכאל	בר-מאיר שמעון	אפלבוטום טל
וייס דורית	ברטוב אלישע	אקשטיין צבי
טבנקין חוה	ברלוביץ יצחק	בירקנפלד שלמה
מאור צבי	לוקסנברג אסנת	בן-נון גבי
צביאלי שלמה	ליברמן ניקי	דיציאן רמי
רוזנבלום יוסי	מור-יוסף שלמה	וופנר לאה
רוטנשטרייך אלי	רוזנמן שמואל	וינר מיקי
רייס שמואל	שליט איתמר	פרידמן נורית
		רוזן ברוך
אלבגלי מזל	אהרונסון זאב	אורי אורלי
אורקין יעקב	אופנהיים דן	בכר יצחק
בורנשטיין יהודית	אורן מאיר	ברוך יהודה
בלשר יורם	בר-ניר נועז	גדיש יעקב
יעקובסון אורית	היבנר-הראל מירה	הרט יעקב
לב בעז	טל דוד	וורמברנד זאב
לבנטל אלכס	מיכאלי דן	חיניץ דוד
להד אמנון	פטרבורג יצחק	ישראלי אבי
מידן אברהם	רווח משה	מזס בני
נגן לחיים		סלנט עוזי
פורטר בעז		סקרון משה
קיטאי אלי		עבאדי מיכל
קיי רחל		עמיקם יאיר
ריבא שושנה		צ'רניחובסקי דב
שוורץ שפרה		שוורצמן פסח
שליט חני		
שמחן אלישבע		

כנס ים-המלח השני למדיניות בריאות

9 – 10 במאי, 2001 - מלון הייאט, ים המלח

תכנית הכנס:

יום ד' 9.5.2000:

- 11:00 – 10:30 הרשמה וכיבוד קל
- 13:00 – 11:00 ישיבת מליאה - יו"ר: גור עופר
דברי ברכה: בעז לב, מנכ"ל משרד הבריאות
דיווח ראשי הצוותים:
- רפואה ראשונית – חיים דורון
 - רפואה מקצועית – יהונתן הלוי
 - תגמול רופאים בקהילה – יעקב גלזר

- 14:30 – 13:00 ארוחת צהריים
- 16:30 – 14:30 דיונים בקבוצות
- 17:00 – 16:30 הפסקת קפה
- 19:00 – 17:00 דיונים בקבוצות

21:30 – 20:00 ארוחת ערב
מרצה: שר הבריאות מר נסים דהן

יום ה', 10.5.2000:

- 10:30 - 8:30 דיונים בקבוצות
- 11:00 – 10:30 הפסקת קפה
- 12:30 – 11:00 דיונים בקבוצות
- 13:30 – 12:30 ארוחת צהריים
- 16:30 – 13:30 ישיבת מליאה –
דיווח וסיכום דיוני הקבוצות

כנס ים המלח השני

היבטים ברפואה קהילתית:

רפואה ראשונית, רפואה מקצועית ותגמול רופאים בקהילה

הקדמה וסכום המלצות הכנס

1. הקדמה, רקע ומוטיבציה

כנס ים המלח השני מאחורינו ולכל הדעות הוא היה מוצלח לפחות כקודמו. הכנס נערך עיקרו על פי המתכונת של הכנס הראשון אך הוגדל הזמן שהוקדש לדיוני הצוותים, הן ע"י הארכת משך הכנס והן ע"י צמצום בפעילויות אחרות. כמו בכנס הראשון ההשתתפות בכנס כללה את הנהגת מערכת הבריאות בישראל על כל חלקיה. שר הבריאות החדש מר נסים דהאן השתתף גם הוא במרבית הכנס, כולל בדיוני הצוותים. הוא הביע את נכונותו ואת נכונות משרד הבריאות לפתוח בדיונים על יישום היבטים שונים של המלצות שני הכנסים. המכון מקבל יוזמה זו בברכה וכבר נקבעה פגישה ראשונה בעניין זה עם השר והנהלת המשרד. מטרת הפגישה היא לקבוע נהלים על מנת למסד בדרך מוגדרת היטב את לימוד הלקחים והיישום של פרות העבודה של כנסי ים המלח. אנו מצפים להחלטות מעשיות על יישום חלק מהמלצות הכנסים.

עם כל זאת אנו מכירים בכך שהדרך מן הדיונים אל הביצוע היא ארוכה וכי על כן יש להתמיד בהכנת תשתית מחשבתית ומעשית לשנויים הנדרשים במערכת הבריאות, גם אם אין תחזית לביצוע המיידית. תשתית זו "מחלחלת" לאיטה לגופים קובעי החלטות וכן ממתינה "במגירה" לחלון ההזדמנויות עד שיגיע. יש גם להדגיש כי בחלק ניכר מן המקרים אין הכנס מגיע להסכמות מלאות, וכך עיקרי הסיכומים משמשים כמצע להמשך דיון וליבון. מתוך ראייה זו ניתן לבחור לדיון בכנסי ים המלח גם נושאים שיישום המלצות לגביהם הוא יותר מתמשך ודורש הכנות רבות יותר וכן שהיישום יכול להיעשות בשלבים. חלק מן הנושאים שנבחרו לדיון בכנס השנה הם מסוג זה.

כנס ים המלח הראשון עסק בנושאים הקשורים בהשלמת הרפורמה במערכת הבריאות בישראל, רפורמה שהתבססה על דו"ח הרוב של וועדת נתניהו ושעשתה צעד גדול קדימה עם הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשלהי 1994. הכנס דן בהיבטים מרכזיים של ממון מערכת הבריאות, במעמד בתי החולים ובתמהיל הציבורי פרטי של ממון, ביטוח, ואספקת שירותי הבריאות. לא

בכל הנושאים הגיעו הצוותים להסכמה אך אין ספק שהדיונים וניירות הסכום תרמו רבות להבנה רבה יותר של הבעיות ושל העמדות השונות, להגדרה חדה יותר של החלופות האפשריות ושל מהות חילוקי הדעות, ולתוואים אפשריים של התקדמות לפחות בחלק מן הנושאים. היינו רוצים להאמין שניירות המדיניות שגובשו ע"י משרדי הבריאות והאוצר, ע"י קופות החולים וההסתדרות הרפואית בנושא השירותים הפרטיים ניזונו מדיוני הכנס הראשון. אין לי ספק שהכנס תרם רבות לגיבוש ההסכמה הרחבה בדבר הצורך לנתק את בתי החולים הממשלתיים ממשרד הבריאות, אם גם לא הושגה תמימות דעים לגבי הדגם הרצוי והדרך אליו. ההכרזה של שר הבריאות החדש בעניין זה עם כניסתו לתפקיד מעודדת מאוד. היינו רוצים להאמין גם כי מה שנראה כלפי חוץ כמעין "שביתת נשק" בין משרדי הבריאות והכנסת מצד אחד ומשרד האוצר מאידך, נובע במידת מה מהבנה מעט טובה יותר של העמדות והאילוצים של הצדדים השונים. או האם אלה הן אשליות בלבד? תהודה נוספת לעבודת הכנס הראשון הייתה בכנס "קיסריה" ב-20-21 ליוני השנה בו הוקדש חצי יום להצגת ההישגים והבעיות של מערכת הבריאות ולדיון בצוותים ובמליאה בשלושת הנושאים שנידונו בכנס ים המלח הראשון.

הסוגיות שנבחרו לדיון בכנס השנה מתרכזות כולן בתחום הרפואה הקהילתית הן:

- א. תפקיד ומעמד הרפואה הראשונית, צוות בראשותו של חיים דורון
- ב. ארגון הרפואה המקצועית, צוות בראשותו של יונתן הלוי
- ג. תגמול רופאים בקהילה, צוות בראשותו של קובי גלזר

2. המטרה, התפוקות והשיטה

מטרת הכנס היא לדון לעומק בנושאים ולגבש מסמכי מדיניות ובהן הצעות לפעולה ולשינוי בתחומי הדיון. אין יומרה להגיע לדעה אחת ולתכנית פעולה המוסכמת על הכל אך יש רצון לדון בסוגיות לעומקן, להבין את המקור של חילוקי הדעות וההצעות השונות ואת התשתית הרעיונית והעובדתית עליהן הן מבוססות. בכנס משתתפים ראשי מערכות הבריאות השונות, קובעי המדיניות והחוקרים בסוגיות הנידונות וזו הזדמנות נדירה למפגש של נקודות המבט השונות ולניסיון של כולם להבין את נקודות המוצא והגישות של הצדדים הנוגעים בדבר. בעת ובעונה אחת, מכיוון שמסקנות הדיונים אינן מחייבות איש, והכנס איננו בבחינת משא ומתן בין צדדים מעוניינים, מתבקשים המשתתפים לעשות כמיטב יכולתם ולהשתחרר מן העמדות שתפקידם או מקצועם מחייב ולנסות לראות את עצמם כאנשי מקצוע בלתי תלויים המשתתפים בדיון שמטרתו להציע את הפתרונות האופטימליים לבעיות שעל הפרק. על מנת להקל על המשתתפים לשאוף למטרה זו לא צוינה ברשימת המשתתפים ההשתייכות המוסדית שלהם. הובא לידיעתנו שפה ושם נרמזו למשתתפים בצוותי ההכנה כי מוטב להם להימנע מלקחת חלק בדיונים. ברצוננו להדגיש על כן שכל המשתתפים הוזמנו לכנס על בסיס אשי ולא כמייצגי מוסדות וכי השקפותיהם בדיון אמורות לייצג את דעותיהם עד כמה שניתן.

שיטת העבודה בכנס השני הייתה דומה בעיקרה לכנס הראשון. שלושה צוותים מבין המשתתפים בכנס הכינו בחדשים האחרונים, במספר ישיבות ובהתכתבות, ניירות רקע וטיוטות של ניירות עמדה על נושאי הדיון. בנוסף לראשי הצוותים כלל כל צוות גם מרכזת שהכינה חומר קריאה ואת ניירות הרקע והייתה אחראית על זימון הישיבות, הקשר עם חברי הצוותים וסיוע בהכנת נייר העמדה הסופי. בכנס בים המלח הצטרפו לצוותים המכינים משתתפים נוספים ונעשה מאמץ לאפשר להם להתבטא ביתר הרחבה על נושאי הדיון. בהרכבת הצוותים ורשימת המשתתפים בכנס נעשה מאמץ לשלב מומחים ממערכת הבריאות ומן האוניברסיטאות ומכוני המחקר. גם השנה הוקם לכנס צוות היגוי שקיים שני דיונים מקדימים להגדרת הנושאים ולזיהוי קשרי הגומלין ביניהם. תפקידו העיקרי הוא ללוות את דיוני הכנס ולסייע בהכנת המסמך הסופי.

3. הנושאים, מהלך הדיון והסכומים

שלושה הדוחות הסופיים של הצוותים מצורפים למטה. להלן הצגת הבעיות והסיכומים מנקודת הראות שלי בצרוף הערות של חברים נוספים של וועדת ההיגוי.

א. מעמד הרופא הראשוני:

סוגיות תפקידיו של הרופא הראשוני ושל הרפואה הראשונית מלווה את מערכות הבריאות בעולם ובארץ מאד ומעולם אך עוד יותר מאז ראשית תופעת ההתמקצעות וההתמחות לסוגי רפואה ספציפיים ולשלבי טיפול נפרדים. הדיון במעמד הרפואה הראשונית עוסק בשורה ארוכה של מתחים חסרי פתרון פשוט, שימיהם כימי המקצוע: בין הגישה של טיפול כולל בחולה לזו של טיפול מתמחה, בין היות הרופא הראשוני "שומר שער" או "מנהל תיק" של החולה, בין שימת הדגש על טיפול באדם השלם ואיכות חייו או באיבריו, בין עסוק הרופא ברפואה טיפולית או גם ברפואה מונעת ובחנוך לבריאות, בין התרכזות הרופא ברפואת ה גוף בלבד או גם ברפואת הנפש או לפחות במצבו הנפשי - והמשפחתי-חברתי-אישי של החולה.

בדור האחרון, עם התגברות הלחצים הכלכליים על מערכת הבריאות הועמס על גב הרופא הראשוני גם הצורך להביא בחשבון שיקולים כלכליים. האם על הרופא לעסוק ב"רפואה" בלבד ("על פי שבועת הרופא") או שעליו להביא בחשבון גם את שיקולי העלות והיעילות של הקופה, המערכת והחברה? ההתקדמות הטכנולוגית ומהפכת המדע והאינפורמציה נתנו בידיו כלים חדשים אך דרשו ממנו רמת הכשרה רבה יותר ויותר, גם בתחומים לא מסורתיים.

הצוות שעסק בנושא התרכזו בחמישה התחומים הבאים:

- מעמד הרופא הראשוני בשרשרת הטיפול הרפואי: האם הוא מעין "שוטר תנועה" או "שומר השער" בלבד, המכוון את החולים לטיפול היאות, או האם יש לו מעמד של "מנהל התיק הרפואי" של החולה, האחראי למגוון רחב של טיפולים והמתאם את הטיפול הרפואי בכל שרשרת הטיפול המקצועי האישפוזי, והשיקומי?
 - מניפת האחריות של הרופא הראשוני: מטיפול בתלונות רפואיות של החולה ועד טיפול מערכת המתפרס אל מצבו הכללי של החולה, מצבו הנפשי והסביבתי ושל משפחתו, וכן לרפואה מונעת וחנוך החולה להתנהגות בריאותית.
 - האם להטיל על הרופא הראשוני להביא בחשבון שיקולים כלכליים ומנהליים של קופת החולים והחברה או להגביל את עצמאותו ולהטיל אחריות זו על הדרג המנהלי של המרפאה? הקופה?
 - מהי חלוקת העבודה הרצויה בין הרופא לצוות הסיעודי ומהו ארגון העבודה האופטימלי, במרפאה ציבורית או פרטית? בהקשר זה מהם היתרונות והחסרונות של מרפאות ציבוריות לעומת מרפאות עצמאיות.
 - מהם השינויים הדרושים בסביבת העבודה של הרופא במיוחד בתחום המחשוב וזרימת האינפורמציה, ומהו הזמן העומד לרשותו של הרופא.
- בסוגיה המרכזית הצוות העדיף את ההגדרה המרחיבה של תפקיד הרופא הראשוני בכל הממדים של הרחבה זו כפי שנמנו לעיל, כדלקמן:

- רפואה ראשונית איכותית הנה מענה הולם לפיצול הנובע מהתמחות היתר ברפואה, כמו גם לפער הקיים והגדל בין צרכים למשאבים במערכת.
- מומלץ לאמץ הגדרה רחבה של תפקיד הרפואה הראשונית: טיפול בחולים אקוטיים וכרוניים, קידום בריאות, מניעה, שיקום וטיפול פליאטיבי. לצורך מילוי התפקיד יש לעשות שימוש במידע דמוגרפי ואפידמיולוגי תוך התייחסות למטופל, משפחתו וסביבתו.
- התמורות המתחוללות במערכת הבריאות מעמידות את הרופא הראשוני בפני קונפליקטים הנובעים מציפיות המטופל, המערכת והאתיקה המקצועית. נדרשת הגדרה מחדש של סמכויות ואחריות הרופא, הארגון והמערכת, וכן יש להתאים את ההכשרה וסביבת העבודה לציפיות אילו.

הצוות גם עמד על המרחק הרב הקיים בארץ בין המצוי והרצוי על מנת להשיג את השינוי הזה. על בסיס זה הצוות דן ראשית, בשנויים הנדרשים לעומק ולרוחב בהכשרה של הרופאים הראשוניים,

בתכניות ההתמחות שלהם ובתנאים הדרושים על מנת להגיע לאיוש מלא של המרפאות ברופאים שעברו התמחות. במפורט המליץ הצוות (בין השאר):

- לקבוע לאלתר מועד מחייב קרוב שממנו והלאה יתקבלו לעבודה ברפואה הראשונית רק רופאים מומחים ומתמחים ברפואת משפחה, רפואה פנימית ורפואת ילדים.
- לחייב את הרופאים הנוספים במערכת לתכנית השתלמות מוגדרת או להשלמת התמחות. הכשרה זו תתייחס לידע קליני ולכישורי ניהול ידע ומידע, אתיקה ותקשורת. התכניות יבוצעו ע"י אוניברסיטאות באחריות המועצה המדעית.
- להמליץ בפני האיגודים המדעיים במסגרת המועצה המדעית של הר"י לשנות את סילבוס מקצועות הרפואה הראשונית כדי לכלול נושאים אלה.
- יש להמשיך את ההשתלמות בנושאים אלה לאורך כל חיי העבודה המקצועית של הרופא.

הרחבת תפקידי הרפואה הראשונית והרופא, התמורות שחלו במבנה הדמוגרפי ובתחלואה, ומהפיכות המידע והמחשוב מחייבים היערכות חדשה של מקצוע ה-סיעוד ושאר המקצועות הרפואיים ושל עבודת הצוות הרפואי, וכן של סביבת העבודה של הרופא. בתחום מקצועות הסיעוד הצוות ממליץ בין השאר:

- רוזיזה בתפקידי הסיעוד ברפואה הראשונית ובהכשרה הייעודית, כדי לתת מענה מיטבי לצורכי המטופלים. בנוסף להכשרה הבסיסית בבריאות הקהילה תתכן הכשרה נוספת בתחומים שונים.
- תפקידי האחות יכללו: מענה לצורכי המטופלים, קידום בריאות מניעה וחינוך לבריאות, מיון מטופלים (triage), השתתפות בטיפול ומעקב אחר חולים כרוניים וחולים שהשתחררו מאשפוז, וכן טיפול ישיר במרותקים בבית.
- לאחות תהיה מחויבות לאוכלוסייה מוגדרת יחד עם הרופאים.
- הצוות מחייב שיתוף של מקצועות בריאות נוספים (עו"ס, דיאטנית וכד') בצוות הרפואה הראשונית, כאשר אחריות העל לניהול הטיפול היא של הרופא.

כפי שניתן לראות אין הצוות ממליץ על חידוש פורמלי של "צוות רפואי", אך הוא מתקרב לכך במיוחד ככל שמדובר בתכנון זמן הביקור אצל הרופא:

- זמן לטיפול בחולה: הזמן האפקטיבי הממוצע המוקדש כיום למפגש רופא חולה מהווה מגבלה בהשגת המטרות שהוגדרו לרפואה הראשונית. לאור זאת מומלץ לתת גמישות לצוות המרפאה לניהול הזמן, להפעיל עבודת צוות כחלק מסביבה

תומכת לרופא הראשוני על מנת שיוכל להקדיש את כל זמן המפגש לטיפול בחולה, ולשנות את אופן התגמול תוך התחשבות במאפייני מטופלים ומדדי איכות.

לבסוף, הצוות מחייב שימוש נרחב אך מבוקר במרפאות במחשבים (הן ע"י הרופא והן ע"י הצוות הסיעודי), הן לצורך העצמת כושר הטיפול של הרופא והן כמכשיר דווח ובקרה. על מנת לאפשר שימוש יעיל במחשבים יש צורך בהכשרה מתאימה, כדלקמן:

- מידע: מומלץ שהמוסד הרפואי יעביר לצוות כל מידע רלוונטי לטיפול בחולה: קליני, הנחיות טיפוליות, מידע על שירותים, שימוש השוואתי בשירותים. משרד הבריאות יעביר מידע דמוגרפי ואפידמיולוגי על הקהילה, ומוסדות אחרים יעבירו מידע על המצב הסוציאלי בקהילה.
- שימוש במחשב: מומלץ לבחון משמעויות והשלכות מחשוב סביבת העבודה ואופן התמודדות עם תוצאות לא רצויות.
- איכות הטיפול: הצוות ממליץ על הטמעת מדדי איכות השירות ומדדים קליניים השוואתיים ומוסכמים כחלק אינטגרלי מעבודת והערכת הרופא, המרפאה והארגון.
- טכנולוגיות חדשות: מומלץ לפנות למשרד הבריאות להקים צוות שיגבש המלצות על קריטריונים לאישור טכנולוגיות אלה, כפי שקיים לגבי טכנולוגיות יקרות שבבתי החולים.

הרפואה הראשונית נדחקה בעשורים האחרונים במידת מה ממרכז הבמה של הטפול הרפואי לטובת רפואת המומחים ובתי החולים, שם התחוללה עיקר המהפכה המדעית, הכירורגית והטכנולוגית. מהפכה זו התבטאה גם בעליית הרופאים המומחים ומנהלי בתי החולים למעמד של הנהגה במערכות רפואיות רבות, וגם בארץ. לאחרונה נראה שהמטוטלת נוטה חזרה להדגשה רבה יותר של טפול כולל, של רפואה מונעת ושל צמצום בהתערבויות כירורגיות. גם העלייה התלולה בהוצאה הלאומית על בריאות תרמה לתפנית הזו. מן הראוי שמשרד הבריאות בארץ יצטרף למגמה עולמית זו וינקוט בפעולות הדרושות להחדיר את עטרת הרפואה הראשונית ליושנה.

ב. מיקומה של הרפואה המקצועית בישראל: בתי חולים לעומת הקהילה

סוגיה זו נראית מצומצמת וממוקדת יותר מקודמתה אך אינה פחות מורכבת. הרקע הכללי שלה הוא המגמה העולמית להעביר שירותי בריאות וטיפולים שונים ממערכת האישפוז למערכת האמבולטורית ומבית החולים למתקנים ומרפאות בקהילה. מגמה זו מתאפשרת בעקבות חידושים טכנולוגיים בתחומי האבחון, המעקב וההתערבות. מגמה זו משפרת במקרים רבים גם את "איכות החיים" של הטיפול הרפואי ע"י מניעת או קצור אשפוזים וע"י הענקת השירות קרוב

לבית בחולה ואף בביתו. היא מקבלת עידוד נוסף גם על רקע התייקרות הרפואה והלחצים לצמצום עלויות. מגמות אלה קיימות גם בארץ אך הן מואצות במידה רבה בגלל התמריץ שניתן לבתי החולים בעבר להרבות באספקה של שירותי מרפאות חוץ. התמריץ נבע מתמחור נדיב של שירותים אלה (ע"י משרד הבריאות) וכן מן העובדה ששיטת התשלום הנהוגה במרפאות חוץ היא של תשלום עבור שירות, דבר המגדיל את הנטייה להרבות בשירותים.

בארץ קיימים כמעט כל המודלים האפשריים של רפואה מקצועית, מרפאות חוץ של בתי החולים ומרפאות מקצועיות בקהילה ודרגות שונות של שילוב ושל חלוקת תפקידים ביניהן. ישנן גם דרכים שונות להעסקה של רופאים מומחים בשתי המערכות האלה, כשכירים באחת המערכות, כרופאים עצמאיים הממלאים תפקידים בשתי המערכות, וכן בדרכים שונות של העסקה משותפת. כוחות השוק והלחצים התקציביים מעודדים את קופות החולים להעביר את שירותי הרפואה המקצועית לקהילה, אך כי לבתי החולים ולמרפאות החוץ שלהן, וכן לצוות המומחים שלהם נותר תפקיד חשוב להבטחת איכות השירות, לאספקה של שירותים מורכבים, ולקדום המחקר.

הצוות דן ארוכות ביתרונות והחסרונות של המודלים השונים וכן בשאלת הכפילויות בין המערכות של בתי החולים ומרפאות החוץ של קופות החולים. בשתי הסוגיות הללו הצוות הגיע למסקנה כי יש להניח ל"כוחות השוק" להמשיך להכתיב את הפתרון הרצוי וזאת יעשה, כך הצוות מניח, על פי המקצוע, האזור בארץ, קופות החולים ובתי החולים הנוגעים בדבר ואופיים. על דיוני הצוות בבעיות אלה אפשר לקרוא בדו"ח עצמו. לאור האמור לעיל העדיף הצוות "לבחון את ההשלכות של מעבר מתן שירותי הרפואה המקצועית ממרפאות החוץ ומחלקות בתי החולים לקהילה על שלושה נושאים מרכזיים", ההשלכות הכלכליות על בתי החולים והקופות, ההשלכות על איכות הטיפול והשירות, ועל הצרכים החדשים הנובעים בתחום הכשרת המומחים ותכניות ההתמחות שלהם.

השלכות כלכליות:

בתחום ההשלכות הכלכליות הצוות היה ער למצב שבו הכנסות בתי החולים ממרפאות החוץ מסבסדות מחלקות אשפוז יקרות, כמו טפול נמרץ. כתוצאה מכך עשוי צמצום הפעילות במרפאות חוץ לערער את מצבם הכספי של בתי החולים. לגופו של עניין מעוררת השאלה של תמחור נכון של הפעילויות הרפואיות הכלל. הצוות דן ארוכות בשאלות אלה ואף "הכיר בצורך לתמחור ראלי של השירותים הניתנים בבית החולים". אך לנוכח חילוקי הדעות שנתגלו וכן בהיות השאלות רק משיקות לשאלת הדיון המרכזית החליט הצוות "להימנע מלדון בהשלכות שינוי התמחור על התקציב הגלובלי של המרכיבים השונים של מערכת הבריאות". מן הראוי לדעתי להוסיף שתי הערות: האחת, ייתכן מאוד, ויש לזה הזדביונים, כי לתעריפים הגבוהים (מדני) של מרפאות החוץ של בתי החולים חלק בנטייה של הקופות לצמצם את השימוש בהן ובתעריפים "נכונים" מגמה זו תואט. התעריפים הלא נכונים גורמים על כן להקצאה לא נכונה של השירותים ומכך אין ספק

שיש להימנע. "כוחות השוק" במקרה זה מגיבים במידת מה לסיגנלים לא נכונים. השפעה באותו כוון יש גם להבדל בין שיטות התגמול במרפאות החוץ לעומת המרפאות של הקופות: תשלום עבור שירות בראשונות לעומת תשלום שכר או על בסיס קפיטטיבי בקופות. כתוצאה מכך יש נטייה להגזים במתן שירותים במרפאות החוץ. ההערה השנייה על כן היא שיש מקום לבחון איזון בשיטות התגמול בין שתי המערכות.

איכות השירות והטיפול:

כאמור הצוות מתן את אמונו ב"כוחות השוק" לשמירת האיזון הנכון בין מרפאות חוץ למרפאות קהילה. נצטט:

כוחות השוק ושילוב האינטרסים בין הקופות לבתי החולים בכל אזור ואזור הם שיכתיבו את היקף ביצוע הרפואה המקצועית בקהילה או בבית החולים. כמו כן, כוחות השוק ונתוני כוח האדם המקצועי בכל אזור הם שיקבעו אם מתן השירות הרפואי המקצועי בקהילה יבוצע בעיקר על ידי רופאים מומחים מן הקהילה, רופאים מומחים מבית החולים או שילוב ביניהם.

ובכל זאת יש להבטיח שטיפולים מורכבים יתרו ייעשו רק בבתי החולים. להלן הדרך שבה ניסח הצוות את הדרכים להבטיח זאת:

יש להגדיר בכל מקצוע רפואי פעולות המתאימות לביצוע בקהילה ופעולות המתאימות לביצוע רק בבית החולים. אין מניעה כי פעולות הניתנות לביצוע בקהילה יבוצעו גם במסגרת בית החולים.
הגוף שיגדיר ויגבש את הקווים המנחים לחלוקה בין פעולות המתאימות לביצוע בקהילה לבין אלו המתאימות לביצוע בבית החולים תהיה ועדה שתובל על ידי משרד הבריאות ותכלול גם נציגים מן האיגודים המדעיים ומנהלים רפואיים מן הקופות ומבתי החולים. הפרמטרים לבחינת חלוקת פעולות רפואיות בין בית החולים לקהילה יהיו: בטיחות ביצוע הפעולות הרפואיות, ציוד וטכנולוגיה, הכשרה מקצועית, המשכיות הטיפול (תוך דגש על הרופא המקצועי בקהילה כמי שאחראי על המשך הטיפול בחולה) ומסה קריטית של מטופלים וכוח אדם מקצועי.
על פי בחינת פרמטרים אלו יוגדרו תנאי הרישוי הנדרש לשם מתן אישור לביצוע פעולות רפואיות בקהילה.
הצוות רואה בשילוב בין עבודה בבית חולים לבין עבודה בקהילה של הרופאים אמצעי חיוני להתעדכנות מקצועית ולשמירה על איכות מתן השירות הרפואי.

מודל שהוזכר בדיוני הצוות ושראוי אולי לבחון אותו הוא של הקמת מיזמים משותפים לבתי החולים ולקופות לצורך הענקת שירותי הרפואה המקצועית.

חינוך והכשרת מתמחים:

העברת חלק ניכר מן השירותים המקצועיים לקהילה חייב להתבטא בשינויים מתאימים בהכשרת הרופאים, בדרכי ההתמחות ובהשתלמויות. דעת הרוב הייתה "שאינן לייצר שני סוגי מומחים (האחד לקהילה והאחד לבית החולים) אך הוסכם להתחיל בבניית תוכניות fellowship במקצועות רפואיים אשר יכוונו השתלבות בקהילה או בבתי החולים".

אשר לתוכניות ההכשרה המליץ הצוות כדלקמן:

על שינוי בתוכניות ההתמחות כך שהן יכללו תקופת התמחות בקהילה. משך ההתמחות בקהילה ישתנה ממקצוע למקצוע על פי היקף ועומק הפעילות בקהילה בכל מקצוע רפואי. על רפואת הקהילה להיערך למתן התמחות ממוסדת, ועל משרד האוצר, משרד הבריאות והמועצה המדעית לתת את הדעת על השינוי המומלץ בתוכניות ההתמחות ולהגדיר מקורות מימון להתמחות בקהילה.

אחת הדרכים להקל על המעבר לתמהיל שירותי בריאות עם יותר שירותי קהילה ופחות שירותי בתי חולים הוא ע"י הגדרה מחדש של תפקיד חלק מרופאי בית החולים כתפקיד משולב, עם ניתן עם מערכת שכר אחת, בביה"ח ובקהילה בעת ובעונה אחת. ההצעות של הצוות פותחות את הדרך בכיוון זה.

הדיון בשאלת הרפואה המקצועית וביחסים בין רפואת הקהילה ובית החולים מעלה גם את שאלת רציפות הטיפול. הצוות לא התייחס ישירות לשאלה זו אך כמה מן הפתרונות המוצעים, ובמיוחד אלה המדגישים אלמנטים של שלוב מערכות יביאו לשיפור נכר גם בתחום זה.

ולבסוף, תוך כדי דיוני הצוות התברר כי אין נתונים אמינים על התחלקות השירותים המקצועיים בין בתי החולים ובין מרפאות הקהילה. מן הראוי שהממונים על מערכי הנתונים של מערכת הבריאות ימצאו דרך לשיפור סדרות הנתונים הרלוונטיים ובכך לשוב חילוקי הדעות על עצם העובדות בנושא זה.

3. תגמול הרופאים בקהילה

קופות החולים מעונינות לספק לחברייהן שירות רפואי איכותי והן אף מתחרות ביניהן על כך, אך בתוך כך עליהן לתפקד במסגרת תקציב נתון על פי תשלומי הקפיטציה שהן מקבלות מן המוסד לבטוח לאומי. מטרות אלה של הקופות צריכות לשקף את מטרות החברה. רופאי הקופות הם מקבלי החלטות העיקריים לגבי סוג, כמות ואיכות הטיפולים הרפואיים וממילא גם לגבי

עלותם. הבעיה העומדת בפני קופות החולים היא על כן כיצד להביא את הרופאים לתפקד על פי מטרות הקופה והמערכת. אחד האמצעים להשגת מטרה זו היא דרך תגמול הרופאים. ייאמר מיד כי ככל שהרופאים מזדהים יותר עם מטרות הקופה, לא רק להלכה אלא גם בדרך תפקודם, כך קטן תפקיד התגמול בהשגת מטרה זו. הנחת העבודה היא שבמציאות נותר פער בין מטרות הקופה לתפקוד הרופאים ולכן יש תפקיד מכוון לשיטת התגמול.

לשם הדגמה, תשלום שכר חדשי קבוע אינו משיג אף אחת משתי המטרות של איכות ויעילות. תשלום לפי שירות מעודד הוצאות יתר והענקת תקציב נתון לרופא למטרת ביצוע כל הטיפולים (שיטת הקפיטציה) מעודדת את הרופא לצמצם את היקף הטיפולים ואיכותם.

הצוות שעסק בנושא דן בתגמול המורכב משלושה רכיבים: מרכיב של שכר קבוע המבטיח לרופא הכנסה ראויה ומחזק את זיקתו הכללית לעבודתו ולמקום עבודתו. בנוסף דן הצוות בשני רכיבים נוספים, תשלום עבור שירות ברמה גבוהה, איכות השירות ותשלום עבור השתתפות במאמץ לחסכון בעלויות. הדיון בשני מרכיבים אלה תפס את מירב הזמן אך לפני שנכנס לסכום הדיון הזה, נציין הביטים אחרים של "חוזה השכר האופטימלי" שהצוות נסה לגבש.

המשקל של כל מרכיב שכר בסך השכר צריך לאזן בצורה נכונה בין שלוש המטרות ע"י כך שישקף את חשיבותו של אותו מרכיב ויפצה על הפער בין התנהגות הרופא ללא תמריץ לבין מטרות הקופה.

הצוות ערך רשימה של סוגי תגמול העונים על כל אחת משתי המטרות הנ"ל, ודן בקשר בין התנאים הסביבתיים בהם פועלים הרופאים והמשקלות בסך השכר הניתנים לכל אחד מן המרכיבים. לדוגמה, פעילות בשוק תחרותי או בקהילת מבוטחים בעלי ידע רב על איכות השירות מצדיקה משקל רב יותר למרכיב שכר המעודד חסכון בעלויות. לעומת זאת השכר לרופאים 'מסורתיים' הדואגים אך ורק לחולים ללא התחשבות בשיקולים תקציביים צריך לכלול מרכיב חסכון הוצאות גדול יותר.

כל אחד משלושה רכיבי השכר יכול להיות מורכב מכמה רכיבי משנה שיכוון לתת-מטרות אם בתחום הבטחת האיכות או הגדלת היעילות. עדיף להשתמש ברכיבי שכר ממוקדים, המכוונים היטב למטרה ושהשפעתם ודאית וישירה יותר, ובמקביל לתרופות, שיש להם מעט השפעות משניות שליליות על התנהגות הרופא ככל הניתן. רכיב שכר גם צריך להיות הוגן: לדוגמה, תשלום הכולל מרכיב קפיטטיבי צריך לשקף היטב את "יתמהיל המקרים" של הרופא וזאת על מנת להימנע ככל הניתן מדחיית חולים (קשים) ע"י הרופא.. עם כל אלה על החוזה האופטימלי להיות פשוט ובהיר ולכן לא רצוי שיהיה מורכב מתת רכיבים רבים מדי. עליו להיות בעל גמישות מספקת על מנת שאפשר יהיה להתאימו לתנאי שוק שונים, לסביבה הארגונית ולתנאים סביבתיים ותרבותיות שונות.

בתחום התגמול עבור איכות שירות וטיפול גבוהים הצוות דן בעצם הגדרת מושג האיכות בתחום הבריאות והרכיב רשימה של מרכיבי איכות חשובים. בתחום הבריאות קשה לתגמל עבור תוצאות ישירות כמו ריפוי או שיפור מצב הבריאות ובדרך כלל מודדים איכות באמצעות כמות התשומות (מספר חולים, ביקורים, פעילויות נוספות) והמאמץ שהרופא משקיע, מלוי אחר הוראות ממונים, שביעות רצון של חולים וכד'. כמו כן הוצע להביא בחשבון השתלמויות ותפקידי ניהול.

הויכוח החריף ביותר היה על מדת ההצדקה לתגמל עבור יעילות וחסכון בעלויות. ההתנגדות לכך הייתה על בסיס מוסרי, בגלל הפגיעה במסירות הרופא לחולה. מרכיב התייעלות חריף מדי גם יכול לפגוע באיכות השירות. התמיכה בהכללת תמריץ ליעילות התבססה על התאמת פעילות הרופא למטרות הקופה והמערכת ועל הטענה שבמסגרת תקציב נתון בזבוז משאבים בטיפול בחולה אחד מצמצם את המשאבים העומדים לרשות חולים אחרים, לעתים קשים יותר. הכללת מרכיב התייעלות בשכר הרופא הוצדקה גם על בסיס העובדה שמוטיב ההתייעלות חסר בתרבות הטיפול של מרבית הרופאים ולכן רכיב השכר הזה חשוב. על מנת להקל על השימוש במרכיב זה הוצע ליישם אותו לקבוצות של רופאים, במרפאה אחת למשל, ולא לשכר הרופא הבודד. הוצע לגבות את רכיב היעילות ואף להמיר חלק ממנו במרכיבים לא כלכליים המסיעים להגדלת היעילות, כמו משוברים, נתוני השוואה בין רופאים ואמצעי פקוח.

הובהר בדיון שמכיוון שעל הקופה והמערכת מוטלת מגבלת תקציב, הרי שאם הרופא לא ינקוט בפעולות החסכון הדרושות, פעולות אלה ייעשו בדרגים שמעליו, דבר שיביא בהכרח להגבלת עצמאותו של הרופא בקבלת החלטות על הטיפול הראוי. זו בחירה קשה הן מבחינה רפואית והן מנקודת הראות של תחושת הרופא (שהוא בעל מקצוע "חופשי"). יש לחפש את האיזון המתאים גם כאן.

הצוות לא הגיע להמלצות מחייבות אך אין ספק שהדיון מספק חומר למחשבה ולהטמעה בכל המערכות המעסיקות רופאים או המשתתפות בקביעת שכרם (כמו הוועדה הציבורית בראשות עדי אמוראי).

הדיון לעיל בנושא השכר מצביע על קשרי גומלין רבים בין שלוש הסוגיות שנידונו בכנס ים המלח השני. במיוחד חזק הקשר בין הגדרת תפקידי רופאי הקהילה (הראשוניים והמקצועיים), מקום עבודתם, ההכשרה הדרושה להם וארגון המערכות, לבין דרכי התגמול של הרופאים. גם בדיון על הרפואה המקצועית עלה נושא תמריצי השכר והתמריצים לבתי החולים כמרכיבים חשובים. כלכלנים מאמינים שתמריצים כלכליים הם יעילים ופשוטים בהרבה מתקנות בירוקרטיות ומפקוח מנהלי. בהזדמנויות רבות גם ניתן להוכיח קביעה זו. העוסקים בתחום הרפואה נרתעים מתמריצים כלכליים בכלל ומאלה הנוגעים להגדלת היעילות ולחסכון בעלויות. על רתיעה זו יש להתגבר. האלטרנטיבה במקרים רבים היא בזבוז משאבים ובירוקרטיה מנופחת וכל זאת

בתוצאות פחותות. מה שחשוב הוא שהשפעה החיובית של תמריצים כלכליים מותנה בכך שהמחירים שעליהם מבוססים התמריצים הם מחירים נכונים. בתחום זה יש למערכת הבריאות בישראל הרבה מה לשפר.

הדיון וההמלצות בשני התחומים של רפואת הקהילה מצביעים על אפשרויות לשיפור של תפקוד מערכת רפואת הקהילה כולה, וכן בינה לבין בתי החולים. השיתוף ההדוק יותר בין בתי החולים למרפאות המקצועיות בקהילה המוצע כאן יביא לרציפות טפול טובה יותר ולזרימה טובה יותר של מידע רפואי, של אינפורמציה על החולים, ואף של החולים והרופאים. שיפור מעמדו ותפקודו של הרופא הראשוני וצוותו, יביאו לקשר טוב יותר עם המרפאה המקצועית ולכלל היתרונות שנמנו לעיל. לתוצאות דומות תביא גם הרחבת הפעילות במרפאות המקצועיות בקהילה.

הועד המנהל של המכון הלאומי התחיל לחשוב על נושאים מתאימים לכנס ים המלח השלישי. הצעות מן השטח תתקבלנה בברכה.

גור עופר

רפואה ראשונה

רפואה ראשונית

תוכן עניינים

2	ריכוז ההמלצות
4	מבוא
	עיקרי הדיון בסוגיות שנידונו בכנס ים המלח
7	א. תוכן תפקידו ועבודתו של הרופא הראשוני בתקופתנו
10	ב. התמחות, הכשרה והשתלמות (תוכן ותכנון היישום)
12	ג. סיעוד ומקצועות הבריאות ברפואה הראשונית
14	ד. סביבת העבודה
17	מקורות
18	נספחים

ריכוז המלצות קבוצת העבודה על הרפואה הראשונית

מבוא: מקומה של הרפואה הראשונית

- הצוות רואה ברפואה הראשונית מרכיב מרכזי של מערכת בריאות איכותית ויעילה, במדינת ישראל כמו במדינות רבות אחרות.
- לאור זאת, הצוות קורא למשרד הבריאות למקם את הרפואה הראשונית במקום הראוי לה בסולם העדיפויות של המשרד באסטרטגיה, בתכנון ובבקרה.
- לצורך זה, הצוות קורא למאמץ כלל מערכתי לחקר סוגיות היסוד של הרפואה הראשונית.

המלצות בנושא תוכן תפקידו ועבודתו של הרופא הראשוני

- רפואה ראשונית איכותית הינה מענה הולם לפיצול הנובע מהתמחות היתר ברפואה, כמו גם לפער הקיים והגדל בין צרכים למשאבים במערכת. לאור זאת מומלץ לאמץ הגדרה רחבה של תפקיד הרפואה הראשונית: טיפול בחולים אקוטיים וכרוניים, קידום בריאות, מניעה, שיקום וטיפול פליאטיבי. לצורך מילוי התפקיד יש לעשות שימוש במידע דמוגרפי ואפידמיולוגי תוך התייחסות למטופל, משפחתו וסביבתו.
- התמורות המתחוללות במערכת הבריאות מעמידות את הרופא הראשוני בפני קונפליקטים הנובעים מציפיות המטופל, המערכת והאתיקה המקצועית. לאור זאת נדרשת הגדרה מחדש של סמכויות ואחריות הרופא, הארגון והמערכת, וכן יש להתאים את ההכשרה וסביבת העבודה לציפיות אילו.

המלצות בנושא התמחות, הכשרה והשתלמות (תוכן ותכנון היישום)

- לקבוע לאלתר מועד מחייב קרוב שממנו והלאה יתקבלו לעבודה ברפואה הראשונית רק רופאים מומחים ומתמחים ברפואת משפחה, רפואה פנימית ורפואת ילדים.
- לחייב את הרופאים הנוספים במערכת לתכנית השתלמות מוגדרת או להשלמת התמחות. הכשרה זו תתייחס לידע קליני ולכישורי ניהול ידע ומידע, אתיקה ותקשורת. התכניות יבוצעו ע"י אוניברסיטאות באחריות המועצה המדעית.
- להמליץ בפני האיגודים המדעיים במסגרת המועצה המדעית של הר"י לשנות את סילבוס מקצועות הרפואה הראשונית כדי לכלול נושאים אלה.

- יש להמשיך את ההשתלמות בנושאים אלה לאורך כל חיי העבודה המקצועית של הרופא.
- ממליצים בפני האיגודים המדעיים והמועצה המדעית לקיים דיון מיוחד במסלול התקדמותו המקצועית והאקדמית של המומחה ברפואה הראשונית לאורך חיי המקצועיים, תוך התייחסות לחסות האקדמית המתאימה.
- חיזוקה ההדרגתי של הרפואה הראשונית מחייב תכנון ממלכתי של ההתמחויות:
 - ❖ קבלת תמונה ממלכתית כוללת של תחזית צרכי כוח אדם ברפואה הראשונית לאור פרישה, גידול אוכלוסייה, צרכים אזוריים וכד'
 - ❖ התאמת היקפי ההתמחויות במקצועות השונים ע"י משרד הבריאות, תוך התחשבות מיוחדת בצרכי הרפואה הראשונית על פי התכנון הנ"ל.
 - ❖ קביעת תכנית לאומית להתמחות ברפואה ראשונית תוך שילוב המקורות התקציביים של קופות החולים, משרדי הקליטה והבריאות, ובי"ח המשתתפים בתכניות ההתמחות.

המלצות בנושא סיעוד ומקצועות הבריאות ברפואה הראשונית

- התמורות שחלו בדמוגרפיה ובתחלואה מחייבות רויזיה בתפקידי הסיעוד ברפואה הראשונית ובהכשרה הייעודית, כדי לתת מענה מיטבי לצורכי המטופלים. בנוסף להכשרה הבסיסית בבריאות הקהילה תתכן הכשרה נוספת בתחומים שונים.
- תפקידי האחות יכללו: מענה לצורכי המטופלים, קידום בריאות מניעה וחינוך לבריאות, מיון מטופלים (triage), השתתפות בטיפול ומעקב אחר חולים כרוניים וחולים שהשתחררו מאשפוז, וכן טיפול ישיר במרותקים בבית.
- לאחות תהיה מחויבות לאוכלוסייה מוגדרת יחד עם הרופא/ים.
- הצוות מחייב שיתוף של מקצועות בריאות נוספים (עו"ס, דיאטנית וכד') בצוות הרפואה הראשונית, כאשר אחריות העל לניהול הטיפול היא של הרופא.

ד. המלצות בנושא סביבת העבודה

- זמן לטיפול בחולה: הזמן האפקטיבי הממוצע המוקדש כיום למפגש רופא חולה מהווה מגבלה בהשגת המטרות שהוגדרו לרפואה הראשונית. לאור זאת מומלץ לתת גמישות לצוות המרפאה לניהול הזמן, להפעיל עבודת צוות כחלק מסביבה תומכת לרופא הראשוני על מנת שיוכל להקדיש את כל זמן המפגש לטיפול בחולה, ולשנות את אופן התגמול תוך התחשבות במאפייני מטופלים ומדדי איכות.

- מידע: מומלץ שהמוסד הרפואי יעביר לצוות כל מידע רלוונטי לטיפול בחולה: קליני, הנחיות טיפוליות, מידע על שירותים, שימוש השוואתי בשירותים. משרד הבריאות יעביר מידע דמוגרפי ואפידמיולוגי על הקהילה, ומוסדות אחרים יעבירו מידע על המצב הסוציאלי בקהילה.
- שימוש במחשב: מומלץ לבחון משמעויות והשלכות מחשוב סביבת העבודה ואופן התמודדות עם תוצאות לא רצויות
- איכות הטיפול: הצוות ממליץ על הטמעת מדדי איכות השירות ומדדים קליניים השוואתיים ומוסכמים כחלק אינטגרלי מעבודת והערכת הרופא, המרפאה והארגון.
- טכנולוגיות חדשות: מומלץ לפנות למשרד הבריאות להקים צוות שיגבש המלצות על קריטריונים לאישור טכנולוגיות אלה, כפי שקיים לגבי טכנולוגיות יקרות שבבתי החולים.
- ממשק עם שירותים שניתנים מחוץ למרפאה: כפועל יוצא מאחריות כוללת של הרופא לטיפול הניתן גם מחוץ למרפאה, יש לפעול להעברה סדירה של נתונים ממסגרות הטיפול השונות, ושיתוף פעולה ביניהם. הדבר מחייב הסרת הסמים טכנולוגיים, בירוקרטיים ותפיסתיים וכן פתרון סוגיות של חסיון מידע וסוגיות אתיות אחרות. בסוגיות אלה נדרשת התמודדות ברמה הלאומית.

מבוא

במסמך זה מוגדרת הרפואה הראשונית כ"מתן שירותי בריאות כוללנים ונגישים, תוך טיפול במרבית צרכי הבריאות של הפרט ופיתוח שותפות עם המטופלים, וכן לקיחה בחשבון של ההקשר המשפחתי והקהילתי". גישה זאת מתבססת על ההגדרה של ה-Institute of Medicine בארה"ב (Institute of Medicine, 1994 p.15). בישראל, שלושה תחומי התמחות מתאימים לענות על הגדרה זו: רפואת משפחה, רפואה פנימית ראשונית ורפואת ילדים ראשונית.

הרפואה הראשונית (primary health care) נחשבת בתקופתנו על-ידי ארגון הבריאות העולמי לכלי המרכזי להשגת המטרות שהתווה הארגון בתכניתו "בריאות לכל בשנת 2000", ולפיכך הוא תומך בפיתוחה וחיזוקה (Goicoechea, World Health Organization, 1978). המטרה אליה מכוונת הרפואה הראשונית היא שיפור בבריאות של פרטים, משפחות וקהילות. ממטרה זו נגזרים התפקידים של הרפואה הראשונית: טיפול בחולים אקוטיים וכרוניים, מתן מידע למטופל ולקהילה על מנת למנוע טיפול חסר וטיפול עודף; קידום בריאות, מניעת מחלות ופציעות, שיקום וטיפול פליאטיבי, ושימוש במידע על המצב

הדמוגרפי, מצב הבריאות והצרכים של הקהילה בה הוא פועל. כיום קיימת הסכמה נרחבת שלגורמים חברתיים שמחוץ למערכת הרפואית (מעמד סוציו-אקונומי, חינוך, מקום העבודה, מוצא אתני ולאומי) ישנה השפעה מכרעת על בריאות האוכלוסייה. לשם כך חשוב במיוחד שיתוף הפעולה עם מקצועות בריאות הציבור וכן עם מערכות רווחה היכולים לספק את המידע הנחוץ למערכת הרפואית, כמו גם לטפל בעצמם בגורמי הסיכון החברתיים הרחבים.

בעידן המחלות הממושכות (הנקראות גם community diseases) יש להדגיש בנוסף למניעה הראשונית גם את מרכזיותם של שני תפקידים נוספים של הרפואה הראשונית, והם: שיפור איכות החיים של החולה הכרוני ומניעה משנית באמצעים תרופתיים לשבץ מוחי ואוטם שריר הלב.

המשימות הרבות והמגוונות המוטלות על מרפאה ראשונית בשנות ה-2000 מכניסות את צוות המרפאה לעתים קרובות לקונפליקטים ולבלבול. כאשר הרופא רוצה להמשיך לקיים את חובתו המקצועי-פרופסיונלית ולשרת את טובתו של החולה אך גם נדרש מטעם הארגון לחסכון בעלויות, הוא מוצא עצמו בניגוד אינטרסים ובקונפליקט. מחד, הוא צריך להיות הסניגור של המטופל, כך הוא תופס את עצמו ולעתים קרובות כך הוא גם נתפס על-ידי החולה. מאידך, הוא נדרש לשמור על האינטרס של הארגון, הוא הממונה בשטח מטעם הארגון לשמירה על יעדיו, בהם כלול גם החסכון בעלויות. בעקבות כך חל בשנים האחרונות שינוי בתפיסת תפקיד הרופא הראשוני – מרופא המשמש כנציג החולה (patient advocate) הפטור מדילמת הקצאת המשאבים, לרופא הנדרש גם לשאת באחריות (במובן של accountability).

בישראל, כבמדינות אחרות, השינוי במבנה הגילי של האוכלוסייה והזדקנותה, הפיתוח הטכנולוגי המואץ, שינוי בציפיות והגברת המודעות של האוכלוסייה לצרכי הבריאות, וכן שינויים בדפוסי טיפול ועמדות הרופאים, יצרו מצוקה וחוסר הלימה מתמדת בין המשאבים שהחברה מעמידה לרשות המערכת לבין הצרכים (Boerma & Fleming, 1998). מצב זה מעמיד את הרפואה הראשונית בפני אתגרים נוספים הקשורים לשיקולי כלכלת בריאות, טיפול הולם (appropriateness) ומניעת פעולות לא מועילות ויקרות.

מורכבות תפקידי הרפואה הראשונית מחייבת את העוסקים בה גם להתחשבות ולרכישת ידע על היבטים פסיכו-סוציאליים המשפיעים על בריאות וחולי, על נושאים מסוימים של הרפואה החברתית שיש להם משמעות מיוחדת לבריאות האוכלוסייה כדוגמת האלימות על סוגיה, אלכוהוליזם וסמים. בנוסף, תפקידים אלה מחייבים גישה לנתונים רלוונטיים לטיפול ברמת הפרט והקהילה, הערכתם, ושימוש בהם בהתאם לצורך. כמו כן דרוש ידע על גורמי סיכון חברתיים שמחוץ למערכת הרפואית ונתונים בתחום זה.

בשנים האחרונות מתקיים דיון במדינות רבות לגבי מקומה של הרפואה הראשונית במערכת הבריאות. במערכת הבריאות בישראל התפתחו במקביל שני מודלים. האחד,

רואה את הרופא הראשוני כמרכז של כל ענייני הבריאות של המטופל (ובחלק מהפרקטיקות גם של משפחתו), והמפנה את המטופל ליעוץ מקצועי במידת הצורך. זהו מודל ש-Starfield (1994) מגדירה כ-"primary oriented care". המודל השני מתבסס על גישה חופשית לרפואה מקצועית, לפחות בחלק מהמקצועות כדוגמת עיניים נשים וכד'. מודל זה מוגדר בספרות כ-"specialty oriented care". מחקרים במדינות שונות הראו כי במדינות שבהן מערכת הבריאות מתבססת על מודל של רפואה ראשונית כגורם מרכזי, רמת הבריאות של האוכלוסייה גבוהה יותר, שביעות הרצון ממערכת הבריאות רבה יותר וההוצאה על שירותי בריאות נמוכה יותר (Starfield, 1994, Starfield, 2001).

לבסוף, חשוב לציין כי בארץ פועלים כיום מודלים שונים לאספקת רפואה ראשונית השונים זה מזה בממדים רבים: הרכב הצוות הרפואי (עבודה לבד, עבודה לצד רופאים אחרים ו-group practice); הרכב הצוות התומך (אחיות, מזכירות, עובדי בריאות נוספים); מבנה וציוד שקיים במרפאה; אופן תגמול הרופא (שכיר, חוזה עצמאי לפי נפשות רשומות, חוזה עצמאי לפי נפשות מבקרות), ומידת הבקרה על הרופא מצד הקופה. כל אלה משפיעים על טיב הטיפול שהרופא הראשוני יכול לתת לחולה וכן על התמריצים שיש לו למתן טיפול מסוג זה או אחר. חשוב לבחון את המודלים השונים הקיימים לאור התפקידים המורכבים של הרפואה הראשונית, והמידה שבה כל מודל תורם להשגתם.

עיקרי הדיון בסוגיות שנידונו בכנס ים המלח והמלצות הצוות

על רקע ההתפתחויות הקיימות במדינות המערב ועל רקע השינויים המתחוללים במערכת הבריאות בישראל בפרט מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995, נדונו בכנס ים המלח התמורות הנחוצות ברפואה הראשונית בישראל, תוך התמקדות בתפקיד הרופא הראשוני ויחסי הגומלין עם האחות ואנשי הצוות הנוספים.

הדיון התמקד במספר סוגיות נבחרות: א. תוכן תפקידו ועבודתו של הרופא הראשוני בתקופתנו; ב. התמחות, הכשרה והשתלמות (תוכן ותכנון היישום); ג. סיעוד ומקצועות הבריאות ברפואה הראשונית; ד. גורמי סביבת העבודה של הרופא הראשוני. להלן, נציג בקצרה כל נושא, נסכם את עיקרי הדברים שעלו בדיוני הצוות ונציג את ההמלצות שהתגבשו.

סיכומים כלליים

בעקבות הדיונים בצוות התגבשה הסכמה כללית בנוגע למקומה של הרפואה הראשונית:

- הצוות רואה ברפואה הראשונית מרכיב מרכזי של מערכת בריאות איכותית ויעילה, במדינת ישראל כמו במדינות רבות אחרות.

- לאור זאת, הצוות קורא למשרד הבריאות למקם את הרפואה הראשונית במקום הראוי לה בסולם העדיפויות של המשרד באסטרטגיה, בתכנון ובבקרה.
- לצורך זה, הצוות קורא למאמץ כלל מערכתי לחקר סוגיות היסוד של הרפואה הראשונית.

א. תוכן תפקידו ועבודתו של הרופא הראשוני בתקופתנו

רקע:

הרופא הראשוני אחראי למגוון רחב של נושאים הכלולים בתחום הטיפול והאחריות של הרפואה הראשונית, ולפיכך רמת המורכבות של התפקיד גבוהה. חשוב להבחין בין אחריות הרופא לבין מסוגלותו לבצע את התפקיד כאשר אחד התנאים הבסיסיים להבטחת איכות עבודתו היא הכשרה רפואית מעמיקה והתמחות מלאה באחד ממקצועות הרפואה הראשונית (פירוט בסעיף ב'). דרכים נוספות לעודד רופאים לבצע את התפקיד ברמה גבוהה קשורים בצוות התומך (פירוט בסעיף ג') ובסביבת העבודה (סעיף ד'). לבסוף, יש מקום לבחון אפשרות לקשר בין תגמול הרופא לבין איכות הטיפול במרפאה, על מנת לתמרץ רופאים לשיפור מתמיד באיכות הטיפול. נושא זה הועבר לדיון בצוות העוסק בנושא של תגמול רופאים.

בנוסף לרמה הקלינית הנאותה ברפואה פנימית, בגריאטריה ו/או ברפואת ילדים, נקרא הרופא בתקופתנו להעמקה בנושאים נוספים: מודעות להשפעות של גורמים שמחוץ למערכת הרפואית על בריאות וחולי (בפרט, מצב סוציו-אקונומי, מוצא אתני, מקום העבודה), בעיות ברפואה סוציאלית (כדוגמת אלימות במשפחה והתמכרויות), היבטים בבריאות הנפש (כדוגמת דיכאון), אחריות לפעולות חינוך לבריאות, רפואה מונעת וגילוי מוקדם של מחלות (בפרט, הכרת גורמי סיכון למחלות לב וכלי דם), וכן אחריות לטיפול במחלות ממושכות. בנוסף, על הרופא הראשוני להתחשב במגבלות המשאבים, לדעת מה יחס העלות/תועלת של טכנולוגיות בסיסיות המשמשות למניעה, אבחון וטיפול, להיות מודע ושותף לצורך בהבטחת איכות הטיפול, וכן להכיר את ההנחיות הקליניות לטיפול במחלות השונות המגיעות לטיפולו.

חשוב לציין עוד, שאחד התנאים הבסיסיים להבטחת איכות עבודת הרופא הראשוני הוא המשכיות הטיפול ותיאום בין הגורמים השונים. תנאי זה מחייב את הרופא לראייה כוללת של הטיפול בחולה כלומר ל"ניהול הטיפול" (case management). הרופא אחראי לחולה החל מתחומי הרפואה המונעת דרך האבחון ומתן הטיפול הקורטיבי (הנעשה בחלקו גם ע"י רופאים מקצועיים ובאשפוז) וכלה

במעקב אחר הטיפול בחוליו במערכות אחרות. בנוסף, הרופא הראשוני צריך לרכז מידע לגבי טיפולים שניתנו בשעות הלילה, להתעדכן בתוכן האשפוז, לקיים מעקב אחר החולה לאחר השחרור, וכן מעקב אחר חולים במחלות ממושכות גם בצורה של ביקורי בית תקופתיים למרותקים.

ניהול הטיפול אין משמעותו ביצוע כל התפקידים בידי הרופא הראשוני בעצמו. בפרק המתייחס לתפקידי הסיעוד ברפואה הראשונית יוגדרו תפקידים שיבוצעו בעיקר על-ידי הסיעוד או במקרים מסוימים על-ידי מקצועות בריאות אחרים.

לגבי מחלות ממושכות, יש להדגיש שתהליכי החשיבה הנדרשים מהרופא הראשוני בעידן המודרני, מורכבים וסבוכים יותר מבעבר. הדבר בא לביטוי למשל במניעה משנית וטיפול סימפטומטי הולם במחלה כללית, איזון חולים עם אי ספיקת לב, איזון של חולים סוכרתיים, איזו של אנטי-קואגולנטים למניעה משנית של שבץ מוחי, או איזון חולים עם מחלת ריאות חסימתית כרונית. טיפול הולם בבעיות אלה עשוי כבר היום לשנות בצורה דרמטית את בריאות האוכלוסייה ואת רמת ההוצאה הלאומית לבריאות. שינוי זה משמעותי ביותר והשפעתו עשויה להיות גדולה יותר מהשפעת מירב הפיתוחים הטכנולוגיים היוצאים לשוק.

כיום, תפקידים אלה מוטלים הן על הרפואה הפנימית באשפוז ובשירותים אמבולטוריים, והן על הרפואה הראשונית. בצד העצמות הרופא הראשוני יש הגורסים בצורך בשינוי רדיקלי ברפואה הפנימית, תוך הפנייתם עם הפנים לקהילה ופיתוח הענף של רפואה פנימית ראשונית במטרה לחזק היבט זה בתפקודה של הרפואה הראשונית. השאלה העומדת בפנינו היא האם המנהיגות המקצועית (מנהלי המחלקות) של הרפואה הפנימית מודעת ושותפה למגמות של העברת מירב הטיפול בחולים אלה לקהילה, דבר שצריך להשפיע על הכשרת המומחים ברפואה פנימית. מודעות גדולה יותר לנושא הטיפול בחולים הכרוניים דלעיל עשויה לשפר גם את הקשר בין הרפואה הראשונית ורפואת בית החולים. סוגייה דומה מתעוררת גם בקשר לרפואת ילדים.

עיקרי הדיון

היתה הסכמה רחבה בין חברי הקבוצה שעל הרופא הראשוני להיות בעל רמה מקצועית גבוהה, הגדרת תפקיד רחבה ואחריות כוללת לחולה, אולם צויין כי כיום קיים פער בין הרצוי למצוי. הדעות נחלקו באשר לסוגייה האם רצוי שהרופא הראשוני יהיה אתראי לחולה במשך 24 שעות וגם בעת האשפוז.

בהמשך הדיון זוהו מספר תנאים הדרושים לרופא הראשוני כדי שיוכל למלא את התפקיד הרחב באיכות גבוהה: מומחיות באחד ממקצועות הרפואה הראשונית; עבודת צוות; סמכות ומעמד למול החולה (הדעות נחלקו האם הרופא יקבל סמכות באמצעות נוהלים

ותקנות או שירכוש סמכות ומעמד באמצעות איכות עבודתו; קיום תהליכי אבטחת איכות כחלק אינטגרלי מעבודתו; והגדלת משך הזמן המוקדש לטיפול הקליני בחולה.

המלצות:

- רפואה ראשונית איכותית הינה מענה הולם לפיצול הנובע מהתמחות היתר ברפואה, כמו גם לפער הקיים והגדל בין צרכים למשאבים במערכת. לאור זאת, מומלץ לאמץ הגדרה רחבה של תפקיד הרפואה הראשונית: טיפול בחולים אקוטיים וכרוניים, קידום בריאות, מניעה, שיקום וטיפול פליאטיבי. לצורך מילוי התפקיד יש לעשות שימוש במידע דמוגרפי ואפידמיולוגי תוך התייחסות למטופל, משפחתו וסביבתו.
- התמורות המתחוללות במערכת הבריאות מעמידות את הרופא הראשוני בפני קונפליקטים הנובעים מציפיות המטופל, המערכת והאתיקה המקצועית. נדרשת הגדרה מחדש של סמכויות ואחריות הרופא, הארגון והמערכת, וכך יש להתאים את ההכשרה וסביבת העבודה לציפיות אילו.

ב. התמחות, הכשרה והשתלמות (תוכן ותכנון היישום)

רקע:

כאמור, הרופא הראשוני העתידי בתפקידו כ-Community based case manager יעבוד במסגרות הקהילה, יהיה מסוגל להשיג את המידע המעודכן והמהימן ביותר בכל תחומי פעילותו, כדי לייעץ לכל הפונים תוך שימוש מושכל באמצעי אבחון וטיפול יעילים על מנת להגיע למצב בריאות מיטבי של מטופליו, תוך התחשבות בנסיבות חייהם ומערכת ערכיהם של המטופלים ובעזרת גורמי סיוע רפואיים וקהילתיים נוספים.

כדי שהרופא הראשוני יוכל למלא תפקידים אלה יש צורך בהכשרה מתאימה המותאמת להשכלתו הבסיסית.

עיקרי הדיון:

הייתה הסכמה כי הכשרת הרופאים הראשוניים כיום אינה עונה על הצרכים. כדי לענות על בעיה זו הוצעה תכנית השתלמות לכלל הרופאים הראשוניים העובדים כיום בקהילה. התכנית מתייחסת למרכיבי הידע הקליני שלא נלמדו במסגרות ההוראה בעבר, וכן לכישורי ניהול הידע והמידע שמעבר למיומנות הקלינית (פירוט הנושאים מוצג בנספח 4). כמו כן הוצע להכניס שינויים בסילבוס ההתמחות ברפואת המשפחה, רפואה פנימית ורפואת ילדים האמורים להיות שער הכניסה לעיסוק ברפואת הקהילה.

בהקשר זה התקיים דיון בשאלה האם לשים דגש על הקניית ידע נוסף לרופאים או על הטמעת כלים לארגון המידע הקיים ומיומנות בתהליכי קבלת החלטות קליניות?

הייתה הסכמה בקבוצה כי אין די בתכניות הכשרה פרונטליות וכי יש להפעיל שיטות אינטראקטיביות (הנחיה, קבוצה קטנה, למידה בעזרת מחשב וכדו'). הודגש כי ההכשרה הינה תהליך של למידה מתמשכת שרצוי שיעשה במסגרת צוות רב מקצועי. כמו כן הודגשה חשיבות קיום תמריץ ללמידה מתמשכת, למשל קישור הלימודים לשיטת התגמול.

צויין כי תכניות ההתמחות השונות (רפואת המשפחה, רפואה פנימית ראשונית ורפואת ילדים ראשונית) חייבות לשקף את התמורות בתוכנה של הרפואה הראשונית כפי שפורטו בחלק הראשון של נייר העמדה. התמחויות ברפואה ראשונית מהוות כלי בסיסי לביצוע תהליך קידומה של הרפואה הראשונית, העלאת רמתה ומילוי תפקידיה החשובים במערכת הבריאות בישראל. מבחינה זו, בפנינו משימה מיוחדת בעלת אופי ממלכתי כולל.

בדיון הודגש כי תכנית התמחות לאומית נרחבת לרופאים הראשוניים תוכל להתבצע אך ורק תוך שיתוף פעולה של כל הגורמים הנוגעים בדבר, ושילוב כל המקורות התקציביים המפוזרים היום בקרב מוסדות וגורמים שונים, ובאחריות ממלכתית כוללת של משרד הבריאות.

על מנת להבטיח את יישום התמורה בהתמחות של הרופאים הראשוניים יש לתכנן את היקף התחלופה והמקורות לביצועה.

המלצות

- לקבוע לאלתר מועד מחייב קרוב שממנו והלאה יתקבלו לעבודה ברפואה הראשונית רק רופאים מומחים ומתמחים ברפואת משפחה, רפואה פנימית ורפואת ילדים.
- לחייב את הרופאים הנוספים במערכת לתכנית השתלמות מוגדרת או להשלמת התמחות. הכשרה זו תתייחס לידע קליני ולכישורי ניהול ידע ומידע, אתיקה ותקשורת. התכניות יבוצעו ע"י אוניברסיטאות באחריות המועצה המדעית.
- להמליץ בפני האיגודים המדעיים במסגרת המועצה המדעית של הר"י לשנות את סילבוס מקצועות הרפואה הראשונית כדי לכלול נושאים אלה.
- יש להמשיך את ההשתלמות בנושאים אלה לאורך כל חיי העבודה המקצועית של הרופא.
- ממליצים בפני האיגודים המדעיים והמועצה המדעית לקיים דיון מיוחד במסלול התקדמותו המקצועית והאקדמית של המומחה ברפואה הראשונית לאורך חייו המקצועיים, תוך התייחסות לחסות האקדמית המתאימה.
- חיזוקה ההדרגתי של הרפואה הראשונית מחייב תכנון ממלכתי של ההתמחויות:
 - ❖ קבלת תמונה ממלכתית כוללת של תחזית צרכי כוח אדם ברפואה הראשונית לאור פרישה, גידול אוכלוסייה, צרכים אזוריים וכד'
 - ❖ התאמת היקפי ההתמחויות במקצועות השונים ע"י משרד הבריאות, תוך התחשבות מיוחדת בצרכי הרפואה הראשונית על פי התכנון הנ"ל.
 - ❖ קביעת תכנית לאומית להתמחות ברפואה ראשונית תוך שילוב המקורות התקציביים של קופות החולים, משרדי הקליטה והבריאות, ובי"ח המשתתפים בתכניות ההתמחות.

ג. סיעוד ומקצועות הבריאות ברפואה הראשונית

רקע:

בראייה היסטורית, הרפואה הראשונית בישראל התפתחה תחילה בדגם של רופא ראשוני העובד בעצמו (solo practice), כאשר האחות מגבילה עצמה לתפקידים המסורתיים של הסיעוד כגון טיפול בפציעות והזרקות הנעשים בחלקם הגדול לפי הנחיית הרופא. עידן המחלות הממושכות והעומס בפרקטיקות רבות, במיוחד בקרב ריכוזי עולים בכפר ובאזורי פיתוח, הביא בקופת חולים כללית, ליוזמה של עבודת צוות רופא-אחות. לפי מודל זה הגישה לרופא הייתה דרך חדר האחות, שעסקה גם בתפקידי רפואה מונעת וקידום בריאות, גילוי מוקדם של מחלות כרוניות (כגון יל"ד), ומעקב אחר חולים במחלות ממושכות במרפאות ובבתים. האחות מלאה תפקידים אלה בהנחייתו ואחריותו של הרופא הראשוני. מחקרים הראו שבשיטה זו פחת משמעותית מספר הביקורים אצל הרופא, וחלה עלייה בגילוי מוקדם של מחלות כרוניות.

התמורות ברפואה הראשונית, מורכבות התפקידים ומגבלות הזמן של הרופא במילוי תפקידו, מחייבים כיום חשיבה מחדשת באשר לתפקידי האחות ומקצועות בריאות נוספים, דפוסי השיתוף של הצוות הסיעודי במשימות הרפואה הראשונית, והקשר בין עבודת צוות הסיעוד לעבודת הרופאים הראשוניים. בהקשר זה עולה גם שאלה לגבי דפוסי השיתוף של בעלי מקצועות בריאות וחברה נוספים (כדוגמת עובד סוציאלי רפואי, פסיכולוג ואחרים) לצורך מלוי מכלול תפקידי הרפואה הראשונית.

עיקרי הדיון

היתה הסכמה שהרופא הראשוני אינו יכול למלא את כל המטלות בעצמו, ולפיכך דרושה עבודה משותפת של הרופא והאחות. שיתוף האחות בעבודת הרפואה הראשונית יכולה לאפשר את הזמן הנחוץ לרופא הראשוני לשם שיפור איכות הטיפול המהווה נושא מרכזי בעבודתו בתקופתו.

הייתה הסכמה כי רצוי ששירותי הסיעוד ברפואה הראשונית יכללו את התפקידים הבאים: קידום בריאות, מניעה וחינוך לבריאות; מיון והכוונה של מטופלים לרופא הראשוני (Triage); טיפול מתוכנן בחולים כרוניים (Care Management); טיפול ישיר ומנוהל במרותקים בבית; מעקב מתוכנן בחולים שהשתחררו מאשפוז; ושיקום. בדיוני הקבוצה הוצגה תכנית הדגמה לעיצוב מחדש של תפקידי האחות בקהילה לפי עקרונות אלו, הפועלת ב-16 מרפאות של שירותי בריאות כללית (יעקובסון, 1999).

התקיים דיון במודל שבו האחות ממלאה תפקיד עצמאי בטיפול בחולה הכרוני (case manager), כאשר התיק הרפואי משותף עם הרופא. הודגש כי במודל זה דרושות אחריות מוסמכות ברמה גבוהה. הוסכם כי גם במודל כזה הכרחי שיתוף פעולה עם הרופא האחראי לחולה, כאשר המוקד הוא הטיפול בחולה.

הדעות נחלקו באשר לשאלה באיזו מידה רצוי שתפקיד האחות יוגדר כסיוע לרופא או כתפקיד עצמאי עם אחריות וסמכות מוגדרים. עם זאת, הייתה הסכמה שחשוב להגיע לחלוקת עבודה שבה כל מקצוע יכול למצות את היתרון היחסי שלו, לטובת החולה. בהקשר זה התקיים דיון באיזו מידה התמורה בתפקיד האחות תבוא לביטוי פונקציונלי לפי נושאים (כלומר, אחריות ירכשו ידע ספציפי ויתמחו בטיפול בסוג מוגדר של מחלה), או שהאחריות ימלאו את כל התפקידים מול אוכלוסייה מוגדרת, בשיתוף הדוק עם הרופאים. לבסוף, הועלתה שאלה לגבי אופן השילוב של עובד סוציאלי רפואי כחלק מצוות הרפואה הראשונית. הוסכם כי עבודה סוציאלית רפואית היא מרכיב חשוב בעבודת הצוות. הצעה לתאור התפקיד ומודל לשילוב של העובד הסוציאלי בצוות הרפואה הראשונית מופיע בנספח לפרק זה.

המלצות:

- התמורות שחלו בדמוגרפיה ובתחלואה מחייבות רויזיה בתפקידי הסיעוד ברפואה הראשונית ובהכשרה הייעודית, כדי לתת מענה מיטבי לצורכי המטופלים. בנוסף להכשרה הבסיסית בבריאות הקהילה תתכן הכשרה נוספת בתחומים שונים.
- תפקידי האחות יכללו: מענה לצורכי המטופלים, קידום בריאות מניעה וחינוך לבריאות, מיון מטופלים (triage), השתתפות בטיפול ומעקב אחר חולים כרוניים וחולים שהשתחררו מאשפוז, וכן טיפול ישיר במרותקים בבית.
- לאחות תהיה מחויבות לאוכלוסייה מוגדרת יחד עם הרופאים.
- הצוות מחייב שיתוף של מקצועות בריאות נוספים (עו"ס, דיאטנית וכד') בצוות הרפואה הראשונית, כאשר אחריות העל לניהול הטיפול היא של הרופא.

ד. סביבת העבודה

רקע:

לנוכח השינויים שחלו בעבודתו של הרופא הראשוני, בהכשרתו, בציפיותיו לאחר ההכשרה ובציפיות המערכת ממנו, יש לתת תשומת לב מיוחדת לגורמי סביבת העבודה. שיפור גורמים אלה יאפשר מיצוי מרבי של המשאבים המושקעים בצוות הרפואי וכן מיצוי הפוטנציאל של הרפואה הראשונית לשיפור בריאות המטופלים, לניצול אופטימלי של המשאבים. כמו כן, שיפור גורמי סביבת העבודה צפוי להגביר את האטרקטיביות של המקצוע בקרב בוגרי הרפואה.

גורמי סביבת העבודה המשפיעים על הרופא הראשוני הם רבים. מתוך אלה, דינוי הקבוצה התמקדו בגורמים הבאים: זמן לטיפול בחולה, מידע ושימוש במחשב, איכות הטיפול, טכנולוגיות חדשות, וממשקים עם מערכות אחרות המטפלות בחולה מחוץ למרפאה (כגון שירותי לילה, אשפוז, יועצים וכד').

זמן לטיפול בחולה: בעיה מרכזית המפריעה למיצוי הטיפול המיטבי בחולה הינה הזמן העומד לרשות הרופא במפגש הטיפולי. אומדנים שונים מראים שהזמן הממוצע העומד לרשותו של הרופא לטיפול קליני בחולה לא עולה על 6 דקות. משך זמן זה אינו יכול לאפשר לרופא לתפקד כמצופה ממנו, וגורם לחוסר אפקטיביות בפתרון בעיות החולה, ובדרך הנקטת להשגת הפתרון. דבר זה מוביל לריבוי שימוש בשירותי בריאות במרפאה ומחוץ למרפאה ולהגדלת ההוצאות (בדיקות, תרופות, ייעוצים, וביקורים חוזרים). הדבר מוביל גם לתסכול של הרופא לשחיקה ולחוסר אטרקטיביות של המקצוע בעיני בוגרי הרפואה.

הקריטריונים לקביעת התגמול והיקף זמן העבודה של הרופא, שנקבע בהסכמי העבודה, תורמים למצב זה.

מידע ושימוש במחשב: החולה בשנות האלפיים יותר מבוגר מבעבר ובעיותיו יותר מורכבות. במצב זה יש חשיבות מיוחדת להביא לידיעת הרופא הראשוני את כל המידע הרלוונטי על החולה והטיפול בו באתרים השונים, שישמש אותו בבואו לקבל החלטות טיפוליות.

בעשור האחרון התמקם כלי עבודה חדש - המחשב - באופן קבוע על שולחן הרופא, ותופס מקום משמעותי ביחסי רופא/חולה (doctor patient relationship). מצד אחד המחשב הוא כלי עזר לניהול יעיל של המידע על החולה והטיפול בו. מצד שני השימוש במחשב מעלה שאלות לגבי השפעתו על האינטראקציה בין הרופא לחולה, השפעתו על ניצול הזמן במפגש עם החולה, האפשרות להכוונת הרופא לסטנדרט עבודה מוגדר מראש, והשלכות על תהליכי העבודה באופן רחב. בנוסף,

אפשרויות אחסון המידע והתקשורת הגלומות במחשב מעלה שאלות על היבטים אתיים הקשורים בחיסיון המידע.

איכות הטיפול: אחת המטרות של אבטחת איכות הנה העצמת המטפל והענקת כלים למטפל לשם שיפור הטיפול. הכלים כוללים כל דבר שיכול לשפר את התוצאים: החל מיידע מבוסס על הכוחות מדעיות (הנחיות קליניות, CME), הקניית מיומנויות, כלים למעקב וכלים לאיסוף מידע על ביצועים.

כלי נוסף לשיפור איכות הינו איסוף נתונים מתוכנן אודות ביצועים. כדי למדוד ביצועים יש צורך במערכת מדדים מוסכמת אשר אכן משקפת תהליכים רצויים, בעלי משמעות קלינית מוכחת. מדדי איכות קליניים מבוססים ברמת Evidence Based Medicine, מוסכמים על רופאי המשפחה, ניתנים למדידה ומשקפים תוצאים קליניים רצויים.

טכנולוגיות חדשות: סביבת העבודה כיום אינה כוללת את חדר הרופא בלבד. הטכנולוגיה המתפתחת במהירות של אמצעי אבחון, תקשורת נתונים ואינטרנט מרחיבות את סביבת העבודה של הרופא, את אפשרויות הטיפול, את אפשרויות המעקב אחר חולים בבית, ואת אפשרויות ההתייעצות של הרופא עם מומחים. שינויים אלה מחייבים בחינה מעמיקה של ההשלכות הנובעות מכך. יש לקחת בחשבון כי ההתפתחויות הטכנולוגיות הן עתירות עלויות ועקב הממדים המצומצמים של ישראל, קשה להשליך מהניסיון שהצטבר במדינות אחרות. יש צורך לשקול בזהירות את יחס העלות/תועלת בשימוש בטכנולוגיות כדוגמת טלהמדיסין, טלהרפואה וטלהרדיולוגיה.

ממשק עם שירותים הניתנים מחוץ למרפאה הראשונית: הטיפול הראשוני המקובל ברפואה הציבורית הישראלית ניתן רק בחלק משעות היממה ואיננו כולל את שעות הלילה, שבת וחג וזמנים אחרים. בזמנים אלה אין לרופא הראשוני כל אחריות על חוליו. המערכת אינה מצפה שיקבל אחריות, אינה מתגמלת על שירות נוסף, והוא אינו מתנדב לקחת את האחריות על עצמו. בזמנים אלה החולה נזקק לטיפולם של גורמים אחרים ורבים (שירותי לילה, חדרי מיון וכד') כשהקשר וההפריה ההדדית של מידע בינם לרופא הראשוני לוקה בחסר או שאיננו קיים כלל.

בעיה דומה קיימת גם לגבי חדרי המיון של בתי חולים המוצפים לא במעט בפניות שכתובתם הטבעית היא הרופא הראשוני. כמו כן מתעוררת שאלת התקשורת ההדדית שבין הרופא הראשוני ליעוץ המקצועי, לרופאי בתי החולים, היחידות לטיפולי בית ועוד. בעיה כאובה במיוחד מתייחס להעדר מעקב אחרי החולה המשתחרר מבית החולים והמלווה בשלב הראשון במידע מקוטע מאד לרופא בקהילה.

כאמור, החולה בשנות האלפיים מבוגר יותר ובעיותיו מורכבות יותר מבעבר. לכן, גדלה חשיבות האינטגרציה בין המטפל הראשוני ליתר המטפלים הבאים במגע עם החולה מחוץ למרפאה הראשונית. העברה מסודרת של נתונים ממסגרת אחת לשנייה היא חיונית הן לאיכות הטיפול והן ליעילות המערכת.

עיקרי הדיון

הדיון התמקד בסוגיות הבאות הנוגעות לסביבת העבודה :

זמן למטופל : הוזכרו הקשיים בהתמודדות עם חוסר זמן אפקטיבי, בניהול הזמן (קיום שונות תקופתית בין מספר החולים המגיעים בעונות השנה השונות ובשעות השונות ביום ; קיום שונות בין המן הנדרש לחולים שונים ; חוסר השליטה של הרופא בהקצאת הזמן שלו בין חולים). הוזכרו מספר דרכי התמודדות אפשריים, למשל עבודה עם צוות סיעודי מינהלי ואחר שיבצע חלק מהמטלות ויאפשר לרופא להתפנות לטיפול הקליני ; מתן תמריץ נכון בתגמול הרופא כך שיהיה כדאי לו להקדיש את הזמן הנדרש לחולה ; שימוש נכון במחשב כחוסך זמן ; ומתן אוטונומיה לצוות המרפאה לקבוע את חלוקת הזמן בין החולים.

מידע : איזה מידע הרופא צריך ומי יכול לספק את המידע הדרוש? איזה מידע יש להעביר בין מסגרות הטיפול השונות? כיצד להתמודד עם סוגיות אתיות ובפרט נושא חיסיון מידע רפואי?

מחשב : מה השלכות השימוש על יחסי רופא/חולה ועל סוגיות אתיות? באיזו מידה המחשב תורם לעבודת הרופא ובאיזו מידה מהווה גורם מפריע (בתקשורת עם החולה, בזמן הנדרש לעדכון וכד'?)

טכנולוגיות חדשות : נדונו ההשלכות הכלכליות והצורך לקבוע כללים ברכישה ושימוש בטכנולוגיות יקרות כגון טלהמדיסין וטלהרדיולוגיה.

ממשק עם גורמים מחוץ למרפאה (שרותי לילה, אשפוז, יעוץ וכד') : הודגש הצורך בתקשורת – העברת מידע לרופא הראשוני וממנו לצורך שיפור הטיפול בחולה. זאת, בפרט לאור האחריות הכוללת של הרופא הראשוני על החולה גם מחוץ למרפאה.

המלצות :

- זמן לטיפול בחולה : הזמן האפקטיבי הממוצע המוקדש כיום למפגש רופא חולה מהווה מגבלה בהשגת המטרות שהוגדרו לרפואה הראשונית. לאור זאת מומלץ לתת גמישות לצוות המרפאה לניהול הזמן, להפעיל עבודת צוות כחלק מסביבה תומכת לרופא הראשוני על מנת שיוכל להקדיש את כל זמן המפגש לטיפול בחולה, ולשנות את אופן התגמול תוך התחשבות במאפייני מטופלים ומדדי איכות.

- מידע: מומלץ שהמוסד הרפואי יעביר לצוות כל מידע רלוונטי לטיפול בחולה: קליני, הנחיות טיפוליות, מידע על שירותים, שימוש השוואתי בשירותים. משרד הבריאות יעביר מידע דמוגרפי ואפידמיולוגי על הקהילה, ומוסדות אחרים יעבירו מידע על המצב הסוציאלי בקהילה.
- שימוש במחשב: מומלץ לבחון משמעויות והשלכות מחשוב סביבת העבודה ואופן התמודדות עם תוצאות לא רצויות
- איכות הטיפול: הצוות ממליץ על הטמעת מדדי איכות השירות ומדדים קליניים השוואתיים ומוסכמים כחלק אינטגרלי מעבודת והערכת הרופא, המרפאה והארגון.
- טכנולוגיות חדשות: מומלץ לפנות למשרד הבריאות להקים צוות שיגבש המלצות על קריטריונים לאישור טכנולוגיות אלה, כפי שקיים לגבי טכנולוגיות יקרות בבת חולים.
- ממשק עם שירותים שניתנים מחוץ למרפאה: כפועל יוצא מאחריות כוללת של הרופא לטיפול הניתן גם מחוץ למרפאה, יש לפעול להעברה סדירה של נתונים ממסגרות הטיפול השונות, ושיתוף פעולה ביניהם. הדבר מחייב הסרת חסמים טכנולוגיים, בירוקרטיים ותפיסתיים וכן פתרון סוגיות של חסיון מידע וסוגיות אתיות אחרות. בסוגיות אלה נדרשת התמודדות ברמה הלאומית.

מקורות

- Boerma WGW, Fleming DM 1998. *The role of general practice in primary health care*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Goicoechea J. 1996 *Primary health care reforms*. World Health Organization Copenhagen.
- Institute of Medicine 1994. *Defining Primary Care: an interim report*. National Academy Press Washington.
- Starfield B 2001. New Paradigms for quality in primary care. *British Journal of General Practice*, April 2001:303-309.
- Starfield B 1994. Is primary care essential? *The Lancet* 344:1129-1133.
- יעקובסון א. 1999. **שירותי בריאות ראשוניים בקהילה: תפקידי הסיעוד בקהילה, עמדת קופת חולים כללית**. שירותי בריאות כללית, תל-אביב.

Starfield B 2001. New Paradigms for quality in primary care. *British Journal of General Practice*, April 2001:303-309.

נתוני רקע על הרופאים הראשוניים בישראל. הוכן על-ידי ד"ר רויטל גרוס, היחידה למדיניות בריאות, ג'וינט-מכון ברוקדייל

לפרק א': תוכן תפקידו ועבודתו של הרופא הראשוני בתקופתנו

הקונפליקטים הנובעים מהיעדים השונים העומדים בפני צוות המרפאה והניסיון בעולם מתגובות לתהליכים דומים. הוכן על-ידי ד"ר אשר אלחיאני, מחוז המרכז, שירותי בריאות כללית.

לפרק ב': התמחות, הכשרה והשתלמות (תוכן ותכנון היישום)

נייר עבודה, התמחות הכשרה והשתלמות (תוכן ותכנון היישום). הוכן על ידי פרופ' מיכאל ויינגרטן, המחלקה לרפואת המשפחה אוניברסיטת תל-אביב ופרופ' חוה טבנקין המחלקה לרפואת המשפחה בית חולים העמק.

טיוטא לדיון בנושא: ההתמחות ברפואה הראשונית. הוכן על-ידי פרופ' חיים דורון, המכון הלאומי למדיניות בריאות.

לפרק ג': סיעוד ומקצועות הבריאות ברפואה הראשונית

המלצות הועדה לקידום הסיעוד בקהילה. הוכן על-ידי שושנה ריב"א, מינהל הסיעוד, משרד הבריאות.

מודלים מומלצים לארגון עבודה הסיעוד (פרק מתוך המסמך "שירותי בריאות ראשוניים בקהילה: תפקידי הסיעוד בקהילה, עמדת קופת חולים כללית"). הוכן על-ידי אורית יעקובסון, ההנהלה הראשית, שירותי בריאות כללית.

מודלים לתפקוד הסיעוד בקהילה (Nurse Practitioner). הוכן על-ידי דורית וייס, ההנהלה הראשית, שירותי בריאות כללית.

הצעה לדגם ראוי של עבודה סוציאלית בריאותית ברפואה הראשונית. הוכן על-ידי חני שליט, עובדת סוציאלית ראשית, שירותי בריאות כללית.

לפרק ד': סביבת העבודה

זמן העבודה של הרופא הראשוני: הבעיה והמלצות לפתרון. (פרק מתוך המסמך "רפואת המשפחה בכללית, סיכום דיוני צוות עבודה במחלקה לרפואת המשפחה בחיפה"). הוכן על-ידי ד"ר שמואל רייס, המחלקה לרפואת המשפחה בחיפה, שירותי בריאות כללית והפקולטה לרפואה של הטכניון.

נייר עבודה – תחנת רופא ממוחשבת. הוכן על-ידי ד"ר יוסף רוזנבלום קופת חולים
מאוחדת.

אבטחת איכות, פיתוח איכות וקידום איכות ברפואה הראשונית. הוכן על-ידי ד"ר מרגלית
גולדפרכט, הנהלה ראשית שירותי בריאות כללית.

סביבת-העבודה העתידית של הרופא הראשוני. הוכן על-ידי ד"ר אשר אלחיאני, מחוז
המרכז, שירותי בריאות כללית.

כפואה מקצוצית

מיקומה של הרפואה המקצועית בישראל :
בתי חולים לעומת הקהילה

<u>עמ'</u>	<u>תוכן עניינים</u>
2	עיקרי הדברים
	מיקומה של הרפואה המקצועית בישראל :
4	בתי החולים לעומת הקהילה
6	מודלים למתן שירותי רפואה מקצועית
9	ההשלכות הכלכליות על בתי החולים והקופות
11	איכות השירות, איכות הטיפול ומיקום השירות
13	חינוך והכשרת מתמחים ומומחים
15	נספחים

עיקרי הדברים

הצוות עסק בסוגיית מיקומה של הרפואה המקצועית במערכת הבריאות ובחן איך צריכה להיות חלוקת מתן שירותי הרפואה המקצועית בין הקהילה לבין מרפאות החוץ של בתי החולים, בהתחשב במאפיינים המיוחדים של מקצועות רפואיים שונים.

הנחת היסוד שהתגבשה בדיוני הצוות היא כי הרפואה המודרנית מתאפיינת בעלייה בהיקף הפעולות הרפואיות הניתנות לביצוע בבטחה במסגרת הרפואה המקצועית בקהילה וכי זו המגמה שתהיה אף בעתיד. בנוסף, כוחות השוק והאופן בו התפתח מתן שירותי הרפואה המקצועית בישראל הביאו ליצירת מגוון של מודלים למתן השירות. לאור זאת הצוות בחן את ההשלכות של מעבר מתן שירותי הרפואה המקצועית ממרפאות החוץ ומחלקות בתי החולים לקהילה על שלושה נושאים מרכזיים. להלן המלצות הצוות לגבי כל אחד מן הנושאים שנידונו:

ההשלכות הכלכליות על בתי החולים והקופות

1. הצוות מכיר בצורך בתמחור ריאלי של השירותים הניתנים בבית החולים. אולם, הצוות החליט שלא לדון בהשלכות שינוי התמחור על התקציב הגלובלי של המרכיבים השונים של מערכת הבריאות במסגרת הדיון על מיקומה של הרפואה המקצועית.

איכות השירות, איכות הטיפול ומיקום השירות

1. יש להגדיר בכל מקצוע רפואי פעולות המתאימות לביצוע בקהילה ופעולות המתאימות לביצוע רק בבית החולים.
2. הצוות הסכים כי אין מניעה כי פעולות הניתנות לביצוע בקהילה יבוצעו גם במסגרת בית החולים.
3. הגוף שיגדיר ויגבש את הקווים המנחים לחלוקה בין פעולות המתאימות לביצוע בקהילה לבין אלו המתאימות לביצוע בבית החולים תהיה ועדה שתובל על ידי משרד הבריאות ותכלול גם נציגים מן האיגודים המדעיים ומנהלים רפואיים מן הקופות ומבתי החולים.
4. הפרמטרים לבחינת חלוקת פעולות רפואיות בין בית החולים לקהילה יהיו: בטיחות ביצוע הפעולות הרפואיות, ציוד וטכנולוגיה, הכשרה מקצועית, המשכיות הטיפול (תוך דגש על הרופא המקצועי בקהילה כמי שאחראי על המשך הטיפול בחולה) ומסה קריטית של מטופלים וכוח אדם מקצועי.

5. על פי בחינת פרמטרים אלו יוגדרו תנאי הרישוי הנדרש לשם מתן אישור לביצוע פעולות רפואיות בקהילה.
6. כוחות השוק ושילוב האינטרסים בין הקופות לבתי החולים בכל אזור ואזור הם שיכתיבו את היקף ביצוע הרפואה המקצועית בקהילה או בבית החולים.
7. כמו כן, כוחות השוק ונתוני כוח האדם המקצועי בכל אזור הם שיקבעו אם מתן השירות הרפואי המקצועי בקהילה יבוצע בעיקר על ידי רופאים מומחים מן הקהילה, רופאים מומחים מבית החולים או שילוב ביניהם.
8. הצוות רואה בשילוב בין עבודה של רופאים מומחים בבית חולים לבין עבודה בקהילה אמצעי להתעדכנות מקצועית ולשמירה על איכות מתן השירות הרפואי.

חינוך והכשרת מתמחים

1. הצוות ממליץ על שינוי בתוכניות ההתמחות כך שהן יכללו תקופת התמחות בקהילה.
2. משך ההתמחות בקהילה ישתנה ממקצוע למקצוע על פי היקף ועומק הפעילות בקהילה בכל מקצוע רפואי.
3. על משרד האוצר, משרד הבריאות והמועצה המדעית לתת את הדעת על השינוי המומלץ בתוכניות ההתמחות ולהגדיר מקורות מימון להתמחות בקהילה.
4. על רפואת הקהילה להיערך למתן התמחות ממוסדת.
5. דעת הרוב היא שאין לייצר שני סוגי מומחים (האחד לקהילה והאחד לבית החולים) אך הוסכם להתחיל בבניית תוכניות fellowship במקצועות רפואיים אשר יכוונו השתלבות בקהילה או בבתי החולים.

מיקומה של הרפואה המקצועית בישראל :

בתי החולים לעומת הקהילה

רקע

בעולם המערבי, וכך גם בישראל, קטן הצורך באשפוז חולים כתוצאה מההתפתחות הטכנולוגית של אמצעי האבחנה והטיפול של מגוון רב של מחלות. עקב התפתחות טכנולוגית זו ניתן לתת את הטיפול באופן אמבולטורי הן במסגרות הקשורות לקהילה והן במסגרות הקשורות לבית החולים. כתוצאה מכך בחלק מן המדינות בעולם המערבי אנו עדים למגמה של מעבר של מתן שירותים מבתי החולים לקהילה. (ראה סקירה על מגמות בעולם בנספח א).

בנוסף, בישראל, התחרות בין קופות החולים שגברה מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הביאה לפיתוח מואץ של הרפואה המקצועית בקהילה ולהרחבת שירותי הרפואה המקצועית הניתנים בה. העניין שיש לקופות החולים בכך ששירותי הרפואה המקצועית יינתנו במתקניהן, בקהילה, נובע מן הסיבות הבאות :

1. במערכת התעריפים והתגמול הקיימת עלות מתן השירותים במתקני הקופה הנה זולה יותר. התשלום לבתי החולים מבוסס על שיטת תשלום עבור שרות *Fee For Service (F.F.S)*. שיטה זו הנה שיטה המעודדת גידול בעלויות. לעומת זאת, עלות השרות הניתן בקהילה מבוססת על שיטת השכר לרופאים או על שיטת "הקפיטציה האקטיבית" קרי, תשלום עבור מטופל לרבעון שנוקק לשרות ללא תלות במספר הביקורים. ככלל, שיטה זו אינה מגדילה עלויות.
2. לקופות החולים מדיניות שמטרתה לייעל את מתן השירותים ולחסוך בעלויות. מטבע הדברים מדיניות זו חלה רק על הרופאים המועסקים על ידי הקופה ואינה חלה על הרופאים העובדים בבתי החולים. מכאן, שיש להן עניין להעדיף מתן השרות במתקני הקופה על פני מתן השרות בבתי החולים.
3. לקופות יש עניין כי פעילותן תהיה עצמאית ובלתי תלויה ככל האפשר בבתי החולים. פיתוח שירותי רפואה מקצועית בקהילה מגדיל את עצמאות הקופות ומחזק את מעמדן במשא ומתן להסדרים כלכליים עם בתי החולים.
4. פיתוח שירותי רפואה מקצועית מהווה אמצעי שיווקי במסגרת התחרות בין קופות החולים. זאת, לאור שיפור הנגישות של מתן השרות הניתן בקהילה לעומת השרות הניתן בבית החולים.

במקביל להתפתחות הרפואה המקצועית בקהילה, בתי חולים כלליים, ציבוריים וממשלתיים, הרחיבו את שירותי רפואת המומחים שלהם במסגרת מרפאות החוץ. פעילות בתי החולים במרפאות החוץ מביאה תוספת הכנסות לבית החולים וכן תוספת תקנים של רופאים. בנסיבות אלו הפכו מרפאות החוץ למערכת נוספת למתן שירותים אמבולטוריים, המתרחבת וקושרת באופן עצמאי חוזים עם קופות החולים. לבתי החולים יש עניין כי שירותי הרפואה המקצועית יינתנו על ידם וזאת מן הסיבות הבאות:

1. על בית החולים לפתח שירותי רפואה מקצועית לצורך מתן השרות למאושפזים ולמעקב המרפאתי המידי אחר מאושפזים ששוחררו מבית החולים לביתם. קיום שירותי הרפואה המקצועית בבתי החולים, ובכלל זה פיתוח תשתיות, מותיר בידי בתי החולים עודפי יכולת מתן שרות מעבר לניצול על ידי המאושפזים. עודפי היצע אלה מהווים את המניע העיקרי של בתי החולים לשאיפה כי שירותי רפואה מקצועית יינתנו בבתי החולים.
2. לאור מורכבות החולים המאושפזים והפעילות האקדמית המתבצעת בבתי החולים נצבר בהם ניסיון רפואי ומדעי רב. לבתי החולים יש עניין להציע למטופלים מהקהילה שירותים שקיימים ממילא בבתי החולים לצורכי המאושפזים ובכך להוסיף לידע ולניסיון שנצבר את מגוון המחלות של החולים מהקהילה. הדבר נובע, בין היתר, מן העניין שיש לבתי החולים ללמד סטודנטים מסוגים שונים ולאפשר התמחות מלאה יותר לרופאים המתמחים בהם.
3. לבתי החולים יש גם אינטרס כי המטופלים מהקהילה יחשפו במהלך הטיפול בבית החולים למיגון השירותים הרפואיים הקיימים בו ובכך להגדיל את היקף השירותים הניתנים על ידי בתי החולים. ההנחה היא כי מטופלים במרפאות בבית החולים יצרכו בו שירותים מרפאתי ים נוספים וכך, מטבע הדברים, יהיו מעוניינים לקבל שירותי אשפוז בבית החולים בו הם קבלו שירותים אלה.

לאור המתואר לעיל מקובלת הטענה שנוצר מצב של כפל שירותים שהוא אנכי ואופקי כאחד: הכפילות האנכית קיימת בין מרפאות החוץ של בתי החולים לבין מרפאות המומחים של הקופות בקהילה. כפילות זאת גורמת לשימוש יתר במשאבים העומדים לרשות בתי החולים וכן גורמת לנתק בין השירותים בקהילה לאילו של בית החולים, נתק הפוגע ברציפות הטיפול ומעודד עריכת בדיקות אבחוניות חוזרות ומיותרות. הכפילות האופקית קיימת בין קופות החולים, על אף הסדרים בין הקופות לקניית שירותים ומכירתם אלו לאלו, התחרות בין הקופות מונעת שיתוף פעולה מלא ויוצרת כפילויות מיותרות (שלמון ואחי 1997).

עד כמה יש כפילות בין בתי החולים לקהילה במתן שירותי הרפואה המקצועית? מנתוני הקופות אשר הוגשו לצוות נראה שהדבר שונה מאד ממקצוע התמחות אחד לשני וקשור לאפיונים המיוחדים של כל תחום התמחות. במקצועות רפואיים כגון עור, עיניים וא.א.ג, מרבית הביקורים, בכל הקופות, נערכים במסגרות הטיפול בקהילה. במקצועות רפואיים כגון כירורגית לב-חזה ונוירו כירורגיה מרבית הפעולות הרפואיות מבוצעות בבית החולים, ואילו מקצועות רפואיים כמו גסטרואונטרולוגיה וקרדיולוגיה מייצגים מקצועות בהם שיעור הביקורים בקהילה עשוי להיות גבוה למדי, אף כי יש שונות בין הקופות, ובמקביל פעולות רפואיות רבות נערכות במרפאות החוץ של בתי החולים (ראה פרוט על התפלגות הביקורים בין מרפאות החוץ לקהילה בנספח ב'). יש גם לזכור כי למחצית מן האוכלוסייה יש ביטוחים משלימים במסגרתם רופאים מקצועיים מבצעים פרוצדורות בבתי חולים פרטיים במימון שהוא למעשה מימון הקופות ועבור החולים שלהם.

מודלים למתן שירותי רפואה מקצועית

בדיון שנערך בצוות עלה כי בשנים האחרונות התפתחו מודלים שונים למתן שירותי רפואה מקצועית המשלבים בין בתי החולים לקהילה. בדיון הוגדרו שני מודלים המהווים קצוות ברצף:

1. מודל בו הרפואה המקצועית המתבצעת על ידי מומחים עיקרה בקהילה, כולל הפיקוח המקצועי והניהולי על מתן השירות בקהילה. לפי מודל זה רוב או כל רופאי הקהילה משולבים ועובדים גם בבית החולים. לצורך מודל זה יש להגדיר מהם פעולות המומחים שמתאימות לביצוע בקהילה ומהן הפעולות שצריכות להתבצע בבית החולים.
 2. מודל בו הרפואה המקצועית האמבולטורית, בין בבית החולים ובין בקהילה, היא תחת פיקוחו של מנהל המחלקה המתאימה בבית-החולים והוא האחראי על איוש הרופאים המומחים ברפואה המקצועית בקהילה.
- בדיון הועלו נימוקים התומכים או מתנגדים לכל מודל: המודל הראשון תואם את האופן שבו ניתן השירות ברוב הקופות והולם את רצון לשלוט על ההוצאות הכרוכות בפעולות רפואיות הקשורות לטיפול ברפואה המקצועית. כמו כן, שילוב המומחים בקהילה בעבודה חלקית בבית החולים תורם לשמירת רמתם המקצועית. בנוסף, הגדרת הפעולות המתאימות לביצוע בקהילה מול הפעולות שצריכות להתבצע בבית החולים מבטיחה חלוקה נכונה של מתן הטיפול בין בית החולים לקהילה.

יתרונו של המודל השני, המציב את בית החולים כמי שאחראי על הרפואה המקצועית בקהילה, הוא ניצול הכוחות המצויים בבית החולים למתן הטיפול בקהילה. בנוגע לכך נאמר שבמבנה הקיים של מערכת הבריאות בישראל הדבר מחייב חוזים בין קופות לבתי

חולים לאספקת השירות הרפואי המקצועי (או מצב בו הקופה מספקת את כל שירותיה למבוטחים כמו במקרה של שירותי בריאות כללית בדרום). החסרונות שהוזכרו בנוגע למודל זה נגעו לניגוד האינטרסים האפשרי בין מרכז המקצוע הרפואי בבית החולים לבין מתן השירות בקהילה, כמו גם ניגוד אינטרסים אפשרי בין בית החולים לקופה. חסרון נוסף שהוזכר בנוגע למודל זה הוא שרופאי בתי-חולים שעובדים בקהילה עשויים לפעול נגד האינטרסים של בית החולים בו הם עובדים בכך שבמסגרת עבודתם בקופה יעודדו חולים לבצע פעולות רפואיות במסגרת הביטוח המשלים בבתי חולים אחרים, פרטיים, ולא בבית החולים בו הם מועסקים.

המתואר לעיל מציג שני קצוות. אולם, מסתבר כי כוחות השוק יצרו מגוון של מודלים המשלבים את מתן השירות בין הקהילה לבית החולים, מודלים שהם על רצף בין שני הקצוות שהוצגו לעיל, למשל:

1. מודל גסטרואונטרולוגיה (מחוז שרון-שומרון של שירותי בריאות כללית) – למנהל המחלקה בבית החולים יש מינוי כמנהל המחלקה בקהילה. הוא הממונה המקצועי על התחום ועל כל הרופאים. הניהול האדמיניסטרטיבי הנוגע לעבודתם של הרופאים המקצועיים בקהילה הוא בידי המנהל הרפואי במחוז. כל הרופאים הם במינוי מלא בקהילה אולם עובדים יום עד יומיים בבית החולים במחלקת גסטרו. הם מתוגמלים על הפעולות שהם מבצעים בבית החולים על ידי הקהילה וההתחשבות על כך נעשית בין בית החולים לקהילה. במהלך יום/ימי העבודה בבית החולים הרופא מבצע פעולות מורכבות שלא ניתנות לביצוע בקהילה.
2. מודל קרדיולוגיה (מחוז שרון-שומרון של שירותי בריאות כללית) – לפי מודל זה אין אחריות של בית החולים על המקצוע אולם יש עבודה משותפת עם שתי מחלקות (בשני בתי חולים נפרדים). הרופא מבצע את כל הברור בקהילה. הרופא מלווה את החולים שזקוקים לצינתור לביצוע הפעולה בבית החולים ומשתתף כמצנתר שני בעת הצינתור. הרופא המטפל בקהילה שותף גם בהחלטה על המשך הטיפול לאחר הצינתור.
3. מודל רפואת העיניים בדרום - מנהלת המחלקה היא האחראית המקצועית על רפואת העיניים במחוז היא מניידת רופאים מבית החולים לקהילה ורופאים מן הקהילה לבית החולים. היא גם אחראית על החלוקה אילו טיפולים מתבצעים בבית החולים לעומת מרפאות בקהילה.
4. מודל בית חולים כרמל ומרפאת לין (בקהילה) – המרפאות המקצועיות בלין הן מרפאות משותפות למחוז ולבית חולים כרמל. לבית החולים יש מרפאות חוץ מועטות (שאינן קיימות בלין). לכל מרפאת חוץ יש מנהל, בחלקן מנהל המרפאה הוא רופא בב"ח כרמל ובחלקן לא.

המודלים המתוארים לעיל קיימים בשירותי בריאות כללית. יש לזכור שבקופות האחרות שיטת מתן הטיפול מבוססת במידה רבה על שיטת הרופא העצמאי. אולם גם בהן יש שילובים שונים בין בתי החולים למתן השירות בקהילה. חלקם נובעים מכך שרופאים עצמאיים רבים בקופות אלו עובדים באופן חלקי בבתי החולים. בנוסף, בקופות אלו יש יועצים למקצוע רפואי שהם מנהלי מחלקות בבתי חולים. יועצים אלו הנם מרכזים מקצועיים אשר נותנים ייעוץ מקצועי ובקרת איכות על הרפואה המקצועית בקהילה, כולל בדיקת תיקים של חולים ושימוש בתרופות חריגות. כמו כן, גם בקופות אלו יש הסכמים שונים בין הקופה לבתי החולים (או יחידות בבית החולים) על מתן השירות הרפואי המקצועי למבוטחים.

האם מודלים שונים של שילוב מתן השירות בין בית החולים לקהילה עדיפים על אחרים? אלחיאני ואחי (2000) בחנו מודלים חלופיים לרפואת מומחים בנגב. מטרת מחקרם הייתה לבחון את השינויים שנבעו מן הרפורמה באספקת שירותי רפואה יועצת (מקצועית) בנגב בשלושה מודלים: מרפאות הקהילה, מרפאת יועצים מחוזית, ומרפאות חוץ בבתי חולים. הם השוו את המודלים על פי היקף השימוש, עלות, נגישות וזמינות, איכות השירות ושביעות רצון החולים. יש לזכור שמדובר במודלים חלופיים בתנאים בהם כל מערך השירות הוא של אותה קופה. בסיכומו של המחקר כותבים החוקרים כי לא ניתן להחליט בודאות איזה מודל עדיף בכל אחד מן המקצועות שנבדקו (אורטופדיה, א.א.ג, עיניים ופלסטיקה). העדיפות תלויה בקריטריון שבו בוחרים להשוואה: לרוב במרפאות החוץ נתוני הזמינות והנגישות נמוכים יותר ונתוני השימוש והעלויות גבוהים יותר מאשר בקהילה או במרפאת מומחים מחוזית. יחד עם זאת הם אומרים כי איחוד השירותים הביא לרוב לשיפור בזמינות ובנגישות ולהפרדה בין המשתמשים, כאשר המקרים החמורים יותר מגיעים למרפאות החוץ.

המסקנה שהתגבשה בדיוני הצוות היא כי הרפואה המודרנית מתאפיינת בעלייה בהיקף הפעולות הרפואיות הניתנות לביצוע בבטחה במסגרת הרפואה המקצועית בקהילה וזו תהיה המגמה אף בעתיד. בנוסף, כוחות השוק והאופן בו התפתח מתן שירותי הרפואה המקצועית בישראל הביאו ליצירת מגוון של מודלים למתן השירות. לאור זאת הצוות בחן את ההשלכות של מעבר מתן שירותי רפואה מקצועית ממרפאות החוץ ומחלקות בתי החולים לקהילה על הנושאים הבאים:

- א. ההשלכות הכלכליות על בתי החולים והקופות;
- ב. איכות השירות (זמינות ונגישות, שביעות רצון), איכות הטיפול (מכשור, טכנולוגיות, רמת הרופאים) ומיקום השירות;
- ג. תינוך והכשרת מתמחים ומומחים.

ההשלכות הכלכליות על בתי החולים והקופות

טענה מקובלת היא שמעבר מתן שירותי הרפואה המקצועית לקהילה יותר את מרפאות החוץ של בית החולים ריקות. אכן, ממחקרם של רוזן ואחי' (2000) עולה כי לפי דוחות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (ל"מס) ומשרד הבריאות בין 1993 ל-1997, היה מעבר משמעותי של שימוש בשירותי רפואה מקצועית (בקרוב מבוטחים בקופות) ממרפאות החוץ של בתי החולים למסגרות בקהילה, בעיקר בשירותי בריאות כללית, ובעיקר במחוז ירושלים ובנגב. עוד עולה מדוחות אלו כי מספר הביקורים אצל מומחים במרפאות חוץ של בתי חולים ירד באופן דרמטי בתקופה האמורה. עם זאת, בניגוד לממצאים מסקר בריאות של ל"מס בנוגע לירידה במספר הביקורים במרפאות חוץ, מראים דוחות מבתי החולים הממשלתיים שבשנים 1994-1996 מספר הביקורים במרפאות חוץ בבי"ח ממשלתיים עלה ב-6% לשנה. החוקרים מציינים שבתקופה של 1996-1999 הפסיק נפח הביקורים למרפאות החוץ לעלות באופן מהיר, אולם גם בתקופה זו אין עדות לירידה הדרמטית שעלתה מדוחות ל"מס, ובכל שנה עלה מספר הביקורים באחוז אחד. עם זאת, יש שונות רבה בין בתי החולים במגמות אלה. למשל בעוד בתקופת הזמן 1996-1999 מראים הנתונים ירידה חדה במספר הביקורים במרפאות החוץ במספר בתי חולים, בבית חולים אחד גדל מספר הביקורים ב-10% לשנה. מן הנתונים המובאים לעיל מאחד המחקרים הבודדים שבחן את הנושא מצד השימוש בשירותים קשה ללמוד על התמונה ה"אמיתית". עם זאת, ייתכן כי השונות בין בתי החולים בירידה במספר הביקורים במרפאות החוץ מבטאת הסדרים כלכליים שונים בין קופות החולים לבתי החולים לפיהם חולים מהקהילה מופנים לבית חולים מסוים ולא לאחר.

בדיון על האספקט הכלכלי עלה כי יש מקום לבחון האם ניתן לשנות כמה מן התנאים לפיהם פועלת המערכת:

1. תקינת גולדברג – לפי תקינה זו ככל שיש במרפאת החוץ יותר חולים מעל מספר מסוים של חולים מקבלים עוד תקנים (או חלקי תקנים) של רופאים. יש כאן מערכת מובנית של תמריץ להגדלת מספר החולים שהמרפאה מקבלת.
2. תגמול F.F.S – עד סוף שנות השמונים התקציב למערך האמבולטורי בבית החולים היה אחוז נתון מתקציב בית החולים. לבית החולים לא היה תמריץ להרחיב את השירות האמבולטורי. מרגע שהפעילו במרפאות החוץ תשלום לפי F.F.S הפעילו תמריץ להרחיב את פעילותן.
3. במקביל לכך נקבעה לבתי החולים מערכת מחירים כזו שאינה מכסה את עלויות חלק ממחלקות האשפוז (למשל טיפול נמרץ) כך שמרפאות החוץ מסבסדות את תקציב בית החולים.

הובעה דעה כי אם התנאים המתוארים לעיל ישתנו והמחירים במרפאות החוץ ירדו באופן משמעותי, לבתי החולים לא יהיה תמריץ למשוך חולים למרפאות החוץ שלהם וכפילויות מיותרות עם הקהילה ייעלמו. בדיון שנערך הוסכם על כך כי במקביל לכך יש צורך להביא לשינוי מדיניות התקצוב והתמחור של יחידות ופעולות בתוך בית החולים ולשינוי החלוקה הפנימית של תעריפים. יש להוריד עלויות אמבולטוריות ולהעלות תעריפים במחלקות בהן התמחור אינו ריאלי כמו למשל טיפול נמרץ. הדעה שהתגבשה בצוות היא שבמצב הקיים ללא שינוי התמחור בבתי החולים יכולת ההישרדות של בתי החולים היא בעייתית. הושגה הסכמה על כך כי הצוות מכיר בצורך להביא לתמחור ריאלי של השירותים הניתנים בבית החולים אולם הוחלט להימנע מלדון בהשלכות שינוי התמחור על התקציב הגלובלי של המרכיבים השונים של מערכת הבריאות במסגרת הדיון על מיקומה של הרפואה המקצועית.

במהלך דיוני הצוות נדונה בהרחבה הסוגיה של כפילויות במערכת – כפילויות בין בתי החולים לבין עצמם, בין בתי החולים לבין מתן השירותים בקהילה, בין קופות החולים, וכפילויות במתן השירותים הנוצרות מכך שאותו רופא מקצועי נותן טיפול במספר מקומות. צוין גם כי כפילות במתן השירותים מתחייבת מעצם העובדה שיש שוק ויש תחרות. סוגיה נוספת שנדונה היא משקל רצונם של הלקוחות (המטופלים) והעובדה שההחלטה על מקום מתן השירות היא במקרים רבים לפי רצון הלקוח. עמדת הצוות היתה כי כוחות השוק והתנאים בכל איזור ואיזור הם שיסדירו את אופן מתן השירותים: בבתי החולים, בקהילה, באופן משולב או באופן מקביל (ראה המלצות 6 ו-7 בפרק על איכות השירות, איכות הטיפול ומיקום השירותים).

בדיון צוין גם כי בקופות החולים יש היום עודף שירותים הקשור בחלקו לנושא התעריפים של שירותים בבתי החולים. לדוגמא: על אף שאין הגיון כלכלי להקים מעבדה לכל קופת חולים בנפרד, לקופות לא כדאי לקנות שירותי מעבדה בבתי החולים מאחר שהם מאד יקרים. עלויות אלו של שירותי המעבדות קשורות לכך שבתי החולים מוכרחים לממן את עלותם של שירותים יקרים כמו טיפול נמרץ באמצעות גבייה של תעריפים גבוהים בפרוצדורות כמו שירות אמבולטורי או עלויות בדיקות. בנוסף, יש טענה בקופות כי לפי הנתונים שבידיהם השירות במרפאות החוץ של בתי החולים הנו יותר יקר: במרפאות החוץ יש יותר מדי ביקורים, המעקב אחרי החולים ארוך מדי ורושמים תרופות יקרות יותר. נראה כי במצב הדברים הנוכחי לקופות זול יותר לקיים את שירותי הרפואה המקצועית במתקניהן בקהילה, דבר המאפשר פיקוח על עלויות, התייעלות וחסכון בעלויות.

המלצה:

1. הצוות מכיר בצורך בתמחור ריאלי של השירותים הניתנים בבית החולים. אולם, הוחלט שלא לדון בהשלכות שינוי התמחור על התקציב הגלובלי של המרכיבים השונים של מערכת הבריאות במסגרת הדיון על מיקומה של הרפואה המקצועית.

איכות השירות, איכות הטיפול ומיקום השירות

לנוכח המגמה של מעבר הרפואה המקצועית לקהילה דן הצוות בדרכים לשמירה ולפיתוח איכות השירות ואיכות הטיפול בעת מתן השירות בה. יתרונו של הטיפול בקהילה הוא בעיקר בממד של נגישות וזמינות. רמת איכות הטיפול בבית החולים קשורה לעבודה קבוצתית, לקשר עם האקדמיה, לטכנולוגיה מתקדמת ולקשר עם תהליך ההתמחות. על מנת לשמור על רמה גבוהה של איכות הטיפול יש להטמיע מנגנונים דומים לאלו בבתי החולים בכל הנוגע לשמירה ולשיפור איכות במתן השירות הרפואי המקצועי בקהילה. הדבר חשוב במיוחד כאשר חלק מן השירות, בעיקר בקופות "הקטנות" ניתן על ידי רופאים עצמאיים שאינם נתמכים מקצועית במנגנונים כאלו.

בהקשר זה הוזכר גם הצורך בהכשרה ובהשתלמות של הרופאים המקצועיים, גם במסגרת לימודי המשך ברפואה. אולם, הובעה דעה כי אלו כוללים בעיקר השתלמות תאורטית בעוד שבמקצועות המנואליים יש צורך גם בהשתלמות מעשית. המודל לפיו רופאים בקהילה עובדים גם בבתי החולים ומשתתפים בכל הפרוצדורות הרפואיות המבוצעות גם בבית החולים מאפשר ביצוע השתלמות מעשית במקצוע הרפואי.

בהקשר של שמירת איכות עבודת הרופא באמצעות שילוב בין העבודה בבית החולים ובקהילה נערך גם דיון מהו השילוב העדיף בעבודתו של הרופא המקצועי. ייתכן שלצורך שמירת איכות הטיפול המודל האידיאלי של רופא מקצועי הוא עבודה בחצי משרה בבית חולים וחצי משרה בקהילה. אולם יש לזכור כי למודל זה עלויות כלכליות רבות. בהסדרים שנעשים היום בין בתי החולים לקהילה, במיוחד הסכמים של עבודה מטעם בית החולים בקהילה, רופאים נשלחים לקהילה במסגרת עבודתם בבית החולים (מקבלים את שכרם על עבודה זו מבית החולים כאשר בית החולים מקבל כתמורה לעבודתם תקנים). נטען כי אין בכך תועלת רבה לאיכות כי הרופאים שבאים רק ליום בשבוע לקהילה רואים את היציאה מבית החולים כ"עונש" ובשל היותם בקהילה רק יום בשבוע אין להם מחויבות לחולים.

הצוות הגיע לידי הסכמה כי שמירת איכות הטיפול, כמו גם השילוב הנכון בין בית החולים לקהילה, קשורים גם לחלוקה בין פעילויות הולמות קהילה ופעילויות הולמות בית חולים.

הוסכם כי לצורך זאת יש לבנות קווים מנחים לחלוקת העבודה בין הקהילה לבית החולים בכל מקצוע רפואי לפיהם ניתן יהיה לקבוע מהן הפעולות הניתנות לביצוע בקהילה ומהן הפעולות המחויבות לביצוע במסגרת בית החולים. הפרמטרים לבחינת חלוקת הפעולות הרפואיות בין בית החולים לקהילה יהיו בטיחות ביצוע הפעולות הרפואיות ושמירה קפדנית על דרישות רפואיות של ציוד וטכנולוגיה, מיומנות הצוות הרפואי ורמת ההכשרה המקצועית שלו, שמירה על המשכיות הטיפול ורצף של טיפול (תוך דגש על הרופא המומחה בקהילה כמי שאחראי על המשך הטיפול בחולה) וקיום מסה קריטית של מטופלים וכוח אדם מקצועי. על פי בחינת פרמטרים אלו יוגדרו תנאי הרישוי הנדרש לשם מתן אישור לביצוע פעולות רפואיות בקהילה. כך, בהחלטה לא לפתח תחום בקהילה יכנסו שיקולים כגון ציוד יקר ומסובך, מומחיות מיוחדת או מספר חולים נמוך. מן הדיון עלה כי ניתן לנתח כל מקצוע רפואי במודל של צינור: רפואה יועצת ראשונית, רפואה יועצת שניונית קלה (פעולות לא מסובכות שאינן דורשות ציוד יקר) ופעולות שדורשות רפואה שניונית מורכבת (ציוד יקר, מומחיות מיוחדת, פעולות מסובכות) שחלקן הן למעשה כבר רפואה שלישונית שצריכה להתבצע בבתי החולים. דוגמא לקווים המנחים לחלוקה בין סוגי פעולות המבוצעים במסגרות השונות בתחום הגסטרואנטרולוגיה מוצגת בנספח ג.

הצוות דן בשאלה עד כמה יש ליצור קווים ברורים מאד בין פעולות שיבוצעו בקהילה למול פעולות שיבוצעו בבית החולים, או שמא יש לדבוק בגישה לפיה יש כיום מערכת של איזונים ובלמים בין בתי החולים לקהילה בכל הנוגע לפעולות שניתן לבצע בכל מקום, ולכן, יש להתמקד רק בקביעת סטנדרטים של בטיחות תוך התחשבות בפרמטרים שהוצגו לעיל ולא להיכנס לפרטים.

הצוות דן גם בסוגיה מיהו הגוף שיקבע ויגבש את הקווים המנחים לחלוקה בין פעולות המתאימות לביצוע בקהילה לבין אלו המתאימות לביצוע בבית החולים, כמו גם את דרישות ההכשרה והבקרה – משרד הבריאות, האיגודים המדעיים, או ועדות מורחבות הכוללות נציגי גופים אלו וגופים נוספים במערכת הבריאות המייצגים בעלי אינטרסים במערכת זו.

סוגיה נוספת שנדונה היא האם להשאיר לכוחות השוק ולאיינטרסים המשותפים של קופות החולים ובתי החולים בכל אזור ואזור לקבוע את מודל מתן השירות הרפואי והמקצועי – החלוקה או השילוב בין בתי החולים והקהילה במתן השירות – או שיש לקבוע זאת באופנים אחרים.

המלצות

1. יש להגדיר בכל מקצוע רפואי פעולות המתאימות לביצוע בקהילה ופעולות המתאימות לביצוע רק בבית החולים.
2. הצוות הסכים כי אין מניעה כי פעולות הניתנות לביצוע בקהילה יבוצעו גם במסגרת בית החולים.
3. הגוף שיגדיר ויגבש את הקווים המנחים לחלוקה בין פעולות המתאימות לביצוע בקהילה לבין אלו המתאימות לביצוע בבית החולים תהיה ועדה שתובל על ידי משרד הבריאות ותכלול גם נציגים מן האיגודים המדעיים ומנהלים רפואיים מן הקופות ומבתי החולים.
4. הפרמטרים לבחינת חלוקת פעולות רפואיות בין בית החולים לקהילה יהיו: בטיחות ביצוע הפעולות הרפואיות, ציוד וטכנולוגיה; הכשרה מקצועית, המשכיות הטיפול (תוך דגש על הרופא המקצועי בקהילה כמי שאחראי על המשך הטיפול בחולה) ומסה קריטית של מטופלים וכוח אדם מקצועי.
5. על פי בחינת פרמטרים אלו יוגדרו תנאי הרישוי הנדרש לשם מתן אישור לביצוע פעולות רפואיות בקהילה.
6. כוחות השוק ושילוב האינטרסים בין הקופות לבתי החולים בכל אזור ואזור הם שיכתיבו את היקף ביצוע הרפואה המקצועית בקהילה או בבית החולים.
7. כמו כן, כוחות השוק ונתוני כוח האדם המקצועי בכל אזור הם שיקבעו אם מתן השירות הרפואי המקצועי בקהילה יבוצע בעיקר על ידי רופאים מומחים מן הקהילה, רופאים מומחים מבית החולים או שילוב ביניהם.
8. הצוות רואה בשילוב בין עבודה בבית חולים לבין עבודה בקהילה אמצעי להתעדכנות מקצועית ושמירה על איכות מתן השירות הרפואי.

חינוך והכשרת מתמחים

הדעה שגובשה בדיוני הצוות היא כי לאור המגמה של מעבר חלק ניכר משירותי הרפואה המקצועית לקהילה חייב לחול שינוי בתוכניות ההתמחות, במיוחד במקצועות בהם שיעור ניכר מהטיפול מבוצע בקהילה. לרופא המתמחה במקצועות אלו בבית החולים אין כמעט הזדמנות לפגוש בבעיות המטופלות בדרך כלל בקהילה. המתמחה אינו רואה את העבודה הרפואית שנעשית עם החולה לפני האשפוז ולאחר שהחולה יצא מבית החולים, אין לו גם הזדמנות ללמוד ולבצע פרוצדורות שמבוצעות בעיקר בקהילה. צריך לזכור כי במקצועות אלו ילך ויגדל שיעור הרופאים העתידיים שחיהם המקצועיים יהיו בקהילה. לבית החולים היה ויהיה אף בעתיד תפקיד מרכזי בביצוע התמחות והוראה לסטודנטים, ובלי קיום מגוון רחב של פעולות בבית החולים לא ניתן יהיה לקיים התמחות. אולם, לנוכח המציאות המתהווה יש צורך להתאים את ההתמחות לאופן בו תתנהל מערכת הרפואה

בעתיד ולהכליל את העבודה בקהילה כחלק אינטגרלי מתהליך ההתמחות. משך ההתמחות בקהילה ישתנה, כמובן, על פי היקף ועומק הפעילות בקהילה בכל מקצוע רפואי. בדיונים עלו גם סוגיות כגון עלות ההוראה והכשרת המתמחים, מי הגורמים שצריכים לשאת בעלות זו, באחריות מי התכנון הכולל וההכוונה של מספר המתמחים בכל מקצוע, והצורך לבסס את ההחלטה על יחידה המוכרת להתמחות על נפח פעילות ולא על בסיס תקינה ומספר מיטות. סוגיה נוספת בה דנו נוגעת להשלכות הכללת תקופת התמחות בקהילה על חלוקת זמן המתמחים בין הקהילה לבית החולים. זאת, גם במובן של תוספת תקני מתמחים ותקני הוראה ביחידות בקהילה אשר יוכרו לצורך התמחות. עוד הוסכם על חברי הצוות כי התמחות מסודרת בקהילה מצריכה הערכות מתאימה בקהילה בכל הנוגע למתן אמצעים פיזיים, תכנים וכוחות הוראה איכותיים.

היו בין חברי הצוות שחשבו כי בעת ההכשרה העתידית ייווצר מצב של פיצול של מקצועות, בעיקר במקצועות המנתחים ובמקצועות הטכנולוגיים, כך למשל, קרדיולוג בקהילה לא יעשה את כל הפעילות שנעשית בבית החולים. לכן הובעה דעה שיתכן כי צריך להבחין בהכשרות בין מי שיתמחה עבור עבודה בקהילה לבין מי שיתמחה בניתוחים בבית חולים ולהתאים לכך את תהליך ההתמחות. עם זאת, דעת הרוב הייתה כי ההתמחות צריכה להיות אחידה וכי אין לייצר שני סוגי מומחים. בדיוני הצוות הוסכם כי דרך אפשרית להכוונת מתמחים לקהילה או לבית החולים עשויה להיות על ידי בניית תוכניות fellowship בתום תקופת ההתמחות, כאלו המכוונות לקהילה מול אלו המכוונות להשתלבות בבית החולים. תוספת שלב ה-fellowship לא רק שיכוון לאחת משתי האפשרויות לעיל אלא יאפשר גם את קיצור תקופת ההתמחות.

המלצות

1. הצוות ממליץ על שינוי בתוכניות ההתמחות כך שהן יכללו תקופת התמחות בקהילה.
2. משך ההתמחות בקהילה ישתנה ממקצוע למקצוע על פי היקף ועומק הפעילות בקהילה בכל מקצוע רפואי.
3. על משרד האוצר, משרד הבריאות והמועצה המדעית לתת את הדעת על השינוי המומלץ בתוכניות ההתמחות ולהגדיר מקורות מימון להתמחות בקהילה.
4. על רפואת הקהילה להיערך למתן התמחות ממוסדת.
5. דעת הרוב היא שאין לייצר שני סוגי מומחים (האחד לקהילה והאחד לבית החולים) אך הוסכם להתחיל בבניית תוכניות fellowship במקצועות רפואיים שתכוונה השתלבות בקהילה או בבתי החולים.

נספח א': המגמות בעולם

סקירה ראשונית על הנעשה באנגליה, ארצות הברית, שוודיה קנדה, גרמניה וספרד העלתה כי בחלקן יש דווח על מעבר של מתן שירותים מבתי החולים לקהילה, כאשר הסיבה למעבר זה שונה ממדינה למדינה.

ארצות הברית - הגידול ב-managed care בארצות הברית הביא למעבר של רפואת מומחים, הן מבתי החולים והן מקליניקות עצמאיות של רופאים, למרפאות מומחים בקהילה המאגדות שירותים של מספר מקצועות רפואיים ומעסיקות מספר רב של רופאים (multi-physician community-based practices). הדיון בספרות בנושא זה מתמקד בהשלכות של תהליך זה לגבי רכישה מיותרת של טכנולוגיה יקרה ושימוש יתר בה (Rosen et al 2000).

אנגליה - שירותי הבריאות הממלכתיים באנגליה (NHS) עברו רפורמה משמעותית בשנות התשעים. הממשלה השמרנית תכננה להגמיש את המערכת ולפתוח אותה לכוחות השוק ולשפר את תפקודם של הרופאים הכלליים, המהווים את חוט השדרה של השירות. שני המנגנונים העיקריים של הרפורמה היו: GP- fund holding (רופאים ראשוניים שקבלו תקציב אוטונומי להפעלת הקליניקה) ו-GP- purchasing. משמעות הרפורמה הייתה מתן תקציבים לקבוצות של רופאים כדי שיוכלו לרכוש באמצעותם את כל שירותי הבריאות השניוניים והקהילתיים של מטופליהם. הוצרות המסגרת של fund holders וההפרדה בין ספק השירותים למי שרוכש אותם הובילו בראשית שנות התשעים למתן טיפול שניוני של רופאים מומחים מבתי החולים המחוזיים (district general hospitals) במרפאות קהילתיות שהרופאים בהם קבלו תקציב לניהול המרפאה.

ממשלת הלייבור, שנבחרה בשנת 1997, ביטלה שיטה זו, מטעמים של אי-שוויון (בין החולים המטופלים על-ידי הרופאים המאוגדים ב-fund holding לבין החולים המטופלים על-ידי רופאים אחרים) ועלויות גבוהות. עם זאת, הממשלה המשיכה לשים דגש על מערכת המספקת בעיקר טיפול ראשוני. מאז אפריל 1999, הרופאים הכלליים נדרשים להצטרף לקבוצת טיפול ראשוני (primary care groups), שהיא התאגדות אזורית של רופאים כלליים האחראית, בנוסף להספקת הטיפול הראשוני, גם לרכישת טיפולים שניוניים (commissioning). למרות הנסיגה מחלק מן הרפורמות, אחת התוצאות הייתה העברת שירותים שניוניים רבים אל מסגרות טיפול ראשוני. אולם, לחולים בשירותי הבריאות הממלכתיים אין גישה ישירה למומחים אלה אלא באמצעות הרופא הראשוני.

על אף המתואר לעיל, בתי החולים המחוזיים (District General Hospitals) עדיין מהווים את חוט השדרה של שירותי הטיפול השניוני. צוותים הכוללים רופאים בכירים וזוטרים אחראים לניהול מרפאות החוץ בבתי חולים אלה ולהספקת שירותי אשפוז. לקבלת טיפולי התמחות מיוחדים, חולה יכול לפנות לרמת האזורית או העל-אזורית,

כלומר למרכז רפואי הכולל בית ספר לרפואה. רופא מומחה בבית החולים האזורי יכול להפנות חולה לבית חולים ברמה גבוהה יותר. לצד בתי החולים המחוזיים ניתן למצוא בתי חולים קהילתיים קטנים, ובהם 50-200 מיטות. בשנות השמונים, הייתה מגמה לסגור בתי חולים אלה ולהעביר את השירותים לבתי החולים המחוזיים. עם הרפורמות של שנות התשעים, רופאים הראשוניים שאושרו כבעלי תקציבים ויכלו לרכוש שירותים הפכו אותם לבתי חולים קהילתיים, המיועדים בעיקר לקשישים. בחלק מבתי החולים הקהילתיים עובדים רופאים מומחים המספקים שירותים במסגרת בתי חולים מקומיים אלה (European Observatory on Health Care Systems, 1999).

שוודיה – בתי החולים בשבדיה ממלאים תפקיד חשוב בהספקת שירותי בריאות. בהשוואה למדינות אחרות באירופה, שיעור ניכר מן הרופאים קשורים חוזית עם בתי חולים ואחוז גדול מן המשאבים המיועדים לשירותי בריאות מופנים לשירותי האשפוז. בשני העשורים האחרונים הייתה מגמה לצמצם את מספר המיטות ולהקטין עלויות. בדרך כלל, כאשר חולה זקוק לשירותים מעבר לרמה הראשונית, הוא מועבר לטיפול מחוזי או אזורי. על פי רוב הרופא הכללי קובע לחולה תור למומחה, למרכז אבחון, למעבדה או לבית חולים, לעתים למטרות אבחון וטיפול, ולעתים למטרות התייעצות. אולם, כאמור, הרופאים הכלליים אינם ממלאים תפקיד של שומרי שער. מטופלים הזקוקים לטיפול של רופא מקצועי יכולים לפנות למרפאה פרטית, או לפנות ישירות למרפאת חוץ בבית חולים. החולים יכולים לבחור את המומחה או את מרפאת החוץ כרצונם, אך אינם יכולים לבחור את רמת הטיפול. עם הכניסה לבית החולים, החולה מקבל טיפול ממומחה במרפאת חוץ או בחדר מיון, תלוי בחומרת מצבו. באזורים עירוניים, כדוגמת סטוקהולם, יש מסורת של רופאים פרטיים (גם מומחים), המקבלים חולים מחוץ לבתי החולים. להוציא מקרים אלה, רוב המגעים עם המומחים מתקיימים ברמת בית החולים, אם באשפוז ואם במרפאות חוץ. (European Observatory on Health Care Systems, 1996).

קנדה – הרופאים הראשוניים הם אלו ששולטים על ההפניות למומחים, ולקבלות לבתי חולים שאליהם יש להם "זכויות הפניה" (admitting privileges). רפואת מומחים אמבולטורית מסופקת גם היא באופן דומה. למומחים יש פרקטיקות פרטיות ופעמים רבות הם עובדים גם במחלקות בתי החולים או שהם קשורים למרפאת חוץ בבית חולים. בשנות השמונים והתשעים היה מעבר מטיפול אשפוזי לטיפול מחוץ לבית החולים, דבר שהביא לצמצום שירותי האשפוז ולגידול בדרישה לטיפול קהילתי וטיפול בית. ההתקדמות בשדה הטכנולוגיה אפשרה הספקת שירותי אשפוז רבים במרפאות פרטיות – לדוגמה הפלות, ניתוחי עיניים, ותיקוני בקע. כתוצאה מן האמור לעיל חלקם של בתי החולים מסך כל ההוצאה על בריאות ירד מ-45.0% בשנת 1975 ל-37.3% בשנת 1994. (World Health Organization, 1996).

גרמניה - כל הטיפול האמבולטורי (הראשוני והשניוני) בגרמניה מאורגן כמעט באופן בלעדי על בסיס רופאים העובדים במרפאות ("offices") בקהילה. רוב הרופאים עובדים

לבד – רק 25% עובדים במרפאה משותפת. רפואת המומחים המקצועית בקהילה כוללת כמעט את כל ההתמחויות. כ-5% מן הרופאים במרפאות רשאים לטפל בחולים בבתי חולים. מדובר בעיקר בהתמחויות כירורגיות קטנות בתחומים שבהם לבית החולים יש מספר כה מועט של מקרים שאפשר להסתפק ברופא המנתח פעם או פעמיים בשבוע. כל הרופאים האחרים מעבירים את חוליהם לרופאי בתי החולים לקבלת טיפול אשפוזי, ומקבלים אותם בחזרה לאחר ששוחררו מבית החולים – הטיפול הפוסט-כירורגי מתבצע במרפאה. עם זאת, חלק מרופאי בתי החולים, בעיקר מנהלי מחלקות, רשאים לטפל בחולים אמבולטוריים בזמנים מסוימים (כשהמרפאות סגורות) ולגבי שירותים מסוימים. בגרמניה אין כלל מערכת "שמירת שער". החולים חופשיים לבחור רופא קופת חולים לפי רצונם. לעתים קרובות הם בוחרים ישירות במומחה העובד במרפאה כאשר הרופאים המומחים מהווים 60% מכלל הרופאים העובדים במרפאות. להוציא בתי חולים אוניברסיטאיים אין בבתי החולים בגרמניה מרפאות חוץ. במקור, נועדו מרפאות החוץ שבבתי החולים האוניברסיטאיים למטרות מחקר והוראה. לאחרונה, בעקבות חוזים מיוחדים עם קופות החולים, הם קיבלו הכרה למתן טיפול במומחיות גבוהה על בסיס אמבולטורי. בנוסף, מאז 1993, מותר לבתי החולים להציע ניתוחי-יום. במקביל, מזה זמן רב נערכים ניתוחים קטנים במגזר האמבולטורי על ידי רופאי עיניים, מנתחים אורתופדיים ומומחים אחרים בפרקטיקות הפרטיות. הדבר התאפשר באמצעות הכנסת פריטים חדשים לסולם הערכים האחד – uniform value scale, דבר המאפשר כיסוי הוצאותיהם של הרופאים המנתחים והוצאות הרופא המרדים. בשנת 1991, היוו ניתוחי היום 2% מהוצאות קופות החולים במגזר הטיפול האמבולטורי. (European Observatory on Health Care Systems, 2000).

ספרד – מערכת הבריאות בספרד מבוססת על שירותי בריאות ממלכתיים שכמעט כל האוכלוסייה מבוטחת במסגרתם. במסגרת זו קיימת בספרד רשת ענפה של מרכזים לחולים אמבולטוריים (בקהילה). למרות היותם תלויים במידת מה בבתי החולים, המרכזים הם האחראים העיקריים להספקת טיפול בחולי חוץ. הטיפול ההתמחותי ניתן על פי שני דגמים: דגם 1: רופאים מומחים העוסקים רק בטיפול במרפאות אמבולטוריות בקהילה. זהו הדגם המסורתי, והוא עדיין פועל בתחומי בריאות רבים. דגם 2: מאמצע שנות התשעים בעקבות רפורמה במערכת הבריאות רווחת מגמה לפיתוח דגם זה לפיו, רופאים הנמנים על צוות המומחים במחלקות הקליניות בבתי חולים כלליים עובדים ברוטציה במרפאות אמבולטוריות בקהילה לטיפול בחולים בתחום המומחיות שלהם. מספר הפרקטיקות הפועלות לפי דגם זה הולך וגדל, בשנת 1999 62% מהטיפול ההתמחותי ניתן במסגרת מרפאות מדגם זה (European Observatory on Health Care Systems, 2000).

נספח ב: נתונים על התפלגות ביקורים אצל רופאים מומחים בשלוש מקופות החולים

א. מכבי שירותי בריאות:

לוח 1: אחוז הביקורים במרפאות חוץ בבתי החולים (עיניים, א.א.ג, עור)

שנה	עיניים	א.א.ג	עור
1998	3.6	2.5	1.2
1999	2.9	2.7	1.2
2000	3.0	2.4	1.1

לוח 2: אחוז הביקורים במרפאות חוץ בבתי החולים (קרדיולוגיה וגסטרואנטרולוגיה)

שנה	קרדיולוגיה	גסטרואנטרולוגיה
1998	43.9	9.5
1999	40	10
2000	33.6	7.7

כירורגית לב ונוירי כירורגיה – אין הרבה מגוון בהתייחסות למרפאות אלו שכן המספרים קטנים. מדובר במקצועות כירורגיים והמעקב המרפאתי בהם הינו בדרך כלל לתקופה מוגבלת. נבדק גם ביצוע הפרוצדורות במקצועות אלו בין המערכת הציבורית למערכות אחרות (פרטי, ביטוחים משלימים וכו').

לוח 3: אחוז ביצוע פרוצדורות בבתי חולים ציבוריים

שנה	ניתוחי לב
1998	47.5
1999	50.9
2000	47.1

ב. שירותי בריאות כללית

1. מקצועות פנייה ישירה (עיניים, עור, א.א.ג, גינקולוגיה וכו') 90% מהמטופלים הם במרפאות מקצועיות בקהילה ו-10% בממוצע בבתי החולים.
2. גסטרו וקרדיולוגיה – החלוקה היא כ-40% מהחולים מקבלים את הטיפול בבתי החולים וכ-60% בקהילה.
3. נוירוכירורגיה ובכירורגית לב רוב/כל הטיפולים הם בבתי החולים.

ג. קופת חולים לאומית

לוח 4: אחוז הביקורים אצל רופאים מקצועיים במרפאות החוץ של בתי החולים

2000	1999	
1.07	1.48	עור ומין
3.02	4.48	א.א.ג. -
6.20	6.27	עיניים

5.47	8.01	גסטרואנטרולוגיה
8.38	11.87	קרדיולוגיה

100	100	כירורגית לב חזה
38.63	35.30	נוירוכירורגיה

נספח ג: קווים מנחים לחלוקה בין סוגי פעולות המבוצעים במסגרות השונות בתחום הגסטרואנטרולוגיה

סוג הפעולה	ביצוע במסגרת הקהילה	ביצוע במסגרת בית החולים
גסטרוסקופיה	מטופל עד -ASA 3	מטופל מעל -ASA 3
קולונוסקופיה	וכריתת פוליפ עד 20 מ"מ	מטופל מעל -ASA 3 וכריתת פוליפים קשים
סיגמואידוסקופיה	מטופל עד -ASA 3	מטופל מעל -ASA 3
רקטוסקופיה	מטופל עד -ASA 3	מטופל מעל -ASA 3
ERCP	לא	כן
הרחבות ושט והצריות	לא	כן
ניקור כבד	לא	כן
הזרקות וטיפול בדליות	לא	כן

מקורות

אלחיאני, א.; גולדפרב, ד.; ורדי, ד.; שרף, מ.; גרינברג, ד.; פטרבורג, י. (2000) **מערכת מודלים חלופיים לרפואת מומחים בנגב**. דו"ח מחקר מוגש למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, תל השומר.

שלמון, ב.; צפרוני, א.; שירוס, א. (1997) "רפואת מומחים – היכן? בתי-חולים לעומת מרפאות מומחים בקהילה". **הרפואה** 133(3-4): 115-121.

European Observatory on Health Care Systems (1999), **Health Care Systems in Transition - United Kingdom**.

European Observatory on Health Care Systems (1996), **Health Care Systems in Transition - Sweden**.

European Observatory on Health Care Systems (2000), **Health Care Systems in Transition - Germany**.

European Observatory on Health Care Systems (2000), **Health Care Systems in Transition - Spain**.

Rosen, B.; Haklai, Z.; Mohilever, M.; Nevo, Y. (2000) **Hospital Utilization and Expenditure on the Part of Israeli Sick Funds in an Era of Health Care Reform**. A report to the National Institute of Health Policy and Health Services Research. Jerusalem.

World Health Organization (1996), **Health Care Systems in Transition – Canada (Preliminary version)**. Regional Office for Europe, Copenhagen.

תחילת רופאים
בקהילה

תגמול רופאים בקהילה

עמ'

תוכן עניינים

2	מבוא
3	סקירה תמציתית של שיטות תגמול המקובלות בארץ ובעולם
4	מטרות החוזה האופטימלי
6	גבולות החוזה והאמצעים בהם ניתן להשתמש להשגת המטרות
7	אילוצים בבניית החוזה האופטימלי
8	מרכיבי החוזה האופטימלי
12	סיכום
13	נספחים

1. מבוא

מטרת הנייר היא להעלות רעיונות לגבי שיטת התגמול האופטימלית, שתיקרא על ידינו "החוזה האופטימלי", מנקודת ראות חברתית, בין קופות החולים ורופאי הקהילה, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

נייר זה מהווה סיכום של עבודת הצוות המכין והערות המשתתפים בקבוצת הדיון בכנס ים המלח. הנייר אינו מציג מסקנות סופיות להרכב החוזה האופטימלי לדופאי הקהילה, ואף אינו מציג בהכרח דעות אשר מקובלות על כל המשתתפים בדיונים. הנייר מהווה סיכום תמציתי של הערות אשר הועלו על ידי המשתתפים בדיונים. אנו ממליצים כי נייר זה יהווה בסיס לדיונים במסגרת צוות היגוי אשר יוקם למטרה זו.

בדרך כלל, בניית החוזה האופטימלי נעשית במספר שלבים:

1. הגדרת מטרות ההתקשרות.
2. גבולות החוזה והאמצעים בהם ניתן להשתמש להשגת המטרות.
3. ניסוח האילוצים העומדים בפני החברה בעיצוב החוזה.
4. מרכיבי החוזה והמשקל היחסי של כל אחד מהם בנוסחת התגמול האופטימלית.

מבנה המסמך המסכם להלן תואם את שלבי בניית החוזה האופטימלי כמתואר לעיל. בפרק 2 נציג סקירה תמציתית של שיטות התגמול המקובלות בארץ ובמספר מדינות בעולם. בפרק 3 נתייחס למטרות החוזה האופטימלי. פרק 4 ידון במהות החוזה והכלים בהם ניתן להשתמש להשגת המטרות אשר הוצגו בפרק 3. פרק 5 מתייחס לאילוצים העומדים בפני החברה בכל הקשור לעיצוב החוזה האופטימלי. פרק 6 מניח את היסודות ל"פתרון בעיית האופטימיזציה". בפרק זה אין אנו מציעים פתרון אלא מציגים את המרכיבים המרכזיים בנוסחת התגמול האופטימלית ואת השיקולים העיקריים בקביעת המשקלות לכל אחד מהמרכיבים לעיל. פרק 7 מסכם את הנייר.

2. סקירה תמציתית של שיטות תגמול המקובלות בארץ ובעולם

א. המצב בארץ

קופות החולים בישראל מתגמלות את הרופאים באחת מהשיטות הבאות או על ידי שילוב ביניהן. סיכום מפורט יותר של שיטות התשלום על פי קופות החולים השונות מופיע בנספח א'.

1. תשלום קבוע (היקף משרה)
2. תעריף לשעה
3. תעריף לנפש - קפיטציה אקטיבית (לפי מבוטחים עם לפחות ביקור אחד בתקופת התשלום)
4. תעריף לנפש - קפיטציה פסיבית (לפי מספר מבוטחים רשומים)
5. Fee For Service
6. תגמול לפי ססיות
7. תוספות שכר הקשורות לביקורי בית
8. שכר עידוד עבור מספר רב של פניות

ב. סקירה של שיטות התגמול הנהוגות במספר מדינות אירופאיות

הולנד

עבור חברי קופות החולים (62% מהאוכלוסייה) רופאי המשפחה מתוגמלים לפי קפיטציה לחולים רשומים. עבור מבוטחים פרטיים, התשלום הוא לפי ביקורים.

גרמניה

הרופאים בקהילה משולמים בדרך כלל לפי FFS בכפוף לתקציב נתון. לאחרונה ניכרת מגמה לאחד פריטים ל"חבילות" שירות, ולשלם קפיטטיבית לחולים עם לפחות ביקור אחד ברבעון. אין "שמירת סף", ורופאי המשפחה מתחרים עם מומחים על חולים.

שוויץ

טיפול רפואי בקהילה ניתן על ידי רופאים עצמאיים. כל הקופות קשורות עם כל הרופאים באיזור. מאז 1996, רוב התגמול נעשה לפי FFS בתעריפים תחרותיים.

בלגיה וצרפת

כמעט כל הטיפול הרפואי הקהילתי מתוגמל על ידי FFS. התעריפים קבועים ונקבעים בהסכמים לאומיים בין קופות החולים וארגוני הרופאים. רופאים שעוברים השתלמויות, מוכנים לעבור PEER REVIEW, ועם מינימום נפח פעילות זכאים לתשלום נוסף. יש מעט קבוצות רופאים המתוגמלים קפיטטיבית.

עד כאן תיאור ההווה, נעבור כעת לסיכום מחשבותינו לגבי העתיד.

3. מטרות החוזה האופטימלי

אופן התגמול של הרופא (ושל כל ספק שירות אחר) אמור לתמרץ אותו לספק את השירות באופן המקדם את הרווחה החברתית (Social Welfare). הנחת היסוד שלנו היא שמטרות החברה (Society) הן לספק, לכלל האוכלוסייה באופן שוויוני, את מידב הטיפולים האיכותיים ביותר במסגרת התקציב העומד לרשותה. חשוב לציין כי נקודת המבט שלנו היא חברתית ציבורית ולא נקודת המבט של קופות החולים. במקרים בהם קיימים ניגודי אינטרסים בין השניים, הרי מטרות הקופה תהווה מבחינתנו אילוץ בהשגת מטרות החברה.

הרופאים ממלאים תפקיד משמעותי ביותר בהשגת מטרות החברה, הן בכך שהם קובעים במידה רבה את כמות ואיכות הטיפול והן בכך שהם משפיעים לא במעט על העמידה או אי העמידה בתקציב. החוזה האופטימלי בין הקופה לרופא אמור לתגמל את הרופא באופן שיניע אותו לפעול להשגת המטרות לעיל. מובן שהחוזה האופטימלי עשוי להיות שונה בין רופאים מתחומים שונים ובמצבים שונים, אולם עקרונות בניית החוזה כפי שיפורטו להלן, הם אחידים.

להלן דיון קצר במספר חוזים מוכרים ומקובלים והתייחסות למידת התאמתם לקידום המטרות לעיל:

שכר קבוע – הרופא מקבל תשלום קבוע מראש ללא כל תלות בפעולותיו במשך התקופה בנינה הוא מקבל את התשלום. חוזה זה איננו מתמודד עם אף אחת משתי המטרות לעיל, הוא אינו נותן לרופא כל תמריץ לשפר את איכות הטיפול ואינו נותן לרופא כל תמריץ לריסון הוצאות.

Fee for Service – לכל פעולה נקבע תעריף, תגמול הרופא בסוף התקופה היא בהתאם

להיקף וסוג פעולותיו. אם רמת התגמול נקבעת גבוה מספיק, חוזה זה נותן לרופא תמריץ להרבות בטיפולים, אך הוא איננו נותן לרופא כל תמריץ לחסוך ולמעשה מניע אותו להגדיל עלויות. בכל הקשור לקידום האיכות, במקרים מסוימים הגדלת פעילות תורמת לשיפור האיכות אך יש מקרים בהם התוצאה היא הפוכה.

תקציב נתון (Budget Holder) - הרופא מקבל "תקציב" לפי מספר הנפשות המתוקננות הרשומות אצלו (קפיטציה). בתקציב זה עליו "לרכוש" את השירותים הרפואיים עבור מטופליו. חריגה מהתקציב מביאה עמה קנס (או הפסד), ואילו עמידה בתקציב מביאה עמה תגמול (רווח) כספי. זהו נסיון לא מוצלח להכיל בחוזה אחד גם את התמריץ לשיפור האיכות וגם את התמריץ לחסוך בעלויות. התמריץ לאיכות נגזר מהעובדה שגודל התקציב תלוי במספר המטופלים של הרופא וזה (באופן עקיף) תלוי באיכות הטיפול. התמריץ לריסון עלויות נגזר מעצם העובדה שהרופא עובד תחת תקציב. שתי הבעיות העיקריות בשיטה זו הן, האחת, שהיא מפילה סיכון רב על הרופא והשנייה שהיא עלולה להניע אותו לחסוך יתר על המידה. אם, לעומת זאת, התקציב לרופא נועד רק לכיסוי פעולותיו ולא לרכישת שירותים מספקים אחרים, יש בכך תמריץ להגדלת עלויות על ידי הפניות לספקים אחרים ויקרים יותר. אם ההסדר מבוסס על חולים פעילים (קפיטציה "אטקיבית"), נגרם בנוסף עוות במספר הביקורים ובמועדים.

בנוסף למטרות שהוזכרו לעיל, הועלו על ידי הצוות המטרות הבאות אשר יש לבחון אם לחוספן ובאיזה משקל לחוזה האופטימלי:

א. שביעות רצון

שביעות רצון המטופלים הוא פרמטר אשר הוצע כמטרה בפני עצמה בבניית החוזה האופטימלי. לעומת זאת, עלתה הטענה כי שביעות רצון יכולה לסתור לעיתים את מטרת איכות הטיפול ומטרת ריסון העלויות והיא בעייתית בשל סובייקטיביות המדד לבחינתה.

ב. מינוך הרופאים

המשך השתלמות הרופאים הוצג על ידי מספר חברי צוות כמטרה אשר יש להוסיפה להגדרת החוזה האופטימלי. הוראה, השתלמות והדרכה, כולל הדרכת הדור הבא על ידי הרופאים עצמם, הועלו כמטרות אשר יש לפעול להשגתן באמצעות החוזה.

ג. קידום מנהיגות וכישורי הניהול של הרופאים

במסגרת דיון בסעיף זה עלתה ההשערה כי קידום מנהיגות וכישורי הניהול של רופאים יכולה להוות כלי להשגת המטרות הראשוניות אשר הוצגו במסגרת נייר העמדה, דהיינו איכות

וריסון עלויות. למרות זאת, היו חברי צוות שטענו כי סעיף זה מהווה מטרה בפני עצמה לקידום רופאי הקהילה בארץ.

ד. העדפות לאומיות של מערכת הבריאות

החוזה צריך לשקף את ההעדפות הלאומיות של מערכת הבריאות. לדוגמא, מתן תמריצים לרופאים בפריפריה, מתן תמריצים לעבודות בשעות הלילה, ומתן תמריצים לטיפול באוכלוסיות מסוימות. החוזה משקף בכל עת את ההעדפות הלאומיות של מערכת הבריאות המשתנות.

ה. מטרות טווח ארוך לעומת מטרות טווח קצר

האלמנטים הנכללים בנוסחת התגמול צריכים לשקף את מטרות המערכת למקסום התועלת החברתית. יש לזכור כי כל אלמנט הנכלל בנוסחה משפיע על התנהגות הרופאים הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך ויתכן כי ההשפעות אינן זהות ואף מנוגדות. יש להתייחס בבניית הנוסחה לשני האלמנטים, השפעה לטווח קצר והשפעה לטווח ארוך.

ו. החוזה צריך להבנות כך שישמר את מעמדו של הרופא, עצמאותו והאמון של המטופלים בו.

4. גבולות החוזה והאמצעים בהם ניתן להשתמש להשגת המטרות

לאחר שהוגדרו המטרות נשאלת השאלה מהם גבולות החוזה ומהם האמצעים בהם ניתן להשתמש במסגרת החוזה להשגת המטרות. במסגרת הדיונים הועלו הנקודות הבאות:

א. השאלה האתית

ראשית, עלתה לדיון השאלה האתית של תגמול רופאים בכלל ותגמול כלכלי בפרט, בעיקר בכל הקשור בתגמול עבור ריסון עלויות. הדיון התמקד בעיקר בהגדרת תפקידו של הרופא ומחויבויותיו כלפי מטופליו. עלתה הטענה כי ריסון עלויות אינו אחד מתפקידיו של הרופא ואף סותר את אחד מתפקידי היסוד של הרופא כ"נאמנו" של המטופל. מצד שני נשמעה העמדה כי הרופא, כחלק מהמערכת, אינו יכול לחשוב רק על ה"פרטי" אלא גם על ה"כללי".

ב. תגמול הרופא הבודד לעומת תגמול קבוצתי

הרופא הבודד אינו שולט על כלל תקציב הטיפולים ולכן החלטות על ריסון עלויות ואו איכות הטיפול אינן תמיד נתונות בידיו. לפיכך, יתכן כי חלק מהתגמול צריך להיות מבוצע ברמת הקבוצה (קבוצת רופאים, מרפאה, מחוז וכד') ולא ברמת הפרט. בכל מקרה, תגמול חייב

להתבצע רק כאשר הרופא שולט על הפרמטרים בנוסחת התגמול.

ג. תגמול כלכלי לעומת תגמול לא כלכלי

יש לשלב ב"נוסחת" התגמול הן אלמנטים כלכליים והן אלמנטים שאינם כלכליים. לדוגמא, ניתן להשתמש במשובים כלכלי להיזון חוזר חיובי והיזון חוזר שלילי. כמו כן ניתן להשתמש בהשוואות בין הרופאים כלכלי לא כלכלי לתגמול הרופאים. כל חברי הצוות הדגישו את חשיבותם של התמריצים הלא כלכליים בהתקשרויות עם הרופאים.

ד. שיתוף הרופא בתהליך בניית החוזה והטמעתו

הרופא צריך להיות שותף בתהליך בנית החוזה והטמעתו. שיתוף הפעולה של הרופאים מהווה אבן יסוד בהצלחתו של החוזה בהשגת מטרותיו.

כמו כן יש לזכור כי מטרות הארגון בו פועלים הרופאים אינן בהכרח זהות למטרות החברה. כיוון שהחוזה האופטימלי בנוי על פי מטרות החברה, יתכנו מצבים של ניגודי אינטרסים בין פעילויות על פי דרישות הארגון ופעילויות הנובעות ממערכת התמריצים המובנית בחוזה.

5. אילוצים בבניית החוזה האופטימלי

לאחר שהוגדרו מטרות החוזה, והכלים בהם ניתן להשתמש להשגת מטרות אלו נציג את האילוצים העומדים בפני החברה בבניית החוזה.

- הטמעת החוזה צריכה להיות בשלבים, תוך ביצוע שינויים קטנים יחסית למצב הקיים, זאת על מנת שהחוזה יהיה מובן ומקובל על הרופא.
- החוזה חייב להיות פשוט והקשר בין גובה התגמול והתנהגות הרופא חייב להיות ברור.
- החוזה חייב להכיל רק מספר קטן יחסית של מרכיבים עליהם ניתן התגמול, אחרת התשלום עבור כל מרכיב יהיה קטן מדי מכדי להשפיע על התנהגות הרופא.
- החוזה חייב לכלול פרמטרים אשר החברה רוצה לקדם ואשר עליהם יש לרופא השפעה מכריעה.
- יש לזכור כי קיימות השפעות רוחביות של החוזה על כלל המערכת הרפואית, בין היתר על היחסים בין הרופאים לבין עצמם, בין הרופאים לבין ספקי השירותים האחרים ועוד.
- מערך המידע הקיים כיום במערכת מהווה אילוץ אליו יש לחתייחס בבניית החוזה. מצד שני, אחת המטרות בדיון על החוזה האופטימלי היא גם לגבש חשיבה על בניית מערכות המידע באופן שיאפשר שימוש מושכל באינפורמציה לצורך תגמול נכון.

- התאמת החוזה לסביבה הארגונית והתרבותית של הרופא. החוזה שייך למערכת כוללת של כלים המשפיעים על הרופא הכוללים בין היתר את הסביבה הארגונית והתרבותית בה הוא פועל. כיוון שרופאים שונים פועלים בסביבות ארגוניות שונות, יתכן כי החוזה ישפיע עליהם בצורה שונה.

6. מרכיבי החוזה האופטימלי

חוזה התשלום האופטימלי הוא למעשה שילוב של מספר מרכיבי תשלום, חלקם אמורים לתגמל את הרופא על קידום האיכות וחלקם אמורים לתגמל אותו על חסכון בעלויות. אם קיימות מטרות נוספות הרי החוזה חייב להכיל רכיבים אשר יתמרצו את הרופא לקידום מטרות אלו. בעבודה זו לא דנו במרכיבים לקידומן של המטרות האחרות.

בנוסף למרכיבים אלו, מכיל החוזה האופטימלי בד"כ גם מרכיב של שכר קבוע שנועד להבטיח לרופא שכר ודאי מינימלי בגובה מסוים. מטרת מרכיב זה איננה בכיוון שיפור האיכות או ריסון העלויות אלא הבאת הרופא להסכים לקבל עליו את החוזה על כל מרכיביו האחרים. בעבודה זו לא נדון כלל במרכיב השכר הקבוע בחוזה האופטימלי.

המבנה הבסיסי של החוזה האופטימלי כולל, אם כן, שלושה מרכיבים מרכזיים:

שכר קבוע

+

תמריצים לקידום האיכות

+

תמריצים לריסון העלויות

בניית חוזה התשלום האופטימלי לרופא נעשית בד"כ בשלושה שלבים:

- קביעת מרכיבי התשלום לקידום האיכות ומרכיבי התשלום לריסון עלויות (כאשר קיימות מטרות נוספות הרי זהו השלב בו נקבעים מרכיבי התשלום לקידום כל אחת מהמטרות הללו).
- קביעת המשקלות לכל אחד ממרכיבי התשלום.
- קביעת מרכיב השכר הקבוע להבטיח הכנסה ראויה וודאית.

להלן נדון בשני השלבים הראשונים לעיל. תחילה נדון בתמריצים לקידום האיכות, אח"כ נדון

בתמריצים לריסון עלויות ולבסוף נדון בקביעת המשקלות לכל אחד מהמרכיבים הללו.

א. תמריצים לקידום האיכות

בכל הקשור לתמריצים לשיפור האיכות קיים ספקטרום רחב מאוד של אפשרויות למרכיבי תשלום אשר יקדמו מטרה זו. התגמול יכול להיות על בסיס ישיר של איכות הטיפול או איכות השירות כפי שמוגדרים מראש ונמדדים בהתאם, או על בסיס עקיף יותר. באופן כללי הועלו מספר רב של הצעות לתגמול עבור קידום האיכות אותן ניתן לחלק למספר קבוצות עיקריות כדלקמן:

- תיגמול ישיר על איכות הטיפול (לדוגמא, תשלום על תוצאות).
- תיגמול על תהליך הטיפול (לדוגמא, טיפול על עבודה לפי הנחיות).
- תיגמול על תשומות אותן משקיע הרופא בטיפול (לדוגמא, תשלום לפי פעולות, לפי דיאגנוזות, לפי מספר ביקורים, זמן ומאמץ המוקדשים ועוד).
- תיגמול עבור מספר הנפשות מטופלות (התשלום יכול להיות פשוט מספר החברים מוכפל בתעריף לחבר, או, לחילופין, מספר החברים מתוקן לסיכון ולמצב בריאות (Risk Adjusted)).
- תיגמול על איכות השירות (לדוגמא, תשלום לפי שעות פתיחת המרפאה, זמן ההמתנה בתור, שביעות רצון המטופלים, מספר החולים המצטרפים או עוזבים את הרופא ועוד).
- תיגמול על פעילויות ניהוליות המבוצעות על ידי הרופא הקהילתי (על מנת לעודד יוזמה התקדמות ויוזמה של רופאי הקהילה).
- תיגמול על הכשרות מקצועיות.

במסגרת הדיונים חזרה ועלתה השאלה מהי איכות וכיצד היא ניתנת למדידה. האם מדובר באיכות הטיפול, איכות השירות, מספר הביקורים, זמינות הרופא למטופליו וכו'? איכות הטיפול בעייתית למדידה שכן היא כוללת מספר רב מאוד של פרמטרים. שאלה נוספת שעלתה היא האם יש להכליל את כלל הפרמטרים של איכות או להתמקד במספר מועט של פרמטרים בכל שלב? מצד אחד, הוצאת פרמטר מהנוסחה מעבירה לרופאים את המסר כי הפרמטר אינו חשוב. מצד שני, הכללת כלל הפרמטרים נוגדת את האילוץ הראשון אשר נקבע לקביעת החוזה האופטימלי כך שיהיה אפקטיבי. עלתה ההצעה להכליל את כלל הפרמטרים כמסגרת תיאורטית לחוזה אך לבחור אקראית בכל שלב מספר פרמטרים עבורם מתבצע התשלום, אך גם הצעה זו אינה פותרת במלואה את בעיית הבהירות הנדרשת מהחוזה.

הדעה המוסכמת הינה שהפרמטרים לקידום האיכות צריכים להיות ברורים, מדידים,

אובייקטיביים ומתגמלים את הרופא על קידום ושיפור מצבו הבריאותי של המטופל ולא על מצב קיים.

תמריצים לריסון עלויות

בד בבד עם התמריצים לאיכות, נוסחת התיגמול אמורה להניע את הרופא לריסון הוצאות. בבסיס הרעיון עומדת העובדה שמשאבי המערכת מוגבלים ויש להפנות אותם לאותם טיפולים שתרומתם לחולים היא הגבוהה ביותר. על אחת כמה וכמה, כאשר כוללים בחוזה תגמול עבור איכות הטיפול, יש להתייחס למרכיב ריסון העלויות, שכן ללא התייחסות למרכיב זה, תמריצי הרופאים יכללו אך ורק פרמטרים אשר ביסודם "מנפחים" עלויות.

בין השיטות לעידוד חסכון וריסון עלויות ניתן להזכיר את:

- תקציב נתון לפעולות ו/או הפניות (מסויימות).
- "שיתוף" הרופא בחלק מההוצאות שהוא מביא על הקופה.
- קנס על הוצאות חריגות.
- תיגמול חיובי על חסכון.

חלק מחברי הצוות הביעו התנגדות עקרונית לתגמול "שילי" (לדוגמא קנס על הוצאות חריגות) וסברו שגם ריסון עלויות צריך לבוא באמצעות התמריצים "חיוביים".

במסגרת הדיונים, הצוות התייחס לנקודות הבאות בהקשר של תגמול הרופאים עבור ריסון עלויות:

א. עד כמה יש לשתף את הרופא בבעיית התקציב?
נשאלת השאלה האם יש לשתף את הרופא בבעיית ה"מחסור" ואם כן עד כמה. חלק מהמשתתפים בצוות אינם תומכים בתגמול כלכלי עבור ריסון עלויות אלא רק בהעברת האינפורמציה לגבי עלויות הרופאים בגין מטופליהם, ומידע על מיקומם בהוצאות, יחסית לרופאים אחרים (מתוקן לנפש סטנדרטית). למרות זאת, היתה הסכמה כי תמריצים כלכליים הניתנים לאיכות אינם יכולים להוות את המרכיב היחיד בחוזה תגמול כלכלי לרופאים.

ב. מהי היחידה הקטנה ביותר שצריכה להתמודד עם בעיית המחסור במשאבים?
בהינתן כי הוחלט לשתף את הרופא בבעיית התקציב, נשאלת השאלה האם לרופא הבודד

יכולת להשפיע על עלויות הנגרמות בגין מטופליו. האם צוות רופאים צריך להיות אחראי על עלויות הקבוצה ו/או לחילופין האם יש לבצע את בחינת העלויות ברמת קופת החולים! בהינתן כי הקבוצה/סניף/קופה מכתיבים חלק מקווי המדיניות העוסקים בעלויות המטופלים ואף מחזיקים בסמכויות אישור חלק מהטיפולים, לא ניתן לתגמל את הרופא (היובית או שלילית) על עלויות הנגרמות בגין מטופליו.

ג. חופש פעולה של הרופא

לבסוף התמקד הדיון ברמת חופש הפעולה הניתנת לרופא. ככל שהרופא חופשי יותר בקבלת החלטות לגבי טיפולים, טיפולים אלטרנטיביים ומתן תרופות כך האחריות המוטלת עליו לריסון עלויות צריכה להיות גבוהה יותר. רופא אשר מוכתבים לו דרכי פעולה מדרג גבוה יותר, אינו יכול להיות אחראי על רמת ההוצאות הנגזרת מנהלים אלו. בהקשר זה הועלתה ההצעה לתת לרופא לבחור בין שתי חלופות: האחת בה לרופא תהיה שליטה ניהולית מוגבלת ואחריות תקציבית מוגבלת והשנייה בה יהיה לו מרחב פעולה ניהולי ואחריות תקציבית גדולה יותר.

ד. התחשבנות שונה בגין חולים חריגים

אסור שהרופא ייענש על עלויות הנגרמות למערכת בגין חולים חריגים תחת אחריותו. ההתחשבנות בגין חולים חריגים צריכה להיות נפרדת, אולם יש לשים לב שככל שקבוצת החולים תחת אחריותו של הרופא גדולה יותר, הסיכון הכרוך בעלויות הנגרמות על ידי חולה בודד נהיה קטן יותר.

ג. קביעת הפרמטרים של מרכיבי התשלום

רוב מרכיבי התשלום של החוזה האופטימלי מוכרים לנו משיטות תגמול קיימות. החידוש כאן הוא שבעוד שבעבר נהגו לבחור רק את אחד (או מספר קטן) מן המרכיבים הללו, ועל פיו שילמו לרופא, החוזה האופטימלי מציע לאמץ מספר רב של מרכיבים ולשלבם לחוזה אחד, כאשר המשקל הניתן לכל אחד מן המרכיבים תלוי בין היתר בשיקולים הבאים:

- ככל שמרכיב התשלום "אפקטיבי" יותר, כלומר, פועל באופן ברור יותר לקידום המטרה, ניתן משקל גדול יותר למרכיב תשלום זה.
- כל שמרכיב התשלום כרוך באי וודאות גדולה יותר, המשקל שניתן למרכיב זה יהיה קטן יותר.
- ככל שהסביבה בה פועל הרופא תחרותית יותר, המשקלות הניתנים למרכיבי התשלום לקידום האיכות יכולים להיות קטנים יותר והמשקל הניתן להשתתפות בהוצאות הקופה צריך להיות גדול יותר. כל זאת תלוי, בין היתר, בעוצמת הקשר בין מאפייני

- האיכות אותם רוצים לקדם ובין אלה שהמבוטחים לוקחים בחשבון בעת הבחירה.
- ככל שהאינפורמציה בידי המבוטחים לגבי איכות הטיפול טובה יותר, המשקל הניתן למרכיבי התשלום עבור איכות יכול להיות קטן יותר, מאחר והפציינטים עצמם "יצביעו ברגליים".
- ככל שמרכיב התשלום נמצא גבוה בסדר העדיפויות הלאומי, המשקל הניתן לו יהיה גבוה יותר.

אנו רואים אם כן, כי החוזה האופטימלי הוא למעשה מערכת של כלים שלובים ולעיתים הגדלת המשקל של משתנה אחד תהיה אופטימלית רק אם במקביל נגדיל (או נקטין) משקלו של משתנה אחר.

7. סיכום

הדעות, הרעיונות וההצעות אשר הוצגו במסמך זה מדגישות את הצורך בחוזה גמיש הניתן לשינויים הן על פי מטרות המשתנות של החברה או האירגון והן על פי הסביבה האירגונית תרבותית בה פועלים הרופאים. החוזה חייב להיבנות תוך דיאלוג מתמיד בין הנוגעים בדבר והוא חייב להיות פשוט, מובן, שקוף וקל ליישום. **מעבד לכך, חשוב לזכור שהחוזה חייב להיות פשוט, מובן, שקוף וקל ליישום.**

להלן סקירה תמציתית של שיטות התגמול המקובלות בארץ לפי חלוקה לקופות החולים השונות.

1. קופת חולים לאומית

הרופאים העובדים בקהילה עבור קופת חולים לאומית מתוגמלים באחת מארבע צורות בסיסיות או שילוב ביניהן: לפי תעריף לשעה, לפי תעריף לנפש - קפיטציה אקטיבית (לפי מבוטחים עם לפחות ביקור אחד בתקופת התשלום), לפי תעריף לנפש - קפיטציה פסיבית (לפי מספר מבוטחים רשומים), ולפי תעריף לפעולה (FFS).

- תגמול לפי תעריף לשעה - קבוצה זו כוללת ארבע צורות תגמול:

א. רופאים שכירים

בדרך כלל אלו רופאים ותיקים עם דרגת מומחיות נמוכה. הם מתוגמלים לפי חלקיות משרה. קבוצה זו היא הגדולה ביותר וכוללת כ - 50% - 60% מסך הרופאים המועסקים על ידי הקופה. ההוצאה במסגרת זו מהווה כ - 40% - 50% מסך ההוצאה על רופאים בקהילה.

ב. רופאים המתוגמלים על בסיס ססיות

אלה הם רופאים מומחים העובדים לפי שעות במרפאות הקופה לפי תעריף הנקבע לפי תחום המומחיות. לרופאים אלה קבועה נורמה למספר חולים (למשל 18 חולים בשלוש שעות) והרופאים מתוגמלים על המאמץ הנוסף מעבר לנורמה. בסך הכל קבוצה זו כוללת כ - 5% מסך הרופאים.

ג. משרות משולבות עם בית חולים

הקופה קונה חלקים ממשרות רופאים מומחים בבתי חולים (לפי בחירה אישית של הקופה). הרופאים הללו עוברים בין מרפאות הקופה. התשלום נעשה ישירות לבית החולים.

ד. הסכמים אישיים

רופאי מינהל (רופא ראשי, רופא מחוז) מועסקים לפי שעות או חלקיות משרה בתעריפים אישיים.

- תגמול לפי נפשות - קפיטציה אקטיבית

אלו הם רופאים עצמאיים - רופאים ראשוניים שרובם עובדים במרפאות הקופה ורופאים מומחים - המתוגמלים לפי מספר חולים המבקרים לפחות פעם אחת בתקופה. התגמול נקבע רבעוני או חודשית.

- תגמול לפי נפשות – קפיטציה פסיבית במקומות קטנים ומבודדים יחסית הרופאים מתוגמלים לפי מספר נפשות רשומות.
- תשלום לפי פעולות (FFS) רופאים כירורגיים מקבלים תעריף לניתוח המתבצע בבתי חולים פרטיים. כמו כן קיים תעריפון לפעולות כירורגיות המתבצעות במרפאה, עם תקרה על מספר הפעולות כאחוז מסך החולים המבקרים.

2. קופת חולים מאוחדת

הרופאים העובדים בקהילה עבור קופת חולים מאוחדת מתוגמלים באחת משלוש צורות בסיסיות או שילוב ביניהן: לפי תעריף לשעה, לפי תעריף לנפש - קפיטציה אקטיבית (לפי מבוטחים עם לפחות ביקור אחד בתקופת התשלום), ו-FFS.

- תגמול לפי תעריף לשעה קבוצה זו מהווה כ - 40% מהרופאים וכוללת ארבע צורות תגמול:
 - א. רופאים שכירים מתוגמלים לפי חלקיות משרה. קבוצה זו כוללת כ-16% מסך הרופאים המועסקים על ידי הקופה.
 - ב. רופאים המתוגמלים על בסיס ססיות אלה הם רופאים מומחים העובדים לפי שעות במרפאות הקופה לפי תעריף הנקבע לפי תחום המומחיות. לרופאים אלה קבועה נורמה למספר חולים והרופאים מתוגמלים על המאמץ הנוסף מעבר לנורמה. בסך הכל קבוצה זו כוללת כ - 20% מסך הרופאים.
 - ג. משרות משולבות עם בית חולים הקופה קונה חלקים ממשרות רופאים מומחים בבתי חולים. התשלום נעשה ישירות לבית החולים. כוללת כ - 4% מהרופאים.
- תגמול לפי נפשות - קפיטציה אקטיבית אלו הם רופאים עצמאיים - רופאים ראשוניים ורופאים מומחים - המתוגמלים לפי מספר חולים המבקרים לפחות פעם אחת ברבעון. כ - 60% מהרופאים הם עצמאיים.
- תשלום לפי פעולות (FFS) קיים תעריפון לפעולות כירורגיות המתבצעות במרפאה.

3. שירותי בריאות כללית

רופאי הקהילה של שירותי בריאות כללית מתוגמלים באופן הבא:

- רופאים ראשוניים
רובם של הרופאים הראשוניים מועסקים כשכירים. השכר הבסיסי נקבע לפי נורמה של כ- 1,300 נפשות רשומות. קיימות תוספות שכר לפי מספר הקשישים (+65), לפי מספר הפעוטות (עד גיל 3) ולביקורי בית. קיימות גם התקשרויות עם רופאים עצמאיים המתוגמלים לפי קפיטציה אקטיבית.
- רופאים מקצועיים
השכר הבסיסי של הרופאים המקצועיים השכירים נקבע לפי נורמה של מספר חולים חדשים (שונה בהתאם למקצוע) ובהתאם למספר החולים החוזרים. פעולות כירורגיות מתוגמלות בנוסף.
- צורות תגמול נוספות
ססיות: רופאים מקצועיים מתוגמלים לפי מספר חולים קבוע לשעה
תגמול לחולה: הרופא מתוגמל עבור כל חולה חדש שמבקר במרפאה
רופאים משולבים: רופאי בתי חולים העובדים פעם בשבוע עבור הקופה. התשלום מתבצע ישירות לבית החולים.

4. מכבי שירותי בריאות

- רופאים עצמאיים
רופאים עצמאיים מתוגמלים לפי קפיטציה אקטיבית לרבעון. גובה התגמול נקבע גם לפי גיל המטופל, סוג המרפאה והרכבה ורמת המיחשוב. ברפואה מקצועית, פעולות מיוחדות מתוגמלות לפי FFS.
- רופאים שכירים
השכר הבסיסי נקבע לפי מקצוע וגיל המטופלים ברפואת ילדים, משפחה ופנימית. תוספות שכר לפי מספר חולים מעבר לנורמה. תגמול FFS לפעולות מיוחדות לרופאים מקצועיים.
- יועצים
יועצים מתוגמלים לפי שכר קבוע, לפי מספר חולים לשעה או לפי תגמול למטופל בחודש.
- משולבים
התגמול עבור רופאי בתי חולים העובדים עבור מועבר לבתי החולים.

תגמול רופאים בקהילה

עמ'

תוכן עניינים

2	מבוא
3	סקירה תמציתית של שיטות תגמול המקובלות בארץ ובעולם
4	מטרות החוזה האופטימלי
6	גבולות החוזה והאמצעים בהם ניתן להשתמש להשגת המטרות
7	אילוצים בבניית החוזה האופטימלי
8	מרכיבי החוזה האופטימלי
12	סיכום
13	נספחים

1. מבוא

מטרת הנייר היא להעלות רעיונות לגבי שיטת התגמול האופטימלית, שתיקרא על ידינו "החוזה האופטימלי", מנקודת ראות חברתית, בין קופות החולים ורופאי הקהילה, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

נייר זה מהווה סיכום של עבודת הצוות המכין והערות המשתתפים בקבוצת הדיון בכנס ים המלח. הנייר אינו מציג מסקנות סופיות להרכב החוזה האופטימלי לרופאי הקהילה, ואף אינו מציג בהכרח דעות אשר מקובלות על כל המשתתפים בדיונים. הנייר מהווה סיכום תמציתי של הערות אשר הועלו על ידי המשתתפים בדיונים. אנו ממליצים כי נייר זה יהווה בסיס לדיונים במסגרת צוות היגוי אשר יוקם למטרה זו.

בדרך כלל, בניית החוזה האופטימלי נעשית במספר שלבים:

1. הגדרת מטרות ההתקשרות.
2. גבולות החוזה והאמצעים בהם ניתן להשתמש להשגת המטרות.
3. ניסוח האילוצים העומדים בפני החברה בעיצוב החוזה.
4. מרכיבי החוזה והמשקל היחסי של כל אחד מהם בנוסחת התגמול האופטימלית.

מבנה המסמך המסכם להלן תואם את שלבי בניית החוזה האופטימלי כמתואר לעיל. בפרק 2 נציג סקירה תמציתית של שיטות התגמול המקובלות בארץ ובמספר מדינות בעולם. בפרק 3 נתייחס למטרות החוזה האופטימלי. פרק 4 ידון במהות החוזה והכלים בהם ניתן להשתמש להשגת המטרות אשר הוצגו בפרק 3. פרק 5 מתייחס לאילוצים העומדים בפני החברה בכל הקשור לעיצוב החוזה האופטימלי. פרק 6 מניח את היסודות ל"פתרון בעיית האופטימיזציה". בפרק זה אין אנו מציעים פתרון אלא מציגים את המרכיבים המרכזיים בנוסחת התגמול האופטימלית ואת השיקולים העיקריים בקביעת המשקלות לכל אחד מהמרכיבים לעיל. פרק 7 מסכם את הנייר.

2. סקירה תמציתית של שיטות תגמול המקובלות בארץ ובעולם

א. המצב בארץ

קופות החולים בישראל מתגמלות את הרופאים באחת מהשיטות הבאות או על ידי שילוב ביניהן. סיכום מפורט יותר של שיטות התשלום על פי קופות החולים השונות מופיע בנספח א'.

1. תשלום קבוע (היקף משרה)
2. תעריף לשעה
3. תעריף לנפש - קפיטציה אקטיבית (לפי מבטחים עם לפחות ביקור אחד בתקופת התשלום)
4. תעריף לנפש - קפיטציה פסיבית (לפי מספר מבטחים רשומים)
5. Fee For Service
6. תגמול לפי ססיות
7. תוספות שכר הקשורות לביקורי בית
8. שכר עידוד עבור מספר רב של פניות

ב. סקירה של שיטות התגמול הנהוגות במספר מדינות אירופאיות

הולנד

עבור חברי קופות החולים (62% מהאוכלוסייה) רופאי המשפחה מתוגמלים לפי קפיטציה לחולים רשומים. עבור מבטחים פרטיים, התשלום הוא לפי ביקורים.

גרמניה

הרופאים בקהילה משולמים בדרך כלל לפי FFS בכפוף לתקציב נתון. לאחרונה ניכרת מגמה לאחד פריטים ל"חבילות" שירות, ולשלם קפיטטיבית לחולים עם לפחות ביקור אחד ברבעון. אין "שמירת סף", ורופאי המשפחה מתחרים עם מומחים על חולים.

שוויץ

טיפול רפואי בקהילה ניתן על ידי רופאים עצמאיים. כל הקופות קשורות עם כל הרופאים באיזור. מאז 1996, רוב התגמול נעשה לפי FFS בתעריפים תחרותיים.

בלגיה וצרפת

כמעט כל הטיפול הרפואי הקהילתי מתוגמל על ידי FFS. התעריפים קבועים ונקבעים בהסכמים לאומיים בין קופות החולים וארגוני הרופאים. רופאים שעוברים השתלמויות, מוכנים לעבור PEER REVIEW, ועם מינימום נפח פעילות זכאים לתשלום נוסף. יש מעט קבוצות רופאים המתוגמלים קפיטטיבית.

עד כאן תיאור ההווה, נעבור כעת לסיכום מחשבותינו לגבי העתיד.

3. מטרות החוזה האופטימלי

אופן התגמול של הרופא (ושל כל ספק שירות אחר) אמור לתמרץ אותו לספק את השירות באופן המקדם את הרווחה החברתית (Social Welfare). הנחת היסוד שלנו היא שמטרות החברה (Society) הן לספק, לכלל האוכלוסייה באופן שוויוני, את מירב הטיפולים האיכותיים ביותר במסגרת התקציב העומד לרשותה. חשוב לציין כי נקודת המבט שלנו היא חברתית ציבורית ולא נקודת המבט של קופות החולים. במקרים בהם קיימים ניגודי אינטרסים בין השניים, הרי מטרות הקופה תהווה מבחינתנו אילוץ בהשגת מטרות החברה.

הרופאים ממלאים תפקיד משמעותי ביותר בהשגת מטרות החברה, הן בכך שהם קובעים במידה רבה את כמות ואיכות הטיפול והן בכך שהם משפיעים לא במעט על העמידה או אי העמידה בתקציב. החוזה האופטימלי בין הקופה לרופא אמור לתגמל את הרופא באופן שיניע אותו לפעול להשגת המטרות לעיל. מובן שהחוזה האופטימלי עשוי להיות שונה בין רופאים מתחומים שונים ובמצבים שונים, אולם עקרונות בניית החוזה כפי שיפורטו להלן, הם אחידים.

להלן דיון קצר במספר חוזים מוכרים ומקובלים והתייחסות למידת התאמתם לקידום המטרות לעיל:

שכר קבוע – הרופא מקבל תשלום קבוע מראש ללא כל תלות בפעולותיו במשך התקופה בגינה הוא מקבל את התשלום. חוזה זה איננו מתמודד עם אף אחת משתי המטרות לעיל, הוא אינו נותן לרופא כל תמריץ לשפר את איכות הטיפול ואינו נותן לרופא כל תמריץ לריסון הוצאות.

Fee for Service – לכל פעולה נקבע תעריף, תגמול הרופא בסוף התקופה היא בהתאם

להיקף וסוג פעולותיו. אם רמת התגמול נקבעת גבוה מספיק, חוזה זה נותן לרופא תמריץ להרבות בטיפולים, אך הוא איננו נותן לרופא כל תמריץ לחסוך ולמעשה מניע אותו להגדיל עלויות. בכל הקשור לקידום האיכות, במקרים מסוימים הגדלת פעילות תורמת לשיפור האיכות אך יש מקרים בהם התוצאה היא הפוכה.

תקציב נתון (Budget Holder) - הרופא מקבל "תקציב" לפי מספר הנפשות המתוקננות הרשומות אצלו (קפיטציה). בתקציב זה עליו "לרכוש" את השירותים הרפואיים עבור מטופליו. חריגה מהתקציב מביאה עמה קנס (או הפסד), ואילו עמידה בתקציב מביאה עמה תגמול (רווח) כספי. זהו נסיון לא מוצלח להכיל בחוזה אחד גם את התמריץ לשיפור האיכות וגם את התמריץ לחסוך בעלויות. התמריץ לאיכות נגזר מהעובדה שגודל התקציב תלוי במספר המטופלים של הרופא וזה (באופן עקיף) תלוי באיכות הטיפול. התמריץ לריסון עלויות נגזר מעצם העובדה שהרופא עובד תחת תקציב. שתי הבעיות העיקריות בשיטה זו הן, האחת, שהיא מפילה סיכון רב על הרופא והשנייה שהיא עלולה להניע אותו לחסוך יתר על המידה. אם, לעומת זאת, התקציב לרופא נועד רק לכיסוי פעולותיו ולא לרכישת שירותים מספקים אחרים, יש בכך תמריץ להגדלת עלויות על ידי הפניות לספקים אחרים ויקרים יותר. אם ההסדר מבוסס על חולים פעילים (קפיטציה "אטקיבית"), נגרם בנוסף עוות במספר הביקורים ובמועדם.

בנוסף למטרות שהוזכרו לעיל, הועלו על ידי הצוות המטרות הבאות אשר יש לבחון אם להוסיפן ובאיזה משקל לחוזה האופטימלי:

א. שביעות רצון

שביעות רצון המטופלים הוא פרמטר אשר הוצע כמטרה בפני עצמה בבניית החוזה האופטימלי. לעומת זאת, עלתה הטענה כי שביעות רצון יכולה לסתור לעיתים את מטרת איכות הטיפול ומטרת ריסון העלויות והיא בעייתית בשל סובייקטיביות המדד לבחינתה.

ב. חינוך הרופאים

המשך השתלמות הרופאים הוצג על ידי מספר חברי צוות כמטרה אשר יש להוסיפה להגדרת החוזה האופטימלי. הוראה, השתלמות והדרכה, כולל הדרכת הדור הבא על ידי הרופאים עצמם, הועלו כמטרות אשר יש לפעול להשגתן באמצעות החוזה.

ג. קידום מנהיגות וכישורי הניהול של הרופאים

במסגרת דיון בסעיף זה עלתה ההשערה כי קידום מנהיגות וכישורי הניהול של רופאים יכולה להוות כלי להשגת המטרות הראשוניות אשר הוצגו במסגרת נייר העמדה, דהיינו איכות

וריסון עלויות. למרות זאת, היו חברי צוות שטענו כי סעיף זה מהווה מטרה בפני עצמה לקידום רופאי הקהילה בארץ.

ד. העדפות לאומיות של מערכת הבריאות

החוזה צריך לשקף את ההעדפות הלאומיות של מערכת הבריאות. לדוגמא, מתן תמריצים לרופאים בפריפריה, מתן תמריצים לעבודות בשעות הלילה, ומתן תמריצים לטיפול באוכלוסיות מסויימות. החוזה משקף בכל עת את ההעדפות הלאומיות של מערכת הבריאות המשתנות.

ה. מטרות טווח ארוך לעומת מטרות טווח קצר

האלמנטים הנכללים בנוסחת התגמול צריכים לשקף את מטרות המערכת למקסום התועלת החברתית. יש לזכור כי כל אלמנט הנכלל בנוסחה משפיע על התנהגות הרופאים הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך ויתכן כי ההשפעות אינן זהות ואף מנוגדות. יש להתייחס בבניית הנוסחה לשני האלמנטים, השפעה לטווח קצר והשפעה לטווח ארוך.

1. החוזה צריך להבנות כך שישמר את מעמדו של הרופא, עצמאותו והאמון של המטופלים בו.

4. גבולות החוזה והאמצעים בהם ניתן להשתמש להשגת המטרות

לאחר שהוגדרו המטרות נשאלת השאלה מהם גבולות החוזה ומהם האמצעים בהם ניתן להשתמש במסגרת החוזה להשגת המטרות. במסגרת הדיונים הועלו הנקודות הבאות:

א. השאלה האתית

ראשית, עלתה לדיון השאלה האתית של תגמול רופאים בכלל ותגמול כלכלי בפרט, בעיקר בכל הקשור בתגמול עבור ריסון עלויות. הדיון התמקד בעיקר בהגדרת תפקידו של הרופא ומחויבויותיו כלפי מטופליו. עלתה הטענה כי ריסון עלויות אינו אחד מתפקידיו של הרופא ואף סותר את אחד מתפקידי היסוד של הרופא כ"נאמנו" של המטופל. מצד שני נשמעה העמדה כי הרופא, כחלק מהמערכת, אינו יכול לחשוב רק על ה"פרטי" אלא גם על ה"כללי".

ב. תגמול הרופא הבודד לעומת תגמול קבוצתי

הרופא הבודד אינו שולט על כלל תקציב הטיפולים ולכן החלטות על ריסון עלויות /או איכות הטיפול אינן תמיד נתונות בידיו. לפיכך, יתכן כי חלק מהתגמול צריך להיות מבוצע ברמת הקבוצה (קבוצת רופאים, מרפאה, מחוז וכד') ולא ברמת הפרט. בכל מקרה, תגמול חייב

להתבצע רק כאשר הרופא שולט על הפרמטרים בנוסחת התגמול.

ג. תגמול כלכלי לעומת תגמול לא כלכלי

יש לשלב ב"נוסחת" התגמול הן אלמנטים כלכליים והן אלמנטים שאינם כלכליים. לדוגמא, ניתן להשתמש במשובים כלכלי להיזון חוזר חיובי והיזון חוזר שלילי. כמו כן ניתן להשתמש בהשוואות בין הרופאים כלכלי לא כלכלי לתגמול הרופאים. כל חברי הצוות הדגישו את חשיבותם של התמריצים הלא כלכליים בהתקשדות עם הרופאים.

ד. שיתוף הרופא בתהליך בניית החוזה והטמעתו

הרופא צריך להיות שותף בתהליך בניית החוזה והטמעתו. שיתוף הפעולה של הרופאים מהווה אבן יסוד בהצלחתו של החוזה בהשגת מטרותיו.

כמו כן יש לזכור כי מטרות הארגון בו פועלים הרופאים אינן בהכרח זהות למטרות החברה. כיוון שהחוזה האופטימלי בנוי על פי מטרות החברה, יתכנו מצבים של ניגודי אינטרסים בין פעילויות על פי דרישות הארגון ופעילויות הנובעות ממערכת התמריצים המובנית בחוזה.

5. אילוצים בבניית החוזה האופטימלי

לאחר שהוגדרו מטרות החוזה, והכלים בהם ניתן להשתמש להשגת מטרות אלו נציג את האילוצים העומדים בפני החברה בבניית החוזה.

- הטמעת החוזה צריכה להיות בשלבים, תוך ביצוע שינויים קטנים יחסית למצב הקיים, זאת על מנת שהחוזה יהיה מובן ומקובל על הרופא.
- החוזה חייב להיות פשוט והקשר בין גובה התגמול והתנהגות הרופא חייב להיות ברור.
- החוזה חייב להכיל רק מספר קטן יחסית של מרכיבים עליהם ניתן התגמול, אחרת התשלום עבור כל מרכיב יהיה קטן מדי מכדי להשפיע על התנהגות הרופא.
- החוזה חייב לכלול פרמטרים אשר החברה רוצה לקדם ואשר עליהם יש לרופא השפעה מכריעה.
- יש לזכור כי קיימות השפעות רוחביות של החוזה על כלל המערכת הרפואית, בין היתר על היחסים בין הרופאים לבין עצמם, בין הרופאים לבין ספקי השירותים האחרים ועוד.
- מערך המידע הקיים כיום במערכת מהווה אילוץ אליו יש להתייחס בבניית החוזה. מצד שני, אחת המטרות בדיון על החוזה האופטימלי היא גם לגבש חשיבה על בניית מערכות המידע באופן שיאפשר שימוש מושכל באינפורמציה לצורך תגמול נכון.

- התאמת החוזה לסביבה הארגונית והתרבותית של הרופא. החוזה שייך למערכת כוללת של כלים המשפיעים על הרופא הכוללים בין היתר את הסביבה הארגונית והתרבותית בה הוא פועל. כיוון שרופאים שונים פועלים בסביבות ארגוניות שונות, יתכן כי החוזה ישפיע עליהם בצורה שונה.

6. מרכיבי החוזה האופטימלי

חוזה התשלום האופטימלי הוא למעשה שילוב של מספר מרכיבי תשלום, חלקם אמורים לתגמל את הרופא על קידום האיכות וחלקם אמורים לתגמל אותו על חסכון בעלויות. אם קיימות מטרות נוספות הרי החוזה חייב להכיל רכיבים אשר יתמרוצו את הרופא לקידום מטרות אלו. בעבודה זו לא דנו במרכיבים לקידומן של המטרות האחרות.

בנוסף למרכיבים אלו, מכיל החוזה האופטימלי בד"כ גם מרכיב של שכר קבוע שנועד להבטיח לרופא שכר ודאי מינימלי בגובה מסוים. מטרת מרכיב זה איננה בכיוון שיפור האיכות או ריסון העלויות אלא הבאת הרופא להסכים לקבל עליו את החוזה על כל מרכיביו האחרים. בעבודה זו לא נדון כלל במרכיב השכר הקבוע בחוזה האופטימלי.

המבנה הבסיסי של החוזה האופטימלי כולל, אם כן, שלושה מרכיבים מרכזיים:

$$\begin{array}{c}
 \text{שכר קבוע} \\
 + \\
 \text{תמריצים לקידום האיכות} \\
 + \\
 \text{תמריצים לריסון העלויות}
 \end{array}$$

בניית חוזה התשלום האופטימלי לרופא נעשית בד"כ בשלושה שלבים:

- קביעת מרכיבי התשלום לקידום האיכות ומרכיבי התשלום לריסון עלויות (כאשר קיימות מטרות נוספות הרי זהו השלב בו נקבעים מרכיבי התשלום לקידום כל אחת מהמטרות הללו).
- קביעת המשקלות לכל אחד ממרכיבי התשלום.
- קביעת מרכיב השכר הקבוע להבטיח הכנסה ראויה וודאית.

להלן נדון בשני השלבים הראשונים לעיל. תחילה נדון בתמריצים לקידום האיכות, אח"כ נדון

בתמריצים לריסון עלויות ולבסוף נדון בקביעת המשקלות לכל אחד מהמרכיבים הללו.

א. תמריצים לקידום האיכות

בכל הקשור לתמריצים לשיפור האיכות קיים ספקטרום רחב מאוד של אפשרויות למרכיבי תשלום אשר יקדמו מטרה זו. התגמול יכול להיות על בסיס ישיר של איכות הטיפול או איכות השירות כפי שמוגדרים מראש ונמדדים בהתאם, או על בסיס עקיף יותר. באופן כללי הועלו מספר רב של הצעות לתגמול עבור קידום האיכות אותן ניתן לחלק למספר קבוצות עיקריות כדלקמן:

- תיגמול ישיר על איכות הטיפול (לדוגמא, תשלום על תוצאות).
- תיגמול על תהליך הטיפול (לדוגמא, טיפול על עבודה לפי הנחיות).
- תיגמול על תשומות אותן משקיע הרופא בטיפול (לדוגמא, תשלום לפי פעולות, לפי דיאגנוזות, לפי מספר ביקורים, זמן ומאמץ המוקדשים ועוד).
- תיגמול עבור מספר הנפשות מטופלות (התשלום יכול להיות פשוט מספר החברים מוכפל בתעריף לחבר, או, לחילופין, מספר חברים מתוקנן לסיכון ולמצב בריאות (Risk Adjusted)).
- תיגמול על איכות השירות (לדוגמא, תשלום לפי שעות פתיחת המרפאה, זמן ההמתנה בתור, שביעות רצון המטופלים, מספר החולים המצטרפים או עוזבים את הרופא ועוד).
- תיגמול על פעילויות ניהוליות המבוצעות על ידי הרופא הקהילתי (על מנת לעודד יוזמה התקדמות ויוזמה של רופאי הקהילה).
- תיגמול על הכשרות מקצועיות.

במסגרת הדיונים חזרה ועלתה השאלה מהי איכות וכיצד היא ניתנת למדידה. האם מדובר באיכות הטיפול, איכות השירות, מספר הביקורים, זמינות הרופא למטופליו וכו'? איכות הטיפול בעייתית למדידה שכן היא כוללת מספר רב מאוד של פרמטרים. שאלה נוספת שעלתה היא האם יש להכליל את כלל הפרמטרים של איכות או להתמקד במספר מועט של פרמטרים בכל שלב? מצד אחד, הוצאת פרמטר מהנוסחה מעבירה לרופאים את המסר כי הפרמטר אינו חשוב. מצד שני, הכללת כלל הפרמטרים נוגדת את האילוץ הראשון אשר נקבע לקביעת החוזה האופטימלי כך שיהיה אפקטיבי. עלתה ההצעה להכליל את כלל הפרמטרים כמסגרת תיאורטית לחוזה אך לבחור אקראית בכל שלב מספר פרמטרים עבורם מתבצע התשלום, אך גם הצעה זו אינה פותרת במלואה את בעיית הבהירות הנדרשת מהחוזה.

הדעה המוסכמת הינה שהפרמטרים לקידום האיכות צריכים להיות ברורים, מדידים,

אובייקטיביים ומתגמלים את הרופא על קידום ושיפור מצבו הבריאותי של המטופל ולא על מצב קיים.

תמריצים לריסון עלויות

בד בבד עם התמריצים לאיכות, נוסחת התיגמול אמורה להניע את הרופא לריסון הוצאות. בבסיס הרעיון עומדת העובדה שמשאבי המערכת מוגבלים ויש להפנות אותם לאותם טיפולים שתרומתם לחולים היא הגבוהה ביותר. על אחת כמה וכמה, כאשר כוללים בחוזה תגמול עבור איכות הטיפול, יש להתייחס למרכיב ריסון העלויות, שכן ללא התייחסות למרכיב זה, תמריצי הרופאים יכללו אך ורק פרמטרים אשר ביסודם "מנפחים" עלויות.

בין השיטות לעידוד חסכון וריסון עלויות ניתן להזכיר את:

- תקציב נתון לפעולות ו/או הפניות (מסויימות).
- "שיתוף" הרופא בחלק מההוצאות שהוא מביא על הקופה.
- קנס על הוצאות חריגות.
- תיגמול חיובי על חסכון.

חלק מחברי הצוות הביעו התנגדות עקרונית לתגמול "שלילי" (לדוגמא קנס על הוצאות חריגות) וסברו שגם ריסון עלויות צריך לבוא באמצעות תמריצים "חיוביים".

במסגרת הדיונים, הצוות התייחס לנקודות הבאות בהקשר של תגמול הרופאים עבור ריסון עלויות:

א. עד כמה יש לשתף את הרופא בבעיית התקציב?
נשאלת השאלה האם יש לשתף את הרופא בבעיית ה"מחסור" ואם כן עד כמה. חלק מהמשתתפים בצוות אינם תומכים בתגמול כלכלי עבור ריסון עלויות אלא רק בהעברת האינפורמציה לגבי עלויות הרופאים בגין מטופליהם, ומידע על מיקומם בהוצאות, יחסית לרופאים אחרים (מתוקן לנפש סטנדרטית). למרות זאת, היתה הסכמה כי תמריצים כלכליים הניתנים לאיכות אינם יכולים להוות את המרכיב היחיד בחוזה תגמול כלכלי לרופאים.

ב. מהי היחידה הקטנה ביותר שצריכה להתמודד עם בעיית המחסור במשאבים?
בהינתן כי הוחלט לשתף את הרופא בבעיית התקציב, נשאלת השאלה האם לרופא הבודד

יכולת להשפיע על עלויות הנגרמות בגין מטופליו. האם צוות רופאים צריך להיות אחראי על עלויות הקבוצה ו/או לחילופין האם יש לבצע את בחינת העלויות ברמת קופת החולים? בהינתן כי הקבוצה/סניף/קופה מכתביבים חלק מקווי המדיניות העוסקים בעלויות המטופלים ואף מחזיקים בסמכויות אישור חלק מהטיפולים, לא ניתן לתגמל את הרופא (היובית או שלילית) על עלויות הנגרמות בגין מטופליו.

ג. חופש פעולה של הרופא

לבסוף התמקד הדיון ברמת חופש הפעולה הניתנת לרופא. ככל שהרופא חופשי יותר בקבלת החלטות לגבי טיפולים, טיפולים אלטרנטיביים ומתן תרופות כך האחריות המוטלת עליו לריסון עלויות צריכה להיות גבוהה יותר. רופא אשר מוכתבים לו דרכי פעולה מדרג גבוה יותר, אינו יכול להיות אחראי על רמת ההוצאות הנגזרת מנהלים אלו. בהקשר זה הועלתה ההצעה לתת לרופא לבחור בין שתי חלופות: האחת בה לרופא תהיה שליטה ניהולית מוגבלת ואחריות תקציבית מוגבלת והשנייה בה יהיה לו מרחב פעולה ניהולי ואחריות תקציבית גדולה יותר.

ד. התחשבות שונה בגין חולים חריגים

אסור שהרופא ייענש על עלויות הנגרמות למערכת בגין חולים חריגים תחת אחריותו. ההתחשבות בגין חולים חריגים צריכה להיות נפרדת, אולם יש לשים לב שככל שקבוצת החולים תחת אחריותו של הרופא גדולה יותר, הסיכון הכרוך בעלויות הנגרמות על ידי חולה בודד נהיה קטן יותר.

ג. קביעת הפרמטרים של מרכיבי התשלום

רוב מרכיבי התשלום של החוזה האופטימלי מוכרים לנו משיטות תגמול קיימות. החידוש כאן הוא שבעוד שבעבר נהגו לבחור רק את אחד (או מספר קטן) מן המרכיבים הללו, ועל פיו שילמו לרופא, החוזה האופטימלי מציע לאמץ מספר רב של מרכיבים ולשלבם לחוזה אחד, כאשר המשקל הניתן לכל אחד מן המרכיבים תלוי בין היתר בשיקולים הבאים:

- ככל שמרכיב התשלום "אפקטיבי" יותר, כלומר, פועל באופן ברור יותר לקידום המטרה, ניתן משקל גדול יותר למרכיב תשלום זה.
- כל שמרכיב התשלום כרוך באי וודאות גדולה יותר, המשקל שניתן למרכיב זה יהיה קטן יותר.
- ככל שהסביבה בה פועל הרופא תחרותית יותר, המשקלות הניתנים למרכיבי התשלום לקידום האיכות יכולים להיות קטנים יותר והמשקל הניתן להשתתפות בהוצאות הקופה צריך להיות גדול יותר. כל זאת תלוי, בין היתר, בעוצמת הקשר בין מאפייני

- האיכות אותם רוצים לקדם ובין אלה שהמבוטחים לוקחים בחשבון בעת הבחירה.
- ככל שהאינפורמציה בידי המבוטחים לגבי איכות הטיפול טובה יותר, המשקל הניתן למרכיבי התשלום עבור איכות יכול להיות קטן יותר, מאחר והפציינטים עצמם "יצביעו" ברגליים".
 - ככל שמרכיב התשלום נמצא גבוה בסדר העדיפויות הלאומי, המשקל הניתן לו יהיה גבוה יותר.

אנו רואים אם כן, כי החוזה האופטימלי הוא למעשה מערכת של כלים שלובים ולעיתים הגדלת המשקל של משתנה אחד תהיה אופטימלית רק אם במקביל נגדיל (או נקטין) משקלו של משתנה אחר.

7. סיכום

הדעות, הרעיונות וההצעות אשר הוצגו במסמך זה מדגישות את הצורך בחוזה גמיש הניתן לשינויים הן על פי מטרות המשתנות של החברה או האירגון והן על פי הסביבה האירגונית תרבותית בה פועלים הרופאים. החוזה חייב להיבנות תוך דיאלוג מתמיד בין הנוגעים בדבר והוא חייב להיות פשוט, מובן, שקוף וקל ליישום. **מעבד לכך, חשוב לזכור שהחוזה חייב להיות פשוט, מובן, שקוף וקל ליישום.**

נספח א - סקירת המצב בארץ

להלן סקירה תמציתית של שיטות התגמול המקובלות בארץ לפי חלוקה לקופות החולים השונות.

1. קופת חולים לאומית

הרופאים העובדים בקהילה עבור קופת חולים לאומית מתוגמלים באחת מארבע צורות בסיסיות או שילוב ביניהן: לפי תעריף לשעה, לפי תעריף לנפש - קפיטציה אקטיבית (לפי מבוטחים עם לפחות ביקור אחד בתקופת התשלום), לפי תעריף לנפש - קפיטציה פסיבית (לפי מספר מבוטחים רשומים), ולפי תעריף לפעולה (FFS).

- תגמול לפי תעריף לשעה - קבוצה זו כוללת ארבע צורות תגמול:

א. רופאים שכירים

בדרך כלל אלו רופאים ותיקים עם דרגת מומחיות נמוכה. הם מתוגמלים לפי חלקיות משרה. קבוצה זו היא הגדולה ביותר וכוללת כ - 50% - 60% מסך הרופאים המועסקים על ידי הקופה. ההוצאה במסגרת זו מהווה כ - 40% - 50% מסך ההוצאה על רופאים בקהילה.

ב. רופאים המתוגמלים על בסיס ססיות

אלה הם רופאים מומחים העובדים לפי שעות במרפאות הקופה לפי תעריף הנקבע לפי תחום המומחיות. לרופאים אלה קבועה נורמה למספר חולים (למשל 18 חולים בשלוש שעות) והרופאים מתוגמלים על המאמץ הנוסף מעבר לנורמה. בסך הכל קבוצה זו כוללת כ - 5% מסך הרופאים.

ג. משרות משולבות עם בית חולים

הקופה קונה חלקים ממשורות רופאים מומחים בבתי חולים (לפי בחירה אישית של הקופה). הרופאים הללו עוברים בין מרפאות הקופה. התשלום נעשה ישירות לבית החולים.

ד. הסכמים אישיים

רופאי מינהל (רופא ראשי, רופא מחוזי) מועסקים לפי שעות או חלקיות משרה בתעריפים אישיים.

- תגמול לפי נפשות - קפיטציה אקטיבית

אלו הם רופאים עצמאיים - רופאים ראשוניים שרובם עובדים במרפאות הקופה ורופאים מומחים - המתוגמלים לפי מספר חולים המבקרים לפחות פעם אחת בתקופה. התגמול נקבע רבעוני או חודשית.

- תגמול לפי נפשות – קפיטציה פסיבית במקומות קטנים ומבודדים יחסית הרופאים מתוגמלים לפי מספר נפשות רשומות.
- תשלום לפי פעולות (FFS) רופאים כירורגיים מקבלים תעריף לניתוח המתבצע בבתי חולים פרטיים. כמו כן קיים תעריפון לפעולות כירורגיות המתבצעות במרפאה, עם תקרה על מספר הפעולות כאחוז מסך החולים המבקרים.

2. קופת חולים מאוחדת

הרופאים העובדים בקהילה עבור קופת חולים מאוחדת מתוגמלים באחת משלוש צורות בסיסיות או שילוב ביניהן: לפי תעריף לשעה, לפי תעריף לנפש - קפיטציה אקטיבית (לפי מבוטחים עם לפחות ביקור אחד בתקופת התשלום), ו-FFS.

- תגמול לפי תעריף לשעה קבוצה זו מהווה כ - 40% מהרופאים וכוללת ארבע צורות תגמול:
 - א. רופאים שכירים מתוגמלים לפי חלקיות משרה. קבוצה זו כוללת כ-16% מסך הרופאים המועסקים על ידי הקופה.
 - ב. רופאים המתוגמלים על בסיס ססיות אלה הם רופאים מומחים העובדים לפי שעות במרפאות הקופה לפי תעריף הנקבע לפי תחום המומחיות. לרופאים אלה קבועה נורמה למספר חולים והרופאים מתוגמלים על המאמץ הנוסף מעבר לנורמה. בסך הכל קבוצה זו כוללת כ - 20% מסך הרופאים.
 - ג. משרות משולבות עם בית חולים הקופה קונה חלקים ממשרות רופאים מומחים בבתי חולים. התשלום נעשה ישירות לבית החולים. כוללת כ - 4% מהרופאים.
- תגמול לפי נפשות - קפיטציה אקטיבית אלו הם רופאים עצמאיים - רופאים ראשוניים ורופאים מומחים - המתוגמלים לפי מספר חולים המבקרים לפחות פעם אחת ברבעון. כ - 60% מהרופאים הם עצמאיים.
- תשלום לפי פעולות (FFS) קיים תעריפון לפעולות כירורגיות המתבצעות במרפאה.

3. שירותי בריאות כללית

רופאי הקהילה של שירותי בריאות כללית מתוגמלים באופן הבא:

- רופאים ראשוניים
רובם של הרופאים הראשוניים מועסקים כשכירים. השכר הבסיסי נקבע לפי נורמה של כ- 1,300 נפשות רשומות. קיימות תוספות שכר לפי מספר הקשישים (+65), לפי מספר הפעוטות (עד גיל 3) ולביקורי בית. קיימות גם התקשרויות עם רופאים עצמאיים המתגמלים לפי קפיטציה אקטיבית.
- רופאים מקצועיים
השכר הבסיסי של הרופאים המקצועיים השכירים נקבע לפי נורמה של מספר חולים חדשים (שונה בהתאם למקצוע) ובהתאם למספר החולים החוזרים. פעולות כירורגיות מתגמלות בנוסף.
- צורות תגמול נוספות
ססיות: רופאים מקצועיים מתגמלים לפי מספר חולים קבוע לשעה
תגמול לחולה: הרופא מתגמל עבור כל חולה חדש שמבקר במרפאה
רופאים משולבים: רופאי בתי חולים העובדים פעם בשבוע עבור הקופה. התשלום מתבצע ישירות לבית החולים.

4. מכבי שירותי בריאות

- רופאים עצמאיים
רופאים עצמאיים מתגמלים לפי קפיטציה אקטיבית לרבעון. גובה התגמול נקבע גם לפי גיל המטופל, סוג המרפאה והרכבה ורמת המיחשוב. ברפואה מקצועית, פעולות מיוחדות מתגמלות לפי FFS.
- רופאים שכירים
השכר הבסיסי נקבע לפי מקצוע וגיל המטופלים ברפואת ילדים, משפחה ופנימית. תוספות שכר לפי מספר חולים מעבר לנורמה. תגמול FFS לפעולות מיוחדות לרופאים מקצועיים.
- יועצים
יועצים מתגמלים לפי שכר קבוע, לפי מספר חולים לשעה או לפי תגמול למטופל בחודש.
- משולבים
התגמול עבור רופאי בתי חולים העובדים עבור מכבי מועבר לבתי החולים.