



המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות
The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research

כנס יום המלח החמישי

2004 במאי 13-12

בית החולים במערכת שירותי הבריאות

- ◀ הסביבה הכלכלית-ארגונית של מערכת האשפוז
- ◀ תכנון לטווח ארוך של מערכת האשפוז
- ◀ בית החולים, החולה, הקהילה ומה שביניהם



כתובת: בניין מכון גרטנר, המרכז הרפואי ע"ש שיבא תל-השומר 52621
טל. 03-5303516/7 פקס. 03-5303250
אתר: www.israelhpr.org.il דואר אלקטרוני: israelhpr@isdn.net.il



המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות
The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research

כנס ים המלח החמישי

12-13 במאי 2004

בית החולים במערכת שירותי הבריאות

- ◀ הסביבה הכלכלית-ארגונית של מערכת האשפוז
- ◀ תכנון לטווח ארוך של מערכת האשפוז
- ◀ בית החולים, החולה, הקהילה ומה שביניהם

אוגוסט 2004

עריכה: חיה קול-אל אייכנראנד
הוצאה לאור: אופסט קולור בע"מ

כנס ים המלח החמישי

בית החולים במערכת שירותי הבריאות

תוכן העניינים

4 רשימת המשתתפים

5 תוכנית הכנס

7 דבר מנכ"ל משרד הבריאות, אבי ישראלי

11 סיכום והמלצות עיקריות
יו"ר הכנס, שלמה מור-יוסף

דוחות הצוותים

19 צוות 1: הסביבה הכלכלית-ארגונית של מערכת האשפוז

47 צוות 2: תכנון לטווח ארוך של מערכת האשפוז

95 צוות 3: בית החולים, החולה, הקהילה ומה שביניהם

141 משוב על הכנס - סיכום התוצאות

רשימת משתתפי הכנס

שלמה מור-יוסף

יו"ר:

אליק אבירם, צבי אדר, מאיר אורן, אשר אלחיאני, לאון אפשטיין, יאיר בירנבאום, גבי בן נון, יצחק ברלוביץ, יעקב גלזר, שמעון גליק, חיים דורון, רמי דיציאן, יהונתן הלוי, ערן הלפרן, בעז לב, גור עופר, מנחם פיינרו, שפרה שורץ

צוות ההיגוי:

זיה ליטבק

המרכזת:

קבוצות הדין

צוות 1	צוות 2	צוות 3	יו"ר:
<p>הסביבה הכלכלית-ארגונית של מערכת האשפוז</p> <p>קובי גלזר יהונתן הלוי</p>	<p>תכנון לטווח ארוך של מערכת האשפוז</p> <p>ערן הלפרן מאיר אורן</p>	<p>בית החולים, החולה, הקהילה ומה שביניהם</p> <p>שמעון גליק מנחם פיינרו</p>	
<p>נורית ניראל</p>	<p>כנרת אורן</p>	<p>אורן שביט</p>	מרכזי צוות:
<p>שגיאה בלשה רועי בן משה נועז בר-ניר אהוד דודסון שעיה זילונקה גיל חיימוביץ אורית יעקובסון זאב רוטשטיין עמיר שמואלי שמעון שרף</p>	<p>אמנון בן-משה רועי בן משה שי בריל יצחק ברלוביץ רויטל גרוס יעקב הרט ציונה חקלאי נעה כץ נורית פרידמן יהודה רון מיקי שרף</p>	<p>אשר אלחיאני אורנה בלונדהיים יאיר בירנבאום גבי בן נון אריה גרובר בעז לב אמנון להד אסנת לוקסנבורג יעקב פרבשטיין ראובן קוגן ברוך רוזן יוסי רוזנבלום</p>	צוותי ההכנה:
<p>אוסקר אמבון יהודה ברוך אלישע ברטוב נחלה בשארה יעקב גדיש יצחק גנור רמי דיציאן יצחק זיידס שעיה זילונקה שמואל זקש צבי מאור מרק מימוני שלמה נוי אבי פורת דב צ'רניחובסקי אשר קרן רות רלב"ג יוסי שטראוס יאיר שפירא אורלי תורן</p>	<p>צבי אפשטיין יוסי בר-אל דבורה גורן איתן חי-עם אהרון כהן אלכס לבנטל יורם ליוור מוטי ליפשיץ גדי כהן רביב סובול עוזי סלנט דב פאסט אורי רבינוביץ אורלי רותם-פיקר שפרה שורץ צבי שטרן פנינה שלפר אלישבע שמחן אבינועם רכס</p>	<p>ברוך אברהמי זאב אהרונסון שלמה בירקנפלד יואל בריס צבי בן ישי רוני גמזו מיכאל דור טוני היימן זאב וורמברנד חיה טבנקין דורון כרמי אברהם מידן לחיים נגן שלמה נוי יאיר עמיקם אהוד קוקיה גיורא קפלן אמנון רופא מאיר רז שוש ריבא שמואל רייס ציפי שדה</p>	המשתתפים:

כנס ים המלח החמישי

"בית החולים במערכת שירותי הבריאות"

תכנית הכנס

יום ד', 12.5.2004

10:30 - 09:30 הרשמה וכיבוד קל

13:00 - 10:30 ישיבת מליאה: יו"ר - יצחק ברלוביץ

דברי ברכה - גור עופר

הרצאת פתיחה - שלמה מור-יוסף

הרצאה - אבי ישראל

הצגת עבודת הצוותים:

1. הסביבה הכלכלית-ארגונית של מערכת האשפוז - קובי גלזר

2. תכנון לטווח ארוך של מערכת האשפוז - ערן הלפרן

3. בית החולים, החולה, הקהילה ומה שביניהם - שמעון גליק

14:00 - 13:00 ארוחת צהריים

16:00 - 14:00 דיונים בקבוצות

17:00 - 16:00 יו"ר: גור עופר

דברי שר הבריאות - דני נה

דוח ועדת ליאון - משה ליאון

הפסקת קפה

19:30 - 17:00 דיונים בקבוצות

21:30 - 20:00 ארוחת ערב - יו"ר: אבי ישראלי

הרצאה: אהרון פוגל

להקת הבוסתנאים (מיסודו של שוקי מדנס)

יום ה', 13.5.2004:

10:30 - 08:30 דיונים בקבוצות

11:00 - 10:30 הפסקת קפה

13:00 - 11:00 דיונים בקבוצות

14:00 - 13:00 ארוחת צהריים

16:30 - 14:00 ישיבת מליאה: יו"ר - שלמה מור-יוסף

סיכום דיוני הצוותים:

1. הסביבה הכלכלית-ארגונית של מערכת האשפוז - יהונתן הלוי

2. תכנון לטווח ארוך של מערכת האשפוז - מאיר אורן

3. בית החולים, החולה, הקהילה ומה שביניהם - מנחם פיינרו

דברי סיכום:

אבי ישראלי, זאב וורמברנד, עוזי סלנט

דבר המנכ"ל

כנס ים המלח החמישי מוקדש הפעם לנושא "בתי החולים במערכת שירותי הבריאות". במסורת הכנסים הקודמים הדיונים בכנס היו פוריים ואיכותיים.

כידוע לכם, בשנים האחרונות נתון המשק הישראלי במשבר מתמשך: הגזרות והקיצוצים נתנו אותותיהם בשירותים החברתיים בכלל ובבריאות בפרט. לא זו בלבד שאין אפשרות לגייס תוספת מקורות ולהגדיל את המקורות הציבוריים למערכת, אנו נאלצים לעמוד, פעם אחר פעם, בפני הקטנת המקורות. מצב זה מציב בפנינו אתגר - בראש ובראשונה - לשמור על הקיים, להמשיך ולהבטיח את איכות שירותי הבריאות בישראל ואת זמינותם. אך לא די בשמירה על הקיים - עלינו גם להתקדם ולהתפתח. ייתכן, כי דווקא המשבר יכול להוות מנוף לשינוי ולהסרת חלק מהחסמים או להחלשתם - עלינו להפוך את המשבר להזדמנות.

במהלך הכנס נוכל לדון באתגרים שמציב בפנינו המצב הכלכלי ובדרכים להתמודדות עם משבר זה במגזר בתי החולים - מגזר שמושקעת בו כמעט מחצית מההוצאה הלאומית לבריאות.

רעיונות ותוכניות לשינוי מערכת הבריאות בישראל קיימים זה שנים רבות. הבעיה במערכת הבריאות הישראלית (ולא רק בה) הוא ביכולת הביצוע והיישום של רפורמות. יישומן של רפורמות במערכת הבריאות נתקל זה שנים בחסמים מובנים חזקים של ה"שחקנים" המרכזיים במערכת ומחוצה לה, ולפיכך נתקלים בקשיים רבים להוציא רבים מהרעיונות מן הכוח אל הפועל.

בדברי הפתיחה שלי אני רוצה להרחיב מעט את יריעת ההתייחסות מעבר לבתי החולים ולהציג בקצרה דגשים ותכני עשייה של מערכת הבריאות לשנים הקרובות.

עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי

בשנת 2005 ימלאו עשר שנים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק הוא אחת המהפכות החברתיות הגדולות בחברה הישראלית. החוק קבע כי ביטוח הבריאות יושתת על צדק, שוויון וערבות הדדית. החוק הסדיר את מערך יחסי מבטח-מבוטח על בסיס יעיל יותר וצודק יותר. לחוק הישגים רבים, אך עם זאת, במהלך העשור שחלף התגלו בו ליקויים הונהגו כמה שינויים. עשר שנים הן תקופה ראויה ללמידה, להפקת לקחים ולהיערכות לקראת שינוי. לכן, הגיעה העת להשלים ולתקן את החוק בכמה תחומים, ובהם:

- מנגנון קידום מקורות החוק (עלות סל שירותי הבריאות), בעקבות גידול דמוגרפי, שיפורים טכנולוגיים ועדכוני מחירים - מנגנון זה מחייב הערכה והסדרה מחודשת, לרבות הסדרת מנגנון העדכון של התוספת השלישית שבאחריות משרד הבריאות.
- מסגרות סלי השירותים שעליהם אחראיות קופות החולים, העברת רכיבים מהמדינה (התוספת השלישית) לאחריות הקופות.
- מקומם של הביטוחים המשלימים שמקיימות קופות החולים ומערך היחסים

- שבין הסל הבסיסי ולסל המשלים - מחייבים בחינה והערכה מחדש.
- בחינת נוסחת הקפיטציה והקריטריונים הכלולים בה - נושא זה מצוי כיום בהליכים משפטיים ובדק בוועדה מיוחדת שהוקמה לצורך העניין ושאינו מקווה שאת המלצותיה נקבל בתקופה הקרובה.
- "מחלות קשות" - בחינת רשימת המחלות ועלותן.

שמירה על אופיה הציבורי של המערכת

בשנים האחרונות (מאז 1996) יש ירידה מתמשכת בחלקו היחסי של המימון הממשלתי בהוצאה הלאומית לבריאות. למול ירידה זו, ניכר גידול בהוצאה הפרטית, והנטל הועבר מהקופה הממשלתית למשקי הבית. התמשכות מגמה זו עלולה להביא לידי פגיעה בעקרון הצדק, השוויון והערבות ההדדית, שעליו מושתתת המערכת, ויש כיום עדויות ששכבות חלשות באוכלוסייה נמנעות מקבלת שירותים רפואיים בשל הצורך בתשלום בעבור קבלתם של שירותים חיוניים כגון מרשמי תרופות וביקורים אצל רופא.

מערכת הבריאות בישראל התגאתה במשך שנים באופיה הסולידרי. עלינו לעשות כל מאמץ כדי שאנשים לא ימנעו מלצרוך שירות רפואי נחוץ בגלל ההשתתפות העצמית הכרוכה בקבלת השירות.

בטיחות החולים, שיפור איכות ואחריות מקצועית

משרד הבריאות עוסק בהקמת מסגרת לטיפול בהגברת הבטיחות של המטופלים במערכת הבריאות, ניהול סיכונים, שיפור איכות הטיפול ומניעת טעויות הן בקהילה והן בבתי החולים. כמו-כן נעשית בדיקה של הביטוחים בגין רשלנות מקצועית, במגמה להביא להרחבת הכיסוי הביטוחי ולהקטנת עלויות.

ארגון מחדש של משרד הבריאות

חיזוק פונקציות הפיקוח והבקרה, התאמת המשרד לתפקידו כרגולטור, הפסקת היותו ספק שירותים והאחראי הביטוחי לשירותים המפורטים ב"תוספת השלישית" והעברת האחריות הביטוחית מהמדינה לקופות החולים - כל אלה הם רעיונות המוכרים למערכת זה זמן רב. במסגרת זו אנו עוסקים עתה באופן אינטנסיבי בקידום העברת שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים. אני מאמין שלמרות הקשיים נוכל לצאת לדרך לקראת שנת 2005.

תאגוד בתי חולים

הפיכת בתי החולים לתאגידיים עצמאיים אף היא נמשכת שנים רבות ונתקלת בחסמים רבים. הוועדה האחרונה שעסקה בנושא - ועדת ליאון - הגישה היום את המלצותיה לשר האוצר ולשר הבריאות ואני תקווה שעם הגשת ההמלצות נוכל לגשת ליישום תהליך התאגוד במערך בתי החולים הממשלתיים.

שינויים בבתי חולים

בתי החולים הממשלתיים מצויים זה זמן ארוך בגירעון מתמשך למול התקציב, כאשר תקציבי מרבית בתי החולים כוללים סובסידיה ממשלתית. תקצובם של בתי החולים בוצע לאורך שנים על בסיס היסטורי בלי שבסיס תקציבי

ההכנסות וההוצאות נבחנו מחדש.

עד להתקדמות בציר התאגוד, המערכת אינה קופאת על שמריה ויש מהלכים הנעשים עם בתי החולים:

- בטווח המיידי מגובשות באופן נקודתי תוכניות התייעלות עם כמה מבתי החולים.
- משרד הבריאות יצא בתקופה הקרובה במכרז לתמחור מגוון השירותים המסופקים על ידי בתי החולים.
- באפריל 2004 שונה תעריף מחיר יום אשפוז בפעם הראשונה באופן דיפרנציאלי כדי לקזז מעט מתעריפי השירות האמבולטורי. אני סבור כי חלק מטענות קופות החולים לעצם ההעלאה מוצדקות ומסכים כי יש לתת ביטוי הולם למחיר יום האשפוז במדד יוקר הבריאות.
- משרד הבריאות פתח במהלך ליצירת קריטריונים נורמטיביים לתקצוב בתי החולים הממשלתיים.
- הסדרי ההתחשבות במערכת (הסדרי הקפ) מסתיימים בדצמבר 2004. משרד הבריאות נערך לגיבוש הסדרי התחשבות חדשים לקראת ינואר 2005. עוסקים בכמה מודלים, וכבר החל פרויקט נסיוני (פיילוט) של ה-DRG האוסטרלי ופרויקט לשילוב תקציב קבוע עם תקציב תלוי פעילות כמודל לתשלום לבתי חולים. אחת מקבוצת העבודה בכנס תעסוק בנושא זה ואני מקווה שעבודת הצוות תתרום לגיבושם של הסדרי ההתחשבות העתידיים.
- קבוצה נוספת בכנס ים המלח עוסקת בתכנון העתידי של מערך האשפוז במדינת ישראל. במשרד הבריאות עוסקים בתכנון אסטרטגי של יעדי מערכת הבריאות לקראת שנת 2020, ובתוך כך גם בתכנון מערך האשפוז והרפואה האמבולטורית.

אני מקווה שהחומר שהופק מעבודת הצוותים בכנס יתרום לפיתוח תוכניות ארוכות טווח. מובן כי תוכניות אלה אינן יכולות להיות מנותקות מנושא הקצאת המשאבים והבטחת המקורות התקציביים להפעלתם. להתראות בכנס ים המלח הבא.

פרופ' אבי ישראל


מנכ"ל משרד הבריאות

סיכום והמלצות עיקריות

על פי המסורת שהונהגה במכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות התקיים גם השנה "כנס ים המלח למדיניות בריאות". הכנס נועד לדיון מעמיק ולגיבוש המלצות על היבט נבחר של מערכת הבריאות בישראל, הדורש הסדר ורפורמה. בכנס משתתפים נציגים מצמרת מערכת הבריאות, מן הממשלה ומן הכנסת וכן ממגזרים שונים של שירותי הבריאות, איגודי העובדים והאקדמיה.

הנושא המרכזי של הכנס השנה, שנקבע בידי הוועד המנהל של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, הוא "בית החולים במערכת שירותי הבריאות". השנה התקיים הכנס, החמישי במספר, בתאריכים 12 ו-13 במאי 2004 במלון הייט, ים המלח. חוברת זאת מסכמת את פעילות ועדת ההיגוי וצוותי ההכנה של הכנס, את דיוני הכנס ואת מסקנות צוותי הדיון.

נושא בתי החולים ומערכת האשפוז הוא רחב ומרכזי והיה ברור לוועדת ההיגוי כי במסגרת הזמן של כנס ים המלח לא תהיה אפשרות לדון בכל מגוון הסוגיות הקשורות למקומו של בית החולים במערכת הבריאות.

לפיכך, ובהתחשב בעובדה כי בכנס ים המלח הראשון נדון עניין תאגוד בתי החולים, ובכנס ים המלח השני הקשר בין בתי החולים לבין הקהילה בתחום המרפאות המקצועיות - החליטה השנה ועדת ההיגוי להתרכז בשלושה תחומים עיקריים הקשורים למיקומו של בית החולים הכללי במערכת הבריאות:

1. הסביבה הכלכלית-ארגונית של מערכת האשפוז

2. תכנון לטווח ארוך של מערכת האשפוז

3. בית החולים, החולה, הקהילה ומה שביניהם.

במשך כמה חודשים עבדו שלוש קבוצות הכנה, אחת בכל תחום, וזאת כדי לאפשר לקיים דיונים יעילים ומוכוונים.

ראשי הצוותים וחברי צוותי ההכנה הם ממובילי מערכת הבריאות, העוסקים באופן יום-יומי הן בצד המעשי והן בצד האקדמי של נושאים אלו, וכך גם כלל משתתפי כנס ים המלח. חשוב היה לנו כי יישמעו כל הדעות וכל נקודות ההשקפה המתחייבות לבעיות מרכזיות אלו שעלו לדיון. הכוונה בכנס ים המלח היא להשתדל לבחון את נושאי הכנס מנקודת ראות רחבה יותר מזו של קבוצת אינטרסים זו או אחרת ולנסות ולגבש קווי פעולה עתידיים שיסייעו לכלל המערכת, ולא רק לחלק ממנה.

להלן הנושאים הנבחרים ועיקרי המסקנות שהתקבלו בכנס ים המלח החמישי:

צוות 1

יושבי ראש: יונתן הלוי; יעקב גלזר

הסביבה הכלכלית-ארגונית של בתי החולים: הצוות עסק בעיקר בדרכי ההתקשרות בין קופות החולים לבתי החולים. כיום נהוגה שיטת ה"תקרות" בגרסאות שונות, ועל פיה מוגבל תשלום הקופות לבתי החולים לרמות העבר, תוך עדכוני שנתיים עם

תעריפים חלקיים בלבד על שימוש שמעבר לרמות אלה. שיטה זו הונהגה עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ונועדה להגן על הקופות מפני הגדלת התשלומים לבתי החולים מעבר ליכולתן. שיטה זו מיצתה את עצמה, ויש מקום להנהגת עקרונות ארוכי טווח על בסיס עלויות אמיתיות וכן על בסיס רמת השתתפות סבירה של בתי החולים בסיכון הביטוחי המוטל עתה כולו על קופות החולים.

תשלום מרכזי לבית החולים בעבור הוצאות הקבועות: אחת הבעיות המקשות מאוד על הנהגת שיטת תשלום ראויה לבתי החולים היא העובדה שחלק ניכר מהוצאות בתי החולים הן הוצאות קבועות. בתנאי תחרות בין בתי החולים, הדבר מאפשר להם לנקוב תעריפי אשפוז הנמוכים מההוצאות הממוצעות. אמנם בטווח הקצר נראית מדיניות זו הגיונית, ואולם בטווח הארוך לא יוכל בית החולים לכסות את הוצאותיו. מציאות זו העמידה בפני הצוות את הבעיה הראשונה: האם ראוי שגורם מרכזי (ה"ממשלה") יעניק לבתי החולים מענקים לכיסוי מרכיב ההוצאה הקבועה, בלי קשר ישיר ליעילות התפקוד ולגובה התפוקה, ואילו קופות החולים יתקשרו עם בתי החולים בחוזים לכיסוי ההוצאה השולית? הדיון שהתקיים בצוות הצביע על יתרונות רבים של עיקרון זה, אך גם על בעיות סבוכות בקביעת רמות התשלום בעבור ההוצאות הקבועות. היה גם חשש מהענקת האחריות על התשלומים הקבועים לגוף מרכזי.

רוב חברי הצוות היו על כן בדעה כי אין לנקוט שיטה זו וכי יש למצוא דרכים נאותות להתקשרות בין הקופות לבין בתי החולים על מלוא הוצאות האשפוז.

הנהגת שיטת DRG: הדיון בדרכי התקשרות חדשים בין הקופות לבתי החולים התרכז בהצעות להנהגת תשלום לפי סוגים שונים של יחידות תפוקה, ולא לפי ימי אשפוז. בדרך זו נוצר קשר ישיר יותר בין תפקוד בית החולים והתמריצים העומדים בפניו לבין תמורה שהוא מקבל, וכן מועבר חלק מן הסיכון הביטוחי המוטל על הקופות לבתי החולים. העברה של חלק מן הסיכון לבתי החולים נראית מוצדקת לנוכח העובדה שהם אחראים על יותר מ-40% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות. הדיון בשיטות התגמול השונות הביא בחשבון גם שיקולים של פשטות ושל יכולת הפיקוח במסגרת אותן שיטות. הצעה מינימליסטית שנדונה הייתה להרחיב בהדרגה את השימוש בשיטת ה"פרוצדורות" על חשבון תשלום לפי ימי אשפוז. הצעה מרחיקת לכת יותר הייתה להנהיג את אחת משיטות ה-DRG המקובלות בעולם, ועיקר הדיון התמקד בשיטה ה"אוסטרלית", שמתקיים בה עתה ניסוי פיילוט בבית החולים שיבא. ההבדל בין הגרסאות השונות של ה-DRG הוא בדרגת המיון של המקרים, שאינה רק לפי הדיאגנוזה הראשית אלא גם לפי חומרת המקרה, מצב החולה והפעולות הרפואיות הנדרשות. ככל שהפירוט רב יותר כך קטן הסיכון שמקבל עליו בית החולים ועמו התמריץ להתייעל, והשיטה מתקרבת לתשלום לפי ההוצאה בפועל (או בדיעבד). שיטת ה-DRG האוסטרלית היא מפורטת יחסית.

מסקנת הצוות הייתה שיש לחתור לשיטה הקרובה למודל ה-DRG האוסטרלי, אך בינתיים יש להרחיב את השימוש בשיטת הפרוצדורות, מתוך הקפדה מרבית שרמת

התעריפים תשקף נכוחה את העלויות.

בקרה ומדדי איכות: הצוות דן גם בשאלה באיזו מידה החוזים בין הקופות לבתי החולים צריכים לכלול גם מדדי איכות הטיפול ואמצעים לבקרת איכות, וזאת נוסף על הבקרה המנהלית על ביצוע השירות.

בעוד שהייתה תמימות דעים כי איכות השירות חייבת להיות חלק בלתי נפרד מההתקשרות, ואף צוין כי יש בשטח מדדים אחדים שניתן להשתמש בהם מיד, הודגש הצורך לפתח מדדים נוספים ולהעניק להם תוקף באמצעות תקנות משרד הבריאות.

צוות 2

יושבי ראש: ערן הלפרן, מאיר אורן

תכנון ארוך טווח של מערכת האשפוז / פיתוח שירותים ברמה לאומית

הצוות עסק בשני מרכיבים עיקריים של התכנון לטווח ארוך של מספר המיטות הדרוש: (1) שימוש נכון בנתונים דמוגרפים, רפואיים וסוציו-כלכליים, וכן פריסתם הגיאוגרפית והשפעתם על צורכי האשפוז לפי מחלקות; (2) שורה של שינויים ארגוניים בתוך בית החולים ומחוצה לו, שינויים בתקינה ובמדיניות התעריפים שיש בהם כדי לחסוך במספר המטות הדרושות בעבור אוכלוסייה בעלת מאפיינים דמוגרפים-בריאותיים נתונים.

כרקע לדיון במרכיב הראשון הוצגו נתוני רקע על בתי החולים בישראל ביחס למספר מיטות האשפוז ושיעורן במערכת הכללית, במערכת בריאות הנפש ובמערכת הגריאטרית. הוצגו תפוסת המיטות ומשך השהייה באשפוז, שיעור האשפוזים הקצרים, שיעור השחרורים וכן נתונים הקשורים לאשפוז יום. הודגש במיוחד הגידול המהיר באשפוזים בני יום אחד, בין השאר גם במחלקות "השהיה". נדונו מאפייני המאושפזים בישראל והשינויים הצפויים במאפיינים אלו במשך השנים וכן הוצגו דרכי עריכת תחזית הביקוש למיטות אשפוז בעבר. הדיון בצוות התרכז במיטות האשפוז הכללי.

בחנית צורכי הקהילה והשירותים הקיימים בקהילה הביאה את הצוות לדון במקומם של השירות הפנימי והשירות הגריאטרי בקהילה ובבתי החולים ובשאלה כיצד צריכה להתחלק האחריות לטיפול בתחום זה. נבחן ספקטרום רחב של אפשרויות, החל בתוספת מיטות פנימיות לבתי החולים הכלליים וכלה ביצירת אשכולות של בתי חולים כלליים וגריאטריים ובסוגיית אשפוז בית.

הוסכם והודגש לאורך כל הדיון שתוספת מיטות הקטנה מן התחזית הראויה, המביאה בחשבון גם שינויים ארגוניים, כרוכה במחיר גבוה, הן במונחי בריאות והן במונחים כלכליים. בהקשר זה התקיים דיון על ההנחה הראויה לגבי שיעורי תפוסת המיטות. שיעורי התפוסה בישראל הם הגבוהים בקרב מדינות OECD, והובעה דעה כי הנחה על תפוסה ממוצעת של 95%, לפי דרישת האוצר, גוררת שיעורי תפוסה של הרבה יותר מ-100% בתקופת החורף.

1. הדיון בביקוש העתידי למיטות על בסיס נתוני האוכלוסייה:

נקודת הפתיחה לדיון הייתה תחזית המיטות לשנת 2010, שלפיה, בהתבסס על ההנחות והנתונים המפורטים בהרחבה במסמך הרקע, על מנת לשמור על שיעור מיטות של 2.2 ל-1,000 נפש יהיה צורך להוסיף כ-2,200 מיטות. בדיון הוסכם כי נוסף על המאפיינים הדמוגרפים יש לכלול בתחזית גם נתונים על שיעורי תחלואה צפויים וכן את המצב החברתי-כלכלי של האוכלוסייה. שני קריטריונים אלה חשובים מאוד גם לשלב הקצאת המיטות לפי אזורים וכן לחלוקה צפויה של מיטות בין מחלקות (לדוגמה, העברת מיטות ממחלקות כירורגיות למחלקות כלליות). התחזית צריכה להביא בחשבון גם הבדלים בהתנהגות הרפואית באזורים שונים.

2. שינוי מבנה, מעמד וארגון בתי החולים:

הדיון באפשרויות החיסכון במיטות בעקבות שינויים ארגוניים בתוך בית החולים ("מבט פנימה") ומערכת בתי החולים עסק בשורה ארוכה של רעיונות, חלקם נמצאים בשלבי יישום. הוסכם כי את אומדן המיטות הדרושות לפי תחזית האוכלוסייה והפרמטרים הרפואיים יש לתקן בהתחשב בפוטנציאל החיסכון במספר מיטות ו/או בעלותן, הנובע מכל אחד מהשינויים במבנה בתי החולים, במעמדם ובארגונם, הנידונים בהמשך.

א. הצוות התרכז בדיון בעניין המחלקות הפנימיות והגריאטריות. בבסיס הדיון עמדה השאלה מדוע חולים שאינם זקוקים לאשפוז במחלקות פנימיות ובמחלקות לגריאטריה אקוטית בכל זאת מאושפדים בהן ואינם מועברים לחלופות אשפוז אחרות הקיימות כיום? הצוות הגיע למסקנה, כי כפתרון מועדף יש לבחון תוספת מחלקות גריאטריה תת-אקוטית במרכזים גריאטריים שישולבו עם בית חולים לאשפוז כללי במבנה אשכול, בדומה למודל הרצפלד-קפלן או למודל שיבא. זאת במקום תוספת מיטות אשפוז פנימיות, שהן יקרות הרבה יותר. אותה מטרה ניתנת להשגה גם על ידי הבחנה בין מחלקות פנימיות אקוטיות למחלקות גריאטריות "תת-אקוטיות", במסגרת בית חולים "רגיל". החיסכון כאן יהיה בהחלפת מיטות יקרות בזולות יותר.

ב. בתוך בית החולים נדונו חלופות של הגמשת השימוש במיטות. המודל הקיצוני ביותר הוא "הורדת קירות", אך נדונה באריכות גם הצעה למעבר למבנה חטיבתי. הוצעו גם חלופות מרחיקות לכת פחות, כגון הגמשת השימוש במיטות בין מחלקות. הוסכם כי ההצעה ל"הורדת קירות" בין המחלקות ו/או למעבר למבנה חטיבתי היא פתרון אפשרי להתמודדות עם ההבדלים הגדולים בשיעורי התפוסה בין המחלקות וכן עם השינויים העונתיים בתפוסת המחלקות. קיימת הסכמה שעבודה במתכונת "הורדת קירות" תאפשר שימוש יעיל יותר במשאבים.

ג. דיון ארוך התקיים בניסיון להסביר את ריבוי האשפוזים בני יום. אחת המסקנות הייתה שיש להוסיף מיטות ופעילויות למסגרת של אשפוזי יום. כדי להשיג

מטרה זו, יש בין השאר לתקן את מערכת התמריצים והתעריפים ברצף שבין אשפוזים קצרים לאשפוזי יום. במסגרת זו יש מקום לקבוע גם מדיניות ברורה לגבי הפעלת מחלקות השהיה: האם הן חלק ממערך האשפוז או מחדר המיון?

ד. ביטול חסמי התקינה: סוגיה נוספת שנדונה היא תקינת כוח האדם בבתי החולים. ההמלצה היא כי חייבים לשנות את הסכמי התקינה שנקבעו לפני שלושה עשורים ולהתאימם לרפואה האשפוזית של שנות האלפיים. העיקרון המנחה הוא התבססות על מדדי פעילות, ולא על מספרי מיטות. מסקנה דומה נתקבלה לגבי התקינה המבוססת על מיטות, כתנאי לאישור התמחות המחלקות.

ה. דיון ער היה על מידת השפעתם של מחירים ושל דרכי תגמול בית החולים על נוהגי האשפוז. הובאו דוגמאות לעומס יתר במחלקות שהתמורה בהן לאשפוז גבוהה (או רווחית). הצוות סבר כי יש מקום להשתמש במדיניות התמחור ככלי לעידוד מגמות של העברת פעילות ממסגרת אשפוז לאשפוז יום או לקהילה, וכי חלק מהעיוותים במערכת האשפוז הם תוצאה של תמריצים כלכליים שליליים להתפתחות בכיוון זה.

צוות 3

יושבי ראש: מנחם פיינרו, שמעון גליק

בית החולים, החולה, קופת החולים ומה שביניהם

מטרת קבוצת העבודה היא למצוא את הדרך לגשר בעבור החולה על פערי המידע ולאפשר רציפות טיפול במעברים בין בית החולים לקהילה, בלי שהוא עצמו יאלץ ליטול חלק פעיל בהליך זה.

במסגרת הצוות עלו לדיון שלוש סוגיות עיקריות:

א. האם יש צורך בהגדרת סל שירותי בריאות מחייב לבתי החולים. פתרון שמצד אחד יבחר את מעמדו של כל טיפול וכל תרופה במסגרת האשפוזית, אך מצד שני יכול לבלום התפתחויות טכנולוגיות שמטבע הדברים מתחילות בבתי החולים.

כמו-כן דן הצוות בשאלה, אם יש לחייב את בית החולים לבצע כל טיפול הנמצא בסל, גם אם אינו משתלם מבחינה כלכלית לבית החולים.

ב. כיצד אפשר לייעל את רציפות הטיפול בין בית החולים לקהילה, בעיקר על ידי הבטחת זרימה של המידע הקליני בזמן אמת בין שתי מערכות אלו.

ג. העניין השלישי שנדון בצוות זה הוא בחינת הרעיון בדבר נציג אישי לחולה בבית החולים, נציג שיהווה כתובת זמינה ומקצועית בעבור החולה וישמש "מורה דרך" בכל הנוגע לטיפול בו במסגרת האשפוז.

מסקנות

1. לפעול באינטנסיביות ובמהירות להקמת מנשק מחושב ברמה לאומית בין המערכת האשפוזית לבין הקהילה, שיאפשר העברת מידע רפואי חיוני בין שתי המערכות. בחינת דרך מעשית, יעילה ומהירה ליצירת מנשק מקוון בין המערכות שכבר קיימות בשלבי פיתוח שונים בארגוני הבריאות, כך שמידע תמציתי רלוונטי על אודות החולה יהיה זמין בכל נקודות השירות המורשות.

2. סל שירותי הבריאות, שנקבע ומתעדכן בהתאם לחוק ביטוח בריאות 1995, הוא "ממוקד מבטח", כך שמוגדרים בו השירותים שקופת החולים מחויבת לספק למבוטחיה, ובכללם אשפוז. מכיוון שהסל אינו "ממוקד חולה", הוא אינו מגדיר את השירותים המסופקים בידי כלל ספקי שירותי הבריאות האפשריים, לרבות "קבלני משנה" של קופות החולים, כגון בתי החולים. התקיים דיון בשאלה, אם יש מקום להגדיר "סל" גם לפעילות בבתי החולים; הנטייה היא שלא להמליץ בשלב זה על הגדרת סל שירותים מפורט ומחייב לבתי החולים. הועלתה הצעה כי פרוצדורות יקרות הדורשות מומחיות, ולכן מסופקות רק בבתי חולים מסוימים, ייכללו ברשימה ארצית, בדומה לרשימת המחלות הקשות, ופעילות זו תתוגמל בנפרד.

3. לגבש הסכמה בין קופות החולים לבתי החולים על מודל לפתרון מחלוקות מנהליות ביניהם בלא מעורבות החולה, מתוך חלוקת הסיכון בין כל הגורמים: בית החולים-קופה-חולה.

בעקבות הנהגת סל שירותים מוגדר, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שמחייב את קופות החולים אך אינו מחייב ישירות את בתי החולים, ועקב המצוקה הכלכלית במערכת הבריאות, מתעוררות לעתים בעיות, שבמרכזן - החולה. בעיות אלו נוגעות, לדוגמה, לחוסר התאמה בין מגוון השירותים שמקבל החולה בקהילה לבין אלו הניתנים בבית החולים (כגון תרופות שהוא מקבל באופן כרוני מקופת החולים ושבת החולים מסרב לספקן בטענה שאינן קשורות לסיבת האשפוז), ו/או למחלוקות בין קופת החולים לבית החולים בנוגע לאספקת שירותים יקרים או שירותים שניתנו בבית החולים שלא בהתאם להנחיות סל השירותים וניתנה מבית החולים המלצה להמשיך את הטיפול בהם גם לאחר השחרור. אז עלול החולה למצוא את עצמו ממלא תפקיד בפתרון המחלוקת, אף שאין כל הצדקה שימלא תפקיד כזה.

הקבוצה ממליצה לאמץ מודל, כפי שמוצג בהמשך, המציע דרך להתמודד עם מחלוקות בשני מתארים עיקריים. בשלב ראשון: שירות הקיים בסל, אך אופן המתן או התעריף גוררים שינוי בנהל קיים, ושירות חדש המחליף שירות אחר בעלות זהה / דומה. בעתיד, תהיה אפשרות לבחון גם מתאר של שירות חדש לחלוטין. המשותף להתייחסות המודל בכל המתארים הוא הוצאת החולה מציר המחלוקת בד בבד עם שמירה על רציפות הטיפול בו, באמצעות פתרון מהיר המבוסס על הידברות ישירה בין קופת החולים לבית החולים.

4. לנסות ולהגדיר "נציג אישי" לחולה שיגשר בעבורו על פערי המידע הרפואיים והמנהליים. יש לדאוג לנציג אישי לחולה בתוך בית החולים, שיהווה בעבורו "מורה דרך" בכל הנוגע לטיפול בו במסגרת האשפוז, ויהיה אף אחראי על יצירת קשר עם הרופא בקהילה, כשיש צורך בכך (לדוגמה, לתיאום שחרור החולה). נציג זה יסייע לחולה לשמור על זכויותיו ולהתמודד עם בעיות חוסר המידע והא-סימטריה של המידע בזמן אשפוזו, ואף יסייע לחולה במעבר חזרה למסגרת האמבולטורית (כגון התאמה של הטיפול התרופתי בין זה שמציע בית החולים לזה המצוי אצל המבטח).

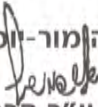
הקבוצה ממליצה לאמץ את עקרון ה-case manager - בין שיהיה בתקן בית החולים עצמו ובין שיהיה בתקן קופת החולים - שיהיה אחראי להעברת מידע בין החולה לבין המטפלים בו. לא שררה תמימות דעים בקרב חברי הקבוצה, אם הנציג האישי צריך להיות זה האחראי גם על הטיפול הקליני בחולה או שאחריותו תסתכם בגישור על פערי המידע.

כנס ים המלח הראשון שנערך בשנת 2000 עסק בשאלת תאגוד בתי החולים הממשלתיים והציג שורה ארוכה של המלצות. גם לפני כן וגם מאז ישבו על המדוכה גופים שונים ודנו בתחום זה. בכנס עצמו הציג מר משה ליאון את המלצות "הוועדה לבחינת תפעול, ניהול, תקצוב והבעלות על בתי חולים ממשלתיים" ("ועדת ליאון") בעניין זה. תאגוד בתי החולים הממשלתיים הוא בעיני רבים החוליה החסרה והמכריעה להשלמת הרפורמה במערכת הבריאות בישראל, שצעדה צעד גדול קדימה עם הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לפני תשע שנים. הנושאים הנדונים בכנס ים המלח הנוכחי בהקשר של בתי החולים הם בבחינת חוליות חשובות בתפקוד בתי החולים והשתלבותם במערכת הן במצב הקיים ואף יותר עם הגשמת התאגוד.

ראוי לזכור כי הכנס נועד לאפשר גיבוש חלופות לסוגיות העומדות לדיון. המשתתפים בכנס אינם בגדר "גוף מחליט", ולפיכך מסקנות והמלצות שיגובשו בו אינן מחייבות את כלל המשתתפים ו/או את הגופים הרשמיים קובעי המדיניות.

מטרתנו היא לחבר שורה של ניירות עמדה והצעות בתחומים שעסקנו בהם ולהפיצם להמשך דיון וטיפול בידי הגורמים המוסמכים.

אני מקווה ומשוכנע כי הרעיונות החדשים שעלו בכנס ים המלח החמישי יהוו בסיס שקובעי המדיניות ישתמשו בו.

שלמה מור-יוסף

יו"ר הכנס

הסביבה הכלכלית-ארגונית של מערכת האשפוז

1. עיקרי הדברים

הצוות עסק בצורת ההתקשרות בין בתי החולים לקופות החולים: הסוגיות הנובעות מתחום זה והקריטריונים לבחינת צורת ההתקשרות המיטבית. זאת, כדי להציג בכנס את המודלים הקיימים בישראל להתקשרות בין בתי החולים לקופות ואת המודלים הרצויים מבחינת התמריצים, חלוקת הסיכונים, הפיקוח ומורכבות המודל. היבט נוסף שהצוות בחן בהתקשרות בין בתי החולים לקופות החולים הוא סוגיית הבקרה על השירות הרפואי הניתן: האם יש לכלול רכיבי איכות בהסכם ההתקשרות בין בתי החולים לקופות?

להלן השאלות שהצוות דן בהן וסיכום הדברים בנוגע לכל שאלה:

א. האם התגמול לבית החולים צריך לכלול רכיב קבוע?

סיכום:

- רוב הצוות מתנגד לתשלום (חלקי) לכיסוי ההוצאות הקבועות של בית החולים;
- הצוות ממליץ כי המדינה תממן תשלום שאינו תלוי-פעילות בעבור מוצרים ציבוריים, כגון תגמול לפריפריה, אקדמיזציה או רכיבי איכות.

ב. לפי איזו שיטה יהיה התגמול לבית החולים?

סיכום:

- ריסון עלויות באמצעות חסם עליון (Capping);
- הועלו שתי הצעות לתגמול בית החולים, כל אחת זכתה לתמיכה בקרב חלק מחברי הצוות:
 1. הרחבת המודל הקיים של תשלומים דיפרנציאליים; עדכון מחירי פרוצדורות רפואיות וקביעת מחירים דיפרנציאליים למחלקות לצורך התשלום לפי ימי אשפוז;
 2. יישום מודל ה-DRG האוסטרלי;
 3. שתי ההצעות אינן בהכרח חלופיות אלא עשויות להשלים זו את זו: בטווח הקצר יורחב המודל הקיים של תשלומים דיפרנציאליים ואילו בטווח הארוך, לאחר הכנה של המערכת, יאומץ מודל ה-DRG האוסטרלי.

ג. מי צריך לקבוע את מנגנון ההתקשרות (התגמול) בין הקופות לבתי החולים: המדינה, גורם מפקח או מנגנון השוק?

סיכום:

- כוחות השוק הם שצריכים להכתיב את עקרונות ההתקשרות, ועל הרגולטור להתערב במקרים חריגים.

ד. האם יש לכלול רכיבי איכות בהסכמי ההתקשרות בין הקופות לבתי החולים?

סיכום:

- יש קונצנזוס שחובתו וזכותו של קונה השירותים לדרוש הקמת מערכות של בקרה, שיפור ומדידת איכות;
- מומלץ על תגמול מטעם המדינה בגין רכיבי איכות שברצונה לקדם;

- בנוגע למדדי איכות בהסכם ההתקשרות, הועלו שתי הצעות שכל אחת מהן זכתה לתמיכת חלק מחברי הצוות:
 1. מדדי איכות לא יהיו חלק מחוזה ההתקשרות בין קופת החולים לבית החולים אלא ינוטרו ויפורסמו ברבים כדי לאפשר לצרכן לשפוט.
 2. היו שחשבו שיש בישראל די מדדי איכות שניתן להשתמש בהם, ולכן מדדים אלה יכולים להיות חלק מההתקשרות החוזית בין ספק השירותים לבין זה שקונה אותם.

2. מבוא

עלויות האשפוז בבתי החולים (הממשלתיים, של קופת חולים והציבוריים) הן רכיב נכבד (יותר מ-50%) בהוצאה של קופות החולים על שירותי הבריאות שהן מספקות למבוטחיהן. בתוך כך, דפוסי ההתחשבות בין בתי החולים לקופות החולים קובעים במידה רבה את המקורות העומדים לרשות בתי החולים. לממשלה תפקיד חשוב בעניין זה, שכן היא הקובעת את התעריפים לשירותי הבריאות בבתי החולים. המדינה ממלאת תפקיד חשוב גם בעצם היותה בעלת בתי חולים ואחראית על רמת פעילות והיקף מימון נאותים של מוסדות אלה. נוסף על כך מתפקדת המדינה כרגולטור, האחראי לפעילותה התקינה של מערכת הבריאות בכללה (הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, 2002).

ממצאי מחקר שערך מכון ברוקדייל על הוצאת בתי החולים בשנים 1996-1998 הראו כי למדיניות הממשלה, לדרך פעולתן של קופות החולים ולפעילויותיהם של בתי החולים הייתה השפעה על שינויים בדפוסי השימוש ובהוצאות על שירותי אשפוז, ולפיכך לכל אחד מהגורמים במערכת הייתה יכולת להשפיע על רמות השימוש בשירותי האשפוז. עורכי המחקר טענו כי ממצאיהם מרמזים שמאמצים עתידיים להשפיע על דפוסי השימוש בשירות האשפוז יכולים, וחייבים, לשקול כלי מדיניות שיהיו מכוונים הן לקופות החולים והן לבתי החולים (Rosen et al, 2003). בחינת הדגמים להתקשרות בין קופת חולים לבית חולים (ראו נספח א') מעלה, כי בשנים האחרונות נוצר מגוון של דגמי התקשרות ותגמול בין הקופות לבין בתי החולים, כמה מהם דגמי התקשרות המשלבים בין שיטות תגמול אחדות. כפי הנראה לכוחות השוק יש משקל רב בקביעת דפוסי ההתקשרות של הקופות עם בתי החולים. יש גורמים במערכת הבריאות הטוענים, כי במצב העניינים הנוכחי שורר חוסר אמון בין קופות החולים לבין בתי החולים בכל הנוגע לכללי החיוב ולמערכת ההתחשבות הכוללת. מכאן שהסדרת יחסי הגומלין בין בתי החולים לקופות - לרבות כללי התחשבות, חיוב בגין שירותים, הסדרי תשלומים וקביעת מסגרות להסכמים גלובליים - דורשים טיפול והסדרה (משרד הבריאות, אגף הכספים, 2003).

3. דגמי תגמול בהתקשרות בין קופות החולים לבתי החולים

להתקשרות בין קופות חולים לבתי חולים לצורך קבלת שירותי אשפוז יש דגמי תגמול אחדים:

תשלום לפי יום אשפוז (per diem): תגמול בית החולים נעשה לפי מחיר יום אשפוז כפול מספר הימים שהחולה אושפז. עידון שיטה זו הוא באמצעות חישוב מחיר יום אשפוז למחלקה או לחטיבה בבית החולים. תעריף אשפוז רגיל בישראל נקבע על פי מחיר ממוצע ואחיד ליום אשפוז לכל בתי החולים ולכל המחלקות בבתי החולים הכלליים. מחיר יום אשפוז נקבע בוועדת מחירים המורכבת מנציגי משרד הבריאות ומשרד האוצר ונאמד ב-1,600 שקל, לפי נתוני יולי 2003. מחיר יום האשפוז משתנה בעקבות שינויים ריאליים בעלות השכר ובעלות הקניות (לפי מדד המחירים לצרכן בתוספת עלות בגין הוספת תרופות חדשות) ולפי מקדם התייעלות בשיעור שנקבע בכל שנה. הקופות ובתי החולים רשאים להביע את עמדתם בעניין התעריף, ואולם אין הם בעלי מעמד באישורו. לדעת הקופות, משרד הבריאות, כבעל בתי חולים, מעוניין במיוחד לייקר את תעריף האשפוז על מנת לאזן את תקציבו (מכבי שירותי בריאות, 2001). מחקר שאמד את ההוצאות הממוצעות והשוליות של בתי חולים בישראל, לפי תעריף האשפוז כפי שנקבע, מצא כי בתי החולים מפסידים בגין חולים המאושפזים במחלקות טיפול נמרץ ובמחלקות ילדים ומרוויחים בגין חולים במחלקות נשים (מחלקות גינקולוגיות ומחלקת יולדות). עובדה זו יש בה כדי לגרום הסטת חולים למחלקות "רווחיות" והגדלת מספר המיטות במחלקות אלה (Shmueli and Dor, unpublished).

תגמול לפי אבחנות או לפי קבוצות של אבחנות (DRG): דגם אוסטרלי, שלפיו התגמול לבית החולים בגין ביצוע פעילות נקבע מראש לפי אבחנה או לפי קבוצת אבחנות. השיטה בצורתה המובהקת אינה מופעלת בישראל, ואולם הוחל בהפעלתה הניסיונית בכמה בתי חולים. מדובר במודל מורכב שיש בו צירוף של תשלום לפי אבחון ולפי קבוצות אבחון ושל קריטריונים לתגמול לפי דרגות חומרת המקרה, המחלות הנלוות וסוג הפעולות (פרוצדורות) הרפואיות שנעשות בחולה. בגמר האשפוז נקבע המחיר המדויק, הנובע מהאבחון ומהפרוצדורה העיקרית שבוצעה בחולה.

תשלום לפי פעולות (FFS - Fee For Service): בשיטה זו לכל פעולה שבוצעה בחולה יש מחיר קבוע, והתגמול לבית החולים הוא לפי הפעולות שבוצעו בחולה. בישראל התשלום לבית החולים בעבור כ-50 סוגי פעולות (פרוצדורות רפואיות) הוא תשלום לפי פעילות דיפרנציאלית, כלומר לפי תעריפון קבוע. יש הרואים בשיטת התשלום הדיפרנציאלי בישראל מעין שילוב בין DRG ל-FFS.

פעילות דיפרנציאלית: כאמור בסעיף הקודם, בישראל התשלום לבית החולים בעבור כ-50 סוגי פעולות הוא לפי "תעריפים דיפרנציאליים": מחיר קבוע ואחיד בלי קשר למספר ימי האשפוז. מחירי הפעולות הדיפרנציאליות, שנקבעו בפעם הראשונה ב-1991, מתעדכנים באמצעות ועדת מחירים שחברים בה נציגים ממשרד הבריאות

וממשרד האוצר, זאת לאחר שמשרד הבריאות תמחר את הפעולות בהביאו בחשבון את הסתייגויותיהן והערותיהן של קופות החולים.

טיפול אמבולטורי במרפאות חוץ, אשפוז יום ואגרת טיפול בחדר מיון: על כל אלה מתוגמלים בתי החולים בישראל בתשלום לפי פעילות (FFS), על פי מחירי תעריפון משרד הבריאות, המתעדכנים לרוב בהתאם לשיעור השינוי במחיר ליום אשפוז. לפי שירותי בריאות כללית, בנייר העמדה מטעם הקופה לוועדת אמוראי, הרי שלגבי מקצת השירותים נוצר פער בין עלותם בפועל לבין המחיר הנדרש בעבורם. לדוגמה, המחיר שנגבה בבתי החולים הציבוריים בעבור ספירת דם כללית פשוטה בשנת 2001 היה 94 שקל, בעוד שעלותה בפועל הייתה פחותה מ-10 שקלים. מחיר בדיקת טומוגרפיה ממוחשבת (CT) בשנת 2001 היה כ-1,116 שקל, בעוד שעלותה בפועל באותה השנה הייתה רק 400 שקל (שירותי בריאות כללית, 2001). וכך, לביצוע פרוצדורות רבות שמחירן הרשמי בבתי החולים הציבוריים גבוה באורח ניכר מעלותן מפנות הקופות את מבוטחיהן לבתי החולים הפרטיים, לספקים פרטיים ולשירותים הקהילתיים של הקופות. עם זאת, חשוב לזכור שיש גם שירותים שהתשלום בעבורם לפי תעריפון משרד הבריאות אינו מכסה את עלותם. הדוגמה הבולטת למצב זה היא התעריף בעבור אשפוז יום לכימותרפיה.

הסדרי קפיטציה: בהסדר קפיטציה בין הקופה לבית החולים, בית החולים מקבל אחריות על אוכלוסייה מוגדרת (מספר נפשות מוגדר), ומוטל עליו לספק שירותי בריאות בעבור תגמול שהוא סכום קבוע וידוע מראש. כך הופך בית החולים למעין מבטח משנה.

שיטות מעורבות: לדוגמה, הסכם קפיטציה ותשלום בעבור פעולות (FFS) לגבי כמה מהפרוצדורות.

חסם עליון (Capping): לפי שיטה זו נקבעת לבתי החולים תקרת הכנסה, שמעליה הקופות אינן משלמות (או משלמות חלק) בעבור אשפוז מבוטחיהן. שיטה זו ניתנת להפעלה גם ביחס למספר אשפוזים (לדוגמה, התגמול על אשפוז במחלקה פנימית יהיה עד 5 ימים. מעל תקרה זו קופת החולים לא תשלם או שהתשלום יהיה חלקי) וכן ביחס לתגמול לפי DRG. בראשית 1995 הוחל בישראל הסדר התחשבות גלובלי באופיו בין קופות החולים לבין בתי החולים הממשלתיים: הסדר ה-Capping, שהוא למעשה הסדר של הנחה לקופות החולים. מתוקף חוק ההסדרים משנת 1997 הוחל ההסדר על כלל בתי החולים הציבוריים. תקרת הקפ נועדה לרסן את הוצאות האשפוז של הקופות ולספק תמריץ לבתי החולים לצמצום משך האשפוז. מנגנון הקפינג מוסדר מבחינה משפטית בחוק ההסדרים במשק המדינה.

משנת 1997 ואילך נקבעת התקרה לשנה מסוימת על סמך הגידול במספרם המשוקלל של המבוטחים הרשומים בכל קופה ועל בסיס השינויים בהיקף צריכת השירותים של כל קופה במעבר משנה לשנה. משנת 1997 ואילך בתי החולים אף מתוגמלים ב-50% מהתעריפים הנהוגים במערכת הבריאות על כל חריגה ממכסת הקפינג. זאת לעומת המצב ששרר לפני כן, בשנים 1995-1996, שהקופות כלל

לא שילמו לבתי החולים, אם חרגו ממכסת הקפינג. יצוין שתקרת הקפ לכל קופה מיושמת ביחס לכל בית חולים בנפרד. לפי משרד הבריאות, ההישג העיקרי של שיטת הקפינג הוא שמירה על יציבות בשיעורי האשפוז לנפש (משרד הבריאות, 2001). בשירותי בריאות כללית נהוגה שיטת קפ בין המחוזות לבתי החולים של הקופה, ולפיה בית חולים של הקופה שחורג מתקרת הקפ מול מחוז מסוים מתוגמל בכ-7% בלבד מכל שקל נוסף שמעל התקרה. יש לציין כי בפועל קופות החולים זוכות להסדרי הנחה עם בתי החולים, כפי שיפורט בהמשך מסמך זה. על פי הסדרים אלה, הרי שתקרת הקפינג ושיעור האלפא שונים מהקפינג הממשלתי, והם תמיד בנטייה להנחה נוספת לקופה.

בנייר העמדה שהגיש לוועדת אמוראי, מציין משרד הבריאות כי במהלך שנות הפעלתו של הסדר ההתחשבות בין הקופות לבתי החולים על בסיס תקרת הוצאה לקופות ותקרת הכנסה לבתי החולים עלו כמה בעיות מרכזיות:

א. קביעת התקרה לכל בית חולים נעשתה על בסיס נתוני צריכת שירותים בעבר, בלי שהתקרה תתעדכן בעקבות שינויים בדפוסי צריכת השירותים בין בתי החולים. לפיכך יש בתי חולים שתקרת הקפינג בהם נמוכה מדי למול בתי חולים שהתקרה בהם גבוהה מדי. זאת ועוד, בתי חולים המתאפיינים בריכוז גבוה של מחלקות או של שירותים שעלותם השולית גבוהה, כגון טיפול נמרץ ומחלקות כירורגיות, מופלים לרעה בשיטת הקפינג.

ב. הניסיון המצטבר הוכיח שחריגות שירותי בריאות כללית מתקרת הקפינג (באחוזים) קטנות מהחריגות של שאר הקופות. מכאן שיחסית קיבלו קופות אלה הנחה גדולה מזו שקיבלה שירותי בריאות כללית.

ג. היקף העדכון השנתי של מכסת הקפ עמד על 1% בגין גידול האוכלוסייה ועוד 0.25% בגין פיתוח שירותים. עדכון זה ביטא רק חלקית את הגידול השנתי האמיתי בכמות השירותים שבתי החולים סיפקו (משרד הבריאות, 2001).

הסכמים גלובליים בין קופות החולים לבתי החולים: מתוקף חוק ההסדרים משנת 2001, רשאיות קופות החולים לחתום הסכמים גלובליים עם כל בית חולים (משרד הבריאות, אגף הכספים, 2003); קופת החולים מתקשרת עם בית חולים בהסכם שלפיו תמורת תשלום קבוע לשנה מראש יספק בית החולים לכל מבוטחיה באזור מסוים את שירותי האשפוז, או שירותי הרפואה המקצועית, במהלך אותה השנה. מדובר אפוא בהסכם על תשלום גלובלי תמורת כמויות של שירותים. זאת לעומת הסכם קפיטציה, המבוסס על תשלום תמורת התחייבות לטפל במספר נפשות מוגדר. תעריפי ההסכם הגלובלי עשויים להתבסס על התעריפונים המקובלים ליום אשפוז, עם אותה אלפא מעל הקפ, כמקובל, או לפי פרוצדורות. הם יכולים גם להיות שונים מאלה שקבע משרד הבריאות, ולהתבסס על כוחות השוק.

להסכמים הגלובליים השפעה מכרעת על הכנסות בתי החולים ועל גירעונותיהם. כך לדוגמה, בשנת 2002 הסתכמו ההנחות שספגו המרכזים הרפואיים, הן בתי החולים, והן תאגידי הבריאות שלהם, ב-318 מיליוני שקלים (משרד הבריאות, אגף הכספים,

2003). ניתוח פיננסי של אגף הכספים במשרד הבריאות העלה, כי בשנת 2002 הייתה תחלופה בין הנחות קפינג להנחות בגין הסכמים גלובליים, קרי ההנחות בגין הסכמים גלובליים עם הקופות באו במקום הנחות הקפינג. כך, עדכון רף הקפינג לשנת התקציב 2002 לא שיפר את מצב המרכז הרפואי בעניין זה (משרד הבריאות, אגף הכספים, 2003). הקופות רואות בהתקשרות ישירה בין קופת חולים לבתי חולים ציבוריים אפשרות להגדיל את יכולת הפעולה שלהן ולאפשר אספקת שירותים יעילה למבוטחיהן (מכבי שירותי בריאות, 2001).

יתרון נוסף של הסכמים גלובליים הוא בהיותם מותאמים לתנאי השוק באזורים השונים, ובמיוחד בפריפריה. דוגמה לכך היא מודל התקשרות שהוצג לפני הצוות, ולפיו לבית חולים פריפריאלי היו הסכמים גלובליים עם שתי קופות (הקופות שילמו סכום מוסכם בשנה תמורת מתן כל הטיפול השניוני והשלישוני לחברי הקופות הללו באזור שבית החולים מספק בו שירותי אשפוז). עם אחת הקופות חתם בית החולים על הסכם גלובלי פר קפיטה (לפי מספר נפשות), עם מקדמי ביטחון (התשלום מעל לקפ רק 25%) כדי למנוע הצפה של חולים. לדברי מנהל בית החולים, השנים שהונהגו בהן הסכמים אלה אופיינו ב"שקט תעשייתי" שהושג בין בית החולים לקופות. בעבור בית החולים ההסכם היה כדאי, אף שהרווחים ממנו לא היו גדולים.

4. תמהיל הכנסות בתי החולים ממתן שירותים רפואיים

חלק הארי של הכנסות בתי החולים הוא ממתן שירותים רפואיים (89% מההכנסות בבתי החולים הממשלתיים). שאר ההכנסות הן מתרומות ומהכנסות שוטפות אחרות. ההכנסות ממכירת שירותים רפואיים נחלקות להכנסות מאשפוז חולים, הכנסות מפעולות דיפרנציאליות, הכנסות משירותים אמבולטוריים והכנסות מתשלומים לחדר מיון.

מדיווחי אגף הכספים במשרד הבריאות על תמהיל ההכנסות של המרכזים הרפואיים הממשלתיים, קרי כלל בתי החולים ותאגידי הבריאות שלהם, עולה כי המגמה הכללית במרכזים הרפואיים הממשלתיים היא ירידה בשיעור ההכנסות מאשפוז - מ-51.2% בשנת 2000 ל-47.7% בשנת 2002. בד בבד עם ירידה זו נרשמת עלייה בשיעורי ההכנסות מפעילות דיפרנציאלית, ובעיקר ממתן שירותים אמבולטוריים (מ-21.9% בשנת 2000 ל-24.3% בשנת 2002) (משרד הבריאות, אגף הכספים, 2003). לטענת מחברי הדוח, נתוני תמהיל ההכנסות בבתי החולים בלבד, בלי הכנסות תאגידי הבריאות, אינם מסבירים את מלוא שיעור העלייה בתמהיל ההכנסות משירותים רפואיים שאינם שירותי אשפוז. מכאן ניתן להסיק כי העלייה נובעת בעיקרה מגידול בפעילותם של תאגידי הבריאות שאינם עוסקים בפעילות אשפוזית (ראו לוחות על תמהיל ההכנסות לכלל בתי החולים הממשלתיים ולכלל תאגידי הבריאות בנספח ב').

לוח 1: תמהיל הכנסותיהם של מרכזים רפואיים ממשלתיים ממתן שירותים רפואיים בשנים 2002-2000 (באחוזים)

שנת 2002	שנת 2001	שנת 2000	
47.7	48.2	51.2	אשפוז חולים
21.7	21.6	20.0	פעולות דיפרנציאליות
24.3	23.5	21.9	שירותים אמבולטוריים
4.9	5.1	5.2	חדר מיון
1.5	1.6	1.7	הכנסות אחרות
100	100	100	סה"כ הכנסות

מקור: משרד הבריאות, אגף הכספים, 2003

5. קריטריונים לבחינת יעילות דגמי התקשרויות בין קופה לבית חולים

בדוח המפורט של European Observatory on Health Care Systems מצוין כי אין מודל תשלומים אחד שהוא מעל כולם מבחינת התועלת היחסית להשגת מטרות סקטוריאליות (Langenbrunner and Wiley, 2002). בחינת מודל התשלומים לבתי החולים באירופה (ראו נספח ג') מראה כי הבחירה מושפעת מטווח רחב של גורמים זמניים, ובכלל זה קדימויות וארגון מערכות בריאות ובתי חולים, זמינות נתונים וטכניקות, כמו גם רמת ההתפתחות בתוך מערכת בתי החולים. לאור הדינמיות של מערכות הבריאות והלחץ המתמשך על המשאבים, יש לצפות שדגמי התשלומים לבתי החולים יתפתחו לכיוון של התחשבות בהתקדמות הטכנולוגית, במערכות מידע ובמערכות אנליטיות. ניתן לבחון את יעילות דגמי ההתקשרויות בין קופות חולים לבתי חולים לפי 4 אמות מידה: (1) תמריצים; (2) חלוקת סיכונים; (3) פיקוח (monitoring) על חוזה ההתקשרות; (4) מורכבות חוזה ההתקשרות.

ניתוח דגמי התגמול לבית החולים (לוח 1) מראה כי בתגמול לפי יום אשפוז יש תמריץ להאריך את משך האשפוז (בייחוד במחלקות הזולות) מעבר לרצוי. הדבר נובע מהעובדה שהתעריף הוא ל"יום אשפוז ממוצע". תעריף יום אשפוז ממוצע הוא גם בבחינת חסם שלילי לפתיחת מיטות בעלות גבוהה (למשל טיפול נמרץ), ותמריץ שלילי לקבלת חולים "לא-כדאיים" לניתוחים כגון ניתוחי ריאות או אף אוזן וגרון (שאינם מתוגמלים באופן דיפרנציאלי), ולפיכך ליצירת תורים. לפי דגם זה, הסיכון כולו על קופת החולים. אף שלכאורה הפיקוח פשוט, הרי שבשל חוקי המציאות הישראלית הפיקוח המעשי על מספר הימים שיש לאשפז חולה הוא קשה. עם זאת, המודל אינו מורכב, וההתחשבות בין הקופה לבית החולים - פשוטה מאוד.

בחינת מודל תגמול לפי דיאגנוזה (DRG) מראה כי יש בו תמריץ לקצר את זמן האשפוז (התגמול אינו לפי משך אשפוז אלא לפי הדיאגנוזה), לבחור מטופלים רווחיים בעבור בית החולים ולשלוח למקום אחר לביצוע פרוצדורות הכרוכות בהפסד לבית החולים. חלוקת הסיכונים הולמת בין בית החולים לקופה, וככל

שהמודל מעודן יותר הסיכון לבית החולים קטן. עיקר הטענות הן שקשה לפקח על מתן אבחנות וכי זהו מודל מורכב, במיוחד בשלב ההקמה, הדורש מסדי נתונים באיכות גבוהה. נוסף על כך, זו מערכת מורכבת של קביעת מחירים למספר רב של פרוצדורות, הדורשת בדיקה מתמדת שהמחירים האבסולוטיים והיחסיים יהיו מעודכנים ולעדכנם במידת הצורך.

תשלום דיפרנציאלי: בחינת מודל תגמול זה מעלה כי הוא אינו יוצר תמריץ להארכת משך האשפוז, ואולם יש בו תמריץ לבית החולים לשחרר את החולים בטרם עת ולעשות cream skimming של חולים קלים. חברים בצוות העירו שעיקר הבעיה נעוצה בתמחור המעוות של התשלומים הדיפרנציאליים: המחירים אינם משקפים ממוצע, ולפיכך נוצר תמריץ לפתוח יחידות מקצועיות שתעריפיהן "גבוהים". המחייבים אומרים כי יתרונו הוא בסיפוק תמריץ לבית החולים לפתח פעולות מורכבות. השוללים טוענים כי בשל התגמול הדיפרנציאלי יש תגמול לפעולות מיותרות. עם זאת יש לזכור שעודף היצע של יחידות קשור גם להתפתחות הטכנולוגיה ולהוראות משרד הבריאות על חובת פתיחתן של יחידות מסוימות בכל בית חולים. נראה שסוגיית התמחור משפיעה כאן מאוד; בתי החולים נוטים לשלוח חולים הזקוקים לפעולות מורכבות, שאינן מתומחרות כראוי, אל מחוץ לבית החולים. קופות החולים משתמשות בשוק הפרטי כחלופה לטיפול בבית החולים, במקרים שהתעריף של בתי החולים גבוה מדי ואפשר לקבל את השירות במחירים נמוכים הרבה יותר בשוק הפרטי או במרפאות הקופה (ובכללית אף בבתי החולים של הקופה).

לוח 2: ניתוח דגמי תגמול לפי ארבעה רכיבים

תמריצים	חלוקת סיכונים	פיקוח על חוזה ההתקשרות	מורכבות החוזה
תגמול לפי יום אשפוז:			
יש תמריץ להאריך את משך האשפוז במחלקות שעלותן נמוכה יחסית.	הסיכון כולו על קופת החולים.	הפיקוח המנהלי פשוט.	ההתחשבות פשוטה.
DRG:			
<ul style="list-style-type: none"> יש תמריץ לקצר את משך האשפוז; יש תמריץ לבחור מבוטחים רווחיים בעבור בית החולים; יש תמריץ לקבוע דיאגנוזה חמורה. 	<ul style="list-style-type: none"> חלוקת הסיכון הולמת בין בית החולים לקופת החולים; ככל שמודל ה-DRG מעודן יותר, קטן הסיכון לבית החולים. 	אבחנות קשות לבקרה.	<ul style="list-style-type: none"> מורכב מאוד; דורש מסדי נתונים; עיקר המורכבות היא ביישום הראשוני. בהמשך, תהליך ההתחשבות הוא אוטומטי (באמצעות תוכנה).
תשלום דיפרנציאלי:			
<ul style="list-style-type: none"> לא יוצר תמריץ להארכת משך האשפוז; יש תמריץ לשחרר מהיר מדי של חולים; יש cream skimming של חולים קלים; יש תמריץ לבצע יותר טיפולים יקרים; יש תמריץ לפתוח יחידות שמחיריהן גבוהים; יש תמריץ חיובי לפתוח יחידות מורכבות. 	<ul style="list-style-type: none"> רוב הסיכון מוטל על קופות החולים; עם זאת, אם יש שונות גדולה בין טיפולים (יותר חולים קשים) גדל הסיכון לבית החולים. 	הקושי העיקרי הוא פיקוח על נחיצות הטיפול ומידת חיוניותו.	תהליך פשוט, מורכבות מעטה.
קפיטציה:			
<ul style="list-style-type: none"> יש תמריץ שלא לפתח עודף שירותים ופעולות רפואיות שאינן נחוצות; יש תמריץ שלילי לחסוך באיכות; יעיל רק לגבי אוכלוסיות קטנות ומוגדרות. 	בית החולים מקבל עליו כמעט את כל הסיכון (הופך למבטח משנה).	<ul style="list-style-type: none"> נטייה של הקופה לשלוח לטיפול מספר רב של חולים; לבית החולים קשה לפקח על כך. לקופות החולים קשה לפקח על שחרור מהיר מדי של חולים. 	<ul style="list-style-type: none"> מורכבות רבה - מחייב הקמת בסיס מידע איכותי ומערכות מידע תומכות.

לפי שיטת התגמול הדיפרנציאלי, רוב הסיכון מוטל על קופות החולים; אם מבוצעות פעולות רבות - הן המשלמות. על בית החולים מוטל סיכון מסוים בכך שאם בתוך התשלום הדיפרנציאלי יש שונות גדולה מאוד בין מטופלים (יותר מקרים קשים) - הוא הסופג את עיקר הסיכון. בחינת השיטה מהיבט המורכבות מעלה כי מדובר בתהליך התחשבות פשוט.

במודל הקפיטציה מוסכם כי מתן הטיפול הרפואי השניוני והשלישוני לאוכלוסייה של הקופה באזור מוגדר הוא באחריות בית החולים. בדגם זה יש תמריץ חיובי שלא לפתח עודף שירותים ופעולות רפואיות שאינן נחוצות. עם זאת, יש בו תמריץ שלילי לחסוך באיכות. בדיון עלה שצורת התקשרות זו מתאימה למקומות קטנים המאופיינים באוכלוסייה מוגדרת (captive audience) ובבית חולים יחיד באזור (כגון בפריפריה).

הצוות דן בכמה שאלות הנוגעות למודלים הרצויים להתקשרות בין קופות לבתי חולים. הראשונה שבהן התייחסה לסוגיית הרכיב הקבוע בתקצוב בית החולים.

האם התגמול לבית החולים צריך לכלול רכיב קבוע?

בבסיס הצעה זו עומד הרעיון שלפיו יהיה תגמול נפרד על הוצאה קבועה של בית החולים מול תגמול על הוצאה משתנה. כך, אחוז מסוים מתקציב בית החולים הוא תשלום קבוע, תלוי-מאפייני בית החולים. שיעור התשלום הקבוע לכל בית חולים ייקבע על ידי נוסחה שתכלול את מספר המיטות בבית החולים, תמהיל המיטות, תפוסת המיטות ובנוסחים על עמידה ביעדי התקציב בשנה שעברה. יתרת הסכום המשולם לבתי החולים יהיה תגמול שהוא תלוי-פעילות אשפוזית. הצעה זו מניחה שנטרול ההוצאה הקבועה מקטין את התמריץ להגדיל ביקושים ומאפשר לממן הוצאות על מוצרים ציבוריים, כגון תגמול לפריפריה, אקדמיזציה והוראה, פיתוח טכנולוגיות והכללת רכיבי איכות.

רוב המשתתפים בדיון התנגדו להצעה לכלול רכיב קבוע בתגמול לבית החולים. המתנגדים טענו כי זה עלול להיות מנגנון גרוע שיפגע בתחרות בין בתי החולים ויחזיר את המערכת לימים שבתי החולים קיבלו תקציב שנתי מן הממשלה. הובעה גם דעה כי רכיב קבוע בתגמול בית החולים יספק תמריץ לקבע מצב קיים ואף להגדיל את רכיב ההוצאות הקבועות של בית החולים, וימנע התייעלות וצמצום עלויות. הובע גם חשש שכל שרכיב ההוצאה הקבועה גדול יותר, יהיה פיקוח רב יותר של הרגולטור (הממשלה) על בתי החולים. חיסרון נוסף שעלה קשור לכך שלקופות החולים עשוי להיות תמריץ רב לאשפוז חולים בבתי החולים מאחר שהן משלמות רק על ההוצאות המשתנות.

עם זאת, גם המתנגדים להצעה לעיל הכירו בכך שאפילו במדינות שלכאורה יש בהן תחרות חופשית - המדינה יוצרת מנגנונים מתקנים המבטיחים מתן מוצר ציבורי, כגון מחקר ופיתוח. הובעה דעה כי צריך למצוא דרך לסבסוד פעולות שהמדינה חפצה בייקורן, כגון פעילות אקדמית או מתן עדיפות לאזורי פריפריה.

סיכום:

- רוב הצוות מתנגד לתשלום (חלקי) לכיסוי ההוצאות הקבועות של בית החולים;
- הצוות ממליץ כי המדינה תממן תשלום שאינו תלוי-פעילות בעבור מוצרים ציבוריים, כגון תגמול לפריפריה, אקדמיזציה או רכיבי איכות.

השאלה השנייה שהצוות דן בה נגעה לשיטת ההתקשרות המועדפת בין בתי החולים לקופות החולים.

לפי איזו שיטה יהיה התגמול לבית החולים?

בדיון הסתמנה הסכמה שהשיטה המועדפת צריכה לענות על כמה קריטריונים: צריך להיות בה רכיב של חלוקת סיכונים (risk sharing) בין הקופות לבתי החולים; רצוי שהיא תהיה שיטה פרוספקטיבית; רצוי שהיא תכלול חסם עליון שיכול להיות קבוע או דינמי.

המודל שרבים מחברי הצוות ראו בו אידאלי לתגמול בתי החולים הוא מודל ה-DRG האוסטרלי, המציע צירוף של תשלום לפי אבחון וקבוצות אבחון ושל קריטריונים לתגמול לפי מקרה ולפי סוג הפעילות הרפואית שבוצעה בחולה. לשיטה זו יתרונות אחדים ובהם גם העובדה שהיא כבר נוסתה באוסטרליה ובכמה ממדינות אירופה. נוסף על כך, ניתן יהיה להשתמש בתוכנה האוסטרלית בהנחה שיחסי המחירים באוסטרליה תואמים את אלה שבישראל. לפי המידע שהועבר לצוות, מתנהל כיום פיילוט של הפעלת ה-DRG האוסטרלי בחמישה בתי חולים. לפיכך במהלך 2004 נוכל לקבל תשובה לשאלה האם המודל מתאים לישראל או שיש להתאימו לתנאים וליחסי המחירים בישראל.

רבים מהמתדיינים העירו שהשיטה מחייבת מערכת טכנולוגית מורכבת מאוד והשקעה גדולה במערכות מידע משוכללות. הדבר דורש גם חינוך של הרופאים להקלדת האבחנות והיא אף צריכה להתעדכן מפעם לפעם, הן במחירים והן בפרוצדורות חדשות. הועלתה גם טענה כי השיטה אינה מתאימה למנטליות הישראלית.

לפיכך עלתה הצעה חלופית כי מוטב להשקיע בשיפור השיטה הקיימת - **תגמול לפי פעילות דיפרנציאלית**, שהיא שיטת תגמול פרוספקטיבית בחלקה. שיפור המודל הקיים כיום יהיה הן באמצעות תמחור הולם וראוי יותר של הפרוצדורות הרפואיות והן באמצעות הוספה הדרגתית של פרוצדורות רפואיות שהתגמול בעבורן הוא דיפרנציאלי. כך, ייכלל בשיטת תגמול זו מגוון גדול הרבה יותר של פעולות רפואיות המבוצעות בבית החולים. יתרונה של הצעה זו בכך שאין מדובר במהפכה אלא בתהליך הדרגתי המרחיב שיטה קיימת ומשפרה.

היו שהציעו כי המודל שיש לשאוף אליו כאתגר לעתיד הוא מודל ה-DRG האוסטרלי, אלא שמכיוון שהדבר מצריך בניית מערכות מידע מתוחכמות והדרכה לצוות הרופאים כיצד לעבוד אתן, קרי השקעה כספית ניכרת, אפשר בינתיים להרחיב בהדרגה את המודל הדיפרנציאלי הקיים ובתוך כך לעדכן את המחירים ולהרחיב את מספר הפרוצדורות הכלולות בו.

נוסף על כך, אף שבאופן אידאלי היה רצוי להגיע לתגמול דיפרנציאלי בכל מחלקות בית החולים, לרבות המחלקות הפנימיות ומחלקות הילדים, הרי שכל עוד הדבר אינו יוצא לפועל - יש לקבוע מחירי יום אשפוז דיפרנציאליים לפי מחלקות. עוד הוסכם שבכל שיטה שהיא יש לשמור על ריסון עלויות בתי החולים באמצעות חסם עליון כדוגמת שיטת הקפינג, גם אם ברור לכול שיש לעדכן את השיטה הקיימת כיום ולחולל בה תמורות.

סיכום:

- ריסון עלויות באמצעות קפינג;
- הועלו כמה הצעות, כל אחת מהן זכתה לתמיכה בקרב חלק מחברי הצוות:
 1. הרחבת המודל הקיים של תשלומים דיפרנציאליים; עדכון מחירי פרוצדורות רפואיות וקביעת מחירים דיפרנציאליים למחלקות לצורך התשלום לפי ימי אשפוז;
 2. יישום מודל ה-DRG האוסטרלי;
 3. שתי ההצעות אינן בהכרח חלופיות אלא עשויות להשלים זו את זו, כשבטווח הקצר יורחב המודל הקיים של תשלומים דיפרנציאליים ואילו בטווח הארוך, לאחר הכנת המערכת, יאומץ מודל ה-DRG האוסטרלי.

השאלה השלישית שעמדה לדיון בנוגע להתקשרויות בין בתי החולים לקופות הייתה:

מי צריך לקבוע את מנגנון ההתקשרות (התגמול) בין הקופות לבתי החולים: המדינה, גורם מפקח או מנגנון השוק?

כפי שהוזכר במבוא, בשנים האחרונות נוצר מגוון של דגמי התקשרות ותגמול בין הקופות לבין בתי החולים, ולכוחות השוק משקל רב בקביעת דפוסי ההתקשרות של הקופות עם בתי החולים. הסוגיה שהצוות דן בה הייתה, אם רצוי כי שיטת התגמול תוכתב מלמעלה, מטעם משרד הבריאות או גורם מפקח אחר, או שעדיף שתיקבע באמצעות כוחות השוק.

רבים מהמתדיינים תמכו בדעה כי המודל regulated market הוא המתאים. כוחות השוק הם שצריכים להכתיב את עקרונות ההתקשרות בין הקופות לבתי החולים ועל הרגולטור (משרד הבריאות) להתערב רק במקרה של חריגות או כשהמערכת נקלעת לסחרור. קרי, המתדיינים תמכו ברגולציה ובבקרה על מנגנון השוק. מודל זה יהיה נכון במיוחד אם אכן יתואגדו בתי החולים, והמדינה (או קופת החולים) לא יהיו צד במשא ומתן. בעניין זה הזכירו המתדיינים שגם כיום יש מצב של "מאזן אימה" בין בתי החולים לקופות, המבטיח כי כוחות השוק אכן פועלים. לכן יש מקום לרגולציה של ההתקשרות רק במוצרים מונופוליסטיים. יש שהציעו תחרות במסגרת מחירי מקסימום (למונופול) ומחירי מינימום (למונופסון) המשתנים לפי המצב בכל אזור. אמצעי אחר שהוצע לרגולציה הוא קביעת מספר המיטות בכל בית חולים.

היו שראו בבחירה חופשית של בית החולים חלק מכוחות השוק, ולכן לדעתם יש לאפשר לכל מבוטח בחירה בבית חולים, כחלק ממאזן כוחות השוק. נטען כי למעשה

גם כיום כוחו של הצרכן ומידת מעורבותו גבוהים מאוד. לעתים קרובות הצרכן הוא הקובע לאיזה בית חולים (חדר מיון) יפנה. לא זו בלבד אלא שגם כיום, כשיש לקופה הסכם עם בית חולים, ואפילו יהא זה הטוב ביותר, יש מבוטחים המעדיפים בית חולים אחר.

עלה גם הצורך לטפל באורח שונה בעניין קביעת התגמול. לדוגמה, לאפשר לשוק החופשי להכתיב את מחיריהם של שירותי המעבדה וההדמיות וכן את התגמול בעבור שירותים אמבולטוריים. לעומת זאת בעניין האשפוז - לקבוע תקרת מחיר ולהכפיפה לרגולציה של חוק המונופולים והמדינה. היו שהזכירו כי יכולתו של הרגולטור, קרי משרד הבריאות, להתערב במקרים חריגים היא מוגבלת, ואז יש חשש שיהיו הסכמים שיפגעו בחולים.

בדיון בלטה התנגדותם של מרבית המשתתפים לפיקוח על כוחות השוק בקביעה של צורת ההתקשרות בין קופות החולים לבתי החולים, אלא אם כן מדובר במקרים קיצוניים. בהתאם לרוח הדברים הייתה גם ההמלצה בעניין זה.

סיכום:

כוחות השוק צריכים להכתיב את עקרונות ההתקשרות, ועל הרגולטור להתערב במקרים חריגים בלבד.

6. הבקרה של קופות החולים על בתי החולים

עניין נוסף שהצוות דן בו הוא הבקרה על איכות הטיפול כחלק מהסכמי ההתקשרות בין קופות חולים לבתי החולים. השאלה שעמדה לפני הצוות בכנס ים המלח הייתה:

האם יש לכלול רכיבי איכות בהסכמי ההתקשרות בין הקופות לבתי החולים?

בקרת הקופות על הטיפול במבוטחיהן בבית החולים נעשית כיום בעיקרה ברמה של יחידות בקרה מחוזיות. מקצת ההסכמים בין הקופות לבתי החולים כוללים נספח הנוגע לבקרה. במקרים אחרים, הסכמים בין הקופה לבית החולים הנעשים בשיחות ישירות באים לביטוי במסמך קצר מאוד שאינו כולל נספח על בקרה. מכל מקום, לפי נציגי הקופות, מתמקדת הבקרה בעיקר בבעיות אדמיניסטרטיביות והיא נערכת לפי קווים מנחים או כללים של משרד הבריאות. בית החולים ממנה רופא רפרנט לעבודה מול הקופה. בכל בית חולים יש לקופת החולים צוות ובו אחות, רופא ומזכיר (בכללית) או מנהל, רופא ואחות קשב (לצורכי קשר, שירות, בקרה; במכבי), שאמונים על הבקרה האדמיניסטרטיבית. בקרה זו כוללת בדיקה, אם החשבון שהוגש לקופה הוא לפי כללי החיוב שנקבעו בהוראות משרד הבריאות: (1) בדיקת נוכחות החולה וזיהוי החולה (אם הוא מבוטח בקופה; אם הוא זכאי לטיפול; אם נבדק וטופל בפועל); (2) זיהוי סיבת הקבלה. בקרה זו נעשית בזמן אמת (on line). בקרה נוספת נעשית בדיעבד (post factum): בדיקת סיכומי המחלה מול החיובים כדי לבחון הלימה לכללי משרד הבריאות וכן לבדוק אם המבוטח טופל כפי שנכתב בסיכום המחלה.

בפועל, אין כמעט בקרה על איכות הטיפול או על הלימותו, ואם יש, קשה מאוד לכמת אותה. השאלה ששאלו חברי הצוות בדיונים המקדימים היא, אם יש בידי מנהלי בתי החולים ומנהלי הקופות להציע שורה של תמריצים שיהיו חלק מהסכם ההתקשרות ביניהם לשם מתן שירות רפואי ראוי? מנהלי בתי החולים טענו בתוקף נגד מצב שרופאים, זוטרים בדרך כלל, מצהירים בשם הקופה שלא ישלמו בעבור חלק מימי האשפוז של חולים, וזאת בלי להתבסס על פרמטרים רפואיים מוסכמים (לדוגמה, אי-תשלום בעבור ימי אשפוז של חולה בדלקת ריאות, לאחר שחום גופו שב להיות תקין וסיבות אחרות הצריכו את המשך אשפוזו). המנהלים רואים בזה מצב בלתי קביל, שיש בו משום נטילת סמכות בלי קבלת אחריות ובלי לתת את הדין בעמידה מול החולה ומשפחתו במקרה של רשלנות.

בשיחה עם נציגי מכבי שירותי בריאות עלה, כי בכוונת האגף הרפואי של הקופה להתנות את הסכמי ההנחות עם בתי החולים לשנת 2005 בעמידה בפרמטרים רפואיים ומנהליים שייכללו בהסכם ההתקשרות. הכוונה למעשה היא להציג לכל מחוז אילו פרמטרים של איכות רצוי שייכללו בהסכם הנחות עם בית חולים. בשיחה עם נציגי מכבי ובדיונים המקדימים בצוות הובאו דוגמאות לפרמטרים של איכות שאפשר לפקח עליהם. לדוגמה, מתן בנוסים על עמידה בממוצע מסוים של ימי אשפוז, בנוס לשיעור נמוך של חולים חוזרים בכירורגיה, אחוז קבלות (או אי-קבלות) במיון ושיעור נפילות מהמיטה.

פרמטר רפואי נוסף שאפשר לבסס עליו את הבקרה המיועדת להבטיח את איכות הטיפול הרפואי הוא בעניין שבר בצוואר הירך: לפי הנחיות משרד הבריאות הטיפול הראוי לשבר בעצם הירך הוא ניתוח בתוך 48-72 שעות מקרות האירוע. הטיפול צריך להסתיים בתוך 5-7 ימים מיום הניתוח. בפועל קורה שמטופלים ממתנינים לטיפול שבוע עד 10 ימים. לפיכך יכולה קופת החולים לדרוש הכללת התניה בהסכם ההתקשרות עם בית החולים, שלפיה מטופלי הקופה שאושפזו מחמת שבר בצוואר הירך יטופלו בתוך 48-72 שעות. ואם לאו, יופחת התשלום שעל הקופה לשלם או שקופת החולים תהיה רשאית להעביר את חוליה לבית חולים אחר.

דוגמה נוספת לקביעת פרמטרים רפואיים בהסכם ההתקשרות היא בהקשר של צנתורי לב. כשיש חשש להתקף לב, יש לצנתר את החולה מוקדם ככל האפשר מתחילת הכאבים (לפי הספרות בתוך 3 שעות). בפועל, פעמים רבות יש עיכובים משום שחדר הצנתורים אינו פועל או שהחולה הגיע בלילה. ניתן להתנות הסכם התקשרות בטיפול מוקדם נכון. פרמטרים אחרים שהוזכרו הם משך המתנה מקובל לאשפוזים ולפעולות אלקטיביות. כמו-כן אפשר להתרשם מסקרי שביעות הרצון של מאושפזים שמבצע גוף אובייקטיבי, כאחד הפרמטרים לבחינת איכות הטיפול בבית החולים.

מן האמור לעיל עולה כי ניתן להציע שבהסכמי ההתקשרות (ההנחות) בין קופת החולים לבית החולים ייכללו סעיפי בקרה הנוגעים לאיכות הטיפול לפי סדרת פרמטרים רפואיים.

לעומת זאת, האחראים על הבקרה בשירותי בריאות כללית הביעו ספק רב ביכולת הקופה ליישם בקרה על הלימות הטיפול באמצעות סעיפים בהסכמי ההתקשרות עם בתי החולים. לטענת נציגי הכללית הרופאים הרפרנטים לקופה מטעם בית החולים אינם משתפים פעולה תמיד, ולעתים קרובות דוחים על הסף פניות של הקופה. לדבריהם, בתי החולים אינם אוהבים את הבקרה של הקופות; הם סבורים כי צוות הבקרה אינו מקצועי דיו וכי מעת אשפוזו של החולה בבית החולים הם האחראים היחידים לטיפול בו.

זאת ועוד, לפי אחראי הבקרה בכללית, הרי שבהיותה הקופה בעלת המסה הגדולה ביותר של מאושפזים היא מצויה בעמדה נחותה ביחס לשאר קופות החולים, שכן בתי החולים מוכנים להעניק הנחות לקופות הקטנות, להתייחס לטענותיהן (ובייחוד מכבי) ולקזז זאת בעזרת הארכת משך שהייה, ולו במקצת, של מאושפזי הכללית. כמו-כן, לעומת הבקרה האדמיניסטרטיבית המוסדרת למדי בהוראות משרד הבריאות, יש לדעתם בעיה קשה בבקרת הלימות הטיפול.

עוד עולה מדברי האחראים על הבקרה בכללית, כי לקופה אין כוח אמיתי מול בתי החולים בהסכמי ההתקשרות עמם. כמו-כן אין בידי הקופה הכוח להפנות חולים לניתוחים ולמרפאות חוץ מבתי החולים שאינם משתפים פעולה לבתי חולים אחרים. כך שהדימוי שהכוח מול בתי החולים הוא בידי הקופות - בטעות יסודו. הניסיון מראה כי גם אם הקופה מפחיתה את הפניית החולים לטיפול אמבולטורי בבית החולים, יש עלייה גדולה בעלויות האשפוז. לטענתם, בתי החולים מפצים את עצמם על הירידה בשימוש בשירותיהם האמבולטוריים בהעלאה מלאכותית של מספר ימי האשפוז בקרב מבוטחי הקופה.

לא זו בלבד אלא שכשקופת החולים מגישה ערעור ומגיעה לבוררות עם בתי החולים הממשלתיים, הבורר הוא לרוב משרד הבריאות, שהוא בעליהם של בתי החולים הממשלתיים. הליך הבוררות הוא איטי מאוד וייתכן שיחלפו שנים עד שיגיע לסימום. כך לדוגמה מתקיים כיום הליך בוררות משנת 2001 עם בית חולים ממשלתי.

לפי נציגי שירותי בריאות כללית, נקודת התורפה של המערכת הוא שאין כללים לאשפוז ממיון. לפיכך בכמה מבתי החולים (שמבוטחי כללית משקפים בהם 80% מהמאושפזים) מגיע שיעור האשפוז ממיון ל-66%. עד שצוות הבקרה מגיע לבדוק זאת, החולים מצויים זה מכבר במחלקות (לרוב בפנימיות). מנקודת מבטה של כללית, הבקרה על נאותות או הלימות הטיפול לא תתבצע גם אם ישולבו סעיפים של בקרת איכות בהסכמי ההתקשרות עם בתי החולים. על משרד הבריאות לפרסם הנחיות לבדיקת הלימות האשפוז, כדוגמת הפרוטוקולים שכבר קיימים ברחבי העולם (ראו אצל Lambert et al, 2002). כך לדוגמה הובא לפני הצוות פרוטוקול AEP (Appropriate Evaluation Protocol) המשמש כבר יותר מ-20 שנה בארה"ב, תוקף ועודכן ומשמש אף באירופה. עיקר חשיבותו של פרוטוקול כזה היא באפשרות לקבוע על סמך הפרמטרים הרפואיים המתוקפים שבו, אם עצם האשפוז מוצדק, ואם כל יום אשפוז כשלעצמו מוצדק (ראו נוסח הפרוטוקול, נספח ד).

הפתרון המוצע אפוא הוא קביעת כללים לבדיקת הלימות הטיפול ולבקרת הלימות האשפוז בהוראות מנכ"ל משרד הבריאות. לטענת נציגי הכללית הדבר ראוי גם מבחינה לאומית, שכן כך תהיה אפשרות להפנות כסף מהאשפוז לפתרונות של אשפוז בית, ותקטן ההוצאה הלאומית לאשפוז.

לדברי נציגי הכללית, בחוק ההסדרים האחרון נקבע כי ייקבעו כללים לאשפוז ממיון (קביעה שמשרד הבריאות ערער עליה). הדרך הנכונה אפוא היא לאמץ את החלטות הממשלה האחרונות בעניין זה ובעניין האשפוז הסיעודי ולבצען. קרי, על משרד הבריאות לנסח ולפרסם הנחיות קליניות ביחס לאשפוז ממיון וכן בנוגע להלימה של יום אשפוז, בעיקר בנוגע לחולים סיעודיים המאושפדים ימים רבים. לאחר שיוצגו קווים מנחים בתחום הלימות הטיפול הרפואי, יש לאפשר למנגנוני הבקרה של קופות החולים לפעול לפיהם.

כאמור, עמדת בתי החולים היא שהבקרה הרפואית במתכונתה הנוכחית אינה מתבססת על פרמטרים המשקפים הלימות אמיתית של טיפול רפואי וכי היא שטחית. לדוגמה, התחשבות בפרמטר אחד או שניים מרבים הקובעים את מצבו של החולה ואת הצורך בהמשך אשפוזו. לבתי החולים אין התנגדות לקביעת פרמטרים אמיתיים להלימות הטיפול, בין שאלו יפורסמו מטעם משרד הבריאות ובין שיהיו חלק מהסכם ההתקשרות עם הקופה, אך בתנאי שיהיו מוסכמים וישקפו כראוי את הלימות הטיפול בחולה מסוים. כך לדוגמה, ממוצע ימי אשפוז לצורך מתן בונוסים צריך להיקבע בהתחשב בתמהיל החולים של בית החולים הנדון ובשקלול הכרחי של פרמטרים כגון גיל ממוצע ותחלואה כרונית נלווית. הוא הדין לגבי אחוז האשפוזים מכלל המבקרים בחדר מיון.

אשר לקביעת הממשלה בחוק ההסדרים האחרון; לדעת מנהלי בתי החולים זו דוגמה בולטת לכלל בלתי הוגן בעליל, שלפיו חולים הסובלים ממחלה אקוטית והגיעו בעקבותיה למצב סיעודי, מרגע שהוכרזו כסיעודיים נותר בית החולים בלא תגמול כספי. זאת בזמן שבית החולים הוא העומד מול חולה השרוי במצב תפקודי ירוד ביותר, לעתים קרובות מצב חדש לו, ומול תחושת ההלם של משפחתו. בית החולים הוא הסופג את העלויות בגין חולה זה, והוא גם זה שצריך להתייצב מול המשפחה, בכל הנוגע להוצאת החולה מבית החולים. בה בעת הקופה אינה מחויבת בתשלום מלא בעבור הטיפול וגם אינה ממחרת בדרך כלל להציע פתרונות לאשפוז סיעודי.

בדיוני הצוות בכנס ים המלח צוין, כי שילוב מדדי איכות כרכיב בתגמול נותני השירות נעשה בכמה מערכות בריאות ברחבי העולם. כך לדוגמה, באנגליה מתנים תוספת כספית לרופאים בקהילה בביצוע מערך ניטור לפי מדדי איכות קליניים (התוספת אינה ניתנת על פי התוצאות אלא בעבור עצם ביצוע התהליך: מדידה, דיווח וביצוע פעולות מתקנות). נוסף על כך, נטען כי מערכות האשפוז נוטות בלאו הכי לבדיקות ולניטור ביצועים קליניים. לפי המצדדים בתהליך, מדדי האיכות אמורים אפוא להיות חלק בלתי נפרד מההתקשרות החוזית בין ספק השירותים לבין הקונה אותם (קופת החולים). המצדדים טוענים כי יש כיום מדדי איכות מספיקים; הרגולטור (המדינה)

הוא שצריך לקבוע מהם מדדי האיכות שבית החולים באופן מנדטורי יהיה חייב למדוד. צוין כי ניתן ליישם גם מדדי איכות שאינם קליניים, כגון מדדי שביעות רצון ויחס לחולה ואופי הקשר עם הקהילה, כפי שמשתקף לדוגמה בהעברת נתונים קליניים לרופא המשפחה או הכנת החולה לתרופות.

היו שהציעו כי תוקם מערכת מדרגת של בתי חולים, והחולה, שיהיה "השחקן הראשי" במערכת (כי זכות הבחירה שלו בבית החולים תהיה מעוגנת בחוק), הוא שיבחר את בית החולים, לפי המידע על איכות שיהיה בידיו. וזאת גם בזכות העובדה שטופס 17 שיקבל יהיה סחיר כשובר (voucher). אם יפדה אותו בבית חולים שהוא מעדיף (ולא בזה שהוכוון אליו), יקבל החזר של 70% מהעלות ועל היתר ישלם לפי בחירתו בבית החולים. התומכים בדעה זו היו נגד הכללת מדדי איכות בהתקשרות בין הקופה לבית החולים כגורם מתווך.

למול הטוענים בעד תמריץ לאיכות הטיפול דרך מערכת התגמול לבית החולים היו שטענו כי מערכת התגמול לפי DRG היא המגלמת תגמול על איכות. שכן יש נורמה לתהליכים שיש לבצע ולפיכך נעשה התמחור לאבחנה. אם הטיפול אינו נעשה כראוי (אין מבוצעות פרוצדורות א', ב' או ג', או שהחולה מטופל באיחור), בית החולים הוא הסופג את העלויות. לכן יש להרחיב את התגמול לפי DRG וכך לשפר את האיכות, בלי צורך בהסכמים או במדדים.

היו שחילקו את העניין לכמה מישורים: במישור הראשון, האיכות היא חלק מובנה מהסכם קיים (לדוגמה, הסכם DRG שמתגמל על אשפוז ראשון בלבד); המישור השני יהיה שימוש בפרמטרים סטטיסטיים יותר, כשהתגמול יהיה על עמידה בנורמה מסוימת; המישור השלישי עשוי להיות עצם הפרסום והחשיפה של מידע על איכות לציבור ("הציבור יצביע ברגליים"). על כך היה מי שהגיב שקשה לסמוך על שיקול דעתו של הצרכן בשל כשלי השוק במערכת הבריאות.

בעת הדיון חזרו רבים והדגישו שלמבטח אין כלים לשפוט איכות, ולכן על המדינה ועל קופות החולים להתערב ולעודד איכות שתובנה בתוך תהליך הטיפול ותהיה קשורה גם למערכת התגמול של בית החולים. לעומתם, עלתה דעה כי לא בשלו עדיין התנאים לשלב בחוזה ההתקשרות תגמול בעבור עמידה במדדי איכות, שכן אין עדיין מדדי איכות של ממש. לכן יש להקצות משאבים לפיתוח מדדים תקפים בישראל, ולשם כך על המדינה להקצות תגמול מיוחד (אולי דרך מימון ההוצאות הקבועות) לפיתוח מדדי איכות שברצונה לקדם ואין להניח את העניין כאילו היה בתחומים שבין קופת החולים לבית החולים. בדיון עלו כמה הצעות למדדי איכות, כגון סקרי שביעות רצון, שיעור חולים חוזרים בתוך שבוע וזמן המתנה לניתוחי צוואר הירך.

להלן המלצות הצוות בסוגיה זו:

- יש קונצנזוס שחובתו וזכותו של קונה השירותים לדרוש הקמת מערכות של בקרה, שיפור ומדידת איכות;
- מומלץ תגמול מטעם המדינה בגין רכיבי איכות שברצונה לקדם;

- בנוגע למדדי איכות בהסכם ההתקשרות הועלו שתי הצעות, וכל אחת מהן זכתה לתמיכתם של מקצת חברי הצוות:
 1. מדדי איכות לא יהיו חלק מחוזה ההתקשרות שבין הקופה לבית החולים אלא ינוטרו ויפורסמו ברבים כדי לאפשר לצרכן לשפוט.
 2. היו שסברו שיש בישראל די מדדי איכות שאפשר להשתמש בהם, ולכן אפשר לכלול אותם בהתקשרות החוזית בין ספק השירותים לבין הקונה אותם.

מקורות

- הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, 2002, דין וחשבון, תל אביב.
משרד הבריאות, אגף הכספים, 2003, ניתוח פיננסי: בתי החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות 1999-2002.
משרד הבריאות, 2001, הוועדה הציבורית לבחינת מערכת הבריאות ומעמד הרופא בה, עמדת משרד הבריאות, ירושלים.
מכבי שירותי בריאות, 2001, סוגיות מרכזיות במערכת הבריאות בישראל - עמדות מכבי שירותי בריאות, מוגש לוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה.
שירותי בריאות כללית, 2001, עמדת הכללית בנוגע למערכת הבריאות הציבורית בישראל, מוגש לוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה.
- Lambert, J.G.G. Panis; Frank W.S.M Verheggen; Peter Pop, 2002. "The Assessment of Appropriate Hospital Stay: A Dutch Report". International Journal for Quality in Health Care. 14(1):55-67.
- Langenbrunner, J.C.; Wiley, M.M. 2002. "Hospital Payment Mechanisms: Theory and Practice in Transition Countries", in McKee, M.; Healy, J. (eds) Hospitals in a Changing Europe, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham.
- Rosen, B.; Haklai, Z.; Mohilever, M.; Nevo, Y. et al, 2003. Hospital Utilization and Expenditure by Israeli Health Plans in an Era of Health Reform. Second Year Report. JDC-Brookdale Institute, RR-400-03. Jerusalem.
- Shmueli, A.; Dor, A. Average and Marginal Costs in General Hospitals in Israel: A Multi-Product Cost Function Approach (unpublished).

נספח א: דגמי הסכמים בין קופות החולים לבתי חולים

א. מכבי שירותי בריאות

1. הסכמים על בסיס Fee For Service בהתאם לתעריפון משרד הבריאות בגין יום אשפוז, פעולות דיפרנציאליות, חדר מיון ופעולות אמבולטוריות.
2. הסכמים על בסיס FFS: מחירים לפעולות שהם חלופיים לאלו של משרד הבריאות ושהושגו במו"מ.
3. "סלים": מחיר למקרה לתקופה מוגדרת, הכולל סל מוגדר של שירותים.
4. הסכמים גלובליים למחלקה: סיכון גלובלי לשנה בלא הגבלת חולים וימי אשפוז.
5. הסכמי שיתוף פעולה עם מחלקה בבית חולים: עיקר ההסכם אינו כספי אלא מקנה למכבי שליטה רבה יותר על משך האשפוז ועל הטיפול הניתן לחולים. התשלום הוא על בסיס FFS על פי תעריפון משרד הבריאות או תעריפים מוסכמים אחרים.
6. הסכמים לביצוע בדיקות מעבדה מדגימות שנלקחו בקופה.
7. הסכמים לקבלת הנחה תמורת כמויות.
8. שילוב של קפיטציה רבעונית ו-FFS עם הנחה על היקפים.
9. הסכם מרפאות חוץ עם בדיקת רופא חינום.
10. הסכם חדר מיון בתעריף מוקד (הנחה תמורת היקף).
11. הנחות שונות מהנחות הקפ. לדוגמה, במקום אלפא 60% - אלפא 40% או 30%.
12. הסכם מדרגות לפי היקפים.
13. הסכמים גלובליים - סכום מוסכם בלי תקרת כמויות לתקופה מוגדרת.
14. מכבי בתוך הקפ הממשלתי ומעליו סכום פר מקרה לפי אחוז מסוים של המחיר המלא.

ב. שירותי בריאות כללית

לפני הצוות הוצגו בקצרה הסכמי ההתקשרות הנהוגים בשירותי בריאות כללית בין הקופה לבין בתי החולים שאינם בבעלותה ובין בתי החולים של הקופה לבין הקהילה (המחוזות בקופה):

- בשירותי בריאות כללית יש הסכמי התקשרות בכמה מישורים. ההתקשרות עם בתי חולים ממשלתיים או ציבוריים שאין עמם הסכמים גלובליים היא לפי שיטת הקפינג הממשלתי, עם אלפא של 50% מעל הקפינג. נוסף על כך, בבתי חולים שיש עמם הסכם שונה, יש הסכמים לפי נפח פעילות, עם אלפות שונות - מעל לקפינג הממשלתי ומתחתיו. נציג הקופה ציין כי כשקופה מפחיתה רכש של שירותי אשפוז או שירותים אמבולטוריים מבית חולים מסוים, בית החולים ייטה לעשות הסכמי אלפא שבסיס הקפינג שלהם נמוך מהקפ הממשלתי. הסכם זה כדאי לבית החולים כדי למנוע מצב שהפעילות יורדת בקיצונית; נציג הקופה ציין כי ברמה העקרונית כשהאלפא הייתה 0 - לא קרו תופעות כאלה.
- למעשה, מאז 1997 אין לכללית הסכמים עם בתי החולים שהם הסכמים גלובליים על כל שירותי בית החולים, אלא יש תחומים שהם לפי הסכמים.

לדוגמה, קובעים שבתחום מסוים התשלום הוא גלובלי עד תקרת הקפינג ועוד 10 מיליון שקלים. משבית החולים עובר את הגבול, האלפא היא 75%. הסכמים כאלה מתקיימים עם בתי חולים ועם מחלקות. לדברי נציג הקופה, יש בכך משום הגנה על בית החולים וגם על הקופה, שכן אם הקופה תתרגל לשלם באלפא נמוכה, יש חשש שיתרגלו לרמת פעילות גבוהה מדי.

- כמעט עם כל בתי החולים, בשירותים הניתנים גם מידי ספקים פרטיים, ההסכמים מכילים הסדרי מחירים. כך מתאימים בתי החולים את מחיריהם למחירי השוק, וזאת, מתוך רצון של בית החולים להמשיך ולספק שירותים אלה.

- **שיטת ההתחשבות באשפוז אונקולוגי:** בהתקשרות הקופה עם בית חולים ממשלתי משלמת הקופה 2,500 שקל בעבור יום אשפוז הכולל כימותרפיה. אם הטיפול הכימותרפי יקר - מחייב בית החולים את הקופה רק על יום אשפוז, והקהילה היא המשלמת על החומרים. מאז הסכם הקפינג נוצר מצב שהקופות משלמות על טכנולוגיות יקרות בנפרד ממחירו של יום אשפוז. בתי החולים הם המחליטים מהו התשלום שישולם. לטענת נציג הקופה, שיטה זו גורמת בזבוז משאבים, שכן אם לא טופל החולה באותו יום שנקבע הטיפול, נותרים עודפי תרופות.

- **הסכמי התקשרות בתוך הקופה:** ההתקשרות בין בתי החולים של הכללית לבין הקהילה (המחוזות) מבוססת על חלוקת סיכון רבה יותר, והאלפא משקפת עלות שולית. כל פעילות המתוגמלת דיפרנציאלית מתבססת על אלפא של עד 40% בין הקופה לבית החולים. הקפינג המופעל אינו הקפינג הממשלתי אלא קפינג פנימי המשקף רמה היסטורית עם תיקונים, וגמישות התיקונים רבה יותר. לגבי כל פעילות רפואית שאינה דיפרנציאלית ואינה אשפוז יום או מרפאות חוץ, מתבססים על קפ מסוים שמעבר לו מתבססים על אלפא של 7.5% (גם שלילי). האלפא בפעולות האמבולטוריות היא 20%.

התשלום למרפאות החוץ השייכות לבתי החולים של הקופה מבוסס על מנוי: מי שאושפז, מטופל במרפאות החוץ (לשנה). מעבר לביקור האמבולטורי, הוא מקבל גם את סל השירותים שניתן באותו שירות. כך, לבית החולים אין מניע לייצר ביקורים מיותרים. הדבר מבוסס על תמחור אמיתי, ולבית החולים יש תמריץ לספק פתרון אחרי ביקור אחד. אם החולה מגיע לקהילה, בית החולים מתקזז עם הקהילה על חולה זה.

התחשבות באונקולוגיה אמבולטורית: נקבע תהליך ברור להתחשבות בגין טיפולים אונקולוגיים וכימותרפיים במסגרת אמבולטורית. הוגדרה רשימת תרופות בחלוקה לקבוצות לפי עלותן. החיוב נעשה כפונקציה של הטיפול ושל התרופות שניתנו בפועל באותו טיפול. בית החולים מספק את התרופות היקרות, וקופת החולים משלמת בעבורן. עלות התרופות האחרות כלולה במחיר הטיפול. כך מפסיק המטופל לשמש בלדר להעברת תרופות רדיוטוקסיות בין הקופה לבית החולים, וכך

מוגברת הבטיחות בשימוש בתרופות אלה. המבטח משלם רק על הצריכה בפועל ואינו מותיר "יתרות חופשיות" לשימוש בית החולים. שיטה זו מיושמת בין הכללית לבין בית החולים רמב"ם ובתי חולים אחרים. שאר הקופות הביעו עניין ביישום השיטה מול בתי החולים של הכללית.

- בכללית סבורים שמן ההיבט הלאומי הסכם קפיטציה כמו ההסכם במודיעין (בין הקופה לבית החולים הדסה) הוא המיטבי. לפי הסכם מודיעין, הדסה מספקת שירות ללקוחות הכללית במודיעין, לרבות אשפוזים וטיפולים בבתי חולים אחרים, שהדסה משלמת בעבורם. התשלום נעשה בשיטת חלקי הקפיטציה: עיקר הכספים המועברים מהביטוח הלאומי בשיטת הקפיטציה בעבור כל חבר מועברים להדסה.
- שיטת ההתחשבות של כללית שונה בכמה היבטים מההתחשבות עם בתי החולים הממשלתיים:
 - ♦ יש קפינג פנימי המשתנה באופן דינמי;
 - ♦ על ימי אשפוז האלפא היא של 7.5%;
 - ♦ על פעילות דיפרנציאלית אלפא של 40%;
 - ♦ על טיפול אמבולטורי אלפא של 20%;
 - ♦ שיטת המנוי בטיפול האמבולטורי.

נספח ב: תמהיל הכנסות בתי החולים הממשלתיים

לוח ב1: תמהיל הכנסות כלל בתי החולים הממשלתיים ממתן שירותים רפואיים בשנים 2002-2000 (באחוזים)

שנת 2002	שנת 2001	שנת 2000	
57.1	56.9	58.8	אשפוז חולים
20.2	20.3	19.7	פעולות דיפרנציאליות
16.8	16.7	15.7	שירותים אמבולטוריים
5.9	6.1	6.0	חדר מיון
100	100	100	סה"כ הכנסות

מקור: משרד הבריאות, אגף הכספים, 2003.

לוח ב2: תמהיל הכנסות כלל תאגידי הבריאות בשנים 2002-2000 (באחוזים)

שנת 2002	שנת 2001	שנת 2000	
30.2	29.0	27.8	פעולות דיפרנציאליות
60.9	60.8	59.1	שירותים אמבולטוריים
8.9	10.2	13.1	הכנסות אחרות
100	100	100	סה"כ הכנסות

מקור: משרד הבריאות, אגף הכספים, 2003.

נספח ג: הניסיון במערב אירופה¹

שילוב של תשלום המותאם לתמהיל החולים ושל תקצוב גלובלי מיושם במדינות רבות במערב אירופה בתשלומים על שירותיהם של בתי חולים. בתשלום תואם-תמהיל (case-mix adjustment) משתמשים לדוגמה במדינות בלגיה, צרפת, אירלנד, איטליה, נורווגיה, פורטוגל וספרד. יישום ההתאמה במישור הארצי או האזורי תלוי במבנה מערכת הבריאות במדינה. מימון שירותי בתי חולים במדינות כגון אירלנד ופורטוגל הוא ריכוזי מאוד, ואילו בספרד יש אוטונומיה יחסית ברמה האזורית.

בלגיה

בלגיה הנהיגה שינויים במערכת בתי החולים משנת 1987, המכוונים לזהות את צורכי החולים, להפחית עלויות, לשפר את איכות הטיפול, להציע תמריצים להתייעלות ולהביא להקצאת משאבים ראויה יותר בין בתי החולים. בשנת 1994 החלו להשתמש בדגם תשלום לפי אבחנה (all-payer DRGs) כדי לתקן לתחלואה בהשוואת משך האשפוז. בית החולים שנמצא כי משך האשפוז בו גבוה ב-2%-10% מהממוצע הארצי המתוקנן מפסיד 50% מהתקציב לימי אשפוז נוספים אלה; הוא מפסיד 25% אם משך האשפוז מתארך ביותר מ-10% מהממוצע הארצי.

צרפת

מאמצע שנות השמונים ננקטו בצרפת צעדים לריסון עלויות בבתי החולים. בתי חולים ציבוריים וכן בתי חולים פרטיים שאינם למטרות רווח, המשתייכים למגזר הציבורי, מומנו בתקציב גלובלי פרוספקטיבי משנת 1984-1985. חשוב לציין כי משנת 1997, תקצוב מאושפזים אקוטיים מבוסס בחלקו על תשלום תואם-תמהיל שנמדד לפי אבחנות (DRGs). תקציביהם של בתי החולים מבוססים בחלקם על עלויות ספציפיות של בתי חולים ועל התאמה למדד התמהיל האזורי - groupes homogènes de malades - הקובע 0.5% מתקציבי בית החולים, ושחלקו יגדל בהדרגה במשך הזמן. תקציבים לבתי חולים ציבוריים ולבתי חולים פרטיים שאינם למטרות רווח נקבעו עד כה בנפרד; בעתיד ייכללו כל בתי החולים במסגרת התקציב האזורית.

אירלנד ופורטוגל

מדינות אלה דומות באופן יישומן תשלומים תואם-תמהיל (case-mix adjustment) במודל של תקציב גלובלי של בית חולים אקוטי. התאמה לתמהיל החולים לצורכי תקציב יושמה בפורטוגל ב-1990 ובאירלנד ב-1993 בהתבסס על הניסיון בפורטוגל. תשלום תואם תמהיל מחייב הערכה של עלות תמהיל החולים לפי אבחנות בבתי החולים. ההנחה היא שהעלות היחסית של תמהיל החולים של בית החולים מצביעה על מידת יעילותו. תקציב בית החולים נקבע בהסכמה על בסיס תשלום מותאם-תמהיל. התאמה זו יכולה להיות חיובית או שלילית, בהתאם ליעילות בית החולים

¹ המידע בנספח זה מתבסס על דוח של European Observatory on Health Care Systems Series (Langenbrunner and Wiley, 2002).

ביחס לבתי חולים אחרים בקבוצת ההתייחסות שלו. פריסת המשאבים הנוספים המתקבלים מתהליך זה יכולה להיכלל בשיקולי בית החולים. בקביעת הקצאת המשאבים לוועדות הבריאות האזוריות ולבתי חולים גדולים באירלנד, בתי חולים מרובדים לפי סטטוס הוראה. כיום, 15% מהתשלום תואם התמהיל מבוססים על שיעורי העלות בקבוצת ההתייחסות של בית החולים ו-85% - על העלויות ההיסטוריות של בית החולים. במשך הזמן ישתנו שיעורים אלה כך שלשיעורי העלות של קבוצת ההתייחסות תהיה יותר השפעה על התאמת התקציב מאשר לעלויות ההיסטוריות של בית החולים. בפורטוגל חלה התקדמות נוספת לקראת יעד זה; 30% תשלום תואם תמהיל שנקבע לפי קבוצת ההתייחסות ו-70% שנקבעו לפי עלויות כל בית חולים.

איטליה

יחידות בריאות אזוריות (local health units) מממנות את בתי החולים שלהן ישירות על בסיס קפיטציה. בשנת 1995 נקבעה מערכת תעריפים למימון פעילות שחונתת כמה אזורים ופעילות של בתי חולים מחוץ ליחידות הבריאות האזוריות. התעריפים התבססו על תשלום לפי אבחנה (DRGs) באופן פרוספקטיבי במסגרת אילוצים תקציביים שנקבעו מראש, עם אפשרות לשיקול דעת אזורי. לדוגמה, אזור יכול לבחור תשלום על פי פעילות (fee for service) או על פי טיפול לפי מקרה, כבסיס ליחידה נהוגה. היעד העיקרי הוא לממן את בתי החולים על בסיס היקף השירותים שסופקו בפועל ואיכותם. כתמריץ נוסף לקידום היעילות הוצע שהיחידות המקומיות ישמרו לעצמן את עודפי התקציב.

ספרד

אף שכל אזור אוטונומי בספרד רשאי לקבוע את גישתו הוא, הרי שככלל בתי החולים ממומנים בתקציב גלובלי, שנקבע לפי עלויות היסטוריות בשילוב התאמות שנתיות לפי גורמים כגון אינפלציה ושינויים באספקת השירות. עם זאת, גוברות והולכות ההתאמות לפי פעילות בתהליך התקצוב. יש כמה מודלים לדוגמה: בקטלוניה, בוולנסיה ובאיים הקנריים נהוגה השיטה האמריקנית של DRGs ובכל האזורים האחרים - all-payers DRG. מאז 1997-1998 כמה מהמערכות האזוריות כללו תשלום מותאם תמהיל. לדוגמה, 30% מתקציב האשפוז בקטלוניה מוערך על בסיס תשלום לפי אבחנה, ואילו בוולנסיה משתמשים בשילוב של קפיטציה ושל תשלום לפי אבחנה. הם פועלים לשיפור נתוני העלות לתשלום לפי אבחנה (DRG) שיידרש אם ירצו ליישם באופן מקיף יותר מערכות המבוססות על תמהיל החולים.

מדינות סקנדינביה

התשלום לפי אבחנה (DRG) בסקנדינביה תואם את מערכת התשלום לפי אבחנה בארה"ב (גרסה 12) וכולל את קודי האבחנות לפי ICD-10 ואת הקודים הסקנדינביים. נורווגיה, שוודיה ופינלנד הן המתקדמות ביותר, ויש התנסות מסוימת בדנמרק ובאיסלנד. הפעלת מערכת התשלום לפי אבחנה בנורווגיה קשורה לרפורמות שנעשו לקיצור רשימות ההמתנה לבתי החולים ולשיפור היעילות. ואולם יישומי

תמהיל במדינות סקנדינביה האחרות נועדו למלא כמה יעדים, לרבות שיפור הבסיס לתמחור ולקביעת עלויות, להקצאת משאבים ולקבלת שירותי בית חולים. הניסיון בנורווגיה, שהחל בשנת 1991, בחן בהדרגה שילוב של מענקים קבועים עם תשלומים המבוססים על תשלום לפי אבחנות ועל מספר החולים. הממשלה ומינהל המחוז המשיכו לממן במשותף בתי חולים, אבל רפורמה כלכלית שהונהגה באחרונה הגדילה את ההקצאות הממשלתיות. בשנת 1997 מימנה הממשלה 30% מהעלויות הממוצעות לטיפול בחולה על בסיס אבחנה, ומתוכננת הגדלת חלקה ל-45%.

נספח ד: שאלון מתורגם של AEP (Appropriate Evaluation Protocol)

השאלון מבוסס על סדרת שאלות שתשובה אחת עליהן קובעת אם מתקיימת הלימות או שאינה מתקיימת. תשובה חיובית בחלקו הראשון של השאלון (1-6) מסמנת הלימות ובחלקו השני מסמנת תשובה חיובית חוסר הלימות (7-9).

סיבות מוצדקות לשהות באשפוז

1. מצב קליני לא יציב המחייב טיפול

- 1.1 הפרעה צירקולטורית [imminent]
- 1.2 הפרעה נשימתית
- 1.3 אירוע מוחי חדש או פציעה בחוט השדרה
- 1.4 חוסר יכולת להתרוקן [to void or move bowel]
- 1.5 קריטריון אחר (פרט...)

2. טיפול קליני המחייב מעקב והשגחה

- 2.1 מתוכנן לעבור פרוצדורה למחרת
- 2.2 פעולה כירורגית בחדר ניתוח
- 2.3 פעולה אבחונית
- 2.4 התאמת תרופות
- 2.5 טיפול בהפרעה המטולוגית [adjustment of hematological disorders]
- 2.6 טיפול בפצע, ניקוז
- 2.7 הדרכה סיעודית של החולה

3. ניטור

- 3.1 השגחה צמודה של אחות [יותר מ-3 פעמים ביום] לפי הנחיות רפואיות או לפי פרוטוקול של פרוצדורה
- 3.2 מדידת מאזן נוזלים או כלכלה

4. עירוי ו/או תרופות

- 4.1 עירוי לווריד של נוזלים או כלכלה
- 4.2 עירוי תרופה לווריד או אפידורלי

5. טיפול סיעודי

- 5.1 לפי נהלים קיימים או בהתאם לפרוטוקול
- 5.2 בידוד חולה
- 5.3 שאיבה מקנה

6. לא ניתן לקביעה

- 6.1 אין אפשרות לקבוע הצדקת שהות באשפוז בשל:

סיבות לא-מוצדקות לשהות באשפוז

7. שהייה דרושה בלי סיבה קלינית

- 7.1 עיכוב בביצוע בדיקות או פעולות הנחוצות להמשך טיפול
- 7.2 עיכוב בקבלת תשובות של בדיקות הנחוצות להמשך טיפול

8. שהייה בלא צורך קליני

סיבות של בית החולים:

- 8.1 חוסר ודאות רפואית בהקשר למדיניות טיפול
- 8.2 עיכוב בשל נוהלי שחרור

סיבות של החולה או משפחתו:

- 8.3 חסר מטפל
- 8.4 סירוב החולה להשתחרר

סיבות קהילתיות או סביבתיות:

- 8.5 העדר זמינות של טיפול ראשוני בקהילה
- 8.6 ניתן לטפל במרפאות חוץ, במרפאת מומחים או במסגרת טיפול יום
- 8.7 חולה ממתין להעברה למוסד או למסגרת טיפולית אחרת

9. אחר [פרט...]

תכנון לטווח ארוך של מערכת האשפוז

סיכום והמלצות

- הדיון בתכנון לטווח ארוך של מערכת האשפוז התמקד בשני תחומים מרכזיים:
1. תחזית הביקוש והצרכים למיטות בבתי החולים לאשפוז כללי ופריסתן.
 2. שינוי במבנה בתי החולים, במעמדם ובארגונם:
- א. מבט החוצה: תכנון שינויים בהגדרת הגבולות של בתי החולים לאשפוז כללי.
- ב. מבט פנימה: תכנון שינויים בתוך בתי החולים.

הדיון בסוגיות אלה התנהל במסגרת ארבעה דיונים שהתקיימו בכנסים המלח והתבסס על חומר הרקע שגיבש הצוות המכין. מאחר שהסיכום הוא תמציתי, מומלץ לקרוא אותו רק לאחר קריאת חומר הרקע הדרוש בכל סוגיה בהרחבה והמציג נתונים רלוונטיים ואת עיקרי הסוגיות שעלו הן בקרב הצוות המכין והן בכנסים המלח.

1. תחזית הביקוש והצרכים למיטות בבתי החולים לאשפוז כללי ופריסתן

הדיון בסוגיה זו נועד בעיקרו לבחון אם ההנחות שעל בסיסן נבנית תחזית מיטות האשפוז מקובלות והאם יש צורך להוסיף עוד פרמטרים.

נקודת הפתיחה של הדיון הייתה תחזית המיטות לשנת 2010, שלפיה - בהתבסס על ההנחות והנתונים המפורטים בהרחבה במסמך הרקע - כדי לשמור על שיעור מיטות של 2.2 ל-1,000 נפש יהיה צורך להוסיף כ-2,200 מיטות.

התחזית שהוצגה העלתה בקרב המשתתפים את השאלה העקרונית האם דיון על תחזית לשנת 2010 הוא אכן דיון על תכנון לטווח ארוך? הרי מדובר בעוד כחמש שנים בלבד. הדעות בעניין היו חלוקות, אך הוסכם בין המתדיינים כי מגבלות האי-ודאות, ריבוי המשתנים והמשתנים המתערבים המאפיינים את התחום מקשים על תכנון לטווח ארוך יותר.

כמו-כן חשוב לציין כי התחזית לשנת 2010 הוצגה כדי להוות נקודת פתיחה לדיון; תכלית הדיון לא הייתה לדון בשאלה כמה מיטות יש להוסיף בשנה מסוימת אלא בעקרונות התחזית.

החלק הבא מציג את הסוגיות שנדונו ואת הנקודות המרכזיות שהועלו לגבי כל סוגיה:

א. אחוז תפוסת המיטות הרצוי במערכת הבריאות בישראל בממוצע שנתית

1. הדיון בעניין התפוסה החל בשאלה העקרונית האם ראוי בכלל להשתמש בתפוסה כמדד מרכזי בתכנון האשפוז. הדעות בסוגיה זו נחלקו: מחד גיסא זהו מדד קל לחישוב ונוח להשוואה, אך מאידך גיסא לדעת המתדיינים השימוש בו מעלה בעיות עקרוניות, בהיותו מושפע ממדיניות בית החולים, שונה בין המחלקות, משתנה עונתית ועוד.
- אף שהושמעו דעות שונות על אודות השימוש באחוז התפוסה כמדד מרכזי

- העברת פעילות מבתי החולים לקהילה.
 - העברת מיטות בין אזורים.
 - המרת מיטות בין מחלקות (לדוגמה מכירורגית לפנימית).
- לפיכך הוסכם כי את אומדן המיטות הדרושות על פי תחזית האוכלוסייה והפרמטרים הרפואיים יש לתקן בהתחשב בפוטנציאל החיסכון במספר מיטות ו/או בעלותן, הנובע מכל אחת מהאפשרויות המנויות לעיל ובשינויים במבנה, במעמד ובארגון בתי החולים.

2. שינוי במבנה בתי החולים, במעמדם ובארגונם

- א. מבט החוצה: תכנון שינויים בהגדרת הגבולות של בתי החולים לאשפוז כללי
- הדיון התמקד בחלופות לאשפוז הפנימי בבתי החולים לאשפוז כללי ובשילוב בין בתי חולים כלליים למרכזים רפואיים גריאטריים.
- הנחת היסוד בדיונים הייתה שתוספת המיטות לאשפוז פנימי המתחייבת מהגידול באוכלוסיית בני 65 שנה ואילך עד שנת 2020 תהיה כ-1,500 מיטות.
- מהדיונים עולה כי במקום להוסיף מיטות במחלקות פנימיות מומלץ להוסיף מיטות לגריאטריה אקוטית ותת-אקוטית. עלתה הצעה להסב מיטות מהמחלקות הסיעודיות או הסיעודיות המורכבות המצויות במגזר הציבורי למיטות לגריאטריה אקוטית ותת-אקוטית בד בבד עם הוצאת המיטות הסיעודיות למגזר הפרטי. הוסכם כי פיתוח מודל של אשכול שישלב בית חולים לאשפוז כללי עם מרכז גריאטרי כדי לטפל בחולים תת-אקוטיים עשוי לאפשר טיפול באיכות גבוהה יותר ובעלות נמוכה יותר. בדיונים הושם דגש על החובה שבהבטחת איכות השירות הרפואי (דיאגנוסטי וטיפולי) לחולה הקשיש.
- הדיון התמקד בבחינת היתרונות והחסרונות של מבנה האשכול לבית החולים, לקופה המבטחת, לחולים ולצוות. זאת מתוך התייחסות לאיכות הטיפול, לעלות ולהקשר הארגוני והמערכתי המשפיעים על סיכויי היישום.
- המתדיינים העלו את היתרונות הבאים למבנה האשכול:**
- שיפור איכות הטיפול הרפואי באמצעות שמירה על רצף הטיפול והמשכיותו (אותה רשומה, מעבדה, הדמיה וכד').
 - שיפור איכות הטיפול בבני 65 ואילך מצד אחד, לאור הטמעת הידע הגריאטרי בבית החולים לאשפוז כללי, ומן הצד האחר על ידי ייעוץ של מומחים מבית החולים לאשפוז כללי בבית החולים הגריאטרי (גיבוי רפואי ועבודה רפואית משולבת).
 - שימוש יעיל יותר במיטות אשפוז, מאחר שמבנה האשכול יאפשר להנהלה גמישות רבה יותר בהעברת חולים מסוג אשפוז אחד לאחר.
 - יאפשר גיוס צוות ברמה גבוהה יותר לבתי החולים הגריאטריים.
 - יאפשר איחוד פונקציות ניהוליות ולוגיסטיות.
 - שיפור תדמית המרכזים הגריאטריים בעיני החולים.
 - תוספת מיטות בעלות תפעול נמוכה עשויה להגביר את נכונות הנהלות בתי החולים ורופאיהם לאשפוז כללי להפנות בני 60 ואילך לבתי החולים הגריאטריים.

- יש כיום תשתית מוכנה למחלקות תת-אקוטיות בשמונה מרכזים גריאטריים ציבוריים עצמאיים (אפשרות להשתמש במשאב ציבורי קיים).
- קופות החולים צפויות לתמוך במודל, שכן מחיר יום אשפוז יהיה נמוך מזה הנהוג במחלקות הפנימיות.
- השינוי תואם את מדיניות האוצר ומשרד הבריאות.

מנגד העלו המתדיינים את החסרונות והמכשולים הבאים למבנה האשכול:

- יש חשש שמאחר שכל בית חולים מתנהל כיחידת עלות עצמאית, עדיין לא יהיה תמריץ לשימוש היעיל ביותר במיטות. לפיכך יש צורך להסדיר את הסדרי ההתחשבות בין בתי החולים שבאשכול.
- לא תמיד ניתן לבנות אשכולות של בתי חולים בעלי קרבה גיאוגרפית.
- יש חשש שלמרות מבנה האשכול, בפועל לא יחול כל שינוי באופן ניהול בתי החולים שבאשכול.
- בתי החולים הגריאטריים נתפסים כפחות איכותיים מבחינה מקצועית בעיני החולים והרופאים. עובדה זו עלולה ליצור התנגדויות בעיקר בראשית התהליך.
- חשש של הנהלות המרכזים הגריאטריים להיבלע בתוך המרכזים לאשפוז כללי יכול להוביל להתנגדות.
- התנגדות של הנהלות בתי החולים הכלליים עקב החשש לאבד הכנסות מהמחלקות הפנימיות.

עניין הארגון מחדש של המיונים עלה גם במסגרת הדיונים על מבנה האשכול. מאחר שכיום המיון הוא חלק מבית החולים לאשפוז כללי, הרי שמדיניות האשפוז תואמת את מדיניות בית החולים לאשפוז כללי. עלתה הטענה כי ארגון מחדש של המיון והפיכתו ליחידה נפרדת ("אורגנית"), יאפשרו עבודה במתכונת יעילה יותר, שמדיניות האשפוז בה תהיה מבוססת יותר על שיקולים קליניים.

ב. מבט פנימה - תכנון שינויים בתוך בתי החולים

הדיון התמקד בבחינת אפשרויות לשימוש יעיל יותר במספר מיטות נתון בתוך בית החולים על ידי שינויים משני סוגים עיקריים:

1. שינויים ארגוניים (הורדת קירות ו/או מעבר למבנה חטיבתי), לרבות שינויים

בתקינה: הוסכם כי ההצעה ל"הורדת קירות" בין המחלקות היא פתרון אפשרי להתמודדות עם ההבדלים הגדולים בשיעורי התפוסה בין המחלקות וכן עם השינויים העונתיים בתפוסת המחלקות. יש הסכמה שעבודה במתכונת של "הורדת קירות" תאפשר ניצול יעיל יותר של המשאבים, ואולם בתוך כך יש לשים לב שמגודל מסוים ואילך (30-35 מיטות) ילכו ויפחתו יתרונות אלה. מהדיונים עולה שהשיטה כבר מיושמת בכמה מבתי החולים, ולפיכך הומלץ לערוך בחינת מודלים קיימים ולגבש מדיניות מוסכמת בעניין.

המתדיינים אף הסכימו כי המעבר למבנה חטיבתי יאפשר ניידות רבה יותר בין המחלקות שבתוך החטיבה, וכך יתרום לשיפור השימוש במיטות, בפרט בתקופות שבהן יש תפוסה גבוהה בחלק מהמחלקות המשתייכות לאותה חטיבה.

הוסכם כי יש צורך בהעמקת המחקר לבחינת הדרך המועדפת והיעילה ביותר לניהול בתי חולים גדולים (יותר מ-500-600 מיטות). מבחינת התקינה, המתדיינים הסכימו כי יש לבטל את ההסכמים הקיימים, הקושרים את תקינת כוח האדם למספר מיטות, ולערוך בדיקה מקצועית של מערך התקינה בבתי החולים. כמו-כן עלו חילוקי דעות בשאלה אם בוטלה התלות בין מספר המיטות לבין ההכרה במחלקה לצורך התמחות. הוסכם כי אם לא בוטלה התלות, יש לבטלה ולפתח קריטריונים חדשים, שלפיהם מספר המיטות יכול להיות פרמטר אחד, בעל חשיבות מוגבלת.

2. **שינויים בתעריפים או בשיטות התגמול:** הדיון התמקד בשאלה כיצד אפשר להשתמש בדרך יעילה יותר בתשתיות בית החולים, באמצעות שינוי התעריפים ושיטות התגמול שיש בהם כדי להשפיע על משך השהייה באשפוז ועל תמהיל הפעילות והשימושים.

מרבית הדיון התמקד בהתנגדותם של מנהלי בתי החולים להנחה ששיקולי האשפוז הם כלכליים. נציגי האוצר טענו כי "משתלם" להחזיק חולים במחלקות הפנימיות ולכן התפוסה בהן גבוהה כל כך. מנהלי בתי החולים דחו טענה זו והדגישו כי השיקול לאשפוז חולים נתון בידי הרופא התורן במיון, והוא אינו מונחה משיקולים כלכליים.

למרות חילוקי הדעות הוסכם כי יש להחיל בשיטות התגמול שינוי שתחילתו בתמחור ריאלי של השירותים. עוד הוסכם כי ההחלטה בדבר שיטות התגמול המיטביות מחייבת דיון אחר (סוגיה זו עלתה בדיוני הצוות הראשון שעסק בסביבה הכלכלית-ארגונית של מערכת האשפוז).

תכנון לטווח ארוך של מערכת האשפוז

מבוא

בתי החולים הם מרכיב מרכזי בכל מערכת בריאות. הם אחראים על חלק ניכר מהפעילות בתחום הבריאות ועל הנתח הגדול ביותר בהוצאה הלאומית לבריאות. לפיכך בקרב קובעי המדיניות יש דרישה הולכת וגדלה לדעת איך בתי החולים צריכים להיראות, אילו יחסי גומלין צריכים להיות להם עם שאר הגורמים במערכת הבריאות ואיך אפשר לשפר ולייעל את תפקודם (McKee and Healy 2002).

בתי החולים בישראל, כבמדינות אחרות, עומדים לפני אתגרים הקשורים לשינויים בסביבה שהם פועלים בה (McKee and Healy 2002):

- לחצים מכיוון הביקוש - שינויים בצורכי האוכלוסייה.
- לחצים מכיוון ההיצע - האפשרויות הנפתחות לאור ההתקדמות הטכנולוגית.
- ציפיות ואילוצים הנובעים משינויים חברתיים וכלכליים רחבים יותר.

יש שלוש מגמות כלליות בדפוסי השימוש בשירותי בתי חולים ברחבי אירופה למרות השונות הגדולה בין המדינות והקושי בביצוע השוואות בין-לאומיות (McKee and Healy 2002):

- ירידה הדרגתית במספר המיטות לטיפול חריף.
- עלייה במספר הקבלות לאוכלוסייה. לטענתם, העלייה הייתה ניכרת אף יותר אילו היו סופרים גם את מספר הקבלות ליום אחד שכן הללו עלו באורח ניכר במדינות רבות.
- ירידה במשך שהייה באשפוז.

מגמות אלה, הדומות למגמות הקיימות גם במערכת הבריאות בישראל, מעידות כי רמת הפעילות בבתי החולים גבוהה. לפיכך נשאלת השאלה, כיצד משפיעה עובדה זו על איכות הטיפול לאוכלוסייה ועל יעילות תפעולם של בתי החולים.

המדדים המקובלים לבחינת יעילות תפקודם ואיכותם של בתי החולים כוללים (מדינת ישראל 2002, עמ' 114): (1) אינטנסיביות השימוש בתשתיות, בצידוד ובטכנולוגיות אבחוניות וטיפוליות חדישות; (2) תמחור ריאלי ודיפרנציאלי של תעריפי פעולות רפואיות; (3) תמהיל מיטות מותאם לצרכים; (4) אחוז תמותה וסיבוכים מתואם (לאחוז רמת הסיכון של החולה); (5) מספר העובדים במשרה מלאה לכל מיטת אשפוז; (6) ממוצע שהייה בבית החולים ואשפוזים חוזרים; (7) תורים.

השינויים בסביבת פעילותם של בתי החולים וכן בדפוסי השימוש בשירותי בתי החולים הובילו מדינות רבות באירופה לבחינת כלים להתערבות בשוק זה כדי לשפר את ביצועיהם של בתי החולים. שלוש הגישות המרכזיות בתחום זה הן (McKee and Healy 2002 p. 266): (1) תמריצים לאופטימיזציה של הביצועים הקליניים; (2) שינויים במנגנוני התשלום; (3) שינויים בסביבה הארגונית (שייכות ארגונית, צוות העובדים והתרבות הארגונית).

סקירת המצב בבתי החולים באירופה מלמדת, שבמדינות רבות בבתי החולים אכן נערכים שינויים של ממש. למרות השוני בין התהליכים במבחר מדינות, יש עקרונות משותפים המנחים את קביעת המדיניות (McKee and Healy 2002, p. 13): (1) ייעודם של בתי החולים לשפר את בריאות האוכלוסייה אינו מסתכם באספקת שירותי בריאות אלא משתקף גם באמצעות מחקר והוראה; (2) בתי החולים הם רכיב אחד במערכת הבריאות, ולכן אין אפשרות לבחון אותם במנותק מהשירותים האחרים הניתנים במערכת הבריאות והרווחה; (3) האחריות על שיפור הבריאות ועל אספקת טיפול מתאים ונאות לאוכלוסייה מוטלת הן על בתי החולים עצמם והן על הגורמים האחראים על מערכת הבריאות בכללותה.

כרקע לדיון בתכנון לטווח ארוך של מערכת האשפוז בישראל, יוצגו בהמשך נתונים בסיסיים על פעילות המערכת כיום. כמו-כן יוצגו המגמות לאורך זמן, השוואה לנעשה במדינות OECD והעקרונות המנחים לתכנון לטווח ארוך של שירותי האשפוז.

א. נתוני רקע על בתי החולים בישראל

חלק ניכר מפעילות מערכת הבריאות בארץ הוא בבתי החולים, שהם מתקנים יקרים, עתירי כוח אדם וטכנולוגיה, המתמחים בטיפולים המורכבים והאינטנסיביים ביותר. כ-37.5% מההוצאה הלאומית על בריאות, 15 מיליארד שקל במחירי שנת 2000, הם בעבור בתי החולים ומחקר (למ"ס 2003, לוח 6.1). נוסף על כך יש עלויות שאינן נרשמות במסגרת ההוצאה הלאומית לבריאות, כגון הפנסיה התקציבית וביטוח אחריות מקצועית. היקף ההוצאה בגין בתי החולים מחדד את הצורך בבחינת אפשרויות לשימוש יעיל יותר בתקציב בלי לפגוע באיכות הטיפול. בחלק הבא נסקור מגמות עיקריות בפעילות האשפוז בישראל, מתוך השוואתן לנתונים מקבילים במדינות OECD ולנתוני ארגון הבריאות העולמי. פירוט רב יותר של מגמות במדינות אירופה מובא בנספח 1.

1. מיטות אשפוז - מספרן ושיעורן

בשנת 2002 היו בישראל 40,116 מיטות אשפוז בתקן. לוח 1 מציג את התפלגות המיטות לפי הבעלות עליהן וסוג האשפוז.

לוח 1: מספר מיטות אשפוז לפי בעלות וסוג אשפוז, 2002

סוג האשפוז	אשפוז כללי	בריאות הנפש	מחלות ממושכות	שיקום	סה"כ
הבעלות	35.7%	13.5%	49%	1.8%	100%
ממשלתית	5,387	3,690	1,816	148	11,041
עירונית ממשלתית	1,360			95	1,455
שירותי בריאות כללית	4,252	300	632	270	5,454
מכבי שירותי בריאות			274		274
קופת חולים מאוחדת	12		254		266
מיסיון	514	8	110		632
ציבורית אחרת	2,242	133	6,959	150	9,484
פרטית	557	1,308	9,599	46	11,510
סה"כ	14,324	5,439	19,644	709	40,116

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל 2003, לוח 6.6.

31.1% מכלל מיטות האשפוז ו-47.1% מהמיטות לאשפוז כללי הן בבעלות ממשלתית ועירונית ממשלתית, ו-29.7% מהמיטות לאשפוז כללי הן בבעלות שירותי בריאות כללית. ועדת אמוראי, כקודמותיה, התריעה על ניגוד העניינים הנובע מכפל התפקידים של משרד הבריאות כבעל בתי חולים וכמיניסטריון. כמו-כן צוין כפל התפקידים של שירותי בריאות כללית כבעלת בתי חולים וכקופה מבטחת (מדינת ישראל 2002, עמ' 99). ואולם הדיון הנוכחי לא יעסוק בסוגיות אלה.

המיטות לאשפוז כללי הן 35.7% מכלל המיטות, ואולם הן מאכלסות את המספר הגבוה ביותר של מאושפדים, שכן במסגרת המיטות לבריאות הנפש, למחלות ממושכות ולשיקום האשפוז אמנם ממושך מאוד, אך מספר המאושפדים נמוך. לדוגמה, בשנת 2002 היו באשפוז הכללי 1,159,810 שחרורים לעומת 21,993 בבריאות הנפש, 36,983 במחלות ממושכות ו-5,046 בשיקום (חקלאי וחב' 2004).

במהלך השנים ניכרה ירידה בשיעור המיטות ל-1,000 נפש, הן בתחום המיטות לאשפוז כללי והן בתחום המיטות לבריאות הנפש, לעומת עלייה בשיעור המיטות למחלות ממושכות ושיעור יציב במיטות לשיקום (ראו לוח 2).

לוח 2: שיעור המיטות ל-1,000 נפש לפי סוג אשפוז, 1995, 2000 ו-2002

2002	2000	1995	שנה / סוג האשפוז
2.16	2.22	2.33	אשפוז כללי
0.82	0.88	1.21	בריאות הנפש
2.96	2.86	2.26	מחלות ממושכות
0.11	0.10	0.10	שיקום
6.05	6.06	5.90	סה"כ

מקור: חקלאי וחב' 2003, עמ' 217

הירידה בשיעור המיטות נובעת מהגידול באוכלוסייה, בלי גידול מותאם במספר המיטות. בתחום בריאות הנפש הירידה היא גם תוצאה של מדיניות משרד הבריאות להעברת הטיפול מבתי החולים לקהילה, ואילו במיטות למחלות ממושכות ניכרת עלייה שמקורה במדיניות המשרד ובהתגברות מעורבותו של המגזר העסקי. בשנת 2002 הגיע שיעור המיטות שבבעלות פרטית ל-48.9% בהשוואה ל-35% בשנת 1990 (חקלאי וחב' 2003, עמ' 142).

שיעור כלל המיטות ל-1,000 נפש בישראל קרוב לממוצע מדינות OECD, ואולם שיעור המיטות לאשפוז כללי מעמיד את ישראל בתחתית הטבלה בהשוואה לשאר מדינות OECD, כפי שמוצג בלוח א' בנספח 2 (מדינת ישראל 2002, עמ' 120; Rosen and Goldwag 2003, p. 63). בבחינת הנתונים יש לזכור כי אוכלוסיית ישראל צעירה מאוכלוסיית מדינות OECD.

בדומה למצב במדינות אחרות, שיעור המיטות לאשפוז כללי ל-1,000

נפש במרכז הארץ גבוה מאשר בפריפריה (צפון ודרום), כפי שמוצג בלוח 3 (Rosen and Goldwag 2003, p. 60).

לוח 3: שיעור המיטות לאשפוז כללי ל-1,000 נפש לפי מחוז, 2002-2000

מחוז	שנה	2000	2001	2002
ירושלים		2.755	2.700	2.662
צפון		1.595	1.614	1.594
חיפה		2.853	2.791	2.729
מרכז		2.430	2.400	2.325
תל אביב		2.628	2.653	2.663
דרום		1.599	1.551	1.528
סה"כ		2.224	2.200	2.160

מקור: חקלאי וחב' 2003, עמ' 38

לוח ב בנספח 2 מציג את שיעור המיטות ל-1,000 נפש לפי סוג מחלקה. מהלוח עולה שבשנת 2002 שלוש המחלקות בעלות שיעור המיטות ל-1,000 נפש הגבוה ביותר הן: פנימית (0.593), כירורגיה כללית (0.254) ויולדות (0.203). זאת לעומת טיפול נמרץ נשימתי (0.003), פה ולסת (0.006), השהיה והשתלת מוח עצם (0.008), ששיעור המיטות בהן היה הנמוך ביותר. מספר המיטות בחלוקה לאגפי האשפוז היה בשנת 2002: 36% באגף הפנימי, 36% באגף הכירורגי, 9% באגף יולדות, 14% באגף ילדים ו-4% באגף טיפול נמרץ. במרוצת העשור האחרון נרשמה ירידה בשיעור המיטות באגף הכירורגי, בילדים וביולדות בד בבד עם עלייה באגף טיפול נמרץ ושמירה על יציבות באגף הפנימי (חקלאי וחב' 2003, עמ' 35).

2. תפוסת מיטות

בשנת 2002 היה שיעור התפוסה הכולל 91.4%. שיעור התפוסה של המיטות לאשפוז כללי, שהוא יציב מאמצע שנות ה-90, נאמד ב-93.6% (חקלאי וחב' 2003, עמ' 221). חשוב לציין כי יש שונות גדולה בין המיטות במחלקות השונות כפי שניתן ללמוד מלוח ב בנספח 2. המיטות במחלקות ההשהיה בולטות בתפוסה הגבוהה ביותר (180%) וגם במחלקות יולדות, פנימית ועור ומין התפוסה גבוהה מ-100%. לעומת זאת, מחלקות עיניים בולטות בתפוסה הנמוכה ביותר (56.3%). תפוסה נמוכה מ-80% רווחת גם במחלקות אף אוזן גרון, פה ולסת, טיפול נמרץ כללי, טיפול נמרץ נשימתי, טיפול נמרץ לב וניורוכירורגיה.

בהשוואה למדינות OECD שיעורי התפוסה הממוצעת בישראל הם מהגבוהים - מבחינת כלל המיטות ובעיקר בתחום האשפוז הכללי (מדינת ישראל 2002, עמ' 118).

ועדת אמוראי ציינה שלושה גורמים מרכזיים המשפיעים על תפוסת המיטות

הגבוהה המאפיינת את ישראל (מדינת ישראל 2002, עמ' 118): (א) תקינת המיטות אינה נעשית על פי צרכים דמוגרפיים ואפידמיולוגיים; (ב) אין התאמה בין תמהיל המיטות לבין צורכי האשפוז בכל מחלקה; (ג) הקצאת המיטות היא ברמת המחלקה ולא ברמת בית החולים. נוסף על כך, עקב צמצום בתקציב הבריאות, משרד האוצר אינו מאשר תוספת מיטות אשפוז בכלל מערכת האשפוז הציבורית.

3. משך השהייה באשפוז

בשנת 2002, כחלק ממגמת ירידה בעשורים האחרונים, משך השהייה במחלקות הכלליות עמד על 4.1 ימים בהשוואה ל-6.8 בשנת 1980 (מדינת ישראל 2002, עמ' 120; חקלאי וחב' 2003, עמ' 220). חשוב לציין את השונות הגדולה במשך השהייה באשפוז בין המחלקות: במחלקת השהייה (1.1 ימים) ובמחלקת נשים (2.3 ימים) משך השהייה הוא הנמוך ביותר ואילו במחלקת טיפול מיוחד ביילוד ובגריאטריה אקוטית משך השהייה הוא הגבוה ביותר (11.9 ימים; ראו לוח ג בנספח 2).

כמו-כן שיעור האשפוזים הקצרים הוא גבוה. אחוז האשפוזים בני יום אחד התבטא בשנת 2002 בכשליש¹ (30%) מהאשפוזים באשפוז הכללי (10.6% התקבלו והשתחררו באותו יום ו-19% השתחררו למחרת קבלתם). השיעור גבוה במיוחד במחלקות כירורגיה כללית, נשים, כירורגיה פלסטית, עיניים, כירורגיית כלי דם, אורולוגיה ואונקולוגיה. שליש נוסף (35%) מהאשפוזים באשפוז הכללי ארכו יומיים-שלושה, 23% 4-7 ימים ו-12% יותר משבוע (חקלאי וחב' 2003, עמ' 35, 81 ו-83).

ההסברים המרכזיים לקיצור משך השהייה באשפוז הם (קופ 2003, עמ' 152): (א) שיפורים בטיפול הרפואי ושילוב טכנולוגיות חדשות; (ב) הגברת יעילות הטיפולים בקהילה מאפשרת מניעת אשפוז על ידי אבחון מוקדם ומתבטאת גם באפשרות לשחרור מוקדם; (ג) תמריצים כלכליים (מנגנון הקפינג, תעריפים דיפרנציאליים ובקרה מוגברת של קופות החולים); (ד) בכמה מבתי החולים יש מחסור במיטות, שכן מספר המיטות אינו תואם את הגידול באוכלוסייה והזדקנותה. כדי לפנות מיטות לחולים חדשים נאלצים לקצר את משך האשפוזים.

שני הסברים נוספים להתקצרות האשפוזים בשנים האחרונות הם: (א) שהייה ממוצעת נתפסת במערכת הבריאות כמדד של יעילות, ולפיכך מעוניינים בתי החולים להראות שמשך האשפוז הממוצע מתקצר. זו גם הסיבה לעלייה באשפוזים במחלקות להשהיה בשנים האחרונות; (ב) האשפוז נעשה שיטה לעקיפת החסם האדמיניסטרטיבי של קופות החולים להפנות לבירורים רפואיים (לדוגמה ברונכוסקופיה).

¹ כולל בתי חולים פרטיים.

4. שיעור שחרורים

בשנת 2002 נאמד שיעור השחרורים באשפוז הכללי (בלא העברות בין מחלקות באותו מוסד) בכ-177 ל-1,000 נפש. שיעור זה נמצא במגמת עלייה מאמצע שנות ה-70, ומשנת 1995 נותר יציב (חקלאי וחב' 2003, עמ' 35). לוח ג בנספח 2 מראה את השונות הגדולה בין המחלקות גם בתחום זה.

5. אשפוז יום

מספר ימי הטיפול ושיעורם ל-1,000 נפש באשפוז יום במסגרת האשפוז הכללי הם במגמת עלייה, לעומת ירידה בשאר סוגי האשפוז (ראו לוח 4). יותר ממחצית (55%) ימי הטיפול הם באגף הפנימי, 34% באגף הכירורגי ו-11% באגף ילדים.

לוח 4: מספר מיטות וימי טיפול במסגרת אשפוז יום, 2002-2000

2002	2001	2000	2002	2001	2000	
שיעורים ל-1,000 תושבים			מספרים מוחלטים			
מיטות לאשפוז יום						סוג אשפוז
0.15	0.15	0.15	1,019	1,008	982	אשפוז כללי
0.15	0.17	0.18	1,002	1,120	1,120	בריאות הנפש (1)
0.02	0.02	0.02	114	R109	R117	מחלות ממושכות (1)
0.01	0.01	0.02	87	87	96	שיקום
ימי טיפול במסגרת אשפוז יום						
48.4	47.4	40.8	318,302	R305,421	259,643	אשפוז כללי
62.5	66.7	75.4	410,557	R428,426	479,961	בריאות הנפש (2)
7.9	8.3	7.5	51,845	54,196	47,611	מחלות ממושכות (2)
6.5	9.7	9.1	42,508	63,261	57,866	שיקום

R = נתונים מתוקנים; (1) = כולל מיטות בתקן ביחידות יום בקהילה; (2) = כולל ימי טיפול ביחידות יום בקהילה. מקור: חקלאי וחב' 2003, עמ' 192; למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 2003, לוח 6.9.

כשבוחנים את השפעת תעריפיהם של השירותים על מגמות השימוש ביום אשפוז (1,533 שקל) אל מול השימוש באשפוז יום, יש להביא בחשבון את השונות הגדולה בתעריפים של אשפוזי יום שונים. תעריף יום אשפוז גבוה רק מחלקם. כיום התעריפים של אשפוזי יום הם: פנימי / שיקומי / פסיכיאטרי 850 שקל; כירורגי 2,535 שקל; אונקולוגי עם כימותרפיה 1,662 שקל, ובלי כימותרפיה - 1,190 שקל.

6. מאפייני המאושפדים (גיל ומין)

בין השנים 1994 ל-2002 נרשמה עלייה באחוז האשפוזים בקרב אוכלוסיית הקשישים. בשנת 2002 היו 35% מהמאושפדים באשפוז הכללי (לא כולל מחלקת יולדות) ו-57% מהמאושפדים באגף הפנימי בני 65 שנה ואילך (66% מימי האשפוז באגף הפנימי).

רבע מהמאושפדים הם עד בני 25, גילם של חמישית מהמאושפדים הוא בין 25 ל-44 וחמישית אחרת בני 45-64. מחצית המאושפדים (לא כולל מחלקת יולדות) הם זכרים ומחצית נקבות. אחוז הזכרים גבוה יותר בכל המחלקות, למעט יולדות, נשים, גריאטריה אקוטית, כירורגיה כללית, עיניים והשהיה (חקלאי וחב' 2003, עמ' 35).

7. סיכום השוואת מגמות בין ישראל למדינות אחרות

בהשוואה למדינות OECD ולנתוני ארגון הבריאות העולמי, ישראל מתאפיינת במספר מיטות נמוך, באשפוז קצר, במספר שחרורים ממוצע ובתפוסה גבוהה (ראו לוח ד בנספח 2).

ב. תכנון לטווח ארוך של מערכת האשפוז

ענף הבריאות במשק מתאפיין בכשלי שוק שאינם קיימים במגזרים אחרים (קשיחות הביקוש, א-סימטריות בידע, גריפת השמנת, בחירה שלילית, מוצר ציבורי ועוד) ובנטייה לצמיחה בלתי מבוקרת. כשלי שוק אלה והמורכבות הגדולה של הענף מחייבים תכנון ואינם מאפשרים הסתמכות על כוחות השוק. בספרות יש מגוון תפיסות לגבי תכנון. המשותף לכולן הוא שימוש בגישה מדעית שיטתית, המתבססת על נתונים אמפיריים לתהליך קבלת ההחלטות, כדי להשיג יעדים חברתיים.

הסוגיות המרכזיות העולות בעת הדיון בתכנון לטווח ארוך של מערכת האשפוז / בתי החולים הן: מהו מספר המיטות הדרוש; מה צריך להיות מספר בתי החולים וגודלם המיטבי; מהם השירותים שעל בית החולים לספק; מהו טיב יחסי הגומלין בין בתי החולים לבין עצמם ובין לבין שאר מערכת הבריאות (Edwards and Harrison 1999).

הפרמטרים המרכזיים שיש להביא בחשבון בעת תכנון בית החולים העתידי הם (McKee and Healy 2002): (א) מאפייני המערכת הקיימת באותה מדינה: המשאבים והמתקנים הקיימים; (ב) ציפיות האוכלוסייה: התפתחות הגישה הצרכנית; (ג) הזדקנות האוכלוסייה וכן שינויים בדפוסי התחלואה ובגורמי הסיכון (כגון עישון ומשקל); (ד) התפתחות טכנולוגית ואפשרויות הטיפול (בבית החולים ובקהילה); (ה) צורכי הבריאות של האוכלוסייה וכלל אפשרויות הטיפול הקיימות.

כדי לאפשר תכנון ראוי יש להביא בחשבון שבהתייחס לפרמטרים אלה תיתכן שונות בין אזורים במדינה. כאמור, תכנון ארוך טווח של מערך האשפוז חייב לשקלל שינויים של ביקוש (כגון שינויים בצורכי האוכלוסייה), שינויים של היצע (כגון שינויים טכנולוגיים) ושינויים בסביבה החברתית והכלכלית. בעת תכנון

מערכת האשפוז בישראל יש לשקלל גם את המאפיינים המרכזיים של בתי החולים המשפיעים על התנהגותם ועל יכולתם להשתנות (מדינת ישראל 2002, עמ' 113): (א) בתי החולים לאשפוז כללי הולכים ונעשים גדולים, מורכבים, יקרים וקשים יותר לניהול; (ב) חשיבותם של שיקולי יוקרה ומוניטין גדלה והללו באים גם על חשבון צרכים שוטפים; (ג) אין בבתי החולים ביזור ניהולי וגמישות תפעולית; (ד) התפתחויות טכנולוגיות מאפשרות להעביר פעילות ממערכת האשפוז למסגרות אמבולטוריות; (ה) כשליש מהכנסות בתי החולים הוא משירותים אמבולטוריים; (ו) בהרכב החולים המאושפזים נמנים בעיקר חולים קשים וכרוניים; (ז) תקני כוח האדם מבוססים על מספר המיטות; (ח) ההכרה במחלקה לצורך התמחות מותנית במספר מיטות; (ט) אילוצים תקציביים; (י) מודעות גבוהה לשיקולים כלכליים.

ג. פירוט הסוגיות שהועלו לדיון בכנס ים המלח

התכנון לטווח ארוך של מערכת האשפוז הוא תחום רחב, ולכן בחר הצוות המכין להתמקד בשתי סוגיות מרכזיות:

1. תחזית הביקוש והצרכים למיטות בבתי החולים לאשפוז כללי ופריסתן.
2. שינוי במבנה בתי החולים, במעמדם ובארגונם:
 - א. מבט החוצה: תכנון שינויים בהגדרת גבולות בתי החולים לאשפוז כללי.
 - ב. מבט פנימה: תכנון שינויים בתוך בתי החולים.

1. תחזית הביקוש והצרכים למיטות בבתי החולים לאשפוז כללי ופריסתן

1. רקע

מגמת הירידה בשיעור מיטות התקן לאשפוז כללי ממשיכה, ובסוף שנת 2003 הגיע השיעור ל-2.13 ל-1,000 נפש בהשוואה ל-2.33 בשנת 1995 (ירידה של 9%). שיעור המיטות בישראל הוא מהנמוכים במערב ומתאפיין בתפוסה גבוהה ובשהייה ממוצעת נמוכה בהשוואה לשאר המדינות. אם לא ייתוספו מיטות למערכת האשפוז, הרי שהמשך הגידול באוכלוסייה והזדקנותה יחריפו מגמות אלו.

אחוז השינוי בשיעור המיטות בין השנים 1995 ל-2003 אינו אחיד בין המחלקות. במרבית המחלקות נרשמה ירידה, אך בכמה מהן עלה השיעור או נותר בעינו:

- ירידה חדה נרשמה במחלקות הבאות: עור ומין, ילדים, כירורגיה כללית, אורולוגיה, עיניים וכירורגיית חזה ולב.
- עלייה נרשמה במחלקות הבאות: טיפול נמרץ לב, טיפול נמרץ כללי, טיפול נמרץ נשימתי, טיפול נמרץ ילדים וכירורגיית כלי דם.
- עלייה קטנה או יציבות נרשמו במחלקות הבאות: גריאטריה אקוטית, אונקולוגיה, טיפול מיוחד ביילוד וכירורגיית ילדים.

שיעור המיטות בחלוקה גיאוגרפית: מחושב לפי המיקום הפיזי של מוסדות האשפוז והאוכלוסייה המתגוררת במחוז או בנפה על פי הגדרת משרד הפנים. בפועל, החולים מתאשפזים גם בנפות אחרות. לדוגמה אוכלוסיית נפת עכו אינה מתאשפזת רק בבית החולים נהריה הממוקם בנפה זו אלא בכמה בתי חולים. הפריסה הגיאוגרפית של המיטות לאשפוז כללי אינה אחידה, בין השאר עקב הרכב הגילאים השונה בכל אזור. שיעור המיטות בשנת 2002 היה 2.16 ל-1,000 נפש בממוצע ארצי. במחוזות חיפה, ירושלים, תל אביב והמרכז היה שיעור גולמי של 2.73, 2.66, ו-2.33 ל-1,000 נפש בהתאמה; ואילו במחוזות הצפון והדרום היה השיעור הגולמי 1.59 ו-1.53 בהתאמה. יצוין כי גם חישוב השיעור הממוצע של מחוז הצפון ומחוז חיפה יחד מצביע על 2.08 ל-1,000 נפש, שהוא שיעור נמוך בהשוואה לממוצע הארצי. שיעור המיטות לפי נפות בשנת 2002 מצביע על שיעור גבוה יחסית בנפות פתח תקווה, חיפה, רמלה, צפת, ירושלים, תל אביב וכנרת. שיעור נמוך יחסית נרשם בנפות השרון, אשקלון, עכו, רחובות, חדרה, יזרעאל ובאר שבע. ואולם חלוקה גיאוגרפית שונה תצביע על שיעורים שונים (לדוגמה, שיעור המיטות בנפת אשקלון כולל את אוכלוסיית אשדוד שבחלקה מתאשפזת בבית החולים קפלן ברחובות).

שיעור המיטות לפי מחוזות ונפות מצביע על שונות בין האזורים, גם כשהחישוב מבוסס על קבוצות גיל מתאימות לפי אגפי האשפוז (ראו לוח 5):

- אגף פנימי: מחושב לאוכלוסייה בגיל 45 ואילך;
- אגף לטיפול נמרץ: מחושב לכלל האוכלוסייה;
- אגף ילדים: מחושב לילדים עד גיל 15;
- אגף כירורגי: מחושב לכלל האוכלוסייה;
- אגף יולדות: מחושב לנשים בגיל הפרייון (14-44 שנה).

לוח 5: שיעור מיטות לפי מחוז, נפה ואגף, בהתאם להרכב הגילאים המתאים במחוז ובאגף, 2002

יולדות	כירורגי	ילדים	טיפול נמרץ	פנימי	אגף מחוז/נפה
1.503	1.058	1.270	0.141	3.115	מחוז ירושלים
1.011	0.494	0.913	0.063	2.299	מחוז הצפון
1.767	0.958	1.605	0.160	4.119	נפת צפת
1.453	0.845	1.539	0.106	3.309	נפת כנרת
1.562	0.565	1.181	0.052	1.634	נפת יזרעאל
0.428	0.318	0.534	0.050	2.375	נפת עכו
1.074	1.044	1.288	0.106	3.177	מחוז חיפה
1.195	1.392	1.963	0.140	3.437	נפת חיפה
0.877	0.449	0.545	0.048	2.446	נפת חדרה
0.876	0.820	1.083	0.086	3.204	מחוז המרכז
0.498	0.151	0.328	0.059	1.037	נפת השרון
1.187	1.468	1.758	0.129	4.662	נפת פתח תקווה
1.196	0.939	1.320	0.121	7.292	נפת רמלה
0.616	0.495	0.732	0.037	1.380	נפת רחובות
0.798	1.054	1.380	0.101	2.853	מחוז תל אביב
0.760	0.488	0.759	0.069	2.188	מחוז הדרום
0.443	0.300	0.537	0.056	1.569	נפת אשקלון
1.017	0.642	0.907	0.079	2.841	נפת באר שבע
0.938	0.788	1.040	0.089	2.796	סה"כ

מקור: חקלאי וחב' 2004.

תוכנית האשפוז לשנת 2000

במהלך 1995-1996 הכין משרד הבריאות תוכנית אשפוז לשנת 2000, שהציגה חישוב של מספר המיטות הדרוש לשנה זו. החלק הבא מציג את עיקרי התוכנית ותוצאותיה:

התוכנית התבססה על ההנחות ועל הנתונים הבאים:

- אומדן האוכלוסייה לפי גיל, בשנת 2000 - 6.250 מיליון נפש.
- שיעור השחרורים הארצי לפי מחלקות בשנים 1975-1995.
- התפלגות השחרורים לפי גיל ולפי מחלקות בשנת 1987.
- בכל המחלקות תפוסה מומלצת של 90%, למעט במחלקות לטיפול נמרץ ולטיפול מיוחד ביילוד, שבהן התפוסה המומלצת הייתה 80%.
- אומדן שהייה ממוצעת מומלץ לפי מחלקות.

מקורות המידע לחישוב אומדן המיטות הדרוש בשנת 2000 היו:

- השנתון הסטטיסטי לישראל, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- מוסדות האשפוז בישראל, משרד הבריאות.
- קובץ האשפוזים מ-1987 לפי מחלקות וגיל, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות.

שיעור המיטות הרצוי לפי מחלקות בכל נפה בשנת 2000 נקבע בהתאם להנחות ולנתונים הבאים:

- אומדן האוכלוסייה לפי גיל ברמה ארצית ונפתית.
- אומדן שיעור השחרורים בשנת 2000 לפי מחלקה ברמה ארצית, על פי רגרסיה של שיעור השחרורים בכל מחלקה בשנים 1975-1994.
- חתך השחרורים באחוזים בכל מחלקה לפי קבוצות גיל במוצע ארצי בשנת 1987 שימש כהנחה להתפלגות הארצית של האשפוזים לפי גיל ומחלקה בשנת 2000.
- מדיניות שהייה ממוצעת בכל מחלקה ברמה ארצית, שהתבססה על השהייה בשנת 1994.
- חישוב ימי האשפוז ברמה ארצית.
- חישוב שיעור המיטות ברמה ארצית לכל מחלקה, בהתבסס על מדיניות התפוסה.
- חישוב שיעור המיטות ברמה נפתית לכל מחלקה התבסס על היחס של הגיל המתוקנן הנפתי ביחס לגיל המתוקנן הארצי בשנת 2000, מתוך התחשבות בשהייה ממוצעת בכל מחלקה לפי קבוצות גיל.

בעקבות הדיונים עם האוצר שונו ההנחות כדלקמן:

- מדיניות תפוסה של 95% במקום 90%.
- מדיניות שהייה בכמה מהמחלקות נמוכה מהצעת משרד הבריאות.
- לא יוספו מיטות במחלקות כירורגיות ובטיפול נמרץ, אלא במקרים חריגים.

תוצאות תוכנית 2000:

- האוצר אישר הוספת 1,200 מיטות נטו (מיטות עודפות במחלקות לפי התוכנית יוסבו למחלקות אחרות). תוספת זו הייתה נמוכה ב-900 מיטות מהצעת משרד הבריאות עקב שינוי המדיניות המומלצת בתחום השהייה הממוצעת והתפוסה.
- תוספת המיטות שאושרה בתוכנית 2000, נוסף על המיטות שאושרו בתוכנית הקודמת (1996), הייתה אמורה להבטיח שיעור מיטות של כ-2.4 ל-1,000 נפש בשנת 2000.
- המיטות בבתי החולים של הכללית לא הופעלו עדיין מסיבות תקציביות.
- בפועל, דחה האוצר את ביצוע תוכנית 2000 לשנים 1999-2002, ואחר כך גם את השלמתה לשנים 2005-2006. כמו-כן חלק מהמיטות בבתי החולים הציבוריים לא הופעלו עדיין מסיבות תקציביות.
- בתוכנית 2000 הוקצו כ-60% מהמיטות לאגף הפנימי, 15% ליולדות, 6%

לטיפול מיוחד ביילוד ו-19% לשאר המחלקות. בחלוקה אזורית ניתנה העדפה מתקנת לצפון ולדרום. לאזור חיפה והצפון הוקצו 28%, לאזור הדרום הוקצו 20% (שיעורים הגבוהים מחלקם באוכלוסייה), לאזור המרכז (מחדרה עד גדרה), ששיעור גידול האוכלוסייה הצפוי בו היה הגדול ביותר, הוקצו 32% מהמיטות, ולמטרופולין תל אביב (לרבות חולון ופתח תקווה) הוקצו 20% מהמיטות. לאזור ירושלים לא הוקצו מיטות כלל.

- בשנים 1995-2003 נוספו באשפוז הכללי 1,244 מיטות. מחציתן מתוכנית האשפוז הקודמת משנת 1996. כלומר, בפועל עד כה נוספו מתוכנית 2000 רק כמחצית המיטות.
- במרבית המחלקות נוספו מיטות. במחלקות ריאות, עיניים, כירורגיה כללית ועור ומין פחת מספר המיטות בהתאם לתחזית המוצגת בלוחות 6 ו-7.

לוח 6: שינוי במספר המיטות לפי נפות, 1995 לעומת 2003

הנפה	1995	2003	שינוי
ירושלים	2,108	2,081	-27
צפת	295	289	-6
כנרת	169	254	85
יזרעאל	669	701	32
עכו	409	569	160
חיפה	1,775	1,847	72
חדרה	426	442	16
השרון	155	269	114
פתח תקווה	1,851	1,959	108
רמלה	676	836	160
רחובות	506	561	55
תל אביב	2,887	3,092	205
אשקלון	308	456	148
באר שבע	871	993	122
סה"כ	13,105	14,349	1,244

מקור: חקלאי וחב' 2004.

לוח 7: שינוי במספר המיטות לפי מחלקות, 1995 לעומת 2003

שינוי	2003	1995	
502	3,887	3,385	פנימית
-11	88	99	ריאות
130	598	468	גריאטריה חריפה
13	279	266	נירולוגיה
39	216	177	אונקולוגיה
-10	86	96	עור ומין
38	53	15	השתלת מוח עצם
20	46	26	השהיה
131	299	168	טיפול נמרץ כללי
65	281	216	טיפול נמרץ לב
10	19	9	טיפול נמרץ נשימתי
20	1,055	1,035	ילדים
38	99	61	טיפול נמרץ ילדים
97	523	426	טיפול מיוחד ביילוד
25	261	236	כירורגיית ילדים
-37	1,671	1,708	כירורגיה כללית
50	949	899	אורתופדיה
4	442	438	אורולוגיה
18	172	154	נירוכיורגיה
1	266	265	כירורגיית חזה ולב
59	134	75	כירורגיית כלי דם
9	183	174	כירורגיה פלסטית
-17	379	396	עיניים
9	313	304	אף אוזן גרון
2	41	39	פה ולסת
24	676	652	נשים
15	1,333	1,318	יולדות
1,244	14,349	13,105	סה"כ

מקור: חקלאי וחב' 2004.

תוכנית אשפוז לשנת 2010

החלק הבא מציג את עיקרי תוכנית האשפוז לשנת 2010, שגיבש הצוות המכין כדי להוות בסיס לדיון.

התוכנית מבוססת על ההנחות ועל הנתונים הבאים:

- בהתאם לתחזית הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה תגדל אוכלוסיית ישראל עד שנת 2010 במיליון נפש ותגיע ל-7.5 מיליון נפש.
- אחוז הקשישים בני 75 ואילך באוכלוסייה יגיע עד שנה זו ל-4.4%.

- אחוז בני 75 ואילך באשפוז הכללי נמצא במגמת עלייה. 20% מכלל האשפוזים ו-7% מימי האשפוז בשנת 2002 היו בקרב בני 75 ואילך.
- ימשיכו השיפורים הטכנולוגיים בתחום הרפואה.
- הרכב המיטות בעתיד יהיה שונה מהרכבן במצב הקיים. צפויות:
 - ♦ ירידה של ממש במספר המיטות הכירורגיות לסוגיהן.
 - ♦ תוספת גדולה של מיטות בחטיבה הפנימית.
 - ♦ תוספת מיטות בטיפול נמרץ, בילדים וביולדות.
- תחזית המיטות ניתנת לחישוב בכמה שיטות. המודל המוצע מבוסס על המגמות בעבר ועל ההנחות לעתיד כמפורט בהמשך:
 - ♦ פרופיל האשפוזים: שיעור השחרורים לפי גיל בכל מחלקה.
 - ♦ אומדן שיעור השחרורים בשנת היעד מחושב בהתאם לרגרסיה לפי קבוצות גיל בכל מחלקה בשנים 1996-2002.
 - ♦ מדיניות שהייה ממוצעת בכל מחלקה.
 - ♦ מדיניות תפוסה בכל מחלקה.
 - ♦ אומדן האוכלוסייה בשנת היעד - 7.5 מיליון נפש.
 - ♦ התפלגות האוכלוסייה לפי גיל בשנת היעד.
 - ♦ פריסת המיטות לפי אזורים לכל מחלקה: תתבסס על שיעור השחרורים הארצי לפי גיל בכל מחלקה² ועל התפלגות האוכלוסייה לפי גיל בשנת היעד באזור.
- בהתבסס על ההנחות ועל הנתונים שצוינו, כדי לשמור על שיעור מיטות של 2.2 ל-1,000 נפש, יהיה צורך להוסיף כ-2,200 מיטות עד שנת 2010.

2. השאלות שהועלו לדיון, עיקרי הדיון והמלצות

תכליתו העיקרית של הדיון בעניין תחזית הביקוש והצרכים למיטות בבתי החולים לאשפוז כללי ופריסתן הייתה לבחון אם ההנחות שעל בסיסן נבנתה התחזית למיטות האשפוז בשנת היעד מקובלות, ואם יש להוסיף עוד פרמטרים למודל. לפיכך הועלו לדיון השאלות הבאות:

א. מהו אחוז תפוסת המיטות הרצוי במערכת הבריאות בישראל במוצע שנתי?

הדיון בשאלה זו התייחס לסוגיות המרכזיות הבאות: (א) האשפוז הכללי בישראל פועל בתפוסה ממוצעת שנתית גבוהה: 96% בשנת 2003; (ב) במרבית מדינות מערב אירופה התפוסה השנתית נעה בין 75% ל-85%; (ג) רוב המחלקות פועלות בתפוסה ממוצעת של יותר מ-90%; (ד) בחודשי החורף התפוסה גבוהה באורח ניכר בהשוואה לשאר חודשי השנה במרבית המחלקות, אך במיוחד במחלקות הפנימיות; (ה) יש שוני גדול באחוזי התפוסה הן בין בתי החולים והן בין המחלקות; (ו) עקב ייחודן התפוסה המומלצת השנתית

² חשוב לציין כי תוכנית זאת, להבדיל מקודמותיה, מבוססת על נתונים מעודכנים ומפורטים יותר, לרבות גיל לפי מחלקה במשך שבע שנים (1996-2002).

במחלקות לטיפול נמרץ ולטיפול מיוחד ביילוד שונה מהתפוסה במחלקות האחרות; (ז) השפעת התפוסה הממוצעת הגבוהה על איכות השירות.

הסוגיות המרכזיות שהעלו המתדיינים:

1. הדיון בעניין התפוסה החל בשאלה העקרונית, אם ככלל ראוי להתבסס על התפוסה כמדד מרכזי בתכנון האשפוז. הדעות בעניין זה חלוקות. מחד גיסא זה מדד קל למדידה ונוח להשוואה, אך מאידך גיסא השימוש בו מעלה בעיות עקרוניות אחדות:

- ♦ הסכמי עבודה הקושרים את מספר המיטות לתקנים משפיעים על התפוסה;
- ♦ התפוסה אינה פונקציה של תחלואה וגיל בלבד אלא גם של מדיניות. לדוגמה, התחלפות של מנהל מחלקה יש בה כדי לשנות את אחוזי התפוסה;
- ♦ ריבוי האשפוזים הקצרים (סבב מיטות גבוה) מעלה תהייה לגבי מידת היכולת להשפיע על התפוסה;
- ♦ מדד התפוסה אינו יכול להיות ממוצע ארצי שנתי אלא צריך להיות מחלקתי, עונתי ואזורי;
- ♦ יש להביא בחשבון שאחוזי התפוסה בסוף שבוע משתנים מאוד (לדוגמה, במחלקת עיניים).

2. בהשוואה למדינות OECD שיעורי התפוסה הממוצעת בישראל הם מהגבוהים. ואולם יש לזכור שבחישובי התפוסה בישראל מפרידים את המיטות לאשפוז כללי מהמיטות לאשפוז גריאטרי, וייתכן שבנתונים המוצגים על מדינות אחרות אין הפרדה כזאת.

3. עבודה באחוזי תפוסה גבוהים פוגעת באיכות השירותים למאושפזים ובשביעות רצונם. כמו-כן היא בעלת השפעה שלילית על הצוות המטפל.

סיכום והמלצות:

- א. הושמעו דעות מגוונות על אודות השימוש באחוז התפוסה כמדד מרכזי בתכנון האשפוז, אך הוסכם כי כל עוד אין מדד חלופי טוב יותר, זהו מדד קל ונוח לשימוש. כמו-כן, לטענת משרד הבריאות, התחזית אינה מבוססת על התפוסה בפועל אלא על התפוסה הרצויה בהתאם לקריטריונים שהם מגדירים;
- ב. למדיניות תפוסה ממוצעת של 95%, כפי שקבע משרד האוצר בתוכנית האשפוז הקודמת, יש השפעות שליליות על המערכת;
- ג. מדיניות התפוסה צריכה לשקלל הבדלים עונתיים, הבדלים בימי השבוע וכן הבדלים בין מחלקות ואזורים;
- ד. ביצוע השוואות בין-לאומיות מחייב מחקר נוסף.

ב. כיצד להתייחס להשפעה של מדיניות בתי החולים ו/או הגורם המבטח על תחזית המיטות? האם שיקולים אלה צריכים להיכלל בתחזית? ואם כן, כיצד? הדיון בשאלה זו התמקד בארבעה תחומים מרכזיים: (א) אחוז אשפוזים קצרים; (ב) השימוש במחלקות השניה; (ג) שיעור ביקורים במיון; (ד) אחוז האשפוזים ממיון.

הסוגיות המרכזיות שהעלו המתדיינים לגבי כל גורם:

א. אחוז אשפוזים קצרים: אחוז האשפוזים של יום אחד מתבטא בכרבע מכלל האשפוז הכללי³. אחוז זה שונה בין מחלקות האשפוז⁴ וכן בין בתי החולים⁵. כיום נכללים אשפוזים אלה במסגרת מחלקות האשפוז, עובדה היוצרת עיוותים בתכנון מאחר שמאפייניהם שונים. תכנון עתידי חייב להתייחס לאשפוזים הקצרים באורח שונה מהאשפוז הרגיל.

ב. השימוש במחלקות השהיה: מחלקות השהיה פועלות בשמונה בתי חולים. בין בתי החולים יש שונות גבוהה בשימוש במיטות אלה (נע בין 0% ל-18% מכלל האשפוזים). יש לקבוע מדיניות ברורה לגבי הפעלת מחלקות השהיה ולהחליט כיצד מתייחסים אליהן בעת בניית התחזית - כפעילות באשפוז או בחדר מיון?

ג. שיעור ביקורים במיון:

- שיעור הביקורים במיון הוא פונקציה של מדיניות הקופה המבטחת וחוזק השירותים בקהילה.
- הועלתה הטענה כי התפיסה הרווחת היא שהשירות בבית החולים טוב מהשירות בקהילה, ולכן ניכר ריבוי פניות למיון ובהתאם לכך משך שהייה קצר באשפוז.

ד. אחוז האשפוזים ממיון:

- מרבית האשפוזים אינם אשפוזים אלקטיביים אלא דרך חדר מיון, עובדה ההופכת את המיון לצומת מרכזי מאוד.
- מדיניות בית החולים היא אחד הפרמטרים המרכזיים, שהשפעתם חזקה מאוד על אחוז האשפוזים ממיון.
- הועלתה הצעה לארגון מחדש של חדרי המיון על ידי הפיכתם למחלקה ככל מחלקה אחרת שיהיה בה כוח אדם קבוע ("יעודי").
- בעת תכנון התחזית יש להביא בחשבון שבתי החולים הם המוסד הסוציאלי היחיד המאפשר ביטחון קהילתי לאורך כל שעות היום.
- ייתכן שלצורכי תכנון צריך לקבוע מדד מתאים לכל קבוצת מחלקות (כגון פנימית, כירורגית / אורתופדית) של אחוז אשפוזים מסך הפניות אל המיון.
- זמן המתנה ממושך בחדר מיון לפני אשפוז עלול להיות ביטוי של מצוקה בתשתית האשפוז, ולכן בתנאים מסוימים אפשר להשתמש בו כמדד לתכנון האשפוז ("מיונים סתומים").

³ בתי החולים הפרטיים אינם נכללים באומדן זה.

⁴ נשים וכירורגית ילדים: כמחצית; כירורגיה כללית, כלי דם וילדים: כשליש; פנימית ואורתופדיה: כחמישית.

⁵ האחוז נע בין 21% ל-36%.

סיכום והמלצות:

- א. המתדיינים הסכימו כי תחזית המיטות צריכה להתייחס להשפעות של מדיניות בתי החולים והגורם המבטח.
- ב. תכנון עתידי יתייחס לאשפוזים הקצרים בדרך שונה מהאשפוז הרגיל.
- ג. תיקבע מדיניות ברורה לגבי הפעלת מחלקות השהיה ויחליט כיצד מתייחסים אליהן בעת בניית התחזית - האם כפעילות באשפוז או בחדר מיון?
- ד. תחזית המיטות תתייחס לשיעור הביקורים במיון ולאחוז המאושפזים ממיון.
- ה. מומלץ לבחון אפשרות לארגון מחדש של חדרי המיון והפיכתם למחלקה נפרדת.

ג. האם צריך להוסיף לתחזית מדדים נוספים של האוכלוסייה (פרט לגיל)?

הדין בשאלה זו התייחס לשני מדדים עיקריים:

- א. מדד חברתי-כלכלי: מחקרים מצביעים על קשר בין שיעור תמותה לבין מצב חברתי-כלכלי.
- ב. מדד תחלואה: הצוות המכין הציג נתונים המראים ששיעור האשפוזים בכל קבוצות הגיל גבוה יותר בקרב אוכלוסייה המאופיינת בתחלואה כרונית.

הסוגיות המרכזיות שהעלו המתדיינים:

- א. לנוכח הקשר שבין מצב סוציו-אקונומי למצב בריאות כדאי לבחון הכנסת פקטור סוציו-אקונומי לתחזית.
- ב. מצבו הסוציו-אקונומי של החולה הוא פרמטר מרכזי בקבלת החלטות לגבי המשך הטיפול בו (האם יש משפחה תומכת, מקום מגורים וכד').
- ג. הקשר שבין דפוסי השימוש לבין מחלות כרוניות מעלה את הצורך לבחון הכנסת מדד תחלואה לתחזית.
- ד. מכל מדדי האוכלוסייה שנבחנו, לגיל האוכלוסייה ההשפעה הגדולה ביותר.
- ה. חוסנם של השירותים בקהילה משפיע על אופי הטיפול בבית החולים.

סיכום והמלצות:

מומלץ לשלב בתכנון תחזית המיטות מדד חברתי-כלכלי ומדד תחלואה. ההחלטה כיצד לעשות זאת והשאלה אם יש מדדים אחרים שכדאי להוסיף דורשות מחקר נוסף.

ד. ממה נובעים ההבדלים בין האזורים בשיעורי האשפוז המתוקננים לגיל? האם בתחזית המיטות יש להתייחס לחריגה בשיעורי האשפוז באזורים מסוימים?

ההיבטים המרכזיים שהעלו המתדיינים כסיבות אפשריות להבדלים בין האזורים הם: (א) מדיניות בית החולים ו/או מדיניות הגורם המבטח; (ב) מצאי מיטות באזור; (ג) מחסור בשירותים בקהילה; (ד) מאפיינים של האוכלוסייה; תחלואה, מצב חברתי-כלכלי; (ה) בעלות בית החולים.

הסוגיות המרכזיות שהעלו המתדיינים לגבי ההבדלים בין האזורים הן: (א) תחזית המיטות צריכה להתייחס להבדלים בין האזורי; (ב) יש לערוך מחקר מעמיק כדי להבין מדוע בנפות כגון צפת, כנרת ועכו שיעור האשפוזים המתוקנן לגיל גבוה כל כך יחסית לממוצע הארצי; (ג) ההבדלים בין האזורים פוגעים בשוויוניות.

סיכום והמלצות:

במסגרת תחזית המיטות צריך להתייחס להבדלים בין האזורים. יש צורך בהעמקת המחקר להבנת הסיבות להבדלים ולקבלת ההחלטה כיצד לשקפם כראוי בתחזית.

ה. באיזו מידה תושפע תחזית המיטות ממדיניות תמחור שירותים נכונה יותר?

וכיצד ישפיע הדבר על אומדן תוספת המיטות הדרושה בשנת היעד?

הדיון בסוגיה התמקד בשאלה: כיצד תשפיע קביעת מחיר יום אשפוז ריאלי לפי מחלקה או לפי קבוצת אבחנות על היקף האשפוזים ועל ימי האשפוז במערכת?

העניינים המרכזיים שהעלו המתדיינים הם:

א. קביעת מחיר דיפרנציאלי לאשפוז של ניתוחים מוגדרים גרמה ירידה בשהייה הממוצעת במחלקות הכירורגיות ובעקבות זאת הקטנת הצורך בתוספת מיטות.
ב. בינואר 1995 נקבע תעריף קבוע לאשפוז במחלקה פנימית המבוסס על שהייה של 5 ימים. בעקבות זאת עלה שיעור האשפוזים החוזרים בחודשים ינואר-יוני 1995.

ג. עניין התמחור והתגמול במערכת האשפוז הוא בעיה מרכזית המחייבת פתרון יסודי.

סיכום והמלצות:

בכל הדיונים עלה שוב ושוב הצורך בתמחור ותגמול ריאליים. למרות חשיבות העניין, הרי שהדיון בו היה על קצה המזלג בלבד, שכן דובר בו בהרחבה בקבוצה שדנה בסביבה הכלכלית-ארגונית של בתי החולים.

לית מאן דפליג כי התמחור ושיטות התגמול הקיימים הם מקור לחלק גדול מבעיות המערכת. אם יוסדר עניין התמחור והתגמול, יפחת חלק גדול מהעיוותים במערכת האשפוז שהם תוצאה של תמריצים כלכליים שליליים ותיווצר התשתית המתאימה לתכנון עתידי טוב יותר.

ו. מה ה"מחיר" של אי-תוספת המיטות הדרושות?

המתדיינים הסכימו כי אי-הוספת המיטות הדרושות תוביל לפגיעה קשה באיכות הטיפול, לירידה בשביעות הרצון של המאושפזים ובני משפחותיהם מחד גיסא ושל הצוות הרפואי מאידך גיסא. לכן אם לא תאושר תוספת מיטות, יש למצוא פתרונות חלופיים, כמפורט בסעיף הבא.

ז. בהנחה שלא יאושרו מיטות אשפוז נוספות או שיאושרו באופן חלקי, למרות המשך הגידול באוכלוסייה, מהן החלופות האפשריות?

החלופות המרכזיות שהעלו המתדיינים הן: (1) הוספת מיטות לאשפוז יום; (2) העברת פעילויות נוספות ממערך האשפוז למסגרת אשפוז יום; (3) העברת פעילות מבתי החולים למוסדות חלופיים (ראו פירוט בחלק הבא, הדן בחלופות לאשפוז הפנימי); (4) העברת פעילות מבתי החולים לקהילה; (5) העברת מיטות בין אזורים; (6) המרת מיטות בין מחלקות (לדוגמה מכירורגית לפנימית). לפיכך, אם אכן לא תאושר תוספת מיטות, מומלץ לבחון לעומקה כל אחת מהאפשרויות שהועלו.

2. שינוי במבנה בתי החולים, במעמדם ובארגונם

א. מבט החוצה - תכנון שינויים בהגדרת הגבולות של בתי החולים לאשפוז כללי

1. רקע ותיאור הבעיה

אוכלוסיית הקשישים היא צרכנית עיקרית של שירותי האשפוז. בשנת 2002 כ-35% מכלל ימי האשפוז הכללי (לא כולל יולדות) היו של קשישים (+65). השימוש בשירותי האשפוז נרחב בעיקר בקרב קשישים שלאחר גיל 75. חלקם בכלל האוכלוסייה הוא כ-4%, ולעומת זאת חלקם מכלל האשפוזים (לא כולל יולדות) - 20% בשנת 2002 (חקלאי וחב' 2003, עמ' 91). לפיכך יש חשיבות מיוחדת לתכנון מבנה שירותי האשפוז המיועדים לאוכלוסייה זו.

שיעור ניכר מהמאושפדים באגף הפנימי ובמחלקות לגריאטריה אקוטית הם קשישים (57% בני 65-74 ו-35% בני 75 ואילך באגף הפנימי). במחלקות הפנימיות ניכרת ירידה לאורך זמן בשיעור המיטות ל-1,000 נפש, ובד בבד גדל שיעור התפוסה לאורך זמן - 102.6% בשנת 2002. בחינת משך האשפוז מלמדת כי עד שנת 2001 נרשמה מגמת ירידה במדד זה וב-2002 היה משך האשפוז הממוצע במחלקות הכלליות 4.1 ימים. גם במחלקות הפנימיות משך האשפוז הממוצע ב-2002 היה 4.1 ימים. לאורך השנים המגמה היא של ירידה.

במחלקות לגריאטריה אקוטית בבתי החולים לאשפוז כללי נרשמה ירידה בשיעור המיטות ל-1,000 נפש ובשיעור התפוסה - 91.8% בשנת 2002. משך שהייה נמצא במגמת ירידה, אך הוא עדיין גבוה - 11.9 ימים בשנת 2002 (חקלאי וחב' 2003, עמ' 224-225).⁶

לנוכח נתונים אלה על עלייה בשיעור התפוסה במחלקות הפנימיות ובמחלקות לגריאטריה אקוטית ולנוכח העלייה הצפויה בשיעור הקשישים באוכלוסייה (בשנת

⁶ נשאלת השאלה, האם הירידה הייתה משנית לירידה בביקוש או בצורך? או שמא הייתה הירידה תוצאה של עומס יתר? ייתכן שהיא נבעה משינוי בסוג החולים: משיקום גריאטרי לחולים אקוטיים יותר וכן עקב הכנסת בקרת האשפוז על ידי קופות החולים.

2020 צפויים כמיליון קשישים - 11.8% מכלל האוכלוסייה), עולה השאלה כיצד על בתי החולים להיערך. לפי חישוב שערך הצוות המכין, כדי לענות רק על הגידול בבני 65+ עד שנת 2020 דרושה הוספה של כ-1,500 מיטות פנימיות.

יש ארבעה כיווני פתרון עיקריים: (א) תוספת מיטות פנימיות; (ב) חלופות לאשפוז במרכזים גריאטריים עצמאיים; (ג) פיתוח שירותים בקהילה למניעת אשפוז; (ד) הסבת מחלקות בתוך בית החולים שהתפוסה בהן נמוכה למיטות פנימיות.

הצוות החליט להתמקד בבחינת חלופה ב':

בחינת מאפייני החולים במחלקות הפנימיות והגריאטריות האקוטיות מלמד כי חלקם יכולים לקבל טיפול במחלקות שהמבנה הבסיסי שלהן פשוט יותר, הסיעוד טוב יותר והעלות נמוכה יותר (שטסמן 2000). יש בהם חולים מאובחנים הנמצאים לאחר השלב החרף של המחלה, ואולם עדיין זקוקים להערכה ולטיפול רפואי שאינו אינטנסיבי; יש הזקוקים לשיקום גריאטרי בבתי חולים, במסגרות של שיקום יום או שיקום בית; ויש חולים סיעודיים שניתן להעביר לבתי חולים סיעודיים או לטיפול סיעודי בקהילה.

נתונים לגבי בית החולים קפלן מלמדים שכ-10% מופנים ישירות מחדר המיון לבית החולים הרצפלי. לעומת זאת נתונים מאסף הרופא מראים כי 20% מבני 65+ הועברו מהמיון לבית החולים שמואל הרופא⁷.

זאת ועוד, החולים המונשמים (כ-600 בבתי החולים לאשפוז כללי) נחלקים לחולים מונשמים שמצבם אקוטי ולחולים שמצבם התייבב. רוב החולים היציבים מאושפדים במחלקות הפנימיות. ההערכה היא שמכ-400 מונשמים המאושפדים במחלקות הפנימיות לפחות רבע (כ-100 חולים) יציבים ואפשר לאשפדם במחלקות מתאימות בבתי חולים גריאטריים.

כיום יש כמה חלופות לאשפוז קשישים שאינם זקוקים לטיפול רפואי אקוטי במחלקות הפנימיות ובמחלקות לגריאטריה אקוטית: מחלקות תת-אקוטיות במוסדות גריאטריים, אשפוז בית, שיקום גריאטרי, מוסדות לאשפוז סיעודי וטיפול סיעודי בקהילה.

הקריטריונים לרישוי ולתפעול מחלקות תת-אקוטיות הוסדרו בחוזר של מינהל רפואה מיום 9 בדצמבר 2001. בחוזר נקבע כי מחלקות אלה יוקמו במוסד שמצוי מחוץ לבית החולים הכללי, בתנאי שהוא בית חולים שיקומי או מרכז גריאטרי משולב (סיעודי + סיעודי מורכב). הרישוי מותנה בכך שלמוסד יהיה גיבוי מבית חולים כללי סמוך, ספרייה רפואית וחיבור לאינטרנט. במחלקה זו "תטופל כל מחלה לאחר השלב החרף ושהטיפול בה דורש ניטור ושינוי טיפול מדי יום, כשהטיפול אמור לשפר את המצב הרפואי והתפקודי בטווח הקצר". יתקבלו למחלקה חולים המצויים לאחר השלב החרף של המחלה ועדיין זקוקים להערכה ולטיפול יום-יומי של רופא ואחות; הערכה וטיפול תפקודי או תזונתי או פסיכו-סוציאלי; זקוקים לשירותי מעבדה, בית

⁷ בקרב המאושפדים בני 65-74 - 10%; בקרב המאושפדים בני 75-84 - 22%; ובקרב 85 ואילך - 39%.

מרקחת ורנטגן; וכן לתכנון שחרור לקהילה. בחוזר נקבעו גם תנאי קבלה לחולים: לאחר גיל 60, מצב המודינמי ולבבי יציב, הטיפול החל בבית חולים כללי, מחלה מאובחנת, משך אשפוז משוער בין 5 ל-30 יום. למחלקה לא מומלץ לקבל חולים ישירות מהקהילה או מהמיון אלא במקרים מיוחדים.

כיום יש כ-120 מיטות לגריאטריה תת-אקוטית בבתי החולים שמואל הרופא והרצפלד (לא ניתנו רישיונות למיטות נוספות). בשנת 2002 היה שיעור התפוסה בשמואל הרופא 94.4% ובהרצפלד - 98% (תת-אקוטי ושיקומי). יצוין כי קופות החולים אינן נוטות להעביר חולים למחלקות אלה, שכן המיטות המתפנות במחלקות הפנימיות מתמלאות בחולים אחרים, וכך בסופו של דבר אין הקופה חוסכת בעלויות אשפוז. בהקשר זה נשאלת השאלה עד כמה מעוניינים ומסוגלים בתי החולים הגריאטריים לקבל עליהם טיפול בחולים המורכבים? שכן הבעיה כיום אינה מחסור במיטות תת-אקוטיות, אלא חוסר התמריץ להשתמש בהן. התוצאה היא שאין צמצום מקביל במספר המיטות במחלקות הפנימיות.

הנתונים שהוצגו לעיל לגבי שיעורי תפוסה גבוהים, משך שהייה ארוך ומאפייני החולים במחלקות הפנימיות ובמחלקות לגריאטריה אקוטית מראים כי למרות זמינותם של פתרונות אשפוז חלופיים, עדיין מסתמנת בעיית שימוש לא-מיטבי במיטות האשפוז, לפחות בכמה מבתי החולים לאשפוז כללי. בעיה זו גורמת עומס יתר על המחלקות הפנימיות ועל מחלקות הגריאטריה האקוטית ועלולה לפגוע באיכות הטיפול. עם זאת, במצב הקיים אין שימוש במלוא פוטנציאל האשפוז במחלקות התת-אקוטיות, מאחר שמיטות אלה אינן חוסכות בעלות האשפוז הכוללת של קופות החולים. המצב הקיים - שבו חולים שאינם זקוקים לכך מאושפדים במחלקות הפנימיות ובמחלקות הגריאטריה האקוטית, שבהן העלות גבוהה יחסית לחלופות, כגון בתי חולים סיעודיים, מחלקות תת-אקוטיות, טיפול בית או טיפול בקהילה - אינו יעיל גם מבחינה כספית.

2. השאלות שהועלו לדיון, עיקרי הדיון והמלצות

א. מהן הבעיות המרכזיות הכרוכות באשפוז בפנימית כיום?

הבעיות שהעלו המתדיינים הן:

1. גישה אקוטית לחולה הכרוני - דגש על התסמין במקום על התפקוד;
2. קושי במענה לצורכי החולה הקשיש, במקרים דוגמת שיטיון (dementia), בעיות סוציאליות (עוני, עריריות וכד') ו-end of life decisions;
3. עומס במחלקה הפנימית גורם לעתים טיפול חסר ושחרור מוקדם (עקב מחסור ברופאים);
4. אשפוזים חוזרים;
5. מקצת החולים המתאשפדים בפנימית אובחנו כבר בחדר מיון וזקוקים לטיפול "Low Tech", כגון עירו או אנטיביוטיקה (לדוגמה, חולים הלוקים בהחמרה ב-CHF, COPD, זיהום בדרכי השתן, דלקת ריאות ואירוע מוחי אינם נזקקים לאמצעים אבחנתיים מתקדמים או לטיפול אינטנסיבי);

6. טיפול לקוי ב-Long Term Acute Care (מונשמים), בחולי דיאליזה המוגבלים בתפקודם וב-TPN;
7. אין תמיכה לחולה ולמשפחתו;
8. אין גישה הוליסטית;
9. תעריף יום האשפוז במחלקות הפנימיות גבוה באורח ניכר מהתעריף במחלקה תת-אקוטית, אף שהעלות האמיתית דומה. עובדה זו היא בבחינת תמריץ לאשפוז יתר במחלקות הפנימיות.

ב. מדוע חולים שאינם זקוקים לאשפוז במחלקות פנימיות ובגריאטריה אקוטית מאושפדים בהן בכל זאת ואינם מועברים לחלופות אשפוז הקיימות כיום (זיהוי המחסומים)?

הסיבות המרכזיות שהעלו המתדיינים הן:

1. לקופות החולים ולבתי החולים לאשפוז כללי אין תמריץ כלכלי להעביר חולים למרכזים הגריאטריים;
2. כמה מבתי החולים לאשפוז כללי מעוניינים להציג תפוסה מלאה, ולפיכך אינם מעוניינים להעביר חולים לאשפוז בחלופות;
3. במצב הקיים המיטות במחלקות לגריאטריה תת-אקוטית מאושרות נוסף על המיטות במחלקות הפנימיות הקיימות (ולא כתחליף), ולפיכך אין בהעברת חולים אליהן חיסכון בסך עלויות האשפוז לקופות החולים;
4. חלופות האשפוז אינן מעוניינות לקבל חולים קשים (תופעת בררת חולים);
5. משפחותיהם של החולים אינן מעוניינות להעביר אותם למרכזים הגריאטריים עקב תדמיתם של מרכזים אלה;
6. בתחום האשפוז הסיעודי חסרים קודים.

ג. כיצד אפשר להתגבר על מחסומים אלה (המחסום הכלכלי, איכות הטיפול, שביעות רצון המאושפדים, אילוצי המבנה הפיזי הקיים)?

השיטות המרכזיות שהעלו המתדיינים הן:

1. שינוי כללי התגמול כך שלמחלקות הפנימיות יהיו תמריצים להעביר חולים לבתי החולים הגריאטריים ולבתי החולים הגריאטריים יהיה כדאי לקבלם;
2. שינוי התעריפים כך שלמחלקות הפנימיות לא יהיה כדאי להשאיר חולים שאפשר להעביר לבית חולים גריאטרי (למשל, מחיר יורד ליום אשפוז או תעריף נמוך יותר לאשפוז בפנימית);
3. שינוי אופן ארגון השירותים כך שהחולים ובני משפחותיהם ירצו לעבור לבתי החולים הגריאטריים;
4. המרת מיטות ממחלקות פנימיות למחלקות גריאטריה תת-אקוטית במקום תוספת מיטות כפי שנעשה כיום (בשאיפה להגיע לחיסכון כולל בעלות האשפוז).

הערה: העברת האחריות על החולים הסיעודיים לקופות החולים (ביטול הפרגמנטציה הקיימת) תשנה את התמריצים ועשויה לתרום להתייחסות שונה שבה יינתן דגש רב יותר לבחירת חלופת האשפוז לפי הצרכים הרפואיים התפקודיים. ואולם סוגיה זו נדונה בהרחבה בכנס ים המלח בשנת 2002, ולפיכך לא הועלתה לדיון בכנס הנוכחי.

ד. אילו קריטריונים יש להביא בחשבון לפתרון הולם לבעיות האשפוז הפנימי?

הקריטריונים המרכזיים שהעלו המתדיינים הם:

1. שיפור איכות הטיפול בחולה באגף הפנימי:
 - חולים בגיל מתקדם יאושפזו בבית החולים לאשפוז כללי, רק אם הם זקוקים לביור או לטיפול אינטנסיבי;
 - הידוק הקשר בין רופאים גריאטריים לרופאים פנימיים;
2. מניעת המתנות ממושכות בחדר מיון לפני קבלה לאשפוז פנימי;
3. מניעת אשפוז חולים בפרוזדורים;
4. מניעת אשפוזים חוזרים;
5. פתרון שיאפשר תפוסה סבירה באגף הפנימי;
6. יהיה מקובל על החולים ובני משפחותיהם;
7. יהיה כדאי כלכלית הן לקופות החולים והן לספקי השרות;
8. יהיה מקובל על משרד האוצר ועל משרד הבריאות.

ה. מהם הפתרונות האפשריים?

הפתרונות המרכזיים שהעלו המתדיינים הם:

1. הוספת מחלקות / מיטות פנימיות בבתי החולים לאשפוז כללי;
 2. הסבת מחלקות לאשפוז כללי שהתפוסה בהן נמוכה - למיטות פנימיות;
 3. הוספת מחלקות לגריאטריה אקוטית בבתי החולים לאשפוז כללי במקום מיטות פנימיות;
 4. הוספת מחלקות לגריאטריה תת-אקוטית במרכזים גריאטריים, שישולבו עם בית חולים לאשפוז כללי בדומה למודל הרצפלד קפלן (מבנה האשכול);
 5. פיתוח שירותים בקהילה שימנעו אשפוז. חשוב לציין שלגבי טיפולי בית עלתה הטענה שבשירותי בריאות כללית העניין נכשל, משום שלפי מנגנון הקפינג השתלם לקופה יותר לטפל במבוטחיה במסגרת בית החולים;
 6. הוצאת האשפוז הפנימי ו/או המיונים מחוץ לכותלי בית החולים, לאשפוז כללי;
 7. הסבת מיטות סיעודיות בבתי החולים הגריאטריים למיטות תת-אקוטיות והוצאת המיטות הסיעודיות לשוק הפרטי;
 8. קביעת קפ על ההוצאה בגין הפנימיות. תשלום חצי מחיר על חולים גריאטריים בפנימית יגביר את התמריץ להעבירם למסגרות חלופיות.
- * במהלך הדיון הוחלט להתמקד בבחינת החלופה הרביעית.

1. מהי החלופה העדיפה לגבי מיקום מחלקות לגריאטריה תת-אקוטית?**החלופות המרכזיות שהעלו המתדיינים הן:**

1. המצב הנוכחי: תנאי לרישוי הוא שהמחלקה תהיה מחוץ לבית החולים לאשפוז כללי, בבתי חולים שיקומיים ובמרכזים גריאטריים משולבים, תוך הסדרי גיבוי עם בתי חולים לאשפוז כללי;
2. קמפוס כוללני שבו האשפוז הגריאטרי נסמך על תשתית בית החולים לאשפוז כללי (כלומר מבנה אשכול);
3. מחלקות תת-אקוטיות בתוך הקמפוס של בית החולים לאשפוז כללי;
4. מחלקות פנימיות בתוך הקמפוס הגריאטרי שבו קיימת מחלקה לגריאטריה תת-אקוטית.

הערה: מודל האשכול פועל בשיבא בקמפוס אחד ובקפלן-הרצפלד בשני קמפוסים נפרדים. במהלך הדיון היו שטענו כי מודל האשכול בקמפוסים נפרדים לא ישיג את המטרה, בעיקר משום שהמרחק והעדר תשתית מתאימה במוסדות הגריאטריים (מעבדה, דימות וכד') עתידים להוביל לעלויות גבוהות יותר.

2. מהם היתרונות והחסרונות של מבנה האשכול, המשלב בית חולים לאשפוז**כללי עם מרכז גריאטרי?**

הדיון התמקד בבחינת היתרונות והחסרונות של מבנה האשכול לבית החולים, לקופה המבטחת, לחולים ולצוות, מתוך התייחסות לאיכות הטיפול, לעלות, ולהקשר הארגוני והמערכתי, המשפיעים על סיכויי היישום.

המתדיינים העלו את היתרונות הבאים:

1. שיפור איכות הטיפול הרפואי בעקבות שמירה על רצף הטיפול והמשכיותו (ברשומה, במעבדה, בהדמיה וכד');
2. עלייה באיכות הטיפול בבני +65 מצד אחד, לאור הטמעת הידע הגריאטרי בבית החולים לאשפוז כללי, ומצד אחר על ידי קבלת ייעוץ של מומחים מבית החולים לאשפוז כללי בבית החולים הגריאטרי (גיבוי רפואי ועבודה רפואית משולבת);
3. ניצול יעיל יותר של מיטות אשפוז, שכן מבנה האשכול יאפשר להנהלה גמישות רבה יותר בהעברת חולים מסוג אשפוז אחד לאחר;
4. יאפשר גיוס צוות ברמה גבוהה יותר לבתי החולים הגריאטריים;
5. יאפשר איחוד פונקציות ניהוליות ולוגיסטיות;
6. שיפור תדמית המרכזים הגריאטריים בעיני החולים;
7. תוספת מיטות בעלות תפעול נמוכה צפויה להגביר את נכונות ההנהלות ורופאי בתי החולים לאשפוז כללי להפנות בני +60 לבתי החולים הגריאטריים;
8. יש כיום תשתית מוכנה למחלקות תת-אקוטיות בשמונה מרכזים גריאטריים ציבוריים עצמאיים (אפשרות להשתמש במשאב ציבורי קיים);
9. צפוי כי קופות החולים יתמכו במודל, שכן מחיר יום אשפוז יהיה נמוך מהמחיר בפנימית;
10. השינוי תואם את מדיניות האוצר ומשרד הבריאות.

המתדיינים העלו את החסרונות והמכשולים הבאים:

1. יש חשש שמאחר שכל בית חולים מתנהל כיחידת עלות עצמאית, עדיין לא יהיה תמריץ לשימוש היעיל ביותר במיטות. לפיכך יש צורך להסדיר את הסדרי ההתחשבות בין בתי החולים שבאשכול;
2. לא תמיד ניתן לבנות אשכולות של בתי חולים בעלי קרבה גיאוגרפית;
3. יש חשש שלמרות מבנה האשכול, בפועל לא יחול כל שינוי באופן ניהול בתי החולים שבאשכול;
4. בתי החולים הגריאטריים נתפסים כפחות איכותיים מבחינה מקצועית בעיני החולים ובעיני הרופאים כאחד, עובדה שעלולה ליצור התנגדויות בעיקר בראשית התהליך;
5. חשש של הנהלות המרכזים הגריאטריים להיבלע בתוך המרכזים לאשפוז כללי עלול להוביל להתנגדות;
6. התנגדות של הנהלות בתי החולים לאשפוז כללי עקב החשש לאבד הכנסות מהמחלקות הפנימיות.

הערה: סוגיית ארגון מחדש של המיונים עלה גם במסגרת הדיונים על מבנה האשכול. מאחר שכיום המיון הוא חלק מבית החולים לאשפוז כללי, הרי שמדיניות האשפוז תואמת את מדיניות בית החולים לאשפוז כללי. לפיכך עלתה הטענה כי ארגון מחדש של המיון והפיכתו ליחידה נפרדת ("אורגנית") יאפשר עבודה במתכונת יעילה יותר שבה מדיניות האשפוז ממיון תתבסס יותר על שיקולים קליניים. במסגרת הדיון אף הועלתה האפשרות שהמיון יהיה באחריות קופות החולים, אך רבים מהמשתתפים טענו שזהו פתרון בלתי ישים ושגוי, בעיקר מההיבט המדיקולוגלי של אחריות וסמכות לטיפול בחולה.

סיכום והמלצות:

לנוכח הגידול הצפוי בבני +65, יגבר הצורך במיטות אשפוז פנימיות. מהדיונים עולה, כי במקום להוסיף מיטות פנימיות מומלץ להוסיף מיטות לגריאטריה אקוטית ותת-אקוטית. עלתה הצעה להסב מיטות סיעודיות או סיעודיות מורכבות המצויות במגזר הציבורי למיטות לגריאטריה אקוטית ותת-אקוטית בד בבד עם הוצאת המיטות הסיעודיות למגזר הפרטי. הוסכם כי פיתוח מודל של אשכול, שישלב בית חולים לאשפוז כללי עם מרכז גריאטרי כדי לטפל בחולים תת-אקוטיים, עשוי לאפשר טיפול באיכות גבוהה יותר ובעלות נמוכה יותר. בדיונים הודגשה החובה שבהבטחת איכות השירות הרפואי (דיאגנוסטי וטיפולי) לחולה הקשיש.

ב. מבט פנימה - תכנון שינויים בתוך בתי החולים

1. רקע ותיאור הבעיה

שיעור התפוסה במסגרת האשפוז הכללי בשנת 2002 היה 93.6%. שיעור זה משתנה מאוד בין המחלקות ונע בין 56.3% במחלקת עיניים ל-180% במחלקת השהיה. נתוני לוח ב בנספח 2 מלמדים כי המחלקות השהיה, יולדות, פנימית ועור ומין מתאפיינות בשיעורי תפוסה גבוהים מ-100%, לעומת מחלקות עיניים, אף אוזן גרון, פה ולסת, טיפול נמרץ כללי, טיפול נמרץ נשימתי, טיפול נמרץ לב ונוירוכירורגיה, ששיעורי התפוסה בהן נמוכים מ-80% (חקלאי וחב' 2003, עמ' 222 ו-226). חשוב לציין כי בהשוואה למדינות OECD שיעור התפוסה בישראל נמנה עם שני הגבוהים ביותר. ועדת אמוראי ציינה שלוש סיבות מרכזיות לתפוסה הגבוהה בישראל: תקינת המיטות אינה נעשית לפי הצרכים הדמוגרפיים והאפידמיולוגיים, ואין התאמה בין תמהיל המיטות לבין צורכי האשפוז בכל מחלקה; הקצאת המיטות אינה ברמת בית החולים אלא ברמה מחלקתית (מדינת ישראל 2002, עמ' 118).

בתחום האשפוז מקובל כי פעולות התורמות לצמצום משך האשפוזים וכן למספר הקבלות בתחום מסוים מפוצות על ידי בתי החולים בהגדלת מספר הקבלות בתחומים אחרים בהתאם לעקרון רומר הקובע שמיטה קיימת (נבנית) היא מיטה תפוסה. לפי עיקרון זה, נועדו מראש צעדי הייעול הנדונים בחלק זה להקטין את מספר המיטות הנוספות.

לנוכח האמור לעיל והנתונים שצוינו, הועלתה השאלה אם יש אפשרות לשימוש יעיל יותר במספר מיטות נתון בתוך בית החולים באמצעות שינויים משני סוגים עיקריים: (1) שינויים ארגוניים, לרבות שינויים בתקינה; (2) שינויים בתעריפים או בשיטות התגמול.

כדי לענות על השאלה הועלו לדיון שלושה סעיפים מרכזיים:

א. שינוי המבנה המחלקתי של בית החולים

המבנה המסורתי של בית החולים מתבסס על המחלקה כיחידה ארגונית. למבנה המחלקתי יש יתרונות, שעיקרם הוא: ביזור בניהול הקליני של החולה ומחלתו, ביזור בניהול השוטף והתמקצעות. לנוכח השינויים המהותיים שהתחוללו במערך שירותי הבריאות ובדפוסי התחלואה, נשאלת השאלה אם זהו המבנה המיטבי במונחי יעילות כלכלית ואיכות טיפול רפואית? **הבעיות העיקריות במבנה המחלקתי הן:** חוסר אחידות בתחום המקצועי והשירותי; חוסר תקשורת בין מחלקות (חומות); חוסר גמישות ברמת בית חולים (עלויות גבוהות); קושי בניהול כולל של בית החולים בצל מוטת השליטה הרחבה הנדרשת.

לפיכך דן הצוות בשתי חלופות למבנה המחלקתי הקיים:

1. הורדת קירות ("רצפת ייצור אוניברסלית")

הורדת קירות בין מחלקות היא פתרון אפשרי להתמודדות עם ההבדלים הגדולים בשיעורי התפוסה בין המחלקות וכן עם השינויים העונתיים בתפוסת המחלקות.

לפי מודל זה, בית חולים מקבל רישיון למספר המיטות הכולל וכן רישיון לפתוח "ענפי רפואה"⁸. ההחלטה כמה מיטות יוקצו לכל ענף נתונה בידי ויכולה להשתנות לפי הצרכים.

מבנה דומה מתקיים לדוגמה בבית החולים אסותא, אך מובן שבבחינת מודל אסותא יש להביא בחשבון כי התנהלותו אינה בראייה לאומית של שירותי בריאות אלא לפי שיקולי כדאיות כלכלית. כיום ברוב בתי החולים מיושם מודל זה חלקית: מחלקה אחת מהווה מחלקת לווין למחלקה אחרת לפי עומסים. כמו-כן יש בתי חולים הפותחים מחלקות עונתיות כדי להתמודד עם התפוסות הגבוהות, דוגמת פנימית חורף בבית החולים סורוקה. מאחר שרבים מבתי החולים כבר פועלים במתכונת זאת, השאלה היא אם אין צורך לקבוע מדיניות ברורה בעניין.

2. מעבר למבנה חטיבתי

המבנה החטיבתי נועד מצד אחד לאפשר עצמאות ניהולית לדיסציפלינות השונות ומצד אחר לאגד דיסציפלינות בעלות זיקה משותפת כדי לשפר את השירותים ולייעלם. יעד מרכזי נוסף הוא ניהול יעיל יותר של בית החולים בכללותו באמצעות צמצום מוטת השליטה של מנהל בית החולים וביזור אחריות וסמכויות למנהלי החטיבות.

זאת ועוד, המעבר למבנה חטיבתי יאפשר ניידות רבה יותר בין המחלקות שבתוך החטיבה וכך יתרום לניצול יעיל יותר של מיטות, בפרט בתקופות של תפוסה גבוהה בכמה מהמחלקות המשתייכות לאותה חטיבה⁹. אחת התוצאות הצפויות היא ייעול בשימוש במיטות האשפוז על ידי צמצום משך ההמתנה לבדיקות ולטיפולים ומעקב משופר אחר מצב החולה.

ב. שינוי בשיטת התקינה

הסכמי העבודה מצמידים את מספר התקנים של הרופאים בבית החולים ובמחלקה למספר המיטות. נוסף על כך, המועצה המדעית של הר"י דורשת מספר מינימלי של מיטות כדי שמחלקה תוכר להכשרת מתמחים.

בהתייחסותה להיבט זה, המליצה ועדת אמוראי לבטל את ההסכמים הקיימים ולערוך בדיקה מקצועית של מערך התקינה בבתי החולים. כמו-כן המליצה הוועדה לבטל את התלות בין מספר המיטות לבין ההכרה במחלקה

⁸ איזה ענף רפואי ומה גודלו אף הן שתי שאלות חשובות לדיון.

⁹ חשוב לציין שהמבנה החטיבתי אפשרי רק בבתי חולים גדולים (יותר מכ-600 מיטות).

שקל ואילו לניתוח בקע הכרוך באשפוז מלא - 7,187 שקל. לפיכך העדיפו בתי החולים את חלופת האשפוז: במהלך 2002 נעשו בבתי החולים הממשלתיים 3,579 ניתוחים באשפוז מלא ורק 469 באשפוז יום¹⁰. נציין כי באחרונה הותר לבתי החולים לחייב בתעריף יום אשפוז גם כשהחולה שוחרר מיום אשפוז, שינוי שהשווה את הטיפול בשני המסלולים. בימים אלה מונהג תעריף DRG אחיד לניתוח זה, שינוי שצפוי לגרום לבתי החולים לבחור בחלופה הזולה מבחינתם (כמובן בהתחשב בצורכי החולה ובמצבו), כלומר חלופת אשפוז יום. ניתוחי שבר הם רק דוגמה אחת; אותו עיקרון מתקיים בשורה של התערבויות אחרות. יש לציין כי בארה"ב שני שלישים מכלל הניתוחים נעשים במסגרת אשפוז יום, לעומת שליש אחד בישראל.

2. השאלות שהועלו לדיון, עיקרי הדיון והמלצות

הדיון התמקד בבחינת אפשרויות לשימוש יעיל יותר במספר מיטות נתון בתוך בית החולים על ידי שינויים משני סוגים עיקריים:

א. שינויים ארגוניים - שינוי המבנה המחלקתי ושינויים בתקינה:

1. הורדת קירות ("רצפת ייצור אוניברסלית")

הסעיפים המרכזיים שהעלו המתדיינים:

- יגדיל את הגמישות וכך יאפשר שימוש יעיל יותר במיטות ובכוח האדם;
- ייתכן שאינו מתאים ליישום גורף בכל המחלקות, אלא רק בקבוצות מסוימות של מחלקות;
- גודל מיטבי של מחלקה, מבחינת תשומות כוח האדם, השליטה במשאבים והשימוש בהם, הוא בין 30 ל-36 מיטות. ממדים גדולים יותר מפחיתים את היתרון לגודל;
- יאפשר פתרונות בחורף, עונה המאופיינת במצוקה גדולה מאוד בפנימיות;
- ימנע כפילויות (לדוגמה חדר התאוששות אחד לכל הכירורגיות);
- ברבים מבתי חולים השיטה כבר מיושמת במגוון אופנים.

סיכום והמלצות:

יש הסכמה שעבודה במתכונת של "הורדת קירות" תאפשר שימוש יעיל יותר במשאבים, ואולם בד בבד יש לשים לב שמעבר לגודל מסוים ילכו ויפחתו יתרונות אלה. מאחר שמהדיונים עולה שהשיטה כבר מיושמת בכמה מבתי החולים, מומלץ לבחון מודלים קיימים ולגבש מדיניות בעניין.

¹⁰ מקור: נתונים ממשרד הבריאות, אגף תמחור ותקצוב.

2. מעבר למבנה חטיבתי

במהלך הדיון הוצגו דוגמאות של המבנה החטיבתי בסורוקה, בהדסה, בשיבא ובאיכילוב. חלק גדול מהדיון התמקד בהיבטים ניהוליים של הסוגיה (הקטנת מוטת השליטה של מנהל בית החולים וכד'), שהם עיקר המשמעות של המעבר למבנה זה. חשוב לציין כי ה"פרשנות" של החטיבה, דרך הפעלתה, מינוי מנהל החטיבה וסמכויותיו שונים באופן מובהק בין בתי החולים שהמבנה החטיבתי מופעל בהם.

כמו-כן נדונה השאלה אם המבנה החטיבתי יאפשר ניידות רבה יותר בין המחלקות שבתוך החטיבה וכך יתרום לייעול השימוש במיטות, בפרט בתקופות שהתפוסה גבוהה בכמה מהמחלקות המשתייכות לאותה חטיבה.

סיכום והמלצות:

יש להעמיק את המחקר לבחינת הדרך המועדפת והיעילה ביותר לניהול בתי חולים גדולים (יותר מ-500-600 מיטות).

3. שינוי מערך התקינה והקריטריונים להכרה במחלקה להתמחות:

עיקרי הסעיפים שעלו לדיון:

- מורכבות הקשר בין התקינה (רופאים, סיעוד) לבין הסכמי השכר הקיבוציים;
- הוצאת רכיב המיטה מהקריטריונים להכרה במחלקה להתמחות. הוצע להביא בחשבון מדדים אחרים, ובהם תמהיל החולים, סוגי הטיפולים, רמה מקצועית ואקדמית, תוצאות הטיפולים, נפחי פעילותם של מגוון השירותים שמספקת המחלקה ושימושים בטכנולוגיות חדשות;
- העלות הגדולה אינה משתקפת בהקמת המיטה אלא בהפעלתה;
- יש חשש שתקינה לפי פעילות תהיה יקרה יותר מהמצב הקיים, שכן היא תדרוש יותר כוח אדם. תקנון לפי מיטה משמש בלם, בהיותו נתון לשליטתו המלאה של המתכנן (כיום מגדילים את התפוקות בלי להגדיל כוח אדם);
- מומלץ לאפשר למנהל בית חולים גמישות ניהולית בניוד כוח אדם בתוך בית החולים;
- עלתה הטענה כי הקריטריונים להכרה במחלקה להתמחות אינם מבוססים עוד על מספר מיטות. כלומר, בצמצום מספר המיטות לא יהיה כדי לבטל את ההכרה במחלקה לצורכי התמחות. אם התלות לא בוטלה, צריך לבטלה ולפתח קריטריונים חדשים; מספר המיטות יכול להיות פרמטר אחד שחשיבותו מוגבלת.

סיכום והמלצות:

הוסכם כי יש לבטל את ההסכמים הקיימים, הקושרים את תקינת כוח האדם למספר המיטות ולאזן דווקא לפעילות, ולערוך בדיקה מקצועית של מערך התקינה בבתי החולים.

ב. שינויים בתעריפי השירותים ובשיטות התגמול

הדיון התמקד בצורך לשנות את שיטות התגמול היוצרות תמריצים להתנהגות בלתי רצויה, כמפורט בהרחבה ברקע לדיון.

החלופות שהועלו לדיון הן:

- הנהגת מחיר יום אשפוז דיפרנציאלי למחלקות האשפוז השונות;
- הנהגת תעריפים לטיפולים ולפרוצדורות (DRG) כתחליף לתשלום לפי יום אשפוז;
- איזון בין תעריפי אשפוז מלא לתעריפי "אשפוז יום".

מרבית הדיון התמקד בהתנגדות מנהלי בתי החולים להנחה ששיקולי האשפוז הם כלכליים. נציגי האוצר טענו כי "משתלם" להחזיק חולים בפנימית, ולכן התפוסה בהן גבוהה כל כך, ואילו לעומתם התנגדו מנהלי בתי החולים לגישה זאת בטענה כי השיקול לאשפוז חולים נתון בידי הרופא התורן במיון, וזה אינו מונחה משיקולים כלכליים.

למרות חילוקי הדעות, הוסכם כי יש לשנות את שיטות התגמול - תחילה את התמחור הריאלי של השירותים - וכי ההחלטה מהן שיטות התגמול המיטביות מחייבת דיון אחר.

מקורות

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2003. **שנתון סטטיסטי לישראל מס' 54**. מדינת ישראל. לוחות 6.1-6.9. www.cbs.gov.il
- חקלאי צ', מרציאנו א', גורדון ש', אבורבה מ' ועוזרי ר', 2003. **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל חלק א'** 2002. משרד הבריאות שירותי מידע ומחשוב. ירושלים.
- חקלאי צ', מרציאנו א', גורדון ש', אבורבה מ' ועוזרי ר', 2004. **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2003**. משרד הבריאות שירותי מידע ומחשוב. ירושלים (טרם פורסם).
- מדינת ישראל. 2002. **הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי)**. דין וחשבון. תל אביב.
- מדינת ישראל. 2001. **בריאות בישראל 2001: נתונים נבחרים**. משרד הבריאות, שירותי מידע ומחשוב. ירושלים.
- מדינת ישראל. 2001. **קריטריונים לרישוי ותפעול מחלקה גריאטרית תת-אקוטית**. משרד הבריאות, מינהל רפואה, חוזר מספר 78/2001. ירושלים.
- קופ י'. 2003. **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים**. המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל. ירושלים. עמ' 147-153.
- שטסמן י'. 2000. **סיכום דיונים והמלצות של ועדת המומחים הבין-משרדית לרה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואים לקשישים במדינה**. ירושלים.
- Edwards N. and Harrison A. 1999. "Planning Hospitals with Limited Evidence: A Research and Policy Problem". **British Medical Journal**. 7221(319): 1361-1363
- Haklai Z., Glick S. and Benbassat J. 2000. "Determinants of Hospital Utilization: The Content of Medical Inpatient Care in Israel". **IMAJ**. May (2):339-342
- Healy J. and McKee M. (Ed.). 2002. **Hospitals in a Changing Europe**. European Observatory on Health Care Systems, Open University Press.
- Rosen B. and Goldwag R. 2003. **Health Care Systems in Transition: Israel**. Observatory on Health Care Systems, Open University Press.

נספח 1

מגמות במערכות האשפוז במדינות אירופה

סיכמה: פרופ' רויטל גרוס

מקור:

Healy J. and McKee M. The evolution of hospital systems, in McKee M. and Healy J. (ed.) *Hospitals in a Changing Europe*, pp. 14-35, European observatory on Health Care Systems, Open University Press, 2002.

בפרק זה מובאת סקירה של מגמות בפעילות בתי חולים במדינות אירופה. באופן כללי ניתוח מגמות אלה מלמד שמספר המיטות בבתי החולים לאשפוז כללי יורד, בעוד מספר הקבלות עולה. בתוך כך, התקצר משך האשפוז ושיעורי התפוסה עלו. יש לציין כי בכל השוואה בין-לאומית יש מגבלות הנובעות מהגדרות שונות (למשל, מה היקף כוח האדם לכל מיטה או אופן חישוב השהות הממוצעת). כמו-כן, הפרמטרים השונים רגישים לתמריצים המשתנים ממדינה למדינה (למשל שיטת התגמול). לפיכך, הסקירה המובאת להלן מלמדת על מגמות רחבות בלבד. בסקירה זו יש התייחסות נפרדת לשלוש קבוצות של מדינות: (א) מדינות האיחוד האירופי (15 מדינות); (ב) מדינות מזרח אירופה (12 מדינות); (ג) 15 המדינות שהשתייכו בעבר לברית המועצות.

מספר בתי חולים (ל-100,000 נפש):

במדינות ברה"מ לשעבר נמצא המספר הגדול ביותר של בתי חולים ל-100,000 נפש (כ-7.5), מהם גדולים וגם הרבה בתי חולים קטנים. משנות ה-90 צמצמו במדינות אלו את מספר בתי החולים.

במדינות מרכז אירופה ומזרחה יש פחות בתי חולים ל-100,000 נפש (כ-2), ואולם רבים מהם גדולים ומכילים יותר מ-1,000 מיטות. מספר בתי החולים נותר יציב משנות ה-80.

במדינות האיחוד האירופי יש יותר בתי חולים ל-100,000 נפש מאשר במזרח אירופה, ואולם הרבה פחות מאשר במדינות ברה"מ לשעבר (כ-4), והמספר נותר יציב משנות ה-80 ועד כה.

מיטות בבתי חולים לאשפוז כללי במדינות האיחוד האירופי (ל-100,000 נפש):
 בכל מדינות האיחוד האירופי (כמו במדינות ברה"מ לשעבר ומזרח אירופה) הופחת מספר המיטות ל-100,000 נפש (מכ-580 ב-1980 לכ-450 ב-1997). יש שונות רבה בין מדינות האיחוד האירופי במספרן האבסולוטי של המיטות: בגרמניה מספר המיטות (כ-800) כפול מהממוצע במדינות האיחוד, ובאיטליה (600) יש עדיין מספר כפול של מיטות לעומת אנגליה (300). בשוודיה יש כ-350 ובצרפת כ-550.

מספר קבלות לבתי חולים (ל-100 נפשות):

במדינות ברה"מ לשעבר ניכרת מגמת ירידה חדה במספר הקבלות: מכ-23 ב-1985 לכ-16 ב-1998.

במדינות האיחוד האירופי המגמה האופיינית היא עלייה בקבלות: מכ-17 ב-1990 לכ-18 ב-1998 (הפעילות האמבולטורית גדלה אף היא). חלק מהעלייה בפעילות קשור כנראה בקבלות חוזרות עקב קיצור משך האשפוז.

משך האשפוז:

במדינות רבות במערב אירופה העבירו חולים שבעבר נותרו בבית חולים לפרק זמן ארוך לבתי חולים סיעודיים או ששחררו חולים אלה לקהילה. משך האשפוז למצבים אקוטיים התקצר אף הוא, בעקבות מדיניות של שחרור מוקדם לאחר ניתוח. זאת ועוד, מקרים רבים מטופלים כיום באשפוזים בני יום. לפיכך התקצר עם השנים משך האשפוז: מ-12 יום ב-1980 ל-9 ימים ב-1996.

גם במדינות מזרח אירופה נרשמה ירידה במשך האשפוז: מ-12.5 ימים ב-1980 ל-9.5 ימים ב-1998.

לעומת זאת, במדינות ברה"מ לשעבר כמעט לא נרשם שינוי במשך השהייה, והוא נותר ארוך: כ-14 יום. הדבר קשור בין השאר להבדלים בדפוסי הטיפול. לדוגמה, במדינות ברה"מ לשעבר יולדות שוהות 7 ימים בבית החולים לאחר לידה לעומת 24 שעות במדינות מזרח אירופה ומערבה. דוגמה נוספת היא הטיפול בשחפת: במדינות ברה"מ לשעבר כולל הטיפול אשפוז ארוך ובאירופה נעשה הטיפול דרך מרפאות חוץ.

תפוסה:

במדינות האיחוד האירופי שיעורי התפוסה יציבים - כ-76%. במדינות מזרח אירופה הייתה ירידה מ-84% ב-1980 ל-72% ב-1993. ב-1998 שיעורי התפוסה עלו שוב - לכ-76%. במדינות ברה"מ לשעבר הייתה ירידה מכ-90% ב-1980 לכ-75% ב-1996. התפוסה הגבוהה שיקפה את שיטת התגמול, ואילו הירידה בתפוסה נבעה ממשבר תקציבי שבעטיו אושפזו פחות חולים.

ימי מיטה (bed days) ל-100 נפשות:

לאורך זמן היה השינוי במדינות מערב אירופה קטן מאוד במונחים של ימי מיטה. בשנים 1985-1996 היו כ-175 ימי מיטה ל-100 נפשות. גם במדינות מזרח אירופה הייתה יציבות בשנים אלה (כ-200), ואילו במדינות ברה"מ לשעבר הייתה ירידה (מכ-320 לכ-220).

הוצאות על בתי חולים:

בכל מדינות אירופה, בתי חולים אחראים לנתח הגדול ביותר בהוצאה הלאומית לבריאות - בין שליש למחצית ההוצאה הלאומית לבריאות. במדינות מערב אירופה נרשמה מגמת יציבות בהיקף ההוצאה. עם זאת, יש לציין את השונות הרבה בין המדינות. לפי נתוני 1998, לדנמרק השיעור הגבוה ביותר של הוצאה על בתי חולים מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות (כ-65%); בצרפת כ-45%; בהולנד כ-55%; ובספרד כ-45%. במדינות מזרח אירופה שיעור ההוצאה על בתי חולים גבוה יותר, ובדרך כלל גבוה מ-70%.

תהליכים באשפוז - סיכום מגמות כלליות:

במדינות מערב אירופה הייתה הצלחה חלקית בסגירת בתי חולים. בתוך כך ניסו גם להפחית את שיעור התפוסה. במדינות אלה הייתה ירידה במספר המיטות והן משמשות לאשפוז של יותר מטופלים (יותר קבלות), ששהייתם קצרה יותר.

במדינות מזרח אירופה צומצם מספר המיטות לאחר 1990, אבל לא נסגרו בתי חולים. גדל מספר הקבלות ביחס למיטות הקיימות והתקצרה שהייה. שיעורי התפוסה פחתו תחילה, אך שבו להיות גבוהים יותר בהמשך.

במדינות ברה"מ לשעבר נסגרו בתי חולים קטנים בעיקר ונרשם צמצום ניכר במספר המיטות. מספר הקבלות פחת, אך שהייה ממשיכה להיות ארוכה מאשר במדינות אירופה האחרות.

מהן הסיבות לתהליכים אלה?

במערב אירופה באו מגמות אלה כתגובה לתהליכים שהחלו משנות ה-60 וכוללים לחץ תקציבי לצד שינוי באופן הטיפול ופיתוח חלופות טיפול בקהילה. כל אלה אפשרו הוצאת חולים פסיכיאטריים¹¹ תחילה ובהמשך גם חולים קשישים וסיעודיים¹² מבתי החולים. גורם נוסף היה שינוי במבנה הטיפול האקוטי: סגירת בתי חולים גדולים מאוד וקטנים מאוד וכן צמצום אינקרמנטלי במספר המיטות, בד בבד עם מתן טיפול אמבולטורי ושיקום בקהילה, מחוץ לבית החולים.

לתהליכים אלה נודעות השלכות לגבי בתי החולים לאשפוז כללי; כיום, הקשישים המאושפזים בהם חולים יותר ולכך יש משמעותיות לגבי עלות הטיפול והיקף הצוות הנדרש.

מדיניות לשינוי מבנה מערכת האשפוז

רוב מדינות אירופה מנסות לצמצם את קיבולת (capacity) בתי החולים. בדרך כלל צומצמו מיטות יותר מאשר נסגרו בתי חולים. צמצום של ממש בהוצאות לא נרשם אפוא, שכן הוצאות קבועות (על מבנה וכד') משקפות חלק נכבד מעלויות בית החולים. עם זאת, באנגליה ובאירלנד סגרו בתי חולים: מספר בתי החולים במדינות אלה צומצם בכשליש.

מדינות שהפעילו תוכניות מדיניות ממלכתיות הצליחו יותר בצמצום מספר המיטות. כך לדוגמה בבלגיה נקבעה תקנה שבבית חולים מוכר צריכות להיות לפחות 150 מיטות, לפיכך נסגרו בתי חולים קטנים רבים. בצרפת הקימו ועדות

¹¹ יש לציין כי הניסיון בבריטניה לשילוב חולים פסיכיאטריים בטיפול בקהילה מלמד שאין אפשרות להסב בתי חולים פסיכיאטריים לתפקיד אחר (מרכז קהילתי למשל); קשה מאוד להכשיר מחדש את הצוות לטפל במסגרת קהילתית; הכסף שנחסך בצמצום מספר המיטות במחלקות הפסיכיאטריות לא הועבר לשירותים בקהילה; צמצום במיטות בלי חלופה טיפולית טובה סיכן את החולים, בני משפחותיהם והציבור.

¹² יש ממשלות שרצו לעודד אשפוז סיעודי והעניקו סובסידיה כדי להעביר חולים מבתי חולים כלליים לסיעודיים. התוצאה הלא-צפויה הייתה גידול במספר המיטות הסיעודיות הפרטיות. מדינות רבות מחפשות חלופה לטיפול סיעודי על ידי חיזוק השירותים בקהילה.

שתפקידן לבחון דרכים לצמצום מיטות כלליות ולפיתוח מתקנים אחרים, כגון יחידות דיאליזה ומרכזים לחולי אלצהיימר. בדרך זו הצליחו לצמצם 17,000 מיטות בשנים 1994-1998.

במדינות שנקטו בהן מדיניות המתבססת על שוק תחרותי (מתן אוטונומיה לבית החולים, הפרדה בין ספק לרוכש) הצליחו פחות בצמצום מספר בתי החולים ומספר המיטות.

לקחי הניסיון באירופה בעבור קובעי המדיניות

א. מהניסיון הבין-לאומי אין ללמוד כמה מיטות צריכים בכל מדינה. עם זאת, רואים שברבות מהמדינות יש אפשרות לצמצם את מספר המיטות באמצעות העברת חולים ששהייתם ארוכה למתקנים אחרים. המדיניות לצמצום מספר המיטות צריכה להיבחן לנוכח צרכיה של כל מדינה.

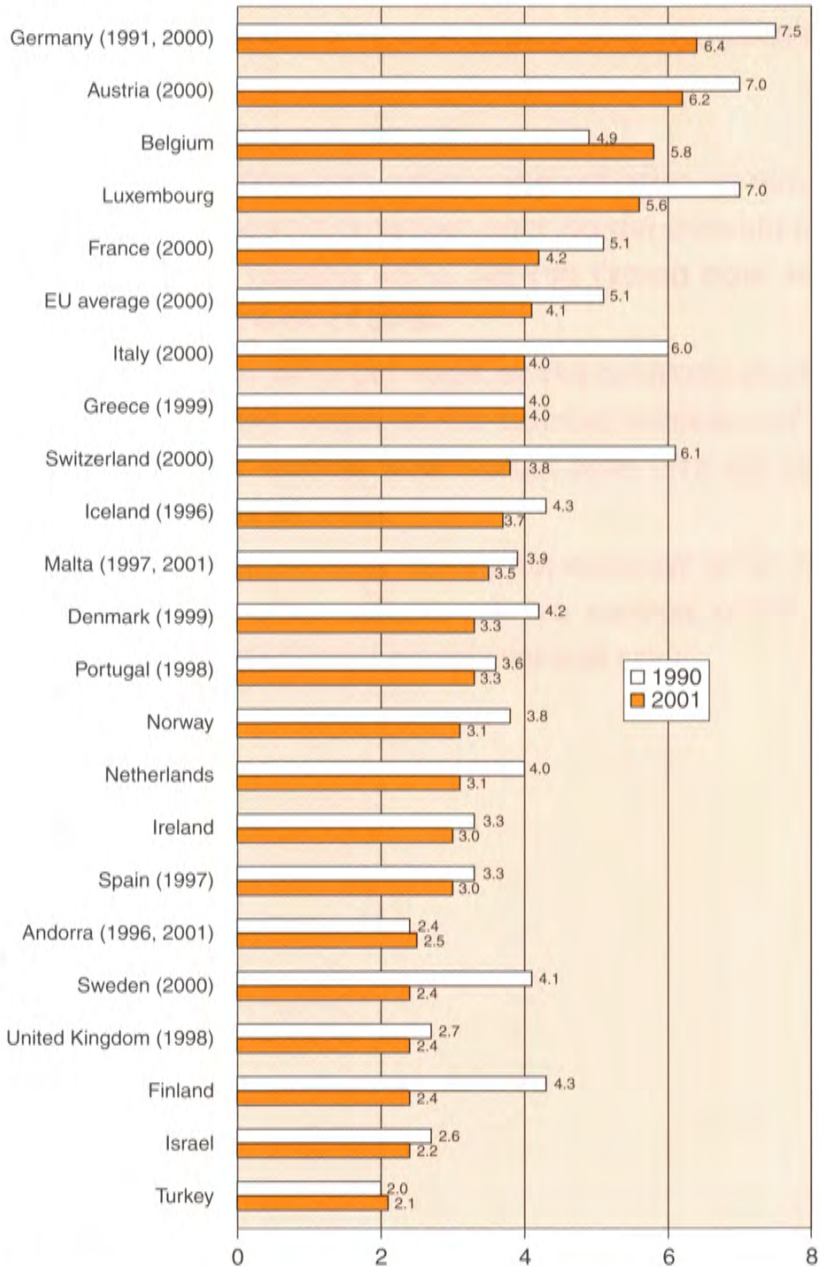
ב. במדינות שנראה כי יש יותר מדי מיטות אשפוז, מדיניות המתבססת על גישה של תכנון מרכזי מביאה תוצאות אפקטיביות יותר ממדיניות המסתמכת על כוחות השוק. עם זאת, יש לזכור שצמצום מספר המיטות מלווה בדרך כלל בפתירת חלופות אחרות שיש לבחון את עלותן.

ג. במדינות מזרח אירופה צמצום מספר המיטות הוא תוצאה של קריסה כלכלית יותר מאשר של תכנון. כלומר, במצבים מסוימים המערכת נאלצת להגיב לתנאים חיצוניים בלי יכולת לצפותם ולהתכונן לקראתם כראוי.

נספח 2

לוח א: מספר מיטות ל-1,000 נפש באשפוז כללי באירופה

(מפורט בסוגריים) 1990 ו-2001 או השנים האחרונות שלגביהן יש מידע (מפורט בסוגריים)



Source: Rosen and Goldwag 2003, p. 61; WHO Regional Office for Europe health for all database; EU: European Union.

לוח ב: שיעור מיטות ותפוסת מיטות בתקן לפי מחלקות, 2002-2000

תפוסת מיטות			מיטות			מחלקה/ סוג מיטה
2002	2001	2000	2002	2001	2000	
			40,116	39,634	38,613	סך כולל (מספרים מוחלטים)
אחוזים			שיעורים ל-1,000 תושבים (2)			
91.4	91.8	92.2	6.050	6.089	6.062	סך כולל
93.6	92.7	92.9	2.160	2.200	2.224	סה"כ אשפוז כללי
102.6	101.6	106.1	0.593	0.610	0.599	פנימית(1)
91.8	88.6	84.8	0.089	0.092	0.093	גריאטריה אקוטית
93.7	97.3	104.3	0.042	0.042	0.041	נוירולוגיה
86.6	90.4	95.3	0.033	0.032	0.032	אונקולוגיה
115.2	111.1	109.5	0.013	0.013	0.014	עור ומין
93.6	73.5	66.1	0.008	0.008	0.008	השתלת מוח עצם
69.2	68.4	66.7	0.045	0.045	0.044	טיפול נמרץ כללי
79.7	81.3	84.0	0.041	0.042	0.041	טיפול נמרץ לב
76.9	78.8	80.0	0.003	0.003	0.003	טיפול נמרץ נשימתי
92.7	89.5	89.8	0.158	0.160	0.164	ילדים
86.3	78.8	82.6	0.015	0.015	0.016	טיפול נמרץ ילדים
99.5	98.2	104.1	0.079	0.081	0.078	טיפול מיוחד ביילוד
87.6	91.0	89.1	0.043	0.043	0.043	כירורגיית ילדים
84.6	85.6	83.6	0.254	0.259	0.267	כירורגיה כללית
89.5	90.2	86.1	0.143	0.145	0.149	אורתופדיה
81.4	81.3	76.3	0.067	0.068	0.070	אורולוגיה
77.9	77.9	82.5	0.026	0.026	0.026	נוירוכירורגיה
85.7	81.3	78.8	0.040	0.044	0.045	כירורגיית חזה ולב
88.1	101.6	103.9	0.020	0.018	0.016	כירורגיית כלי דם
87.2	91.4	83.9	0.028	0.028	0.027	כירורגיה פלסטית
56.3	56.3	56.3	0.057	0.059	0.062	עיניים
77.8	75.8	72.7	0.047	0.049	0.049	אף, אוזן, גרון
64.1	67.7	68.2	0.006	0.006	0.007	פה ולסת
92.3	93.1	90.1	0.100	0.103	0.107	נשים
112.7	109.2	105.9	0.203	0.203	0.205	יולדות
180.6	147.7	154.9	0.008	0.006	0.006	השהיה
82.6	85.5	87.7	0.820	0.840	0.877	בריאות הנפש
92.1	92.7	93.0	2.962	2.950	2.861	מחלות ממושכות
99.2	97.3	97.0	0.107	0.099	0.100	שיקום

מקור: למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 2003, לוח 6.7; חקלאי וחב' 2003, עמ' 222 ו-226;
 (1) = מחלקת ריאוא; (2) = השיעור מחושב על פי האוכלוסייה בסוף שנה.

לוח ג: שחרורים, ימי אשפוז ושהייה ממוצעת לפי מחלקות, 2002-2000

שהייה ממוצעת			ימי אשפוז			שחרורים			מחלקה/ סוג מיטה
2002	2001	2000	2002	R2001	2000	2002	2001	2000	
(ימים)			(אלפים)			(אלפים)			
			13,322.1	13,064.5	12,830.1	1,221.4	1,211.0	1,160.9	סך כולל(1)
			4,874.7	4,821.2	4,792.7	1,159.8	1,151.6	1,102.8	מחלקות כלליות(1)
שיעורים ל-1,000 תושבים									
10.8	R11.0	13.1	2,027.78	2,028.9	2,040.0	185.9	188.1	184.0	סך כולל(1)
4.1	4.1	4.3	741.9	748.7	762.0	176.5	R178.8	175.3	מחלקות כלליות - סך הכול
4.1	4.1	4.3	225.3	227.8	238.6	54.1	54.6	54.1	פנימית(2)
11.9	12.3	12.5	29.7	29.9	28.9	2.4	2.5	2.3	גריאטריה אקוטית
5.9	6.0	6.7	14.5	14.7	15.6	2.5	2.4	2.3	נוירולוגיה
6.2	6.0	5.9	10.3	10.7	11.3	1.6	1.8	1.9	אונקולוגיה
5.8	6.4	7.2	5.5	5.4	5.5	1.0	0.8	0.7	עור ומין
5.0	R9.5	11.3	2.8	2.2	2.0	0.5	0.2	0.2	השתלת מוח עצם
5.2	5.9	6.1	11.4	11.3	10.6	2.1	1.9	1.7	טיפול נמרץ כללי
2.5	R2.6	2.8	11.6	12.3	12.7	4.6	4.8	4.5	טיפול נמרץ לב
7.9	7.4	6.8	0.8	0.8	0.9	0.1	0.1	0.1	טיפול נמרץ נשימתי
3.2	3.1	3.2	53.8	54.9	54.6	16.7	17.2	16.5	ילדים
4.8	4.7	4.9	4.7	4.4	4.6	0.9	0.9	0.9	טיפול נמרץ ילדים
11.9	R12.2	12.8	28.8	28.1	30.0	2.3	R2.2	2.3	טיפול מיוחד ביילוד
2.7	2.9	3.0	13.9	14.3	13.8	5.1	R5.0	4.7	כירורגיה ילדים
2.8	2.8	2.9	78.5	81.6	83.0	28.5	29.1	28.1	כירורגיה כללית
5.4	R5.6	5.6	47.05	48.4	47.3	8.6	8.7	8.2	אורתופדיה
4.1	4.2	4.2	20.0	20.4	19.7	4.9	4.9	4.6	אורולוגיה
5.4	5.9	6.3	7.4	7.5	8.0	1.4	1.3	1.3	ניורוכירורגיה
5.1	4.9	5.3	13.3	13.2	13.1	2.5	2.6	2.4	כירורגיית חזה ולב
4.5	4.8	5.2	6.3	6.2	6.0	1.4	1.3	1.2	כירורגיית כלי דם
3.2	R3.4	3.5	8.9	9.3	8.5	2.7	2.7	2.4	כירורגיה פלסטית
2.5	2.4	2.7	11.9	12.3	13.0	4.8	5.0	4.7	עיניים
2.9	2.8	3.0	13.6	13.5	13.3	4.7	4.8	4.4	אף, אוזן, גרון
3.5	3.7	3.6	1.5	1.6	1.7	0.4	0.4	0.5	פה ולסת
2.3	2.2	2.3	33.9	34.7	35.5	15.0	15.2	15.2	נשים
3.1	3.2	3.2	82.0	80.0	80.8	24.6	24.1	24.6	יולדות
1.1	1.0	1.0	4.6	3.0	3.2	4.1	2.9	3.1	השהיה
102.1	R106.7	232.9	250.0	267.5	293.1	3.3	3.3	3.5	בריאות הנפש
163.3	R175.0	155.9	999.0	977.2	948.9	5.6	R5.5	5.3	מחלות ממושכות
37.9	R39.6	39.5	36.8	35.5	36.1	0.8	0.8	0.8	שיקום

מקור: למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 2003, לוח 6.8; חקלאי וחב' 2003, עמ' 223-225; R = נתונים מתוקנים; (1) = שחרורים ושהייה ממוצעת לא כוללים העברות בין מחלקות באותו בית חולים; (2) = מחלקת ריאות.

**לוח ד: שימוש בשירותי אשפוז בבתי חולים לאשפוז כללי באירופה
שנת 2001 או השנה האחרונה שלגביה יש מידע**

Country	Hospital beds per 1000 population	Admissions per 1000 population	Average length of stay in days	Occupancy rate (%)
Western Europe				
Andorra	2.5	9.4	6.7 ^b	70.0 ^b
Austria	6.2 ^a	27.2 ^a	6.3 ^a	75.5 ^a
Belgium	5.8	16.9 ^b	8.0 ^b	80.0 ^c
Denmark	3.3 ^b	17.9	5.2 ^a	83.5 ^a
EU average	4.1 ^a	18.9 ^b	7.7 ^b	77.4 ^c
Finland	2.4	19.7	4.4	74.0 ^f
France	4.2 ^a	20.4 ^b	5.5 ^b	77.4 ^b
Germany	6.4 ^a	20.5 ^a	9.6 ^b	81.1 ^a
Greece	4.0 ^b	15.2 ^c	-	-
Iceland	3.7 ^a	18.1 ^f	6.8 ^f	-
Ireland	3.0	14.5	6.4	83.8
Israel	2.2	17.8	4.1	93.0
Italy	4.0 ^a	16.0 ^b	7.0 ^a	75.5 ^a
Luxembourg	5.6	18.4 ^a	7.7 ^c	74.3 ^a
Malta	3.5	11.2 ^a	4.3	75.5 ^a
Netherlands	3.1	8.8	7.4	58.4
Norway	3.1	16.1	5.8	87.2
Portugal	3.3 ^c	11.9 ^c	7.3 ^c	75.5 ^c
Spain	3.0 ^d	13.3 ^d	7.6 ^d	76.2 ^d
Sweden	2.4 ^a	14.9	4.9	77.5 ^a
Switzerland	3.8 ^a	16.3 ^c	10.0 ^a	85.0 ^a
Turkey	2.1	7.6 ^a	5.4	58.8
United Kingdom	2.4 ^c	21.4 ^a	5.0 ^a	80.8 ^c
CSEC				
Albania	2.8 ^a	-	-	-
Bosnia and Herzegovina	3.3 ^c	7.2 ^a	9.8 ^c	62.6 ^b
CSEC average	-	14.8 ^c	10.7 ^a	64.1 ^e
Croatia	5.4	17.8	8.3	72.3
Czech Republic	4.0	13.9	8.9	85.5
Estonia	6.3	18.9	8.6	70.5
Hungary	6.4 ^a	24.2	7.0	76.9
Latvia	5.8	18.6	-	-
Lithuania	6.3	21.7	8.0	76.3
Slovakia	6.7	18.8	9.2	70.9
Slovenia	4.2	15.9	6.8	70.5
The former Yugoslav Republic of Macedonia	3.4	8.2	8.0	53.7
CIS				
Armenia	3.7	4.7	9.6	31.6
Azerbaijan	7.9	4.7	15.5	25.7
Georgia	3.9	4.3	7.4	82.0
Kazakhstan	5.4	14.7	11.3	96.5
Kyrgyzstan	4.8	13.9	10.8	87.6
CIS average	7.9	19.1	12.5	85.0
Republic of Moldova	4.7	11.9	10.3	70.7
Russian Federation	9.1	21.6	13.2	85.8
Tajikistan	5.8 ^d	8.9	13.0	54.5
Turkmenistan	6.0	12.4 ^d	11.1 ^d	72.1 ^d
Ukraine	7.1	18.7	12.5	89.5
Uzbekistan	-	-	-	84.5

Source: Rosen and Goldwag 2003, p. 61; WHO Regional Office for Europe health for all database. Notes: a = 2000, b = 1999, c = 1998, d = 1997, e = 1996, f = 1995, g = 1994, h = 1993, i = 1992, j = 1991; CIS: Commonwealth of independent states; CSEC: Central and south-eastern European countries, EU: European Union.

בית החולים, החולה, הקהילה ומה שביניהם

סיכום והמלצות

מבוא

עם כניסתנו למאה ה-21, הולכים ונעשים יחסי הגומלין בין מערכת הבריאות לחולה מורכבים יותר ויותר. שינויים סוחפים בתוך המערכת ומחוצה לה, כגון הנטל ההולך וגואה של מחלות כרוניות, פיתוחן המתמיד של טכנולוגיות חדשות, שינויים בשיטות התגמול והסבסוד (reimbursement), הנחיות רגולטוריות, עליית מחירי השירותים ושינויים במוסכמות החברתיות, כל אלה מעצבים באופן תדיר את התנהגותם של נותני השירות מחד גיסא ושל מקביליו מאידך גיסא [3]. תהליכים אלו הביאו לידי נתק הולך ומתעצם בין מערכת הרפואה האמבולטורית לזו האשפוזית, ובעקבות זאת נפגעה רציפות הטיפול בחולה. זאת ועוד, במציאות שאין בה הגדרה של שירותי הבריאות שבית החולים מחויב בהם; התקשורת בין קופת החולים לבית החולים לוקה בחסר; והחולה מטופל בבית החולים בידי מספר גדול של אנשי צוות שונים (למרות משך האשפוז הקצר יחסית) - החולה נאלץ להתמודד עם בעיות של חוסר מידע ואי-ודאות, ואף עלול למצוא את עצמו אנוס לשמש כלי משחק במחלוקות מנהלתיות המתגלעות בין קופת החולים לבית החולים בנוגע למימון טיפולים. זאת, נוסף על ההתמודדות עם מחלתו. במציאות זו מוצא את עצמו החולה ניצב לפני המערכת האשפוזית נבוך וחסר אונים.

לנוכח מציאות זו, שואפת קבוצת העבודה למצוא בעבור החולה הנזקק לשירותי בריאות דרך לגשר על פערי המידע ועל הבעיות ברציפות הטיפול במעברים בין בית החולים לקהילה, בלי שהוא עצמו ייאלץ לתרום חלק פעיל בגישור זה. הקבוצה ממליצה:

- לפעול במרץ לשיפור הממשק בין המערכת האמבולטורית למערכת האשפוזית בשני מישורים - הקליני והמנהלי - וזאת באמצעות:
 - בחינת דרך מעשית ויעילה ליצירת ממשק מקוון בין המערכות הקיימות כיום בשלבי פיתוח בארגוני הבריאות, כדי שמידע רלוונטי ותמציתי על אודות החולה יהיה זמין בכל נקודות השירות המורשות.
 - בחינת מבנים ארגוניים שיאפשרו שיפור הממשק הבלתי אמצעי בין המערכות, כדוגמת מודל "מחלקות אם", כך שיוכנסו מאפייני אינטגרציה אנכית בין רוכשי השירותים לספקיהם.
 - גיבוש הסכמה בין קופת החולים לבתי החולים על מודל לפתרון מחלוקות מנהליות ביניהם בלי מעורבות החולה.
- להביא לפעולה תוך-ארגונית בבתי החולים, להגדרת "נציג אישי" לחולה, שיגשר בעבורו על פערי המידע הנוגע לטיפול הניתן לו בזמן האשפוז.

ממשק בין בתי החולים לקופות החולים

ממשק קליני

- הממשק הקליני בין בית החולים לקהילה חיוני לשמירת רציפות הטיפול הנאות בחולה. רציפות זו חשובה להצלחת הטיפול, ולכך השפעות ניכרות על איכות חייהם של החולה ומשפחתו וכן על כלכלת המשק. הממשק הקליני ניתן לפירוק לשלושה רכיבים משלימים: הגישה ההתנהגותית, הגישה המבנית ופיתוח מערכות מקוונות.

הגישה ההתנהגותית

- יש לשפר את ההיכרות האישית בין רופאי הקהילה לרופאי המחלקות בבתי החולים, שכן הסיכוי לתקשורת טובה בין רופא בית החולים לרופא המשפחה יגדל על בסיס היכרות אישית בין השניים. הדרכים להגברת התקשורת הן: (א) הימצאות מתמחים מרפואת המשפחה במחלקות; (ב) פעילות אקדמית משותפת; (ג) הגברת הוראת הסטודנטים לרפואה בידי רופאי הקהילה, לרבות בקורסים שלא על יד מיטת החולה, בתחומים כגון תקשורת, אתיקה ורפואה מונעת. כמו-כן יש מקום לגיבוש קורסים המועברים במשותף בידי רופאים ראשוניים ורופאי בתי חולים. זאת ועוד, יש להקפיד שבכל מכתבי הקבלה והשחרור יצוינו שמותיהם של אנשי הקשר: רופא המשפחה ורופא המחלקה המאשפת, וכן יצוינו בבירור דרכי ההתקשרות (לרבות מספרי טלפונים ניידים); (ד) הכשרה חלקית של רופאי בית החולים במסגרת רפואת הקהילה.
- יש לתת דגש מתאים לרפואת הקהילה, בהיבט הרחב שלה, הכולל מלבד רפואת המשפחה גם את תחומי ההתמחויות האחרים, לרבות טיפול במסגרת קהילתית, בתוכנית הלימודים לרפואה ובתוכנית ההתמחויות האחרות.
- יש לתת ביטוי לעובדה שעיקר הטיפול עבר מבית החולים לקהילה, גם בצעדים כגון קביעת סטטוס של רופא בכיר ליועץ מבית החולים לקהילה, ולהימנע משליחת מתמחים ורופאים לא מנוסים לשם כך.

גישה מבנית

- מודל מחלקת האם ניתן ליישום בשני אופנים: (1) מחלקת אם אזורית; (2) מחלקת אם "קופתית". המודל האזורי גורס זיקה בין מחלקה נתונה לבין אזור מגורים נתון. כל חולה מאזור זה שיזדקק לשירותי אשפוז, יופנה תמיד לאותה מחלקת אם. כמו-כן יתקיים קשר רצוף בין רופאי מחלקת האם לרופאים הראשוניים המטפלים בחולים המתגוררים באזור מגורים. לפי המודל הקופתי, תוגדר זיקה בין מחלקה נתונה לבין קופת חולים נתונה, וכך כשמבוטחי הקופה יזדקקו לשירותי אשפוז, הם יופנו למחלקת האם הייחודית לאותה קופה. בשני המודלים תישמר לחולה זכות הסירוב להתאשפז במחלקה מסוימת.
- יש לבחון אם מודל מחלקת האם מספק פתרון מערכתי כולל או שמא פתרון מקומי בלבד למספר מתארים מוגדר.

- הקבוצה ממליצה לעודד בתי חולים לבחון גישה זו באמצעות ניסוי pilot בשיתוף רפואת הקהילה ומתוך התאמת המודל לנתונים הסביבתיים.
- יש לבחון גם את הפן המשלים של מחלקת האם בבית החולים: "מרפאת האם" בקהילה תאומץ בידי מחלקת האם, וינתן ייעוץ למרפאה בידי הרופאים הבכירים מהמחלקה.

מערכת מקוונת

- המצב בישראל, שבו מערכות רבות ומגוונות אינן "מדברות" בשפה אחידה יוצר קושי ניכר בניצול המשאבים היקרים שהושקעו בפיתוחן. הצורך הדוחק הוא ליצור ממשק בין המערכות הקיימות שיאפשר שפה אחידה ויהיה כלי זמין ונגיש. היה מי שטבע בהקשר זה את האמרה "וגר נמר" עם אופק".
- יש להגדיר מהו המוץ שיש לברור מן התבן כדי ליצור מסגרת מידע שימושית ולמנוע אובדן בים של מידע שהולך ומצטבר במערכות אלקטרוניות זמינות ונגישות, אבל אינן שימושיות, ובמילים אחרות: יש להגדיר Minimal Data Set (MDS). הקבוצה ממליצה להשתמש בעבודה של שירותי בריאות כללית להגדרת MDS, לפתחה ולהטמיעה במישור הלאומי.
- הועלה רעיון "התיק האינטגרטיבי": יצירת תיק אד הוק ממאגר הנתונים הקיימים במחשב לגבי החולה, בהתאם לצורך הקיים (לרבות סוג הטיפול, תחנת השירות, הרשאות והסכמת החולה). תיק זה "יתפזר" חזרה לנתונים עם סיום הטיפול המסוים או לפי הגדרת זמן אחרת שנקבעה מראש.
- בשל רגישות המידע הוא יאובטח וייחשף על פי הרשאות בלבד.

ממשק מנהלי

- יש לשים את הדגש על הידברות הדידית ועל מציאת פתרון שבהסכמה, כל זאת בלי לערב את החולה בפתרון המחלוקת ובלי לגרום פגיעה בטיפול בו. מודל המדגים דגש זה מפורט בגוף המסמך. ההידברות ההדדית צריכה לשמש חוט השני המדריך לכל הפתרונות (בסיסמת "דיבור במקום טרטור").

נציג אישי לחולה בבית החולים

- יש צורך בהגדרת "כתובת" לחולה לקבלת מידע על הטיפול הניתן לו במסגרת האשפוז. דרושה הכרה בצורך זה מטעם הנהלות בתי החולים והרופאים הבכירים, הכרה שתשתקף בהנחיות פעולה לצוות המטפל כולו (כגון ענידת תג זיהוי והצגת איש הצוות לפני החולה).
- הפתרון הנחוץ צריך לאפשר התנהלות לפיו לאורך זמן.
- מומלץ לקבוע את תפקיד מסירת המידע לחולה כאחת ממחויבויותיו של רופא בכיר במחלקה.
- מומלץ לקבוע זמנים מוגדרים למתן מידע לחולה ולמשפחתו ולוודא קיומו של מפגש אחד לפחות במהלך האשפוז.

- מומלץ לקבוע בן משפחה אחד או שניים (בהסכמת החולה / האפוטרופוס), כאנשי קשר למשפחה, וגם להם יימסר מידע על מצב החולה ועל הטיפול בו.
- מומלץ לקבוע בתוכנית הלימודים של הצוות המטפל שיעורים בתקשורת בין-אישית, חשיבותה והדרכים לקיימה במסגרת בית החולים, כחובה בהכשרת איש הצוות המטפל.
- העצמת מעמדו של רופא הקהילה גם בהיבט יחסי הגומלין עם רופאי בתי החולים תביא להגדלת מחויבותם של רופאי בתי החולים למסירת מידע לחולה המאושפז.
- יש לפתח תמריצים וסדרי עבודה שיעודדו את רופאי המשפחה לבקר את מטופליהם המאושפזים ולהוות כך גשר וקשר בין שתי המערכות.

הגדרת סל שירותים מחייב לבתי החולים

- סל שירותי הבריאות, שנקבע ומתעדכן בהתאם לחוק ביטוח בריאות 1995, הוא "ממוקד מבטח", כלומר מגדיר את השירותים שקופת החולים מחויבת לספק למבוטחיה, ובכללם אשפוז. מכיוון שהסל אינו "ממוקד חולה", הוא אינו מגדיר את השירותים שמספקים כלל ספקי שירותי הבריאות האפשריים, ובכללם "קבלני משנה" של קופות החולים, כגון בתי החולים.
- הדעות לגבי הצורך בהגדרת סל שירותים מחייב לבתי החולים נותרו חלוקות גם בתום הדיונים הערים בעניין.
- אם יוחלט בעתיד להגדיר סל כזה, יש לוודא ראשית שיוגדר חלקו ב"עוגת התקציב" הכוללת לשירותי הבריאות. זאת כדי למנוע מצב שסל זה "מכרסם" בתקציבים חיוניים לאספקת שירותי הבריאות שמחוץ למסגרת בית החולים.
- המלצה ברורה שעלתה בדיונים היא "להאיר" את המצב, כלומר להציג לחולה בבירור את כל החלופות הטיפוליות הניצבות בפניו, בהתאם לחוק זכויות החולה. יש להבהיר לחולה אילו מהחלופות אינן ממומנות מסל השירותים שמתקוקף חוק בריאות ממלכתי ולהסביר לו כי בחירתו באחת מחלופות אלו תדרוש ממנו לקנותה (אם באופן פרטי לגמרי או אם באמצעות ביטוח משלים). במקרה זה, אין לשלוח את החולה "להשיג" את התרופה מקופת החולים או ממקור בלתי מוגדר, אלא להציג לפניו בבירור את מחיר הטיפול ואת נקודת הקנייה המורשית. יש לפעול להצגת החלופות בשלב מוקדם ככל האפשר ובאובייקטיביות הראויה. מכל מקום, אין להציג את החלופה בתנאים בלתי הולמים, כגון "על שולחן הניתוחים". ייתכן שיידרש מנגנון חיצוני לבית החולים להצגת החלופות הקיימות כדי לוודא הצגה ראויה שלהן ולהקטין את התמריץ של בית החולים למכור שירותים יקרים ישירות לחולה.
- יש מעין פרדוקס בעובדה שמכירה פרטית של שירותי בריאות במסגרת המערכת הציבורית היא כדאית, שכן היא זולה יותר בעבור השכבות החלשות (בעיקר השוכנות בפריפריה) מאשר קניית שירותים אלו במוסדות פרטיים. לפיכך היו חברים בקבוצה שהמליצו לאפשר מכירת טכנולוגיות רפואיות באופן פרטי בבתי

- החולים הציבוריים, ובלבד שיתקיים מנגנון פיקוח הדוק על פעילות זו. אין זה מחויב המציאות שסל השירותים לבתי החולים יהיה במתכונת "הכול או לא כלום". אפשר להגדיר מכלולים של שירותים מסוימים שבית החולים יחויב לספק, כגון שירותי חירום בחדר מיון מחד גיסא, ודרגת איכות מינימלית כגון good clinical practice מאידך גיסא.
- במצב שיוחלט להגדיר סל שירותים מחייב לבתי החולים, מעלים חברי הקבוצה את הצורך לבחון הקצאת משאבים ייחודית לטכנולוגיות חדשות.
- הקבוצה ממליצה לבחון את השאלה בדבר הגדרה מפורטת יותר של שירותי האשפוז שעל קופת החולים לוודא את אספקתם למבוטח, במסגרת הסל הקיים.

סיכום הדיונים בכנסים המלח

במסגרת הכנס נידונו שלוש הסוגיות העיקריות שדנה בהן קבוצת העבודה:

1. הממשק (הקליני והמנהלי) בין בתי החולים לקופות החולים כדי להבטיח את רציפות הטיפול הנאות בחולה.
2. הגדרת נציג אישי לחולה בבית החולים שיגשר בעבורו על פערי המידע הנוגעים לטיפול בו.
3. הגדרת סל שירותים מחייב לבתי חולים.

נקודת המבט לדיון בשלוש הסוגיות הייתה הצורך למצוא דרך לגשר בעבור החולה הנזקק לשירותי בריאות על פערי המידע ועל בעיות ברציפות הטיפול במעברים בין בית החולים לקהילה, בלי שהחולה עצמו יאלץ לפעול בעניין. הדיונים חולקו לארבעה מושבים:

1.

המושב הראשון דן בסוגיית הגדרת סל שירותים לבתי החולים. ברוך רוזן הציג סוגיה זו, כפי שהיא מפורטת בגוף נייר העבודה, בעזרת מצגת שהכין עם אסנת לוקסנבורג (המצגת מצויה באתר האינטרנט של המכון הלאומי). במסגרת הדיון עלו טיעונים בעד ונגד הגדרת סל. מעניינת הייתה העובדה, שהן המתנגדים והן המצדדים השתמשו באותו טיעון - הגדלת ההוצאה הפרטית בעקבות הגדרת סל לבתי החולים - לחיזוק טענותיהם המנוגדות. המצדדים גרסו שהמצב הקיים הוא הגרוע ביותר: אף שלכאורה זכאי החולה לכיסוי הוצאותיו בעבור כל השירותים שקיבל באשפוז, ואף שחל איסור לקבל תשלום מחולים בעבור שירותים בבית החולים, הרי שבפועל נשלח החולה "להשיג" טכנולוגיות רפואיות הנחוצות לטיפול בו בזמן אשפוזו. מצב זה הוא בבחינת גזרה שאין החולים יכולים לעמוד בה. נוסף על כך גורסים המצדדים בהגדרת הסל, כי יש קלות בלתי סבירה בהמלצה על שימוש בטכנולוגיות חדשות בבתי החולים, הגם שעדיין לא נבדקו בדקדקנות, וזאת בניגוד למתחייב לפי כללי evidenced based medicine. כמו-כן, הגדרת סל תביא לידי כך שטכנולוגיות חדשות

שלא ייכללו בו יגרמו עלייה בהוצאה הפרטית על קנייתן ובעקבות זאת יגדל הלחץ להכלילן במסגרת הסל הציבורי.

המתנגדים להגדרת סל שירותים לבתי החולים ציינו שכבר יש סל שירותים המשקף את העדפת החברה בישראל בתחום שירותי הבריאות. לפיכך אין הצדקה למסלול נוסף להכללת טכנולוגיות במימון ציבורי. מי שהפרוטה מצויה בכיסו ומעוניין לקנות שירות בריאות איכותי יותר יכול לפנות למסגרות אשפוז פרטיות וליהנות משירותים אלו לפי העדפותיו ויכולתו הכלכלית. מצב זה לא יגרום התנסות פחותה של בתי החולים הציבוריים בטכנולוגיות החדישות, אלא שימוש ראוי יותר בהקצאת המשאבים הציבורית למגזר האשפוזי. זאת ועוד, אם יוגדרו במדויק שירותים שייכללו בסל, כי אז יילכו ויתרבו השירותים שאינם כלולים בסל ושיימכרו לחולים באופן פרטי. כך, משבאנו לתקן עוול של אי-שוויוניות, נמצאנו מזיקים.

סוגיה מעניינת שעלתה היא שאם טכנולוגיות שלא ייכללו בסל יוצעו למכירה אך ורק במסגרות אשפוז פרטיות, כי אז ייפגעו עוד יותר השכבות החלשות, ובעיקר אלו המתגוררות בפריפריה, שכן העלות הכוללת של אשפוז פרטי גדולה לאין ערוך מעלות קניית הטכנולוגיה בלבד ולקבלת שאר השירות במסגרת הציבורית. המתנגדים לסל ציינו עוד כי יש חשש סביר, שקצב עדכון הסל יהיה איטי מקצב הופעת הטכנולוגיות החדשניות שתועלתן רבה. כך עלולות דווקא טכנולוגיות מועילות וכדאיות להיוותר מחוץ להישג ידו של רוב ציבור החולים.

פן נוסף שהציגו מתנגדי הסל הוא שבראייה ארגונית טוב שיש מקום לתמרון שאינו מוגדר בדקדקנות. מרחב תמרון זה מאפשר גמישות ואף יוצר מידה בריאה של מתח, בהיבט של תמריצים ובלמים בארגון הכולל.

שתי נקודות חשובות הוארו בדיון, שאינן קשורות ישירות לעמדה זו או אחרת ביחס לסל: (1) לרשות כל שירותי הבריאות עומד תקציב אחד מוגבל. לפיכך יש לוודא שאם יוגדר סל לבתי החולים, לא יכורסם נתח חיוני של תקציב ספקיהם של שירותי בריאות אחרים. רק אחרי הגדרת חלקו הרצוי של סל בתי החולים בעוגת התקציב בראייה חברתית, תתאפשר בחינה של החלוקה הפנימית לטכנולוגיות בתוך הסל; (2) יש להביא בחשבון את האפשרות שבית החולים העתידי יראה שונה מבית החולים המוכר לנו כיום. לפיכך, יש לתת את הדעת על ייעודו ועל תפקידיו העתידיים של בית החולים לפני הדיון בהגדרתו של סל שירותי בריאות מחייב שיחול על בית חולים עתידי זה.

.2

המושב השני דן בהגדרת הנציג האישי של החולה המאושפז. יעקב פרבשטיין הציג את הסוגיה עם אשר אלחיאני (המצגת מופיעה באתר האינטרנט של המכון הלאומי). בקרב חברי הקבוצה שררה תמימות דעים לגבי הצורך למסור מידע נהיר לחולה על מצבו ועל הטיפול בו במסגרת האשפוז. צורך זה עולה גם מבחינת מתכונת השר"פ, שהראתה כי אחד השירותים שהחולים מוכנים לשלם בעבורם מכיסם הפרטי הוא

העברת מידע מסודר מהרופא הבכיר המטפל. מכיוון שהוצגה בעייתיות המתמחים המטפלים בחולה לשמירה על רציפות ההתקשורת עמו (אם בשל העדרויותיהם מהמחלקה לאחר תורנויות ואם מסיבות אחרות), הוסכם שהמחויבות למסור את המידע לחולה ולמשפחתו צריכה לחול על רופא בכיר במחלקה. לשם כך יוגדרו שעות קבלה שיוצגו בבהירות לחולה ולנציגי משפחתו. הוסכם שמכיוון שלרופא המשפחה ההיכרות המעמיקה ביותר עם החולה, יש להגביר את מעורבותו בטיפול בזמן האשפוז. כך תגבר גם מחויבות הרופאים בבית החולים למסור לחולה מידע. עלתה אף הצעה לבחון את פעילותו של רופא המשפחה כנציג החולה בזמן אשפוזו, הצעה הכרוכה בתקצוב מתאים. הצעה נוספת שעלתה היא לפעול בשיטת case manager ולמנות לשם כך אנשי מקצוע פרא-רפואיים שיקשרו בין הגורמים בבית החולים (לרבות הרופא המטפל, המעבדות ומנגנון קביעת התורים) לבין החולה המאושפז, דבר שיש בו להגביר את הקשר וכן את יעילות הטיפול.

חברי הקבוצה הסכימו גם על מקומו החיוני של חינוך אנשי הצוות המטפל למסירת מידע לחולה. הוצע לכלול במסגרות הלימודים קורסים בתקשורת בין-אישית, כחובה במסגרת לימודים אלו.

אחת הדרכים שהוצעו לסיוע בעדכון החולה ומשפחתו היא שימוש בטכנולוגיות אמצעיות, כגון שיחות ועידה או קשר מקוון.

הוצע לבחון שיטות לקיום הקשר בין הצוות המטפל לחולה המאושפז במסגרת מחקרי pilot. מכל מקום הוסכם שהפתרונות שייבחרו למתן מענה לצורך שהוגדר לעיל צריכים להיות כאלו המשמשים לאורך זמן.

4-3.

המושב השלישי וחלקו הראשון של המושב הרביעי יוחדו לסוגיית הממשק הקליני בין בית החולים לקהילה. פתח את המושב אמנון להד במצגת על התחום מנקודת מבטו של רופא הקהילה, ולאחריו הציג מנחם פיינרו את הניסיון בגישה הארגונית של "מחלקות אם" (המצגות מצויות באתר האינטרנט של המכון הלאומי). הוסכם בקרב חברי הקבוצה שנוצרה עם הזמן קוטביות ביחסים בין רופאי בתי החולים לרופאי הקהילה, במקום שנחוצה בו דווקא אינטגרציה טובה יותר של פעילותם. כדי לנטרל קוטביות זאת ולקדם את שיתוף הפעולה בין הגורמים נחוצה הדרכת הרופאים בתקשורת בין-אישית. יש להציג לשתי קבוצות הרופאים את המבנה שלפיו כל קבוצה משלימה את רעותה באותה מערכת רפואה; וכי אין מדובר בשתי מערכות עצמאיות. הבהרה זו יחד עם לימודי התקשורת צריכים להיות כבר בשלבי החינוך הראשוניים של הרופאים. כדי לשפר את היכרותם עם המערכת בכללותה - הקהילתית והאשפוזית - יש להגדיל את נתח הלימודים המיוחד לרפואת הקהילה והנלמד בהנחייתם של רופאי קהילה. בהקשר זה, הובלטה החשיבות שבהכרת השינוי שחל בשנים האחרונות, עם העברת מוקד הטיפול מבתי החולים לקהילה. שינוי זה מעלה את הצורך בהיכרות עם הרפואה הקהילתית, שהיא רחבה יותר

מרפואת המשפחה. מערכת הרפואה הקהילתית עוסקת, מלבד ברפואת המשפחה, גם במקצועות התמחות נוספים כגון גינקולוגיה ואורתופדיה. שינוי זה יש לשקף גם בתוכניות הלימודים.

יש לפעול להעצמת מעמדו של רופא הקהילה, הן בעיני החולה, הן בעיני רופאי בתי החולים והן בעיני עצמו. העצמה זו חשובה כדי להביא את רופא הקהילה למעמד שווה בקבלת ההחלטות הקליניות לזה של רופא בית החולים. נוסף על כך, באותה מידה שרופא בית החולים נהנה מתמיכת ה"קבוצה" של רופאי המחלקה והמוסד, יש להביא לכך שרופא הקהילה יחדל להיות ישות בודדה ויהיה גם חלק מקבוצה. תהליך נוסף שיביא לשיתוף פעולה שוויוני ויעיל בין רופאי הקהילה לרופאי בתי החולים הוא מיזמים אקדמיים משותפים. לדוגמה, שיתוף הפעולה בין מכבי שירותי בריאות למרכז הרפואי שיבא לבחינת עמידויות של חיידקים לטיפולים אנטיביוטיים בקהילה. מלבד התרומה הקלינית הישירה של מיזם זה, הביא עמו שיתוף הפעולה במחקר מסוג זה היכרות אישית והערכת יכולות הדדית בין רופאי הקהילה לרופאי בית החולים.

צעד מעשי נוסף שיש בו כדי לתרום להשוואת מעמדה של רפואת הקהילה לרפואת בית החולים הוא שינוי סטטוס היועץ של בית החולים לקהילה מזה של מתמחה לזה של רופא בכיר ומנוסה.

חברי הקבוצה הסכימו כי אין לצפות שהשינוי יהיה בן-יום, אלא יהיה תוצאה של תהליך שתחילתו בצעדים שתוארו לעיל.

בשלב זה הציגה אורנה בלונדהיים מערכת מקוונת הפועלת בשירותי בריאות כללית ואשר ייעודה הוא ממשק בין תחנות השירות הקהילתיות לבתי החולים ובין לבין עצמן. יוסי רוזנבלום הציג את הגישה העקרונית של מערכות מקוונות בשירות מערכות בריאות, הקשיים התפיסתיים הכרוכים בשימוש בטכנולוגיות והניסיון הקיים בארץ ובחו"ל (המצגות מצויות באתר האינטרנט של המכון הלאומי). המצב בישראל המאופיין במערכות רבות ומגוונות שאינן מתקשרות בשפה אחידה יוצר קושי ניכר בשימוש במשאבים היקרים שהושקעו בפיתוחן. הצורך הדוחק הוא ליצור ממשק בין המערכות שיאפשר שפה אחידה ויהיה כלי זמין ונגיש. היה מי שהטביע בהקשר זה את האמרה "וגר נמר" עם אופק".

הועלה החשש מ"מגדל בבל", מגוון עצום של מידע הכתוב בצורות שונות, ולכן הודגשה החשיבות שבהגדרת מידע רלוונטי (Minimal Data Set – MDS). כמו-כן הועלה רעיון "התיק האינטגרטיבי": יצירת תיק אד הוק הכולל את כל המידע שבמאגר הנתונים הממוחשב לגבי החולה, בהתאם לצורך הקיים, לרבות סוג הטיפול, תחנת השירות, הרשאות והסכמת החולה. תיק זה "יתפזר" חזרה לנתונים עם סיום הטיפול המסוים או לפי הגדרת זמן אחרת שנקבעה מראש. יודגש כי המידע בכללותו, אם בתיק האינטגרטיבי ואם כמצבור הנתונים, הוא קניינו של החולה ויש לשקלל זאת בעת עיצוב הממשק המקוון הכולל. מתוך ש כך, יוגן גם המידע לפי זכויות החולה לפרטיות וייחשף רק מתוקף הרשאות מוגדרות.

כמו-כן צוין שיש יזמים פרטיים המעוניינים ליצור תיק חולה מקוון שיהיה זמין באמצעות האינטרנט. כך ילווה המידע את החולה לכל אשר יפנה, לפי העדפותיו והרשאותיו, ויהיה זמין בכל נקודת שירות אפשרית.

הודגש כי בכל מקרה יש לוודא שפיתוח הממשקים המקוונים לא יבוא על חשבון שיפור הקשר הבלתי אמצעי ופיתוחו בין רופאי הקהילה לרופאי בתי החולים.

חלקו האחרון של הדיון נסב סביב הצורך בממשק מנהלי בין קופות החולים לבתי החולים. את הסוגיה ומודל מוצע לפתרונו הציג יאיר בירנבאום (המצגת מצויה באתר האינטרנט של המכון הלאומי). המודל שהוצע אינו פותר את כל הבעיות המנהלתיות בין בתי החולים לקהילה המאפיינות את מציאות הטיפול היום-יומית, ואולם הדגש בו הוא כי הידברות הדדית ומציאת פתרון שבהסכמה, בלי לערב את החולה בפתרון המחלוקת ובלי לגרום פגיעה בטיפול בו, הם שצריכים לשמש חוט שני המדריך לכל הפתרונות, בסיסמת "דיבור במקום טרטור".

עיקרי הדברים

כללי

1. סל שירותי הבריאות, שנקבע ומתעדכן מתוקף חוק ביטוח בריאות 1995, אינו מבחין בין המערכת האמבולטורית לזו האשפוזית, אף שבפועל עיקר השירותים נוגע למערכת האמבולטורית. סל השירותים הוא "ממוקד מבטח" ולכן מגדיר את השירותים שקופת החולים מחויבת לספק למבוטחיה, ובכללם אשפוז. מכיוון שהסל אינו "ממוקד חולה", אין הוא מגדיר את השירותים שמספקים כלל ספקי שירותי הבריאות האפשריים, ובכללם "קבלני משנה" של קופות החולים, כגון בתי החולים. בהעדר מאפיינים של אינטגרציה אנכית במערכת הבריאות בישראל, מודגש המצב שרשימת הטיפולים בקהילה מפורטת, ולעומתה אין כל פירוט ממשי של השירותים שיש לספק באשפוז. לכן נוצרת אפשרות לשוני בין סל השירותים המוגדר בחוק לבין השירותים שמספקים בתי החולים.

2. קופות החולים, המבטחות, מקבלות מהמדינה תשלום פרוספקטיבי בעבור אספקת השירותים למבוטחיהן, תשלום המבוסס על סל השירותים, על גודל אוכלוסיית מבוטחיהן ועל הרכב גילאי המבוטחים (הקפיטציה). בתמורה, מוטלת על קופת החולים החובה (ועיקר הסיכון הכלכלי) לדאוג לצורכי הבריאות של המבוטח, ובכלל זה גם בעת אשפוזו. בשונה מהתשלום הקבוע (fixed cost) וה"מסומן" (בעבור רשימה מוגדרת של שירותים), שהקופה מקבלת מהמדינה מראש, היא נדרשת לשלם לבית החולים, ברוב המקרים, תשלום משתנה (variable cost) בעבור השירותים שסיפק בעבורה למבוטח (תגמול רטרופקטיבי), בלי ששירותים אלו יוגדרו מראש במלואם. מעבר לשיטות התגמול השונות, עצם מבנה המערכת, המאופיין בהפרדה ברורה בין קונה השירותים לספק השירותים, יוצר קונפליקט של תמריצים לאספקת שירותי בריאות בין קופות החולים, הרוכשות את הטיפולים, לבין בתי החולים המספקים אותם, מתוך העדפה של

בתי החולים לשירותים חדשניים ויקרים. מלבד עניין התגמול הכספי הכרוך בחוזה אספקת שירותי הבריאות בין קופות החולים לבתי החולים (שעסקה בו קבוצה אחרת במסגרת הכנס), עולה שאלת תוכן החוזה: כיצד יכולה קופת החולים לוודא כי אספקת שירותי בריאות בבית החולים תואמת את מדיניותה ולשמור כך על רציפות הטיפול בחולה?

3. קבוצת העבודה הסכימה, שמלבד העיסוק בשאלת היקף השירותים הניתנים בבית החולים, יש לעסוק בבחינת איכותם. ואולם סוגיית איכות הטיפול רחבה מכדי לעסוק בה הפעם. הקבוצה ממליצה לייחד לה כנס נפרד.

4. במסגרת מגעיו עם הקופה המבטחת, זכאי החולה לקבל מידע מלא על מצבו הרפואי ועל זכויותיו (ובכלל זה על הטכנולוגיות שהוא זכאי להן במסגרת סל השירותים). כמו-כן לחולה כתובת ברורה ומוכרת לפניו לקבלת מידע נוסף או לתלונות, אם חש שקופח (נציבות קבילות הציבור במסגרת קופת החולים או במסגרת משרד הבריאות). עם זאת, אם המבוטח נזקק לשירותי אשפוז, הוא עלול למצוא את עצמו ניצב בפני מציאות שאין לו כלים להתמודד עמה: מציאות שאין בה הגדרה של שירותי הבריאות שבית החולים מחויב לספק; התקשורת בין קופת החולים לבית החולים לוקה בחסר; מעורבות רופא המשפחה בטיפול בזמן האשפוז מוגבלת ביותר; למרות משך אשפוז קצר יחסית, החולה מטופל בבית החולים בידי מספר גדול של אנשי צוות שונים ומשוחרר מאשפוז בלי תיאום מספק עם המערכת האמבולטורית. כך, נוסף על ההתמודדות עם מחלתו, נאלץ החולה להתמודד עם בעיות של חוסר מידע, המביא גם לידי אי-ודאות וקטיעת רציפות הטיפול בו. החולה אף עלול למצוא את עצמו אנוס לשמש כלי משחק במחלוקות מנהלתיות המתגלעות בין קופת החולים לבית החולים בנוגע למימון טיפולים. במציאות זו החולה ניצב בפני המערכת האשפוזית נבון וחוסר אונים.

5. מטרת קבוצת העבודה היא למצוא דרך לגשר בעבור החולה הזקוק לשירותי בריאות על פערי המידע ועל רציפות הטיפול במעברים בין בית החולים לקהילה, בלי שהוא עצמו ייאלץ לפעול לגישור זה. לשם כך דנה הקבוצה בשאלות הנוגעות לכמה מישורים: (1) **מישור החולה המאושפז**: הגדרת נציג לחולה בבית החולים, שהחולה יוכל לפנות אליו ולקבל מידע והדרכה; (2) **מישור החוזה בין קופת החולים לבית החולים**: יצירת ממשק קליני ומנהלי בין קופת החולים לבתי החולים; (3) **המישור הלאומי**: הגדרת סל שירותים מחייב לבתי החולים. כך ישמשו פירות עבודת הקבוצה מורה נבוכים לחולה המאושפז וכלי להבטחת רציפות הטיפול הנאות בו.

הגדרת סל שירותי בריאות מחייב לבתי החולים

6. להגדרת סל שירותים מחייב לבתי החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי יש יתרונות אחדים, ובהם: הבטחת זכויות החולה המאושפז; הקטנת רמת האי-ודאות וחוסר המידע של החולים לגבי הטיפול הניתן להם בעת אשפוזם; הגנה על בית החולים מפני תביעות של חולים לקבלת טיפולים יקרים שתועלת

הבריאות הגלומה בהם בעבורם מוטלת בספק. עם זאת, החלת סל מחייב טומנת בחובה גם חסרונות, לרבות פגיעה בקידום הטכנולוגי בשל יצירת המצב המשלים של שירותים שבית החולים אינו מספק, ובראשם הטיפולים החדשניים שעלותם גבוהה, ושאינם מוגדרים עדיין בסל/בחוזה; הגדלת התמריצים של בתי החולים למכור שירותים שאינם כלולים בסל והשפעת תמריצים אלו על השוויוניות במערכת הבריאות (אם ישירות ואם דרך הביטוחים המשלימים); הגבלת האפשרות לבחינה הדרגתית של התועלת שבטיפול חדש, שהכללתו בסל של בתי החולים תחייב את הכללתו בכל בתי החולים ולכל האוכלוסייה המטופלת, וכן התעלמות מהתייחסות להתמחות של בית חולים זה או אחר ומכושרו הטכנולוגי או מאמצעיו הכלכליים לספק את השירותים האמורים.

7. הקבוצה נוטה שלא להמליץ בשלב זה על הגדרת סל שירותים מפורט מחייב לבתי החולים. ייתכן שיש מקום להגדרת מכלול שירותים בסיסיים המחייבים כל בית חולים, כגון שירותי חירום בחדר מיון מחד גיסא, ודרגת איכות מינימלית כגון good clinical practice מאידך גיסא. במסגרת זאת יש לבחון אם יש מקום להגדיר ביתר פירוט מהם שירותי האשפוז שעל קופת החולים לספק למבוטחיה במסגרת הסל הקיים.

8. במצב שיוחלט להגדיר סל שירותים מחייב לבתי החולים, מעלים חברי הקבוצה את הצורך לבחון הקצאת משאבים ייחודית לטכנולוגיות חדשות.

ממשק בין בתי החולים לקופות החולים להבטחת רציפות הטיפול

9. להצלחת הטיפול בחולה נודעת השפעה של ממש, הן על איכות חייהם של החולה ומשפחתו והן בחיסכון בעלויות למערכת הבריאות ולמשק כולו. אחד התנאים החיוניים להצלחת הטיפול בחולה הוא שמירה על רצף הטיפול. מציאות יחסי הגומלין בין המערכת האמבולטורית לזו האשפוזית פוגעת ברצף חיוני זה. הרצף נפגע החל בשלב האבחנה דרך שלב הטיפול בבית החולים וכלה בשלב שחרור החולה חזרה אל הקהילה.

10. פגיעה נוספת ברציפות המעברים בין בתי החולים לקהילה נגרמת מאי-סימטריה בתפיסת מקצועיות הרופאים בשתי המערכות ומהגבלות מעשיות על מעורבות הרופא הראשוני בטיפול במטופליו בין כותלי בית החולים. כך נתפסים רופאי בית החולים כ"ידענים" וכפורצי דרך, ואילו רופאים ראשוניים נתפסים פעמים רבות מדי כעושי דברה של קופת החולים. זאת ועוד, אם בחר הרופא הראשוני לבקר את החולה המאושפז ועשה זאת בשעות סגירת המרפאה, אחר הצהריים, ייתקל ברוב המקרים בתורן בלבד שאינו מכיר בהכרח את המקרה. אם בחר להתקשר בשעות הבוקר, ייתקל בסירוב להעביר שיחה בזמן "ביקור רופאים".

11. לשמירה על רציפות הטיפול נדרש שיפור הממשק בין קופות החולים לבתי החולים. לממשק זה שני פנים: (1) הפן הקליני, ובמסגרתו הדיון על האבחון הראוי ועל הטיפול הנאות, דיון הנוגע לשאלה כיצד לייצר מידע חדש או להשתמש במידע קיים בדרך יעילה להקניית הטיפול הכדאי ביותר בעבור החולה? (2) הפן

המנהלי, ובמסגרתו הדיון על פתרון מחלוקות הנוגעות לחבות אספקת הטיפול המוסכם ומימונו, בלי לערב את החולה בפתרון המחלוקת.

הממשק הקליני

12. הממשק הקליני ניתן לשיפור באמצעות שלוש גישות משלימות: (1) **הגישה המבנית**: יצירת זיקה קבועה בין מחלקה נתונה לקבוצת אוכלוסייה מוגדרת (מודל מחלקת האם), ו/או באמצעות הרחבת תפקידיה של נציגות קופת החולים הפועלת בבית החולים; (2) **הגישה הטכנולוגית**: באמצעות מערכות מקוונות לניהול מידע רלוונטי והעברתו בין כלל נקודות השירות בחולה. מכל מקום, יש להדגיש את הדדיות הממשק בין בית החולים לקהילה: כשם שנודעת חשיבות לכיוון זרימת המידע מהקהילה לבית החולים, כך יש לדאוג ששחרור החולה חזרה לקהילה יהיה למישרין, ושהמידע מבית החולים יגיע במלואו לידי רופאי הקהילה; (3) **הגישה ההתנהגותית**: בבסיסה שיפור ההערכה המקצועית ההדדית ויחסי הגומלין בין רופאי בית החולים לרופאים הראשוניים.

הגישה המבנית

13. מודל מחלקת האם ניתן ליישום בשני אופנים: (1) **מחלקת אם אזורית**: המודל האזורי גורס זיקה בין מחלקה נתונה לאזור מגורים נתון. כל חולה מאותו אזור שיזדקק לשירותי אשפוז יופנה תמיד לאותה מחלקת אם. כמו-כן יתקיים קשר רציף של רופאי מחלקת האם עם הרופאים הראשוניים המטפלים בחולים המתגוררים באותו אזור מגורים; (2) **מחלקת אם קופתית**: לפי מודל זה, תוגדר זיקה בין מחלקה נתונה לבין קופת חולים נתונה, וכך כשמבוטח של הקופה יזדקק לשירותי אשפוז, הוא יופנה למחלקת האם הייחודית לאותה קופה. בשני המודלים תישמר לחולה זכות הסירוב להתאשפז במחלקה מסוימת.

14. הקשיים שיש לתת עליהם את הדעת בהקשר של מודל מחלקת האם הם:

- הגבלת חופש הבחירה לחולה**: החולה מנותב למחלקה מסוימת שלא לפי העדפתו, אם כי גם כיום אין החולה בוחר את המחלקה.
- זיקת החולה לרופא מטפל**: יש להביא בחשבון שזיקה זו חשובה לחולה יותר מאשר הזיקה למחלקה. הקושי עלול לצוץ כאשר בבית החולים מקובל שרופא עובר ממחלקה אחת לאחרת ואילו החולה שהיה בטיפולו נותר בזיקה למחלקה הקודמת.
- קופת חולים שבבעלותה בתי חולים**: זו תיצור זיקה אזורית בקלות רבה יותר מאשר קופות החולים האחרות.
- מעורבות של יותר ממחלקה אחת בטיפול**: לדוגמה, במקרה שחולה המאושפז במחלקה פנימית נזקק להתערבות ניתוחית או אונקולוגית נוצרת בעיה לשמור על זיקה אזורית.

13. יש לבחון אם במודל מחלקת האם יש משום פתרון מערכתי שניתן להכללה במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי או שמא אין הוא מספק אלא פתרון מקומי למספר מתארים מוגדר.

14. הקבוצה ממליצה לעודד בתי חולים לבחון גישה זו באמצעות ניסוי pilot בשיתוף רפואת הקהילה, ובתוך כך להתאים את המודל לנתונים הסביבתיים.
15. אפשר להשתמש במבנה הקיים של מוקדי קופות החולים המצויים בתוך בתי החולים שייעודם העיקרי כיום הוא בקרה על הוצאות הקופה הנובעות מאשפוז החולים. ייתכן ששימוש נכון בנציגות זאת להעברת מידע בין בית החולים לקופת החולים ולשמירה על רציפות הטיפול יביאו עמם שיפור בשימוש במשאבים לעומת בקרת ההוצאות בלבד. מלבד ברופאים תאויש נציגות זו גם באנשי מקצוע אחרים שהוכשרו לכך, כגון רוקחים או אחיות.

הגישה המקוונת

16. אשר למערכת המקוונת, יצוין שמערכות מידע מקוונות פועלות כיום בכמה ארגוני בריאות, ובהם קופות החולים ובתי החולים. הטכנולוגיה קיימת וזמינה אפוא, ולפיכך עיקר הדיון לא ייסוב סביב הגדרת הטכנולוגיה אלא בתפיסת השימוש היעיל בה, ארגון המידע והבעלות על המידע במישור הלאומי.
17. לשם שיפור השימוש בטכנולוגיה במישור הלאומי, יש להגדיר "שפה משותפת" להעברת מידע בין הארגונים הרפואיים. בהקשר זה יכול לשמש מודל תפיסת Supply Chain Management (SCM), המשמש חברות גדולות. כמו-כן מומלץ להשתמש בניסיון שהצטבר בפרויקט Health Level 7 (HL7) של מערכת הבריאות בארה"ב. המערכת המקוונת, משוכללת ככל שתהיה, אינה מסוגלת לברור את עיקרי הדברים הנחוצים ליצירת תמונה בהירה ומדויקת. נדרשת לפיכך תרומה אנושית מקצועית בסילוק עודפי המידע ו"רעשי הרקע" לשם יצירת תמונה מסכמת בלבד, כך שהמידע יהיה שימושי לצרכנים. לצורך ארגון שיטתי של המידע נדרשת הגדרה לאומית לגבולות המידע הנחוץ לקבלת תמונה קלינית כאמור. יש להגדיר מהו המוץ שיש לברור מן התבן כדי ליצור מסגרת מידע שימושית ולמנוע אובדן בים של מידע ההולך ומצטבר במערכות אלקטרוניות זמינות ונגישות אך עם זאת אינן שימושיות, ובמילים אחרות: יש להגדיר Minimal Data Set (MDS).
18. הקבוצה ממליצה להשתמש בעבודה של שירותי בריאות כללית להגדרת MDS, לפתחה ולהטמיעה בקנה מידה לאומי. כמו-כן, הקבוצה תומכת בגישה שהמידע על אודות החולה ינוהל כמקשה אחת, בלי קשר לגוף מייצר המידע, וילוה את החולה בכל תחנות השירות. לשם כך יש לגבש צוות עבודה מקצועי בהנחיית משרד הבריאות. צוות זה ישקוד על פיתוח MDS ועל יצירת הממשקים הנדרשים בין המערכות. מדובר במערכת שהיא אוטוסטרדה מידע הממקמת את הלקוח במרכז ומאפשרת למידע ללוות את המטופל לנותני השירותים, כלומר ממרפאתו למרפאות אחרות או לבית חולים אחר וחזרה לפי הצורך. האוטוסטרדה מאפשרת איסוף מקוון של רכיבי מידע רפואיים ממקורות מידע שונים ומבזרים והעברתם למשתמשים מורשים על פי חתכי שימוש שונים, בתוך שניות ספורות.

הממשק המנהלי

19. בעקבות הנהגת סל שירותים מוגדר, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המחייב את קופות החולים ואינו מחייב ישירות את בתי החולים, ועקב המצוקה הכלכלית במערכת הבריאות, מתעוררות לעתים בעיות שבמרכזן החולה. בעיות אלו נוגעות, לדוגמה, לאי-התאמה בין מגוון השירותים העומדים לרשות החולה בקהילה לבין אלו הניתנים בבית החולים (כגון תרופות לטיפול בבעיות כרוניות שמקבל החולה בקביעות מקופת החולים ושבת החולים מסרב לספקן בטענה שאינן קשורות לסיבת האשפוז); למחלוקות בין קופת החולים לבית החולים הנוגעות לאספקת שירותים יקרים; לשירותים שניתנו בבית החולים שלא בהתאם להנחיות סל השירותים ובית החולים המליץ להמשיך את הטיפול בתרופות אלו גם לאחר השחרור. במקרים כאלה עלול החולה למצוא את עצמו ממלא תפקיד בפתרון המחלוקת, אף שאין כל הצדקה שימלא תפקיד כזה.

20. הקבוצה ממליצה לאמץ מודל, כפי שמוצע בהמשך, המציע דרך להתמודד עם מקרי מחלוקת בשני מתארים עיקריים בשלב ראשון: (1) שירות הכלול בסל, אך אופן המתן או התעריף גוררים שינוי נוהל; (2) שירות חדש המחליף שירות אחר בעלות זהה או דומה. בעתיד תהיה אפשרות לבחון גם מתאר של שירות חדש לחלוטין. המשותף להתייחסות המודל בכל אחד מהמתארים הוא הוצאת החולה מציר המחלוקת בד בבד עם שמירה על רציפות הטיפול בו, באמצעות פתרון מהיר המבוסס על הידברות ישירה בין קופת החולים לבית החולים.

נציג אישי לחולה בבית החולים

21. ריבוי הרופאים המטפלים בחולה בזמן אשפוזו מחד גיסא והקצאת זמנים בעייתית של הרופאים בין הטיפול בחולים שבאחריותם הישירה לתורניות ולמחויבויותיהם האחרות מאיך גיסא - פוגמים באפשרות לקשר אישי בין הרופא המטפל לחולה המאושפז. במציאות זו ניצב החולה המאושפז בפני מערכת האשפוז במצב של חוסר מידע ואי-ודאות ובלי כתובת ברורה לפנייה לסיוע. כך קורה שרבים מהמאושפזים (66%) מלווים בקרוביהם המנסים לסייע בידם בהתמודדות זו ולפעול למענם: לקשרם עם הצוות הרפואי ולתווך ביניהם, לתמוך, להעניק טיפול סיעודי של ממש ולקבל בעבורם החלטות. כ-60% מהמלווים הגיעו בהמלצת הצוות המטפל; 50% מכלל המלווים נשאו לצד החולה במשך 12 שעות ביממה לפחות [2].

22. יש לדאוג לנציג אישי לחולה בתוך בית החולים, שיהווה בעבורו "מורה דרך" בכל הנוגע לטיפול בו במסגרת האשפוז ויהיה אף אחראי על יצירת קשר עם הרופא בקהילה לפי הצורך (לדוגמה לצורך תיאום שחרור החולה). נציג זה יסייע לחולה לשמור על זכויותיו ולהתמודד עם בעיות חוסר המידע והאי-סימטריה של המידע בזמן אשפוזו. הוא אף יסייע לחולה במעבר חזרה למסגרת האמבולטורית, ביחס להתאמת הטיפול התרופתי שמציע בית החולים לזה המצוי אצל הקופה המבטחת.

23. הקבוצה ממליצה לאמץ את עקרון ה-case manager, אם בתקן בית החולים עצמו ואם בתקן קופת החולים, שיפעל בבית החולים ויהיה אחראי להעברת המידע בין החולה לבין המטפלים בו. לא הובעה תמימות דעים בקרב חברי הקבוצה בשאלה אם הנציג האישי צריך להיות זה האחראי גם על הטיפול הקליני בחולה או שאחריותו תסתכם בגישור על פערי המידע.

פירוט

הקדמה

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא בבחינת הישג חברתי מרשים, המבטיח שירות רפואי ברמה גבוהה ובנגישות סבירה לכל תושבי ישראל. העלייה שנרשמה עם השנים במספר המבוטחים לצד הזדקנות האוכלוסייה וריבוי מגוון המחלות הכרוניות ומשך הטיפול בהן וכן לצד שילובן של טכנולוגיות חדשות - כל אלה הביאו לידי התרחבות הפער שבין ציפיות הציבור ודרישותיו לבין יכולתה של המערכת לספקן. במסגרת מאבקו של כל גוף העוסק ברכישה ו/או באספקה של שירותי בריאות להתמודד עם הלחצים התקציביים הכבדים ולשרוד כלכלית, ננקטים צעדים שיש בהם כשלעצמם מן ההיגיון מבחינה כלכלית גרידא, בראיית הטיפול בחולים כאוכלוסייה. אלא שיש בצעדים אלו כדי להערים קשיים על החולה היחיד, הנאלץ להתמודד לא רק עם מחלתו אלא גם עם הביורוקרטיה השלטת בהגשת הטיפול הרפואי שהוא זקוק לו, בתנאים של חוסר מידע ואי-ודאות.

במגעיו עם הקופה המבטחת, יש לחולה אפשרות לקבל מידע מלא על מצבו הרפואי ועל זכויותיו, ובכלל זה על הטכנולוגיות שהוא זכאי להיות מטופל בהן במסגרת סל השירותים. כמו-כן יש בידו כתובת ברורה ומוכרת לפנייתו, אם לקבלת מידע נוסף ואם לתלונותיו, במקרים שחש בהם מקופתו. ואולם אם נזקק המבוטח לשירותי אשפוז, הוא עלול למצוא את עצמו ניצב בפני מציאות שאין לו כלים להתמודד עמה: מציאות שאין בה הגדרה של שירותי הבריאות שבית החולים מחויב להם, התקשורת בין קופת החולים לבית החולים לוקה בחסר, ולמרות משך אשפוז קצר יחסית החולה מטופל בבית החולים בידי מספר גדול של אנשי צוות שונים. כך, נוסף על התמודדותו עם מחלתו, נאלץ החולה להתמודד עם בעיות של חוסר מידע, שמביא לידי אי-ודאות ולקטיעת רצף הטיפול בו. החולה אף עלול להימצא אנוס לשמש כלי משחק במחלוקות מנהלתיות המתגלעות בין קופת החולים לבית החולים בנוגע למימון טיפולים. במציאות זו ניצב החולה בפני המערכת האשפוזית נבוך וחוסר אונים.

מטרת קבוצת העבודה היא למצוא את הדרך לגשר בעבור החולה הזקוק לשירותי אשפוז על פערי המידע ועל הבעיות ברציפות הטיפול, בלי שהוא עצמו יאלץ לפעול בעניין. לשם כך דנה הקבוצה בשאלות הנוגעות להגדרת סל שירותים מחייב לבתי החולים, ליצירת ממשק, קליני ומנהלי, בין קופות החולים לבתי החולים וליצירת כתובת בבית החולים שהחולה יוכל לפנות אליה לשם קבלת מידע והדרכה. כך ישמשו פירות עבודת הקבוצה מורה נבוכים לחולה המאושפז וכלי להבטחת רציפות הטיפול הנאות בו.

כללי

בישראל פועלים כיום 48 בתי חולים כלליים, ובהם כ-14,200 מיטות [1]. כמחצית מיטות האשפוז הן בבעלות ממשלתית, שליש בבעלות שירותי בריאות כללית, כ-5% בבעלות פרטית של בתי חולים הפועלים למטרות רווח, והשאר בבעלות מוסדות ללא כוונת רווח (מלכ"רים) אחרים [1]. היחס בין מספר המיטות לגודל האוכלוסייה הוא 2.2 מיטות ל-1,000 נפש - נמוך בהשוואה למדינות המפותחות (OECD) וכך גם משך האשפוז הממוצע (4.1 ימים). לעומת זאת מספר האשפוזים ביחס לגודל האוכלוסייה גדול יחסית (17.8 ל-1,000 נפש), וכך גם שיעור התפוסה (93%). עיקר הכנסתם של בתי החולים למימון פעילותם (כ-80%) מקורה במכירת שירותי בריאות לקופות החולים. מקורות אחרים להכנסות הם משרד הביטחון, מבטחים פרטיים, המוסד לביטוח לאומי, טיפול ביולדות וטיפולים במימון פרטי [1].

סל שירותי הבריאות, שנקבע ומתעדכן בהתאם לחוק ביטוח בריאות 1995, מגדיר מימון ציבורי לשירותי בריאות, המקנים תוספת תועלת של בריאות לציבור בעלות סבירה ביחס לשירותי בריאות אחרים. מערכת עדכון הסל אינה מבחינה בין המערכת האמבולטורית לזו האשפוזית, אף שעיקר השירותים נוגע למערכת האמבולטורית ולפיכך מחייב את המבטחות - ארבע קופות החולים. הללו מקבלות מהמדינה תשלום פרוספקטיבי בעבור אספקת השירותים למבוטחיהן. התשלום מבוסס על סל השירותים, על גודל אוכלוסיית המבוטחים ועל הרכב הגילאים (הקפיטציה). בתמורה לתגמול זה, על קופת החולים מוטלת למעשה החובה (ועיקר הסיכון הכלכלי) לדאוג לסיפוק צורכי הבריאות של המבוטח, ובכלל זה, גם בתקופת אשפוזו. בניגוד למערכת שרוכש השירותים והספק בה הם יחידות שונות במסגרת ישות כלכלית אחת (אינטגרציה אנכית), מבנה המערכת בישראל הוא כזה שהמערכת האמבולטוריות וזו האשפוזיות הן שתי ישויות כלכליות נפרדות (אף אם קופת החולים מחזיקה בתי חולים בבעלותה), ולכן קשר הרוכש-ספק ביניהן מותנה במערכת חוזים והבנות (אינטגרציה אופקית). בניגוד לתשלום הקבוע (fixed cost) שהקופה מקבלת מהמדינה מראש, היא נדרשת לשלם לבית החולים ברוב המקרים תשלום משתנה (variable cost) בעבור השירותים שסיפק לה (תגמול רטרוספקטיבי). קשר זה של אינטגרציה אופקית יוצר מצב שלבית החולים שתי מערכות יחסים מחייבות: האחת לקופת החולים (במסגרת חוזה ותגמול כספי) והאחרת לחולה שמטופל בין כתליו. במסגרת המחויבות לקופת החולים מחויב בית החולים בדיון וחשבון על סוג השירותים שסיפק, היקפם ותוצאותיהם. במסגרת המחויבות לחולה מחויב בית החולים לדווח על מצבו ועל הטיפול הניתן לו במסגרת האשפוז. מאפיינים אלו של המערכת מביאים לידי הקטנת התמריצים של בית החולים לשמור על מחויבותו לחולה:

1. המרכיב המוניטרי שמהווה תמריץ ניכר לשמירה על קיום ההתחייבות של בית החולים לקופת החולים אינו קיים במסגרת המחויבות לחולה.
2. החובה לספק לחולה את השירותים הכלולים בסל הציבורי אינה מוטלת על בית

החולים כי אם על קופת החולים. לפיכך לחולה המאושפז אין כמעט אמצעי השפעה משפטי על סוג שירותי הבריאות הניתנים לו בבית החולים או על היקפם.

3. מכיוון שחלה על כל אחד מהגורמים מגבלת תקציב קשה, פועל כל גורם במערכת לפי התמריצים המניעים אותו ובלי תיאום רב בהכרח עם הגורמים האחרים. לקופה יש תמריץ ניכר לפקח על היקף השירותים שמספק בית החולים ועל מחירם. לנוכח תפקידו הברור של הרכיב המוניטרי בחוזים או בהבנות בין קופת החולים לבית החולים - שיתור בידי הקופה עודף הכנסות (revenue) לאחר הפחתת חשבון האשפוז מתגמול הקפיטציה - עולה שאלת מקומם של רכיבי איכות הטיפול בחוזים אלו.

4. החולה עלול להיפגע מקיומם של פערים בקיום החוזים או ההבנות ולשמש כלי משחק בין מוסדות גדולים שעתותיהם בידם, בעוד שמצבו בריאותו מחייב טיפול לאלתר.

עם זאת, נראה כי במצב הקיים גלומים גם יתרונות מנקודת מבטם של החולים:

1. העדר סל שירותים מחייב לבתי החולים והתגמול הרטרופספקטיבי מקנים לבתי החולים עצמאות לאספקת שירותים שהם בבחינת חוד החנית של החידושים הקליניים, ושמעצם היותם חדשניים, הם אינם נכללים בסל השירותים הציבורי.
2. בני השכבות מעוטות היכולת מקבלים שירותי בריאות בסיסיים במסגרת בתי החולים. בקרב שכבות אלו פונים יותר לקבלת שירותים הניתנים במסגרת בתי החולים מאשר בקרב השכבות הסוציו-אקונומיות הגבוהות יותר. כך נוצר מעין תיקון לבעיית האי-שוויון באספקת שירותי בריאות בסיסיים לאוכלוסייה.

ואולם יש להדגיש כי:

1. החדשנות הקלינית תובעת גם מחיר אתי: הגבול שבינה לבין תחום הניסויים בבני אדם שלא אושרו כחוק עלול להיות דק מאוד. עידן "הרפואה מבוססת העובדות" (evidence-based medicine) צמח על רקע הבעייתיות שבטיפול על סמך "תחושת בטן" או על סמך "ניסיון" של הרופא המטפל ומגרעותיו. כיום - בלחץ חברות התרופות ולנוכח יצר הסקרנות הרפואית וכמיהת הרופא המטפל להיטיב עם החולה (לעתים "בכל מחיר") - ניכרת עלייה של ממש בשימוש בהיתרים חריגים לטיפולים (כגון היתר לפי תקנה 29 לשימוש בתרופות שלא על פי רישומן). לשאלת הצדקת הטיפולים הללו אין תשובה ברורה.
2. מן הראוי שפתרון בעיית האי-שוויון ייעשה במסגרת המערכת האמבולטורית עצמה (ראו "כנס ים המלח הרביעי" בהוצאת המכון הלאומי) ולא באמצעות עיוות שמעלה גם בעיה של "סיכון מוסרי" וצריכת יתר של שירותי בריאות הניתנים במסגרת בתי החולים.

עם זאת, אנו עדים למהפכה שהתחוללה במערכות הבריאות בעולם בעשורים האחרונים: מחד גיסא עיקר ההליך האבחוני, הטיפול הרפואי והאחריות לחולה הועברו אל הקהילה, ומאידך גיסא בבתי החולים הרפואה המורכבת דורשת טיפול נמרץ

ומתבססת על טכנולוגיות חדשניות ומתוחכמות ביותר. הירידה בשיעור המחלות הזיהומיות מצד אחד, והזדקנות האוכלוסייה מצד אחר, יצרו מצב שרוב התחלואה היא כרונית ומורכבת. חולים רבים סובלים מכמה מחלות בעת ובעונה אחת, והטיפול בהן הביא ל-polypharmacy (ריבוי תרופות אצל אותו מטופל). זאת ועוד, בית החולים נתפס כאורים ותומים של הרפואה, ולפיכך נוטה המטופל לבטל בקלות יתרה, ולרוב שלא בצדק, המלצות והנחיות של הרופא הראשוני, אם הן אינן עולות בקנה אחד עם המלצות בית החולים. האשפוזים במחלקות בתי החולים התקצרו עם הזמן משבועות לימים, הן בעקבות התקדמות בהבנת המחלות ובמהירות אבחון, הן לאור טכנולוגיות משופרות המאפשרות אבחון וטיפול מורכב גם בקהילה, והן לנוכח ירידה במספר מיטות לנפש במדינת ישראל ולחץ מצד הקופות. השיטה שלפיה כוח העבודה במחלקות העמוסות מבוסס מחד גיסא על מתמחים המשוחררים ממשמרתם בבוקר שלמחרת התורנות, ומאידך גיסא מונה מספר רב של רופאים המטפלים בחולה אחד, מובילה גם לירידה באחריות האישית, לרפואה מתגוננת (משיקולים מדיקולגליים יותר מאשר משיקולים קליניים הנוגעים לטובת החולה) ולפגיעה ברציפות הטיפול. כך נוצרה מציאות שבבתי החולים מטופלים כיום חולים במשכי זמן קצרים ביותר לעומת הטיפול ארוך הטווח והמתמשך במסגרת הקהילה. עם זאת, מבחינת העתוי, השהייה הקצרצרה בבית החולים עלולה להיות בצמתים קריטיים של בריאות החולה.

בסופו של דבר ניצב החולה המאושפז בפני מערכת האשפוז במצב של חוסר מידע ואי-ודאות ובלי כתובת ברורה לפנייתו לסיוע. כך קורה שרבים מהחולים המאושפזים (66%) מלווים בקרוביהם המנסים לסייע בידם בהתמודדות זו ולפעול למענם: לקשרם עם הצוות הרפואי ולתווך ביניהם, לתמוך בחולה, להעניק לו טיפול סיעודי של ממש ולקבל בעבורו החלטות. ממחקר שנערך בישראל באחרונה עולה כי כ-60% מהמלווים הגיעו בהמלצת הצוות המטפל; 50% מכלל המלווים (גם אלו שהגיעו בלי המלצת הצוות המטפל ואפילו בניגוד להמלצתם) נשארו לצד החולה במשך 12 שעות ביממה לפחות [2]. נמצא כי מקרב המלווים, 42% עובדים במשרה מלאה ול-46% ילדים בני פחות מ-18 [2]. זאת ועוד, מבנה המערכת והתהליכים שתוארו גורמים בעיות הן בהליך האבחוני והן בטיפול, ואלה עלולות להפוך לנקודות כשל מערכתיות הפוגעות במטופל, בבית החולים וברפואה בקהילה. מדובר בבעיות כגון קיטוע הרצף הטיפולי-אבחנתי, מעבר לקוי של מידע בין הקהילה לבית החולים, כפל בדיקות, וחמור עוד יותר - הסתמכות על בדיקות וטיפולים שלא בוצעו או שלא פוענחו כהלכה.

לנוכח האמור לעיל, וכהשלמה לעיסוקן של שתי קבוצות העבודה האחרות, עסקה הקבוצה בשאלה כיצד לחלץ את החולה מהתיווך שבין בית החולים לקופת החולים (המבטח), בנוגע לזמינות שירותי הבריאות הנדרשים לצרכיו הקליניים ולנגישותם. קבוצתנו עסקה במהות הרפואית ובפן האנושי ולא נגעה ישירות בפן הכספי הנלווה. אמנם סעיף איכות השירות מצוי אף הוא בתחומי שאלה כוללת זו, ואולם הוא נרחב

מכדי לעסוק בו הפעם. הקבוצה ממליצה לייחד לו כנס נפרד. לשם כך, בחנו את שירותי הבריאות הניתנים בבית החולים מתוך ראיית שאלת הגישור על פערי המידע בעבור החולה ועל רציפות הטיפול בו בין המערכת האמבולטורית לזו האשפוזית.

לשם כך נבחנו שלוש שאלות עיקריות:

1. האם יש להגדיר סל שירותים מחייב לבתי החולים?
2. כיצד לספק לחולה המאושפז כתובת בבית החולים לקבלת מידע ולתיווך בינו לבין גורמי המערכת המטפלים בו (וכך למנוע את הצורך בקרובים מלווים)?
3. כיצד לשפר את הממשק בין בתי החולים לקופות החולים כדי להבטיח רצף טיפולי בחולה?

השאלה האחרונה פוצלה לשאלות משנה:

- א. ממשק קליני: כיצד לשפר את הרציפות הקלינית בטיפול (שיתוף ביצירת מידע חדש ובעיבוד מידע קיים) בין קופת החולים לבית החולים?
 1. מבנה ארגוני - מחלקות אם: (א) זיקה בין מחלקת אם לאוכלוסייה לפי אזור מגורים; (ב) זיקה בין מחלקת אם לאוכלוסייה לפי הקופה המבטחת.
 2. מערכת מקוונת לשיתוף במידע.
- ב. ממשק מנהלי: כיצד להתגבר על בעיות מנהליות בין בתי החולים לקופות החולים בלי לערב את החולה כגורם במחלוקת?

הגדרת סל שירותים לבתי החולים

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מפרט את השירותים שכל תושב ישראל זכאי לקבל מקופת החולים שהוא מבוטח בה. סל השירותים מפורט בחוק ברשימה של אלפי תכשירים רפואיים, אבזרים ומכשור רפואי, בדיקות ופרוצדורות. הרשימה כוללת אף התוויות טיפוליות, מינונים ועוד.

מאז החלת החוק הוגדרו מקצת שירותים אלו אף בפירוט נוסף לגבי התוויותיהם והשימוש בהם באמצעות חוזרים של משרד הבריאות. קופת חולים רשאית כמובן להחליט לספק תרופות או טכנולוגיות אחרות מעבר לסל שירותי הבריאות, אך מובן שהחלטה כזו אינה מחייבת קופות אחרות.

מרבית הטכנולוגיות הרפואיות והשירותים, דוגמת תרופות וביקורים אצל רופא, מסופקים לתושבים בקהילה ישירות מידי קופות החולים, אך יש טכנולוגיות ושירותים, דוגמת ניתוחים וקבלת תרופות באשפוז יום, המצריכים את שירות בתי החולים במימון ובפיקוח הקופה. סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות החולים מעודכן אחת לשנה בתהליך מוסדר המתעדף את כלל הטכנולוגיות המועמדות להוספה לסל וקובע אילו טכנולוגיות ייכללו, במגבלת התקציב הקיימת. מרבית הטכנולוגיות המועמדות לסל הן טכנולוגיות הניתנות בקהילה, אך גם חלק מהטכנולוגיות המתבצעות בבתי חולים (המתאימות במאפייניהן להיכלל בסל) נדונות ו"מתחרות" על הכניסה לסל השירותים הלאומי.

סל שירותי הבריאות המוגדר על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא "ממוקד מבטח", ולפיכך הוא מגדיר את השירותים שקופת החולים מחויבת לספק למבוטחיה,

ובכללם אשפוז, אך אין הוא מגדיר את השירותים שמספקים כלל ספקי שרותי הבריאות האפשריים, ובכללם "קבלני משנה" של קופות החולים, כגון בתי החולים, שכן הסל אינו "ממוקד חולה". החוק אינו מגדיר אפוא את סוגיית מחויבותם של בתי החולים לאספקת שירותים לתושבים אלא קובע סל שירותים מחייב רק ביחס לקופות החולים. מעבר לכך, אין למעשה חוק או תקנות כלשהן להגדרת השירותים שבתי החולים מחויבים לספק לאוכלוסייה המטופלת, למעט שירותי חדר מיון.

ועדת הסל אינה מפרידה בדינויה ובהחלטותיה בין שירותים שניתנים באשפוז לבין אלה הניתנים בקהילה. עם זאת, המצב הקיים הוא שכ-95% מהחלטות הוועדה נוגעות לשירותי בריאות המסופקים במסגרת הקהילה ורק כ-5% נוגעות לשירותים הקשורים ישירות לאשפוז. כך מודגש המצב שבעוד שרשימת הטיפולים בקהילה מפורטת, הרי שאין כל פירוט של ממש לגבי השירותים שיש לספק באשפוז (למעט פירוט לא-גדול על שירותי האשפוז בתוספת השנייה לסל). על בית החולים חלה אפוא החובה לקלוט כל תושב בחדר המיון ולספק לו טיפול, ואולם אין כל הגדרה הנוגעת לשאלה מה צריך טיפול זה לכלול. אופי השירותים שמספקים בתי החולים, הרכבם והיקפם, ובהם: סטנדרטים שנוצרו במערכת הבריאות, צרכים רפואיים קיימים ושיקול דעת של הנהלות בתי החולים, הוגדרו לאורך השנים בידי גורמים אחדים. כך נוצר מצב אפשרי של קונפליקט בין סל השירותים המוגדר בחוק לבין השירות הניתן בבתי החולים.

מכאן עולים שני היבטים שיש לדון בהם לגבי שירותי הבריאות שמספקים בתי החולים:

1. **ההיבט החוזי:** הגדרת שירותי הבריאות שעל בית החולים לספק מתוקף חוזה התקשרות ישיר בינו לבין קופת החולים. בדינוי הצוות הראשון בכנס נדונה השאלה בדבר שיטות התשלום. להשלמה, עסקה קבוצתנו בשאלת תוכן החוזה: מהם השירותים שעל בית החולים לספק בתמורה לתשלום שמעבירה קופת החולים? שאלה זו תידון בהמשך, בסעיף הממשק המנהלי בין קופות החולים לבתי החולים.

2. **ההיבט הלאומי:** הגדרת סל שירותי בריאות המחייב את בתי החולים בחוק. התגמול שמקבלת קופת החולים מהמדינה הוא "מסומן", כלומר בעבור תגמול זה על הקופה לספק לחולה תרופה א', טיפול ב' ובדיקה ג'. לעומת זאת, הכסף שמעבירה הקופה לבית החולים בעבור שירותי האשפוז אינו מסומן.

כך, מערכת הבריאות בישראל המורכבת משני אלמנטים עיקריים - קופות החולים ובתי החולים - מצויה כיום במצב שאלמנט אחד מחויב לסל שירותים פרטני ואילו האלמנט האחר פועל בלי הגדרות מחייבות ובדרגת גמישות גבוהה. בהקשר זה עולה השאלה, אם יש מקום להגדיר "סל שירותים" גם לבתי החולים? על מנת לדון בשאלה זו נתאר את המצב הקיים, לרבות השוני במאפיינים בין קופות החולים לבתי החולים, נציע את החלופות האפשריות לפי תפיסתנו ונבחן את היתרונות והחסרונות לקיום סל שירותים מוגדר לקופות החולים ולבתי החולים.

השוני במאפיינים בין בתי החולים לקופות חולים

נדון כאן בשוני במאפיינים בין בתי החולים לקופות החולים מהיבטים ארגוניים, כלכליים ורפואיים:

- בניגוד לבתי החולים, קופות החולים מטפלות באוכלוסייה קבועה לאורך זמן. בתי החולים מתאפיינים בניידות של מטופליהם בין בתי החולים בהתאם לטיפול הרפואי הנחוץ ולפי הסכמי בחירה של קופות החולים.
- היכולות הרפואיות הגבוהות בבתי החולים, מורכבות הטיפול יחסית לשירותים הניתנים בקהילה וכן רמת הסיכון הגבוהה יותר לחולים, כל אלה מצריכים מיומנות גבוהה ומערכת ארגונית שונה.
- תפקידו של בית החולים, לספק טיפולים דחופים בכל שעות היממה, אינו מאפשר עיכובים לצורכי ברור זכאות או שאלות כגון "האם כלול בסל?". ויכוחים לגבי הגדרות הסל קיימים בין גורמים במערכת, ולעתים אורכים שבועות ואף חודשים או שהם מסתיימים בהכרעת בית משפט.
- קופות החולים מתוגמלות לפי מספר מבוטחיהן, בהתאם לנוסחת הקפיטציה. הסל שבאחריותן מעודכן לפי מדדים שנקבעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי וכן באמצעות תקציבים שהועברו החל משנת 1998 לצורך הרחבת סל השירותים. לעומתן, בתי החולים פועלים בהתאם להכנסותיהם ממכירת שירותים למגוון גורמים, ובעיקר לקופות החולים, לצה"ל ולמטופלים פרטיים. כלומר בתי החולים מאופיינים בקשר בין הכנסותיהם לרמת פעילותם, ולכן יש שוני בין בתי החולים ביכולותיהם הכלכליות.
- בבית החולים אף אין מנגנון שנתי לעדכון תקציבי כפי שנהוג בקופות החולים.
- הטכנולוגיה המתפתחת בקצב מסחרר בשנים האחרונות בכלל מערכת הבריאות משתקפת בבתי החולים הרבה יותר מאשר בקופות החולים. בתי החולים, להבדיל מקופות החולים, אף מאמצים טכנולוגיות בדרגות "בשלות" שונות. בבתי החולים יש דחף עז להתקדמות טכנולוגית, הנובע בין השאר ממגוון ההתמחויות והשירותים שבמסגרת בית החולים, מקשרי העבודה הבין-לאומיים ומהמעורבות האקדמית.

החלופות

השוני במאפיינים בין בתי החולים לקופות החולים, כפי שנסקר לעיל, מצריך פתרונות נפרדים להסדרת פעילותם. להלן נסקור את החלופות האפשריות למצב הקיים:

1.

המשך השיטה הנוכחית, המכתיבה מצב שאין חוק המגדיר בפרוטרוט את השירותים שבית החולים מחויב לספק למטופליו. החלטות עקרוניות, כגון אילו שירותים לפתח, אילו תחומים לפתח כמרכזי מצוינות, אילו טכנולוגיות לאמץ ומתי, נתונות רובן ככולן בידי בתי החולים. מצב זה מוביל אמנם להרחבת מגוון הפעילות הרפואית-טכנולוגית בפיזור ארצי, אך עם זאת מחייב את בתי החולים לממן שירותים

וקידום טכנולוגי מרווחים תפעוליים או ממקורות אחרים כגון תרומות ומחקר, על כל ההיבטים הכרוכים בכך: חוסר שוויון בין בתי החולים בהיקף הצמיחה ובמידת הפיתוח הטכנולוגי, שכן הבעייתיות לממן טכנולוגיות חדשות שלא באמצעות מימון ציבורי הולכת וגוברת.

תהליך התעדוף הלאומי להכללת טכנולוגיות במימון ציבורי בסל שירותי הבריאות מונחה משיקולים רפואיים-אפידמיולוגיים כלכליים-חברתיים. בתהליך זה מתועדפות גם טכנולוגיות המיושמות בבתי חולים, והללו "מתחרות" על כניסה לסל מול עצמן ומול טכנולוגיות אחרות הניתנות בקהילה. לדוגמה, בתהליך הרחבת סל השירותים האחרון נדונו טכנולוגיות אחדות המכונות "טכנולוגיות בתי חולים". מהן הוכללו בסל קוצבי לב מתוחכמים ולא הוכלל הסטנט המצופה תרופה.

.2

הגדרת מקדם טכנולוגי לבתי החולים. מדובר בתוספת משאבים לבתי החולים בעבור קידום טכנולוגיות ופיתוחן. הדבר יותיר רמת גמישות גבוהה לקידום כישוריה של מערכת הבריאות, להגדלת מיומנות בתחומים קליניים נוספים וחדשים ולשיפור היכולת להמשיך ולהוביל את הקידום הטכנולוגי של מערכת הבריאות.

חלופה זו מצריכה הגדלת משאבים למערכת הבריאות וכן החלטה על הקריטריונים שעל פיהם יוקצו המשאבים בין בתי החולים. מסקירת חומר מקצועי בתחום זה עולים כמה גורמים בעלי משקל בהחלטה על אופן הקצאת המשאבים, ובהם מגוון השירותים הקיימים בבית החולים; תמהיל החולים; פריפריה מול מרכז; ומידת האקדמיזציה של המוסד. כמו-כן יש לקבוע מהן המגבלות וה"חובות" החלות על בתי החולים שיקבלו הקצאה זו.

.3

קביעת סל שירותים לבתי החולים. הסל יכול להיות בדרגת פירוט גבוהה, בדומה למפורט בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, או בדרגת פירוט נמוכה יותר המגדירה את תחומי הפעילות הכלליים.

.4

פירוט רב יותר לשירותים שכבר כלולים בסל והמיושמים בבתי החולים. הפירוט יכלל כתוספת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. דרך זו תאפשר להבהיר יותר מהן זכויות המבוטח בכל הנוגע לשירותים שהוא זכאי להם.

יתרונותיו וחסרונותיו של סל שירותי בריאות מוגדר

יתרונות

- סל שירותי הבריאות מגדיר בבירור את זכויות התושב מתוקף חוק בריאות ממלכתי ומהווה בסיס למתן השירותים במערכת הבריאות. כל תושב זכאי לדעת מהם שירותים אלה.
- כל תושבי ישראל, בלי קשר לקופת החולים שהם מבוטחים בה, זכאים לסל

שירותים אחד.

- סל שירותים מפורט מאפשר להגדיר בבירור מה כלול ומה אינו כלול בסל. שקיפות ההגדרות אמורה למנוע מצבים שמבוטח יתבע מקופת החולים שהוא מבוטח בה לספק לו טכנולוגיות שאינן כלולות בסל. אם כי חשוב לציין בהקשר זה כי מפסיקות של בתי משפט מהתקופה האחרונה עולה כי לעתים נדרשת קופת החולים לממן שירותים שאינם כלולים בסל.
- הגדרה מפורטת של סל שירותי בריאות יוצרת בה בעת הגדרה של השירותים שאינם כלולים בסל. כך אפשר למפות שירותים אלו ולנהל תהליך של קביעת קדימויות והגדרת רמת המימון הנדרשת לצורך הכללתם בסל.
- תהליך עדכון ותעדוף הטכנולוגיות לסל ברמה לאומית מאפשר דיון ציבורי, בהשוואה למצב של קבלת החלטות ברמת המוסדות הרפואיים עצמם. קבלת החלטות ברמה כזו עלולה להיות מונחית משיקולים שאין בהם כדי לתרום לשיפור בריאות הציבור, כגון שיקולי מוניטין ושיקולים כלכליים של המוסד עצמו.

חסרונות

- תהליך כניסת הטכנולוגיות לשימוש ומימון מתרחשים אחת לשנה, שכן מדובר בתהליך בקנה מידה לאומי הכרוך באילוצים מקצועיים ותקציביים. קצב זה יוצר לעתים בעיות בעת הצורך לשלב טכנולוגיות באופן מהיר ודינמי יותר. לפיכך עלול להיווצר מצב שחולים יאלצו להמתין פרק זמן ארוך עד שיתאפשר להם לקבל את הטכנולוגיה במימון ציבורי.
- הגדרת סל בשילוב הצורך לשמור על השוויוניות מחייבים מתן אותה טכנולוגיה לאוכלוסייה שלמה של מטופלים העונה על אותם קריטריונים מקצועיים. המצב מונע אפשרות להתנסות הדרגתית בטכנולוגיות (לדוגמה, שילוב טכנולוגיות מסוימות בכמה מהמוסדות המקצועיים או בידי קבוצה של רופאים). התנסות הדרגתית זו חיונית במיוחד במצבים שיש עניין להתחיל להשתמש בטכנולוגיות חדשות ביותר ושחשוב להיחשף אליהן ולצבור מיומנות בהפעלתן, אף שלעתים דרגת "בשלותן" נמוכה.
- במצב שמערכת הבריאות פועלת באילוצי תקציב, שעלולים אף להחריף עם השנים, החלטה על הוספה גורפת של טכנולוגיה רפואית לסל (קרי, זכאות לכל המבוטחים המתאימים לקריטריונים המקצועיים) מוחלת אך ורק על טכנולוגיות שלגביהן נאסף מידע רב ושאינו עוררין על יעילותן ועל מקומן ברצף הטיפולי בחולה. באופן זה אין מתאפשרת הכללת טכנולוגיות אחרות שאינן עונות על קריטריונים אלו. מובן שבמצב הקיים, שהסל חל אך ורק על קופות החולים, מעיד הדבר על יעילות רפואית כלכלית גבוהה, אך אם יחול מצב זה על כלל מערכת הבריאות, הדבר עלול להביא לידי פגיעה ביכולתה של המערכת להמשיך ולהתקדם מבחינה רפואית-טכנולוגית.
- קיומו של סל שירותים מצריך ניהול במישור הלאומי, הקצאת משאבים ומנגנון עדכון ריאלי. אם להסתמך על הניסיון שהצטבר בעדכון סל שירותי הבריאות

של קופות החולים, יש רכיב של עמימות לגבי היקף העדכון ותדירותו. מצב זה, הנשלט בידי משרד האוצר, מוביל לאי-ודאות ולפגיעה ביכולת התכנון לטווח הבינוני-ארוך.

- פגיעה בגמישות ההחלטה ובאוטונומיות של המוסדות הרפואיים לגבי ההחלטה על בדיקות, על טיפולים ועל שירותים אחרים האמורים להתבצע במסגרתם.
- הגדרת השירותים שבית החולים מחויב לספק (במסגרת סל שיוגדר בחוק או בחוזה עם קופת החולים) עלולה להביא לידי לגיטימציה למנוע שירותים בבית החולים, ובראשם הטיפולים החדשניים שעלותם גבוהה ושאינם מוגדרים עדיין בסל או בחוזה. לפיכך, ובהתחשב באילוצים הכלכליים הקיימים, פתרון מימון השירותים יוסט אל המבוסס ברמה הפרטית: העומס הכלכלי עליו יוגבר (ההוצאה "מהכיס") ותיפגע השוויוניות. זאת ועוד, יש לבחון את השאלה הנגזרת של תמריצי בתי החולים למכור שירותים שאינם כלולים בסל והשפעת תמריצים אלו על השוויוניות במערכת הבריאות. כך, יש גם חשש כבד, שהגדרת סל שירותים לבתי החולים תגדיל עוד יותר את הדיפרנציאציה בין הסוגים השונים של ביטוחי הבריאות ותגדיל עוד יותר את הפגיעה בשכבות החלשות.

לפיכך נוטה הקבוצה שלא להמליץ לעת עתה על הגדרת סל שירותים מפורט המחייב את בתי החולים. ייתכן שיש מקום להגדיר מכלול שירותים בסיסיים המחייבים כל בית חולים, כגון שירותי חירום בחדר מיון מחד גיסא, ודרגת איכות מינימלית כגון good clinical practice מאידך גיסא. במסגרת זאת, יש לבחון אם יש מקום להגדיר ביתר פירוט מהם שירותי האשפוז שעל קופת החולים לספק למבוטחיה במסגרת הסל הקיים. כמו-כן מעלים חברי הקבוצה את הצורך לבחון הקצאת משאבים ייחודית לטכנולוגיות חדשות; יש פרוצדורות יקרות הדורשות מומחיות (כגון השתלת מוח עצם או נויורולוגיה פולשנית) והמסופקות לפיכך בבתי חולים מסוימים בלבד. חברי הקבוצה מציעים לבחון הכללת פרוצדורות אלו ברשימה ארצית, בדומה לרשימת המחלות המסוכנות, ולוודא הקצאת תגמול לביצוען, נוסף על התגמול בעבור האשפוז, המתקבל כיום מקופת החולים. כך תוכל להיווצר נורמליזציה, בלי לגרום ניפוח בהוצאות ובלו ליצור סכנה חברתית בפגיעה בשכבות מעוטות היכולת.

נציגי אישי לחולה להקטנת פערי מידע ופערי אי-ודאות

ריבוי הרופאים המטפלים בחולה בעת אשפוזו מצד אחד, והקצאת זמנים בעייתית של הרופאים בין הטיפול בחולים שבאחריותם הישירה לבין תורנויותיהם ומחויבויותיהם האחרות מצד אחר, פוגמים באפשרות לקשר אישי בין הרופא המטפל לחולה המאושפז.

באגף הפנימי: הרופאים המתמחים לעתים מחולקים על פי אחריות לחדרי חולים. הרופא המקבל את החולה אינו בהכרח הרופא הממשיך בטיפול. חולה החוזר בפרק זמן קצוב מתקבל בדרך כלל למחלקה שאושפז בה בעבר, אך לא בהכרח לאותו צד. הרופא המתמחה האחראי על החדר אינו נמצא בהכרח מדי יום ביומו בבית החולים (בגלל לימודים, תורנויות, רוטציות וחופשות), ואזי החולה מטופל בידי רופא

אחר, באחריות הרופא הבכיר באותו צד. המידע לחולה ניתן בדרך כלל מפי כל רופא שהמשפחה נתקלת בו באקראי, ובערב מפי רופא תורן. כמו-כן מנהל המחלקה מקיים קבלת חולים ומשפחות בהתאם למועדים קבועים.

באגף הכירורגי: מציאות הטיפול באגף הכירורגי מורכבת אף יותר, בעיקר בכירורגיה הכללית והאורתופדית, שנהוגות בהן התמחויות משנה. המתמחים מחולקים בדרך כלל לפי צדדים וחדרים, ואילו המומחים אחראים על המטופלים לרוב בהתאם לסוג הבעיה והתאמתה למומחיותם הייחודית. לא תמיד המתמחה מתמצא במהות הניתוח שהחולה עבר, ולעתים גם מומחה אחר אינו מהימן דיו, ולפיכך העברת המידע עלולה להיות לקויה. כמו-כן עלול לקרות שהמתמחה האחראי על החולה והרופא המקצועי ייעדרו באותו יום. זאת ועוד, לעתים קרובות הרופא המומחה המקצועי אינו מועסק במשרה מלאה, ויש נתק בקשר בינו לבין המטופל. הרופא המומחה ניזון מדיווח המתמחים, החולה וצוות הסיעוד; מנהל המחלקה שואב מידע בדרך כלל מהגיליון ומביקוריו, שאינם מדי יום ביומו. במרבית המקרים המטופלים יודעים מעט מאוד על צרכי המשפחה, על בעיותיו הסביבתיות ועל צרכיו הסוציאליים והפיזיים של החולה לאחר שחרורו, ולעתים המידע לקוי על אשר עבר על החולה במהלך אשפוזו.

במציאות זו, ובהעדר סל שירותים מחייב ומוגדר לבתי החולים, ניצב החולה המאושפז לנוכח פערי מידע ואי-ודאות ניכרים לגבי הטיפול בו, ובלי כתובת מוגדרת לסיוע להיחלצותו מהמצב. יתר על כן, קורה לא אחת, שבעת התגלעות מחלוקת מנהלתית בין בית החולים לקופת החולים, הנוגעת למימון הטיפול, נמצא החולה אנוס להיות שותף בפתרון המחלוקת. השאלה העולה היא: כיצד ידאג בית החולים לנציג אישי לחולה במסגרת התוך-ארגונית, שישמש בעבורו "מורה-דרך" בכל הנוגע לטיפול בו במסגרת האשפוז? כיצד יוכל בית החולים לסייע לחולה לשמור על זכויותיו ולהתמודד עם בעיות חוסר המידע והאי-סימטריה של המידע בעת אשפוזו? יש לדאוג אף ש"נציג אישי" זה יסייע לחולה במעבר חזרה למסגרת האמבולטורית, על כל הכרוך בכך (לדוגמה, התאמת הטיפול התרופתי בין זה שמציע בית החולים לזה המצוי אצל המבטחת).

המחשה משכנעת לבעייתיות הגלומה במציאות שתוארה, נמצא בתיאורו של מורה שאושפז בשל סרטן הערמונית ונזקק לאחר מכן אף לאשפוז בשל דימום מוחי בעקבות נפילה [13]. הוא מתאר בדרך מוחשית וצוירית את תחושותיו הקשות, שלא נבעו מהעדר טיפול או מטיפול לקוי, אלא מהסיבה הפשוטה לכאורה שאיש לא טרח להסביר לו "מה קורה אתו" ומה הוא עומד לחוות ולהרגיש. כאנקדוטה, מתאר הכותב שיחת טלפון של אישה שפונה לבית חולים ומבקשת לשוחח עם מי שיכול לספק לה מידע על אודות חולה המאושפזת במחלקה. המשיב בבית החולים שאל לשמה של החולה ומשנענה ששמה שרה פינקל מחדר 302, הפנה את השיחה לתחנת האחות במחלקה. האחות שקיבלה את השיחה שאלה את הפונה במה תוכל לעזור לה. "אני מבקשת לברר מה מצבה של שרה פינקל מחדר 302", השיבה המתקשרת. "רגע אחד", ענתה האחות, "אבדוק בגיליון". לאחר רגע ממשיכה האחות: "אה, כן,

גב' פינקל מחלימה יפה, למעשה לחץ הדם שלה תקין, בדיקות הדם הראו תשובות תקינות, בעוד כמה שעות נוכל להסיר את המוניטור, ואם ההחלמה תימשך בקצב הזה היא תשוחרר לביתה כבר מחר". האישה המתקשרת מגיבה בשמחה גלויה לחדשות הטובות. "משמחתך אני מבינה שאת קרובה מאוד לשרה פינקל", אמרה האחות. "הו, לא בדיוק", השיבה המתקשרת, "אני היא שרה פינקל, אבל אף אחד כאן לא מספר לי מה קורה אתי!". הכותב מסכם בקריאה לחברי הצוות המטפל בבית החולים לראות חובה בהקצאת זמן לדבר עם החולה, באנלוגיה למורה שמחויב למצוא זמן להסביר לתלמידו את החומר שהוא מתקשה בו.

יש ליצור מצב שחולה מאושפז יוכל לקבל מידע מהימן על אודות הטיפול בו על ידי הגדרת מחויבות לרופא בכיר במחלקה לצורך זה. יש לספק לחולה את פרטי הרופא הבכיר האחראי על הטיפול בו ומידע לגבי מועדי קבלת חולים שלו, כדי שיוכל לקבל מאותו רופא מידע הנוגע למצבו ולטיפול בו. בעתיד, יש לפעול להרחבת קשר זה גם למצב שבאשפוזים חוזרים יטופל החולה באחריות אותו רופא בכיר, ומתוך יצירת אפיק תקשורת לרופא המשפחה כדי ליצור רצף טיפולי.

פתרונות אפשריים

1. **הצבת שלטים במקומות בולטים:** זהו אחד הפתרונות הקלים יחסית ליישום. בשלטים יצוינו שמות הרופאים הבכירים האחראים על הטיפול בחולים המאושפזים (לפי מספר חדר האשפוז) ושעות הקבלה שלהם.
2. **אימוץ הגישה האמריקנית:** לפי גישה זו רופא המשפחה הוא הכתובת, והוא שמלווה את החולה גם בעת אשפוזו. מובן שפתרון זה מצריך הקצאת תשומות נוספות מעבר לאלו הקיימות כיום, ולכן יש לחשב את התועלת הכלכלית הכוללת שלו לפני החלתו או פסילתו אוטומטית. חשוב לציין שבארה"ב ניכרת כיום נסיגה מגישה זו ואימוץ גישת [15] "hospitalist". כמו-כן חשוב להביא בחשבון שבישראל מבנה בתי החולים הוא סגור: הרופא בבית החולים אינו מטפל בחולה בקהילה, ורופא הקהילה אינו מטפל בחולה המאושפז. ועדת מאן, שדנה בבעיית ההפרדה בין המערכת האשפוזית למערכת האמבולטורית, נכשלה בניסיונותיה ליצור מעין שעטנז לגישור על הפערים. לכן יש לשקול אם לכוון את הדיון לשאלת שילוב רופאי קהילה בטיפול בבית החולים ולהפך, או להתרכז בשאלת המשכיות הטיפול במבנה הקיים.

3. **"מנהל מקרה" (case manager):** מכיוון שהתועלת הישירה אינה צומחת בהכרח לבית החולים אלא לקופת החולים, ייתכן שהמבנה הארגוני צריך לכלול את ה-case manager שלא במסגרת בית החולים אלא במסגרת קופת החולים. לשם כך ניתן להשתמש במבנה הקיים של מוקדי קופות החולים הנמצאים בתוך בתי החולים, שתכליתם העיקרית כיום היא בקרה על הוצאות הקופה הנובעות מאשפוז החולים. ייתכן ששימוש ראוי בנציגות זאת להעברת מידע בין בית החולים לקופת החולים ולשמירה על רציפות הטיפול יאפשר מיצוי משופר של המשאבים הקיימים. למעשה, אין הכרח לאייש את הנציגות ברופאים; אפשר להשתמש באנשי מקצוע שהוכשרו לכך, כגון רוקחים או אחיות.

שמירת רציפות הטיפול - יצירת ממשק בין בתי החולים לקופות החולים

להצלחת הטיפול בחולה יש משמעויות ניכרות, הן באיכות חיים לחולה ולמשפחתו והן בחיסכון בעלויות למערכת הבריאות ולמשק כולו. אחד התנאים החיוניים להצלחת הטיפול בחולה הוא שמירה על רצף הטיפול, אלא שמציאות יחסי הגומלין בין המערכת האמבולטורית לזו האשפוזית, כפי שתואר לעיל, פוגעת ברצף טיפולי חיוני זה. היקף התחלואה הולך וגדל ולעומת זאת זמן הביקור במרפאה הולך ומתקצר, כך שהלחץ המופעל על הרופא הראשוני גובר בהתמדה. בתוך כך, מכיוון שתגמול הרופאים הוא לפי מספר הנפשות הנמצאות בטיפולם, והם אינם מקבלים כל תגמול בעבור טיפולים נוספים, ובכללם ביקור החולה המאושפז בבית החולים, הרי שהדבר מקשה עוד יותר על שמירת הרצף בין הטיפול בקהילה לטיפול בבית החולים.

פן נוסף המקשה על רציפות הטיפול הוא פערי היוקרה והמוניטין של רופאי בית החולים ביחס לרופאי הקהילה: התקשורת מתמקדת בעיקר ברפואת בתי החולים. הטיפולים החדשניים זוכים לסיקור תקשורתי ניכר, ורוב הרופאים המופיעים בכלי התקשורת מדברים על מצבים נדירים ועל טיפולים חדשניים, שלעתים המצויים עדיין בשלבי ניסוי. כך נתפס בית החולים כ"אורים ותומים" של הרפואה, והמטופל ייטה לבטל ביתר קלות, ולרוב שלא בצדק, את המלצותיו והנחיותיו של הרופא הראשוני. קיומה של רפואה פרטית (שכולה נעשית בידי רופאי בתי החולים!!!) אף מגביר מצב זה. הרופא ה"פרטי" נתפס כטוב בהרבה מהרופא במערכות ציבוריות. לדוגמה, זה שנתיים מפרסם אחד העיתונים היומיים הנפוצים רשימה של "טובי הרופאים" לפי תחומים. רפואת המשפחה ורפואת הקהילה אפילו אינן מוזכרות.

הרצף נפגע החל בשלב האבחנה, דרך שלב הטיפול בבית החולים, וכלה בשלב שחרור החולה חזרה לקהילה. דוגמה מוחשית לכך נמצא במקרה של חולה פלגרה שאושפז בבית חולים ו"זכה" לשבועיים של בדיקות אבחנתיות מיותרות, רק מכיוון שרופאי בית החולים לא קראו את מכתב ההפניה שכתב רופא המשפחה של אותו חולה. העובדות הן שרק מיעוט החולים מתאשפזים בהפניית הרופא הראשוני (סקר של קופת חולים כללית בירושלים מצא שפחות מרבע מהחולים המאושפזים הופנו לאשפוז בידי הרופא הראשוני). אפילו מקרב חולים מופנים אלו, רק לחלק יש "תיאום אשפוז", והרוב מגיעים למיון. הדבר גורם חוסר מעבר מידע לבית החולים, עד כדי חוסר הבנה אשר לסיבת האשפוז (לדוגמה, חולה במחלה סופנית מאובחנת וידועה המאושפז לעירוי אנטיביוטיקה דרך הווריד לימים אחדים ובמסגרת האשפוז עובר בירור מחודש של מחלתו היסודית). באותה מידה, עשוי להגיע לאשפוז חולה עם מכתב מקופת החולים המצייין מהו הטיפול התרופתי שהוא מקבל, אלא שבשל כתב יד לא-ברור והעדר כתובת בקופת החולים שהרופא מבית החולים יודע כי יוכל לפנות אליה לקבלת הבהרות, יימנע ממנו הטיפול או שיקבל טיפול שגוי. יתרה מזאת: מכיוון שעל בתי החולים אין חלות הנחיות הקהילה והקופות לגבי טיפול בקהילה, עלול להיגרם בלבול בכל הנוגע להמלצה על טיפול תרופתי. חלק מרופאי

בתי החולים סבורים שההנחיות מקורן בעיקר בשיקולים כספיים, בעוד שלמעשה חלק ניכר מהשיקול הוא רפואי. כך לדוגמה, הקווים המנחים לטיפול בקהילה זהירים יותר בדרך כלל במעבר לטיפולים תרופתיים חדשניים. דוגמה בולטת לכך היא השוני בטיפול ביתר לחץ דם בין בתי החולים לקהילה. אם יבחר הרופא הראשוני להחליף מידע עם רופאי בית החולים בזמן אשפוזו של חולה שבטיפולו, ייתקל בקשיי תקשורת: אם בחר הרופא הראשוני לבקר את החולה ועשה זאת בשעות סגירת המרפאה, אחר הצהריים, ייתקל ברוב המקרים בתורן בלבד, שאינו מכיר בהכרח את המקרה. אם בחר להתקשר בשעות הבוקר, ייתקל בסירוב להעביר את השיחה בעת עריכת "ביקור הרופאים". יצוין ניסיון מעניין שערך אחד מרופאי המשפחה המסורים במיוחד למטופליהם, בירושלים, כשהצמיד טלפונים ניידים למיטת המאושפזים שבטיפולו, ומהם יכלו המטופלים להתקשר ישירות לטלפון הנייד של הרופא (נספח 1).

בכל הנוגע לשחרור החולים מאשפוז, רק בעבור חולים כרוניים המאושפזים זמן ארוך יש תיאום שחרור של החולה לקהילה, תיאום המאפשר את ארגון המשך הטיפול בחולה. הבעיה מוחמרת בחולים קשישים, הזקוקים לעזרה בבית ולהכוונה לגבי המשך טיפול. דוגמה לדבר היא בדיקות קרישה (INR) לחולים עם טיפול נוגד קרישה. כדי להחליט על המשך המינון (המשתנה מיום ליום) יש צורך במידע לגבי המינון ותוצאות הבדיקות בימים שלפני השחרור. רק במקצת המקרים מגיע מידע זה לידי החולה או הרופא הראשוני. מכתב השחרור, שהוא חוליה חיונית בשרשרת המידע בין בית החולים לקהילה, מגיע לרופא הקהילה ברוב המקרים באמצעות החולה או בני משפחתו. במקרה שהחולה אינו מגיע לרופא הראשוני, ייתכן שרופא זה לא יידע על השחרור ועל השינוי הטיפולי המומלץ.

ראוי לציין ניסיון מהשנתיים האחרונות בין המחלקות הפנימיות לבין רופאי הכללית בירושלים ליצור "קוד התנהגות הדדי". במסגרת זאת התחייבו רופאי הקהילה לצייד כל חולה במכתב הפניה. במקרה של אשפוז שלא בהפניית הרופא הראשוני, הרי שמיד עם היוודע דבר האשפוז - ישלח הרופא הראשוני פקס למחלקה, ויצוין בו לכל הפחות מידע הנוגע למחלות הכרוניות, התרופות והבדיקות האחרונות המצויות בתיק הממוחשב. בתוך כך הבטיחו המחלקות לייחד מכשיר פקס רק לרופאי הקהילה, ליצור מחיצה בתיק הרפואי המיועדת לדיווחי רופא המשפחה, להקפיד על קוד התנהגות והתבטאות כלפי רופאי הקהילה ובייחוד בנוכחות המטופל. למרות תמיכה ניכרת מצד של ההנהלות בשני הצדדים השינוי בפועל היה קטן ביותר (נספח 2). אמנם התעניינותם של רופאי המשפחה במטופליהם בעת אשפוזם מצויה במגמת עלייה, אך קשיים מערכתיים מעיבים על מימוש התעניינותם, כפי שתואר לעיל. מציאות זו מעלה השאלה בדבר חשיבות הביקור הבלתי אמצעי של רופא המשפחה בהשוואה להעברת המידע בלבד בכל הנוגע לחולה המאושפז. לנוכח הקשיים שתוארו לעיל בשמירת רצף הטיפול בחולה במעברים מהקהילה לבית החולים ובחזרה, נביא להלן פתרונות בשני חתכים: ממשק קליני וממשק מנהלי. כל חתך יש לבחון בממדים של שינויים התנהגותיים ושל שינויים במבנה הארגוני.

ממשק קליני

שינויים התנהגותיים

- יש לשפר את ההיכרות האישית בין רופאי הקהילה לרופאי המחלקה, בהנחה שעל בסיס היכרות אישית בין השניים יגדל הסיכוי לתקשורת טובה יותר ביניהם. עם הדרכים להגברת התקשורת נמנים: (א) הימצאות מתמחים מרפואת המשפחה במחלקות: מתמחים אלו כמשרתיים של שני הגופים העיקריים במערכת הבריאות משמשים קשר מצוין לקהילה ומרגישים מחויבות למוריהם משני התחומים; (ב) פעילות אקדמית משותפת: לדוגמה, הרצאות שקהל היעד שלהם הוא רופאים משני התחומים (להבדיל מרופא בית חולים שבא להרצות לרופאי הקהילה). ניסיון כזה נעשה מטעם איגוד רופאי המשפחה ואיגוד הרופאים האורתופדים במסגרת סדרת הרצאות על סוגיות שכיחות באורתופדיה, כגון כאבי גב ואוסטוארטריטיס; (ג) קידום מחקר משותף; (ד) הגברת הוראת הסטודנטים לרפואה בידי רופאי הקהילה, לרבות בקורסים שלא על ידי מיטת החולה (כגון תקשורת, אתיקה ורפואה מונעת). כשסטודנטים אלו יהיו לרופאים, תישמר עדיין היכרותם עם רופאי הקהילה. נוסף על כך, יש מקום ליצור קורסים המועברים במשותף בידי רופאים ראשוניים ורופאי בתי חולים: כיום כשמאגר החולים שאפשר להיעזר בהם ללימוד הסטודנטים קטן, ניתן ללמד כמה מהקורסים ברפואה פנימית, ברפואת ילדים ובאבחנה פיזיקלית בקהילה, דבר שיצריך כמובן שינוי בהקצאת המשאבים של בתי הספר לרפואה. כמו-כן יש להקפיד שבכל מכתבי הקבלה והשחרור יצוינו שמותיהם של אנשי הקשר: רופא המשפחה ורופא המחלקה המאשפזת וכן ציון ברור של דרכי ההתקשרות עמם.
- יש לפעול להעצמת רופא המשפחה ומעמדו בעיני החולה. תנאי הכרחי לכך הוא ההבנה שאם ייצאו לפועל החלטות המועצה הלאומית לבריאות הקהילה, שלפיהן לא יתקבל רופא לעבודה קבועה בקהילה בלי מומחיות - הרי שבעתיד יהיו כל רופאי הקהילה בעלי התמחות. יש לוודא התעדכנות של רופאי הקהילה כדי לשמר רמה מקצועית גבוהה שלהם ולפעול להגברת מעורבותם האקדמית. כמו-כן יש להקפיד על תפיסת רופא המשפחה לא כ"מוציא לפועל" בלבד, אלא כשווה במעמדו לרופא בית החולים בכל הנוגע לקבלת ההחלטות הנוגעות לטיפול בחולה. לפיכך יש לפעול לנוסח של המלצה ושיתוף במכתב השחרור תחת קביעת עובדות ומתן הנחיות לביצוע.
- יש לפעול להטמעת הדדיות התקשורת בין בית החולים לקופת החולים. חשוב שרופאי בית החולים יתנסו ברפואת הקהילה, אם כחלק מתוכנית התמחותם ואם במסגרת פעילותם השוטפת. היכרותם של רופאי בית החולים עם מציאות העבודה של רופאי הקהילה תביא להבנה טובה יותר של הכלים הנדרשים לשיתוף פעולה פורה שיביא לשמירת רציפות הטיפול.

מבנה ארגוני - מחלקת אם

אחד הפתרונות שמציעה הקבוצה לבעיית רציפות הטיפול הוא יצירת ממשק בין-מוסדי באמצעות מבנה ארגוני המכונה "מחלקת אם". מדובר במחלקה אשפוזית המקיימת זיקה ישירה וקבועה עם אוכלוסייה מוגדרת של חולים הזקוקים לשירותי אשפוז. כך יופנה חולה לאותו צוות מטפל בבית החולים, המקושר עם הרופא הראשוני שלו, מכיר את ההיסטוריה הרפואית שלו וידאג גם לרציפות הטיפול לאחר שחרורו. יש שני מודלים אפשריים למחלקת אם: (1) זיקה לפי אזור מגורים: תוגדר בין מחלקה נתונה לבין אזור מגורים נתון. כל חולה מאותו אזור שיזדקק לשירותי אשפוז יופנה תמיד לאותה מחלקת אם; (2) זיקה לפי שייכות ביטוחית (קופת חולים): תוגדר בין מחלקה נתונה לבין קופת חולים נתונה. מבוטח של הקופה הזקוק לשירותי אשפוז יופנה למחלקת האם הקשורה עם אותה קופה.

מודל אזור המגורים: מודל זה התקיים בבית החולים קפלן בשנות ה-80 וכלל שלוש מחלקות פנימיות. חברי קופת חולים כללית תושבי מחוז יהודה חולקו לשלוש קבוצות לפי אזורי מגוריהם. לכל מחלקה שויכו כ-100,000 תושבים, לפי חלוקה גיאוגרפית: העיר אשדוד; הערים רחובות, יבנה, גדרה ונס ציונה; המושבים והקיבוצים שבאזור. פונים לחדר המיון שנזקקו לאשפוז במחלקה פנימית הופנו למחלקות לפי כתובת מגוריהם.

רופאים בכירים, ובהם מנהל המחלקה, יצאו למפגשים שבועיים עם רופאים במרפאות הקהילה. לדוגמה, מנהל מחלקה אימץ את מרפאות אשדוד א' וב' ופגש את הרופאים במרפאות אלה אחת לשבוע. במפגשים אלה נערכו דיון ומעקב אחר חולים ששוחררו מהמחלקה, הוצגו מקרים בעייתיים, לובנו סוגיות והתקיימו סמינרים. רופאי הקהילה הוזמנו לבקר את חוליהם במחלקה ולהשתתף באורח פעיל בהליך האבחוני בחוליהם, בעת אשפוזם או בעת ביקוריהם באשפוז יום. פעילות זו נעשתה באורח חלקי בלבד ובידי מספר מועט בלבד של רופאי משפחה, בשל מצוקת זמן וגם עקב מוטיבציה בלתי מספקת של מרבית רופאי הקהילה.

יעדי המודל, שהושגו ברובם, היו שמירת הרצף הטיפולי-אבחוני; הגברת שביעות רצון המטופלים שנמנעו מהם טרטור מיותר ושעות המתנה בחדר המיון; ירידה חדה באשפוזים החוזרים; המשך בירור ומעקב אחר המשתחררים לקהילה ותהליך אבחון וטיפול משותפים; היכרות וקשר ישיר בין רופאי הקהילה לרופאי המחלקה; תיאום בין אחיות הקהילה לאחיות המחלקה לקראת שחרור החולה; הקטנת סך ימי האשפוז ואורך האשפוז הממוצע.

הצלחת הפרויקט תלויה הן במנהל רפואי מחוזי ובמנהלי מחלקות מחויבים, נחויים ומתמידים והן ביכולת להוסיף תקנים למחלקה הפנימית. ואולם למרות קיומם של תנאים אלה התמסס הפרויקט עם השנים בשל חילופים פרסונליים וירידה במחויבותם של הצדדים - בית החולים והקהילה כאחד.

מודל השייכות הביטוחית: מודל המתקיים בשנים האחרונות בבתי החולים וולפסון ואסף הרופא וכולל שלוש מחלקות פנימיות, ומבוטחי מכבי שירותי בריאות המאושפזים בבתי חולים אלה.

באפריל 2001 הגיעה מכבי שירותי בריאות להסדר עם בית החולים אסף הרופא להקמת מחלקת אם שתאשפז מבוטחים של מכבי. מחלקה פנימית ג' שימשה מחלקת אם, ואליה הופנו רוב מבוטחי מכבי המגיעים לבית החולים. במאי 2003 הגיעה מכבי להסדר דומה עם בית החולים וולפסון. לצורך הפרויקט תוגברו המחלקות בתקנים שאוישו בידי רופא, אחות ומזכירה רפואית.

מכבי קבעה שאמות המידה להצלחת הפרויקט חייבות להיות השגת מדדי איכות הטיפול והאבחון וכן שביעות רצון מבוטחיה. נוסף על כך, נבחנת גם ההשפעה על אימוץ מדיניות הקופה באבחון ובטיפול, אורך האשפוז הממוצע, מספר האשפוזים החוזרים, עלות כוללת של המבוטח ומדדים כלכליים אחרים לקופה.

היתרונות המידיים של המודל נובעים מהקשר ההדוק שנוצר בין המחלקה לקהילה ומההפריה ההדדית המתרחשת בעקבות זאת. עם החסרונות אפשר למנות מניעה לכאורה של חופש הבחירה מידי המטופל לגבי המחלקה שיטופל בה (אם כי חופש זה אינו מתקיים גם כיום); ירידה בהכנסות בית החולים בעקבות הירידה בימי האשפוז.

הצלחת הפרויקט תלויה בהכרה של בית החולים ושל הקהילה בחשיבות הפרויקט ובתועלות ההדדיות הצומחות ממנו. דרישות אלה כוללות גם מחויבות של המחלקה לתרבות הקופה; רמה רפואית גבוהה של המחלקה הפנימית; שביעות רצון של סגל המחלקה; הגעה להסכמה עם בית החולים המבוססת על מחלקה אחת (בלי רוטציה); הגעה להסדר כספי עם בית החולים, שימנע הפסד הכנסה מבית החולים (תמריץ) וינציח מצב של WIN-WIN.

בשני המודלים של מחלקת האם יש להדגיש את ההדדיות בין בית החולים לקהילה. כשם שהחולה שיגיע לאשפוז יופנה למחלקה מסוימת, והמידע על אודותיו מהקהילה ינותב למחלקה האשפוזית, כך יש לדאוג ששחרור החולה חזרה לקהילה יהיה רציף ולמישרין, ושהמידע מבית החולים יגיע לרופאי הקהילה. בהקשר זה צוינה המערכת של שירותי בריאות כללית לשחרור מתוכנן וכן המערכת המקוונת להעברת מידע בזמן אמת בין רופאי הקהילה לרופאי בתי החולים.

קשוי המודל שיש לתת עליהם את הדעת:

- א. הגבלת חופש הבחירה לחולה. החולה מנותב למחלקה מסוימת שלא על פי בחירתו (אם כי גם כיום החולה אינו בוחר את המחלקה שיאושפז בה).
- ב. לחולה חשובה זיקה לרופא מטפל יותר מאשר למחלקה. הקושי עלול לצוץ כשבבית החולים מקובל שרופא עובר ממחלקה אחת לאחרת, ואילו החולה שהיה בטיפולו נותר בזיקה למחלקה הקודמת.
- ג. לקופת חולים שבבעלותה בתי חולים קל יהיה יותר ליצור זיקה אזורית מאשר לקופות החולים האחרות.
- ד. מעורבות של יותר ממחלקה אחת בטיפול. כך לדוגמה, חולה שמאושפז במחלקה פנימית ונזקק להתערבות ניתוחית או אונקולוגית. איך ניתן לשמור על זיקה אזורית במתאר זה?
- ה. החשש מקיבעון מחשבתי על אודות החולה.

שאלה מהותית לגבי החלת מודל זה היא האם הוא מהווה פתרון מערכתי שניתן לכלול במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי או שהוא מספק פתרון מקומי בלבד לכמה מתארים מוגדרים?

מערכת מקוונת

מערכות מידע מקוונות קיימות כיום בכל ארגוני הבריאות בישראל ברמות חדירה שונות. לכאורה, יש "הבטחה טכנולוגית" לשיתוף נתונים קליניים, קיום ממשקים רציפים והעברת מידע על החולה בין ארגונים, ואולם כשבוחנים בפועל את רמת שיתוף הנתונים, מתברר שהמציאות אינה פשוטה. נביא לדוגמה שלוש מערכות ממוחשבות לניהול מידע רפואי: מערכת "נמר", מאגר אבחנות השחרור מבתי החולים ומאגר רישום סרטן במשרד הבריאות.

פרויקט "נמר": מדובר במערך מחשוב אדמיניסטרטיבי של 11 בתי חולים בבעלות אחת. הפרויקט נמצא כיום באיחור של 4 שנים (לפחות) בלוח הזמנים ובחריגה תקציבית של יותר מ-100%. כמו-כן אין פתרון מוסכם ולוחות זמנים למחשוב התיק הרפואי. האבחנות הנקלטות במערכת אינן ניתנות עדיין לקריאה על ידי מאגר האשפוזים. מאגר אבחנות השחרור מבתי החולים פועל מכוח חוק, עוסק בפריט מידע יחיד (אבחנה) ובנקודת זמן אחת (שחרור) ומקודד בכל הארץ באותה שיטה (ICD) באמצעות אנשי מקצוע. מצבו הנוכחי של הפרויקט הוא שעדכניות הנתונים היא לשנת 2002, וגם זאת ב-82% בלבד. שלושה בתי חולים כלליים אינם מדווחים כלל למשרד הבריאות למרות התקנה המחייבת. מאגר רישום הסרטן במשרד הבריאות אף הוא מאגר מחייב, שעוסק גם כן בפרטי מידע יחידים. מפאת חשיבותו, מממנת האגודה למלחמה בסרטן תקני מזכירה כמעט בכל מכון אונקולוגי למטרת דיווח. עם זאת, עדכון הנתונים הוא באיחור של שנתיים עד שלושה הגורם לליקויים בהפעלת מערכות אלו אינו טכנולוגי. למעשה, קיים פרדוקס מובנה במפגש התרבויות בין הרפואה לטכנולוגיה. עולם המחשבים והתקשורת מציב לפני עולם הרפואה תשובה מצוינת - ומחפש שאלה טובה. הנטייה לתת לטכנולוקרטים לעצב את מרחב הפתרונות גורמת לכך שדברים פשוטים לכאורה העובדים מצוין בסביבות מסחריות ותעשייתיות - מסתבכים קשות עם הגירתם לעולם הרפואה.

בתחומים אלו אנחנו לא לבד. קייזר פרמננטה, ה-HMO המוביל בעולם בשימוש במערכות מידע, החל בפיתוח עצמי של מערכת מידע אינטגרטיבית דור II ב-1990 בצוותא עם יבמ. ב-1997, לאחר השקעה של מיליארד דולר, הושק פרויקט הדגל והוחל בהפצתו בארה"ב. בפברואר 2003 נחתם חוזה עם חברת EPIC לרכש מערכת מידע אינטגרטיבית שתקשר את 11,000 הרופאים, בעלות של 1.8 מיליארד דולר, ובהכרזה למעשה שפרויקט הדגל הקודם - נכשל!

בזמנו, הוצג פרויקט הדגל של קייזר כ"אם כל המערכות" וכדוגמה לאינטגרציה מוחלטת בין הגורמים השונים. רק לאחר חמש שנים הובן עומק השבר. לקייזר 8.4 מיליון מבוטחים - כהשוואה מול מספר אזרחי מדינת ישראל!

דוגמה נוספת למצב הבעייתי של המערכות המקוונות במערכת הבריאות ניתן

ללמוד ממאמר שפורסם זה לא כבר בעיתון ניו-יורק טיימס [14]. המאמר מתאר כיצד - למרות תרומתן האפשרית של המערכות המקוונות למערכת, ולו בהיבט החיוני של מניעת טעויות (בהתאם לדוח IOM מנובמבר 1999), ולמרות לחץ כבד של צרכני שירותי הבריאות - רק עשרות אחדות של מרכזים רפואיים בארה"ב ממצים את השימוש במערכות מקוונות, וזאת בעיקר בשל התנגדות הרופאים ומנהלי המרכזים. חששם של מנהלי המרכזים הוא שההשקעה הכספית הניכרת בהטמעת המערכות היקרות לא תשתלם (כ-7.9 מיליון דולר לבית חולים בינוני ועוד 1.3 מיליון דולר אחזקה שנתית), ואילו הרופאים טוענים שהשימוש במחשב גוזל זמן יקר רב, מכפי שהם יכולים להרשות לעצמם במציאות העמוסה לעייפה. להמחשה של עוצמת הבעיה מובאות במאמר שתי דוגמאות: (1) בלחץ הרופאים בבית החולים Cedars-Sinai Medical Center בלוס אנג'לס בוטלה תוכנית מקוונת שכבר חוברה ליותר משני שלישים מ-870 המיטות בבית החולים. הרופאים טענו כי מערכת המחשב מסיחה את דעתם יתר על המידה ממחויבויותיהם הרפואיות; (2) בסיאטל, רק בלחץ מתמשך וניכר של חברת בואינג, הוטמעו מדדי איכות שהומלצו על ידי קבוצת leapfrog¹.

ראוי לציין מיזם של שירותי בריאות כללית הנוגע ליצירת מערכת מקוונת להעברת מידע רלוונטי ותמציתי בין כל נקודות השירות. מדובר במערכת המהווה אוטוסטרדה מידע, השמה את הלקוח במרכז ומאפשרת למידע ללוות את המטופל לנותני השירות השונים, כלומר ממרפאתו למרפאות אחרות או מבית חולים אחר וחזרה לפי הצורך. מכיוון שהרשומה הרפואית היא קניינו של המטופל, הרי שתהיה זו זכותו להגביל את הנגישות למידע או לחלק ממנו למקצת אנשי הצוות. האוטוסטרדה מאפשרת איסוף מקוון של רכיבי מידע רפואיים ממקורות מידע שונים ומבוזרים והעברתם למשתמשים מורשים על פי מגוון פרופילי שימוש בתוך שניות ספורות. האוטוסטרדה היא אוסף וירטואלי של תחנות (בתי חולים, מחוזות, מכונים ומעבדות), וכל המידע בה נותר במקום, באופן, בזמן ובמבנה שהוא נוצר בכל תחנה. ייחודה של המערכת הוא ביכולתה לאסוף את המידע על פי דרישה מכל מקורות המידע המבוזרים בארגון, לאחד אותו ל"חבילה" ולהעבירו בתוך שניות אל נותן השירות, בנקודת השירות. כך מתקבלת אצל נותן השירות תמונה עדכנית, אמينة ושלמה של המידע הרלוונטי לצורך קבלת ההחלטות ומתן טיפול רפואי איכותי ויעיל. עם זאת, המידע מאורגן במתכונת של Minimal Data Set: מידע מגוון הזמין למבחר סוגי מטפלים לפי פרופיל הרשאות. הגדרת הפרופיל נעשית בהתאם למידע שכל איש צוות צריך לשם הטיפול בחולה. כך נמנע מצב של אובדן בים של מידע. המערכת פועלת בסביבת אינטראנט, ולפיכך מאפשרת לנותן השירות גלישה וניווט בין מבחר דפי מידע, המכילים את החומר שהועבר אל המערכת באמצעות אוטוסטרדת המידע.

¹<http://www.leapfroggroup.org>

רכיביה המרכזיים של המערכת:

כתיבת מסמכים: המערכת מאפשרת לנותן השירות לכתוב מסמכים, כגון מכתבי קבלה ושחרור רפואיים, מכתבי קבלה ושחרור סיעודיים, סיכומי ביקור אמבולטורי והזמנת בדיקת דימות, ולהוסיףם לתיקו של המטופל. מסמכים אלו הם חלק מהמידע הרפואי הנע באוטוסטרדה, מנותני השירות ואליהם.

קשר בין נותני השירות: המערכת מאפשרת קשר בין נותני השירות בארגון (קהילה-בתי חולים, רופאים ראשוניים-רופאים מקצועיים, בין בתי החולים ועוד). קשר זה כולל בין השאר העברה דיגיטלית של מכתבי סיכום אל רופאי המשפחה, העברת מסרים, התקשרויות ומידע, הודעה בדבר שחרור מתוכנן וכן אינדיקציה בדבר מטופלים שאושפזו, נותחו או ביקרו במיון.

רשימות ניווט: רשימות מקוונות עדכניות של מטופלים בעלי מאפיין משותף (המעודכן לכל רגע נתון). דוגמאות: רשימת השוהים במחלקה כלשהי; רשימת החולים של כל מרפאה שביקרו באחד מחדרי המיון ב-24 השעות הקודמות; רשימת החולים של מרפאה, מנהלת או מחוז המאושפזים באותה עת בבית חולים כלשהו (מטופלים כעת) או העונים על תנאי כלשהו (לדוגמה "חריגי מעבדות"). כך יכול כל רופא מטפל לדעת בזמן אמת מה מצב החולה שלו.

דפי מידע רפואי: דפי אינטרנט המכילים את המידע הרפואי ההיסטורי על המטופל, לרבות ביקוריו בבתי חולים או אצל רופאי הקהילה, אבחנות, רגישויות, תרופות קבועות, תוצאות מעבדה, תוצאות דימות, תוצאות פתולוגיה, מידע לגבי פרוצדורות, קבלות/שחרורים רפואיים, קבלות/שחרורים סיעודיים וסיכומי ביקור אמבולטורי.

התרעות ובקורות: מערכת מתקדמת המסוגלת להתריע באמצעים מתקדמים (Notification, E-mail, SMS, Pop-up Messages) על אירוע/תוצאה חריגים הקשורים למטופל של נותן השירות המשתמש במערכת: כניסה לאשפוז, מספר אשפוזים גדול מדי בחודש, תוצאה חריגה במעבדה, ניתוחים ועוד.

מהתיאור שלעיל עולה שהטכנולוגיה קיימת וזמינה, ולכן עיקר הדיון אינו צריך לסוב סביב הגדרת הטכנולוגיה, אלא סביב תפיסת השימוש בה, ארגון המידע והבעלות על המידע בקנה מידה לאומי:

איזה מידע אכן נחוץ? למי? באיזו רזולוציה? ובאילו קבועי זמן?

חוסר רצון להתמודד עם שאלות אלו, וההכרזה "שהכול נגיש" יש בהם משום פוטנציאל של סטאגפליציה במידע רפואי. אינטראקציה ממוצעת רופא-חולה בבית החולים אורכת 20 דקות, ובקהילה - 10 דקות. גם בסיטואציה של קבלה ראשונית לחולה מורכב - אילו תשומות מצפים שהרופא ישקיע באיתור, בקריאה, בתובנה ובהפנמה של המידע?

כמה מקופות החולים הציבו תחנות צפייה בחדרי מיון המאפשרות עיון בתיקו הרפואי של מבוטח המגיע לטיפול. השימוש המעשי בתחנות אלו, מסיבות שונות, שואף לאפס. הפתרון המוצע כיום שלפיו כל קופה מציעה תחנה ייעודית לצפייה בנתוני מבוטחיה גורם סירוב מוצדק אצל כמה ממנהלי המוסדות להציב חוות מחשבים במחלקות הרפואה הדחופה.

כיצד יש לארגן את המידע, ועל מי אחריות ההצגה והאינטגרציה?

האם המידע צריך להיות מחולק לפי יוצרי המידע, קרי - תיק המבוטח בקופה, תיקו בבית חולים A או תיק ההדמיה במכון X? עיון בתיק יתבצע במתכונת זו לפי ספק השירות כמרכיב ראשוני בבחירה, ואינטגרציית המידע וסידורו לפי זמן ורלוונטיות תיעשה בידי המתבונן.

האם לחלופין המידע צריך להיות מאורגן לפי נושאים קליניים או לפי ציר זמן וחומרת בעיות? בשיטה זו ניתן לצפות בכל המידע הקשור בסוכרת, בכל תוצאות המעבדה או בכל האירועים הרפואיים שהתרחשו בשלושת השבועות האחרונים.

השיטה הראשונה פשוטה יותר למימוש, אך הניצולת שלה למשתמש נמוכה, איתור מידע רלוונטי - בעייתי, היא מגלגלת את האחריות על משתמש הקצה ודורשת זמן יקר (הסבר אפשרי אחד לתת-שימוש במערכות הקיימות במיון).

השיטה השנייה - פונקציונלית מאוד, אך מחייבת תיאום ושיתוף פעולה בין כל הגורמים במערכת - ברמת פריטי המידע הבודדים. נוסף על כך, יש צורך בהגדרות לאומיות, בקביעת טבלאות אחודות, בכללי תיעוד סטנדרטים ובתקינה בהיקפים שאיננו מורגלים אליהם. לאחר קביעת הסטנדרטים - יש צורך בהתאמת מערכות המידע לתמיכה בסטנדרטים החדשים.

ככל שרמת הארגון המבוקשת גבוהה יותר - התשומות הנדרשות להשגת הארגון יגדלו באופן מעריכי.

האם המידע הבין-ארגוני הוא nice to have או שניתן להתבסס עליו כמקור מידע קליני אמין ומחייב?

סוגיה זו המצטיירת לכאורה כקנטרנית עתידה בסיכומו של דבר לקבוע את סייגי העבודה של הרופא הסביר בשאלות מדיקולגיות. דווקא הזמינות לכאורה של המידע מטילה על הרופא עול נוסף בהשגתו, ולפני שנותנים לרופא מפתח להשגת 70 עמודי מידע שעליו לקרוא על אודות החולה - יש להקצות לו את הזמן הדרוש, ולענות על השאלה האם המידע מצוי רק שם או שזהו ערוץ אפשרי נוסף ובלתי מחייב.

שאלות משנה הנגזרות מכאן נוגעות לטיב המידע ולמידת עדכונו. במצב שנתוני אשפוז מוזרמים באיחור של חודשים (ולצורך הדיון - באיחור של שבוע בלבד מהשחרור) יש ספק לגבי התועלת הצומחת מהמידע להמשך הטיפול בחולה. בהתאמה - העדר אבחנות ביקור, ותיעוד שוטף חלקי בקהילה עלולים להציג תמונה מעוותת על החולה אצל גורם מטפל חדש.

למעשה - ניתן לחלק את מרחב הפתרונות האפשריים בעניין שיתוף מידע רפואי לשני ענפים עיקריים:

1. Provider Centered - שימור המידע הרפואי במסגרת ארגונית ומתן מנגנוני צפייה הדדיים בין-ארגוניים.
2. Patient Centered - רשומה רפואית מרכזית לאזרח שתרכז את כל המידע הרפואי בלי תלות במקום היווצרותו.

יישום חלופה 1 מחייב שיתוף פעולה רב-מערכתי בין גורמים רבים, פיתוח תקינה, הכרה בצורך, אימוץ התקינה והקמת מנגנון פיקוח. מתן נתוני הדמיה על CD זו דוגמה טובה לטכנולוגיה מצוינת הסובלת מהעדר סטנדרט מחייב לצפייה. כל מכון רנטגן מצייד את המטופל ב-CD הכולל תוכנת צפייה משוכללת. הרופא נדרש להתאים את המידע למערכת הצפייה, ורואים זאת כמובן מאליו שתהיה לו מערכת לצפייה התואמת את תוכנת הצפייה של כל אחד ואחד מבתי החולים.

במקביל, חייבת להתגבש הכרה רחבה של הקצאת זמן משמעותי לרופא לנבירה במאגרי המידע שייכלו ויגדלו, שכן כיום אין מנגנון מוסכם לתקיפות מידע רפואי אלקטרוני, התבלותו החלפתו ומחיקתו.

יישום חלופה 2 כרוך בפרויקט לאומי חלוצי הרה סיכון. ניתן לנבא ברמה גבוהה של סבירות, שבשנת 2020 תיקיה הרפואיים של אוכלוסיית המערב ישכנו לבטח באינטרנט. הבעיה היא כיצד מגיעים לנקודת זמן זו בהשקעה סבירה, מתוך מזעור הסיכונים והשגת תועלות ביניים אמיתיות. טכנולוגית, הדבר בר-מימוש לאלתר, ואולם מדובר במהלך בעל משמעויות תרבותיות, ארגוניות, אתיות וחוקיות מרחיקות לכת.

מיקוד הבעיות:

- עד כה הוקמו כמה ועדות שתכליתן שיתוף מידע בין ארגוני בריאות. עיקר הדיונים עסקו בטכנולוגיה ובתקשורת.
- הנחת העבודה שקיום יחסי ספק-לקוח בשוק חופשי יגדירו את יחסי הגומלין ויתרמו להעברה סדורה של מידע - אינה עומדת במבחן המציאות.
- היקפי כוח האדם והעבודה הנדרשים לארגון המידע, לטיובו ולהבאתו למכנה משותף הרמוני במערכת התקינה (סטנדרטיזציה) הקיימת כיום - אינם ניתנים למימוש בפועל.
- סוגיות טיב המידע, האחריות, התקינה, הרזולוציה וחבות הרופא לא נדונו כלל.

הוועדה ממליצה להתחיל בעיסוק בסוגיות אלו ברמה הלאומית.

לשם שימוש ראוי בטכנולוגיה ברמה הלאומית יש להגדיר "שפה משותפת" להעברת מידע בין הארגונים הרפואיים. מודל לכך יכולה לשמש תפיסת ה-Supply Chain Management (SCM) המשמשת בחברות גדולות, וכן ניתן לאמץ את הניסיון שהצטבר בפרויקט Health Level 7 (HL7) של מערכת הבריאות בארה"ב להגדרת סטנדרטים להעברת מידע רפואי. המערכת המקוונת, משוכללת ככל שתהיה, אינה בוררת את עיקרי הדברים, ונדרשת תרומה אנושית מקצועית לסילוק עודפי המידע ו"רעשי הרקע" וליצירת תמונה מסכמת בלבד, שהמידע בה שימושי לצרכנים. לשם ארגון שיטתי של המידע נדרשת הגדרה לאומית של המידע המינימלי הנחוץ לקבלת התמונה הקלינית האמורה. כדי להיטיב ולברור את המוץ מן התבן, ליצור מסגרת מידע שימושית ולמנוע אובדן בים של מידע ההולך ומצטבר במערכות אלקטרוניות זמינות ונגישות אך בלתי שימושיות - יש להגדיר Minimal Data Set (MDS). מכיוון

שארגון המידע המצטבר במסגרת MDS מחייב הגדרת תשומות אנושיות ייעודיות, יש לדון בשאלה אם האחראי על ארגון המידע הוא רופא המשפחה (שאינו תידרש תוספת זמן מתוגמל לביצוע משימה זו), גורם ייעודי בקופת החולים או גוף חיצוני לקופת החולים שיתמחה בארגון המידע. יש לדון בשאלת הבעלות על המידע: האם הבעלות היא של הארגון שייצר את המידע (קופת החולים בכל הנוגע לשירותי הבריאות שהיא מספקת ישירות לחולה, בית החולים בכל הנוגע לשירותים שסופקו באשפוז וספקים נוספים, כגון מכונים פרטיים המספקים שירות לקופת החולים וספקים פרטיים של שירותי בריאות המספקים שירות לחולה) או שמא הבעלות היא ישירות של החולה? במקרה הראשון יש לדאוג להרמוניזציה בין כל הספקים של שירותי הבריאות. במקרה השני תיק החולה יהיה זמין כמקשה אחת באמצעי תקשורת מקוון, זמין ונגיש לכל הספקים המורשים של שירותי הבריאות, וכן לכל המורשים האחרים (כגון חברות ביטוח ומשרד הפנים). כבסיס לקביעת ה-MDS, ניתן להיעזר בפרויקט שכבר נערך בשירותי בריאות כללית.

קבוצת העבודה ממליצה ליצור אפשרות תקשורת מעשית ויעילה בין המערכות הארגוניות הקיימות. לשם כך יש לקדם את נושא התקינה להעברת מידע רפואי בין-ארגוני, וזאת בכמה מישורים בד בבד:

במישור העקרוני, ארוך הטווח:

1. יש לאמץ סטנדרטים קיימים להעברת מידע (דוגמת HL7).
2. יש לאמץ טבלאות מובילות אחידות (דוגמת ICD, CPT, ACR) לתחומים מובילים, דוגמת אבחנות, טיפולים ותרופות. הטבלאות יתוחזקו מרכזית, יופצו כגרסה אחידה לכל גורמי הבריאות בארץ, ויהפכו לסטנדרט מחייב.
3. יש לנקוט את הצעדים הרגולטוריים המתחייבים מאימוצה ומהפצתה של תקינה מחייבת.
4. יש להקים ועדות משנה לסוגיות מפתח: אתיקה, אחריות מקצועית, סודיות וסייגים להפצה, קביעת סטנדרטים לתיעוד רפואי נדרש.

תחומים אלו יכולים להיות מובלים בידי משרד הבריאות, האקדמיה, מוסדות מחקר ציבוריים או שיתופי פעולה ייעודיים.

במישור המעשי קצר הטווח:

1. יש להתחיל בפרויקט חלוץ ניסיוני.
2. יש להקים ועדה מקצועית משותפת לגורמי הבריאות העיקריים שתגדיר את מסד הנתונים המינימלי (MDS) לשיתוף מידע בין בתי חולים לתחום הרפואה הראשונית. הוועדה תוכל להסתמך על עבודתה הרבה והחשובה של שירותי בריאות כללית להגדרת MDS, תצטרך להשוותו מול הצרכים בפועל, לבחון הגדרות דומות של הקהילייה האירופית ולבצע תיקוף מול מומחים.
3. לאחר הגדרת הנתונים - ניתן להגדיר ממשק העברת נתונים ותצוגה אחוד מבוסס על XML ועל הגדרות HL7, שהם כיום הסטנדרטים המובילים לשיתוף נתונים רפואיים.

פרויקט כזה יחל דינמיקה חשובה של שיתוף פעולה, התמודדות מול תקינה, פיתוח הגדרות משותפות, הרמוניזציה של נתונים ומידע, וחשוב מכול - תרומה אמיתית לחולה הנודד בין ספקי שירותים.

חמשק מנהלי

בעקבות הנהגת סל שירותים מוגדר, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שמחייב את קופות החולים ואינו מחייב ישירות את בתי החולים, ועקב המצוקה הכלכלית במערכת הבריאות, מתעוררות לעתים בעיות שבמרכזן נמצא החולה. בעיות אלו נוגעות למשל לאי-התאמה בין מגוון השירותים שהחולה מקבל בקהילה לאלו הניתנים בבית החולים (כגון תרופות שהוא מקבל באופן כרוני מקופת החולים ושבת החולים מסרב לספקן בטענה שאינן קשורות לסיבת האשפוז) ו/או למחלוקות בין קופת החולים לבית החולים הנוגעות לאספקת שירותים יקרים או לשירותים שניתנו בבית החולים שלא בהתאם להנחיות סל השירותים. אז עלול החולה למצוא את עצמו ממלא תפקיד בפתרון המחלוקת, בעוד שאין כל הצדקה שימלא תפקיד כזה. ניתן לאפיין כמה סוגי מקרים העלולים לעורר מחלוקת מסוג זה:

א. שירות הקיים בסל, אך התגלעה מחלוקת בדבר אופן המתן:

כדוגמה לכך יצוין הטיפול ב-BCG בגידולי שלפוחית השתן. התעריף לטיפול במחירון משרד הבריאות הוא 254 שקל (קוד 51720 - שטיפה כימותרפית בגידולי שלפוחית השתן), מחיר התרופה (בלבד) הוא כ-500 שקל לטיפול, וזאת בלא התייחסות לשאר רכיבי הטיפול: בדיקת רופא, החדרת קתטר, מתן החומר, השגחה לאחר הביצוע ועוד.

לפיכך נוצר נוהג שהקופה מספקת את התרופה (כמקובל לגבי תרופות יקרות), ובית החולים מבצע את הטיפול בהשתמשו בקוד מוסכם. בבחינה שערכה, הגיעה קופה מסוימת למסקנה, שעל בית החולים לספק תרופה זו תוך חיוב הקוד שהוזכר לעיל. שינוי זה הוחל, באורח חד-צדדי, בלי התדיינות קודמת. מכיוון שמדובר בטיפול שאינו דחוף ואשר ניתן לדחותו בימים אחדים, וכן אין חובה לספקו במסגרת בתי החולים, נוצרה מחלוקת שהחולים מצאו את עצמם מעורבים בה. לאחר תהליך הידברות הושגה הבנה בקשר לתעריף, שיהיה בתוקף עד לקביעת תעריף ראוי בידי משרד הבריאות. הוסכם שתעריף משרד הבריאות יחול רטרואקטיבית ממועד התגלעות המחלוקת.

המנגנון המוצע לטיפול במחלוקת מסוג זה:

1. תוכניות לשינויים בנוהג קיים לא יבוצעו חד-צדדית ותוקצב תקופת זמן (חודשיים-שלושה) לפתרון המחלוקת. בתקופה זו ימשך הנוהג הקיים.
2. הפתרון יכול להתבסס על מחיר דומה במחירון משרד הבריאות או על תמחור שהצדדים יסכימו עליו.
3. במקרה של חילוקי דעות, כגון בעניין זמן-רופא נדרש, יוגשו נתוני הבסיס לתמחור למשרד הבריאות במסמך משותף, ומשרד הבריאות יכריע בסוגיה.
4. משרד הבריאות ידאג להגדרת התמחור המחייב בתוך זמן קצוב, מתוך היוועצות

עם הצדדים, כמקובל כיום. המחיר שיומלץ מטעם המשרד הוא המחיר שלפיו ינהגו הצדדים, לפחות עד אשר יושלם התהליך הפורמלי (ועדת מחירים, פרסום שינויים במחירון ועוד).

ב. שירות חדש המחליף שירות אחר בעלות זהה/דומה

לדוגמה, פרוצדורה המונחית באמצעי הדמיה המחליפה ניתוח פתוח. כך אמנם מתקצר האשפוז באורח ניכר, אך יש עלויות חלופיות של ממש. מובן שבמקרים כאלה מבקש המבטח לשלם על פי ימי אשפוז, ואילו הרופא המטפל והחולה (על פי המלצות הרופא), מעדיפים טיפול חדשני, פולשני פחות, אך לצדו עלויות גבוהות.

המנגנון המוצע לטיפול במחלוקות מסוג זה:

1. תוקם קבוצת עבודה משותפת כדי להגיע להבנה, שאכן מדובר בטיפול חלופי אמיתי. הקבוצה תורכב מאנשי מקצוע וממנהלים. תיעשה גם הערכה של השפעת השינוי הטיפולי על כמות החולים המטופלים.
2. המחיר שייקבע ישקף הן את העלויות הכרוכות בפרוצדורה והן את הטענות בדבר עדיפות הפרוצדורה החדשה.
- לדוגמה, ייקבע מחיר לפרוצדורה, ועל מחיר זה יחולו כללי המחירים הדיפרנציאליים.
3. מעורבות משרד הבריאות כנדרש ולפי המוצע בסעיף א' שלעיל.

ג. שירות חדש לחלוטין

יידון במסגרת ועדת הסל הקיימת. אם לא יהיו בידי ועדה זו אמצעים לאורך זמן, ייתכן שיש מקום להקמת גוף מצומצם של מנכ"לי קופות החולים ומנהלי בתי החולים, לקידום עניינים בוערים הקשורים באופן שימורו של השוויון במערכת הבריאות הציבורית. אם לא יימצא פתרון מערכתי, תישמר למטופלים הזכות לרכוש את השירות בתשלום, אך בית החולים יודיע בלשון ברורה, שמדובר בשירות שאינו כלול בסל, שאינו מוטל על הקופה ושאינו מזכה בהחזר מהקופה. במקרה כזה יש לוודא, שהעדר יכולת מימון עצמית של השירות החדש בידי החולה לא יפגע באיכות השירות שהוא מקבל לפי חוק ביטוח בריאות, כדי לצמצם ככל האפשר את הפגיעה בשוויוניות.

סיכום

אספקת שירותי הבריאות הופכת יותר ויותר. ככל שכל אחד מהגורמים במערכת הבריאות פועל להתייעלות השירות שהוא מספק, כך נעשית אספקת שירותי הבריאות מורכבת יותר, ומורכבות זו מביאה לידי ניגודים בדרישות, בצרכים ובציפיות [3]. החולה הנזקק לשירותי אשפוז מוצא את עצמו נפגע מחמת מציאות זאת, בשני מישורים: (1) פגיעה ברציפות הטיפול בו במעברים בין הטיפול במסגרת האמבולטורית לזו האשפוזית ובחזרה; (2) התמודדות החולה מול פערי מידע ואי-ודאות הקשורים בטיפול בו בעת אשפוזו, בלי שתימצא בעבורו כתובת ברורה לסיוע בהקשר זה.

מן הראוי שבעידן שהטכנולוגיות הקשורות בעולם הרפואה מפותחות מאי-פעם ואף מצויות בפיתוח מואץ, תינתן תשומת לב לבעיות אלו המקשות על הצלחת הטיפול ארוך הטווח בחולה ועל איכות חייו. יש למצוא דרך יעילה לשיפור הממשק, הקליני והמנהלי, בין המערכת האמבולטורית לזו האשפוזית, בלי לערב את החולה בתיווך ביניהן; יש להגדיר "כתובת" בתוך בית החולים שתהיה נגישה וזמינה לחולה ומשפחתו למתן מענה לפערי המידע המתגלעים עם אשפוזו. הקבוצה מקווה שפירות עבודתה ישמשו "מורה נבוכים" לחולה המאושפז וכלי להבטחת רציפות הטיפול הנאות בו.

1. Bruce Rosen: Health Care Systems in Transition – Israel; 2003; European Observatory on Health Care Systems; 5(1).
2. מה מעמדו של בני משפחות המאושפדים?
<http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-2889922,00.html>
3. Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century; 3rd Annual Disease Management Outcomes Summit; American Healthways & Johns Hopkins; 2003; www.patient-physician.com
4. Young G.J, Burgess J.F, Valley D: Competition Among Hospitals for HMO Business: Effect of Price and Non-price Attributes; Health Services Research; 2002; 37(5): 1267-1289.
5. National Voluntary Hospital Reporting Initiative: A Public-Private Partnership Effort; also referred to as: "A Public Resource on Hospital Performance"
<http://www.medicare.gov/Hospital/Home.asp?version=alternate&browser=IE%7C5%2E5%7CWin2000&language=English&defaultstatus=1&pagelist=Home>
6. Kirkman-Liff B.L, Huijsman R, Van der Grinten T, Brink G: Hospital Adaptation to Risk-Bearing: Managerial Implications of Changes in Purchaser-Provider Contracting; Health Policy; 1997; 39: 207-223.
7. NHS Purchasing and Supply Agency; Framework Document;
www.pasa.nhs.uk/publications/nhsbooklet.pdf
8. Chalkley M, Malcomson J.M: Contracting for Health Services When Patient Demand Does Not Reflect Quality; Journal of Health Economics; 1998; 17: 1-19.
9. Gray K.E, Ghosh D: An Empirical Analysis of the Purchaser-Provider Relationship in the NHS Internal Market; Journal of Management in Medicine, 2000, 14(1): 57-68.
10. Gregory D, Baigelman W, Wilson I.B: Economics of the Hospitalist; Health Services Research; 2003; 38(3): 905-918.
11. Larson E.B: Commentary: Hospital Economics of the Hospitalist; Health Services Research; 2003; 38(3): 919-922.
12. Bloor K, Maynard A: Disease management, A Global Cost-containing Initiative? Pharmacoeconomics 2000;17(6):539-44.
13. Vierling R.J, McCollom P: Why Won't You Talk to Me? Improving Provider / Patient Communication; The Case Manager; 2003; 09.010.
14. Many Hospitals Resist Computerized Patient Care, April 6, 2004.
By Milt Freudenheim, <http://www.nytimes.com/2004/04/06/technology/06errors.html?ex=1082366002&ei=1&en=bc625fe09c2c63d5>
15. Robert M. Wachter: Hospitalists in the United States - Mission Accomplished or Work in Progress? New England Journal of Medicine 350;19 May 6, 2004.

נספח 1

מאת: ד"ר ארקדי צ'פובסקי
 הגדון: דיווח על פרויקט "מטופלים/מאושפדים כעת"
 שישה חודשים ראשונים (ספטמבר 2003 – פברואר 2004)

מספר	סעיף	כמות	הערות
1	מאושפדים	136	בכל המחלקות
	אשפוזים	232	
3	במחלקות פנימיות המושג היעד של הפרויקט בשלב זה.	33	הכול - אשפוזים דחופים
4	קיבלו ערכות קשר	28	84% מהמאושפדים בפנימית 12% מכלל המאושפדים

קשרים בין רופא המשפחה לבין המאושפד ובין רופאי המחלקה לרופא המשפחה

רופא משפחה מתקשר למאושפד/למשפחה	משפחה/מאושפד מתקשרים לרופא המשפחה	רופא מחלקה מתקשר לרופא המשפחה
83	80	43 כולל מנכ"ל הדסה עין כרם ומנכ"ל הדסה שערי צדק

תוכנית המשך - להוסיף שימוש של ערכה במחלקות אחרות.
 עלות 600 שקל לערכה. כמעט בלי עלות הפעלה. ניתן לצייד בערכה חולה הנשלח לאשפוז (כולל בזמן ביקור בית).

נספח 2

החזון - לשבור את המחיצות בין הקהילה לבית החולים תוכנית שיתוף פעולה בין מחוז ירושלים של הכללית להדסה*

תוכנית להגברת שיתוף הפעולה בין האגף הפנימי בבית החולים הדסה עין כרם לבין הרופאים הראשונים של שירותי בריאות כללית

רקע: יש רצון להגברת שיתוף הפעולה בין רפואת הקהילה לרפואת בית החולים. הנהלות בתי החולים, לרבות ד"ר יאיר בירנבוים ופרופ' צבי שטרן, מעוניינות בתיאום הטיפול בחולים המאושפזים. מצד שירותי בריאות כללית יש נכונות ניכרת לפעילות משותפת, כפי שהסבירה ד"ר עדה בן ששון, המנהלת הרפואית של מחוז ירושלים. כיום שיתוף הפעולה מוגבל ותלוי מאוד בהיכרות האישית בין רופא המשפחה לבין רופאי בתי החולים. מאושפזי כללית הם כ-70% מהמאושפזים במחלקות הפנימיות בעיר. לאחרונה הוכנסה לשימוש בשירותי בריאות כללית מערכת המאפשרת מידע עדכני בזמן אמת לכל רופא על החולים שלו המאושפזים. המידע כולל את שם החולה, תאריך אשפוזו והמחלקה שהוא מאושפז בה. המערכת נועדה להגביר את מעורבותם של הרופאים הראשונים בטיפול בחולים מאושפזים.

מטרה: הגברת שיתוף הפעולה לגבי חולים מאושפזים לפני אשפוזם, במהלך האשפוז ולאחריו. זאת כדי לשפר את איכות הטיפול בחולה. צעדים להשגת מטרה זאת יכללו:

- הסכמה בין רופאי בית החולים לרופאי קהילה בשאלה מה נעשה באשפוז ומה בקהילה, לרבות מטרת האשפוז.
- העברת מרב המידע לגבי החולה מהקהילה לבית החולים וחזרה.
- המשכיות הטיפול בין קהילה לבית חולים.
- מניעת ביצוע בדיקות כפולות עקב מידע לוקה בחסר.
- התאמת הטיפול למצוי בשירותי בריאות כללית.
- הקטנת "חיכוכים" בין הרופאים.
- אפשרות של שימוש בנושא לצרכים אקדמיים.

אין מטרת התוכנית לשמש זרוע נוספת לבקרת בתי החולים. המטרה אינה חיסכון כספי כי אם שיפור במצב בריאותם של החולים.

התקיימו פגישות הכנה הן עם הנהלת בית החולים ועם ההנהלה הרפואית של כללית והן בין רופאי המשפחה לבין עצמם. המשתתפים כולם היו נלהבים לשיתוף הפעולה.

תוכנית: הכוונה להתחיל באגף הפנימי. אם הפעילות תצליח, תיתכן הוספת מחלקות.

לגבי הדסה עין כרם: תהיה שאיפה שמרפאה תיצור קשר קבוע עם מחלקה אחת.

* רק חלק מהתוכנית הגיע לידי ביצוע

- למרות הרצון שכל המרפאות יהיו שותפות לפרויקט כבר מתחילתו ברור שבתחילה ייבחרו רק כמה מרפאות שניתן לצפות בהן לשיתוף פעולה של רופאי הקהילה.
1. בכל מחלקה ייקבע רופא בכיר, או מתמחה בכיר, כמתאם בין הקהילה לבית החולים. לכל רופאי הקהילה יהיה מידע על צורה יעילה להשגתו.
 2. אשפוז אלקטיבי יתואם עם המתאם באחריות רופא הקהילה. אשפוז זה יעשה ישירות למחלקה בלא השהיית החולה במיון.
 3. כל אשפוז יזום על ידי רופא הקהילה (כולל דחוף דרך מיון) ילווה במכתב הפניה מסודר כמקובל. רצוי שמכתב זה יהיה תדפיס מחשב. במקרה שאין אפשרות לתת מכתב כזה (ביקור בית, הפניה טלפונית וכד') על רופא המשפחה לשלוח מכתב בפקס בתוך זמן קצר. רצוי לתאם גם הפניות דחופות.
 4. בכל מקרה של אשפוז שלא דרך רופא המשפחה, ברגע שרופא המשפחה יידע על האשפוז - הוא ישלח ביוזמתו תקציר על החולה, כולל לפחות אבחנות כרוניות, תרופות, רגישויות ובעיות פעילות. רצוי לציין בדיקות הדמיה מיוחדות ותוצאותיהן. כמו-כן יציין רופא המשפחה דרכים ליצירת קשר עמו.
 5. בכל המחלקות יוקצה מכשיר פקס לקבלת מידע מהקהילה. המכשיר יצויד בנייר שאינו לבן. בתיק האשפוז יהיה מקום מוגדר לתיוק הדוח. ייתכן שאף צריך לחייב חתימה עליו בידי רופא לפני תיוקו. רופא המשפחה יקבל אישור על קבלת הפקס. אפילו של מזכירה רפואית.
 6. בכל אשפוז תהיה לפחות שיחה אחת בין רופא בית החולים לרופא הקהילה - באחריות רופא בית החולים. אנו שואפים שיתקיימו 3 שיחות טלפון או ביקורים במחלקה.
 - שיחה 1: תחילת אשפוז - החלפת מידע בין הקהילה לבית החולים;
 - שיחה 2: תכנון "האשפוז האיכותי";
 - שיחה 3: סיום אשפוז - שיחה אחרונה לפני השחרור.
 7. באשפוז ארוך או מסובך תתקיים שיחה ימים אחדים לפני השחרור - לתאם את השחרור, כולל המשך טיפול ומעקב. רצוי ששיחה זאת תתקיים **בזמן ביקור של רופא המשפחה בבית החולים**. במקרים אלו, אם רופא בכיר בבית החולים רואה לנכון - יופנה החולה גם למרפאת מעקב לביקור אחד לאחר אשפוז. הדבר נועד לאפשר לרופאי בתי החולים לשמור על קשר מסוים עם החולה גם לאחר שחרורו.
 8. בגיליון האשפוז יהיה מקום בולט לציין שם הרופא הראשוני, מרפאה וטלפונים.
 9. יוכן פנקס כיס לרופא בית החולים עם מידע מוסכם, טלפונים מספרי פקס ותרופות. הנהלת הדסה תקצה קווי טלפון ליצירת קשר עם רופאי הקהילה, לרבות טלפונים סלולריים.
 10. בית החולים יכין רשימה של כל המחלקות המשתתפות, לרבות מספרי טלפון (גם בחדרי רופאים) ומספרים של מכשיר איתור / טלפונים סלולריים של הרופאים. יעשה ניסיון ליידע את הקהילה לגבי שינויים באיוש הרופאים במחלקות.

11. חולה ישוחרר עם טיפול תרופתי תוך התחשבות בתרופות המומלצות של שירותי בריאות כללית. לצורך כך יועברו לכל המחלקות ספרי התרופות של הכללית.
12. לגבי תרופות הנמצאות בנספח - כל רישום שלהן ילווה בהסבר במכתב השחרור.
13. כל חולה ישוחרר עם מכתב שחרור הכולל דיון והסבר להחלטות הטיפוליות. שינוי בטיפול קבוע במחלה שלא הייתה סיבת האשפוז יוסבר במכתב השחרור.
14. כאשר חולה מוצג במסגרת ישיבת צוות מתוכננת, יוזמן רופא המשפחה שלו לדיון. רצוי שאף יהיה שותף להצגת המקרה.
15. חשיבות שיתוף הפעולה והיחס התקין תוסבר למתמחים בבית החולים ובקהילה על ידי מנהלי המחלקות, תוך דוגמה אישית של הרופאים הבכירים.
16. למרות הבעייתיות, רצוי שיהיה מקום חנייה שמור לרופאי משפחה לחניה קצרה לצורך ביקור חולים מאושפזים.

נספח:

תרופות שרישומן בעייתי ביותר בעבור רופאי הקהילה (בסוגריים מצוין התחליף המועדף) בהסבר במכתב השחרור:

- LIPITOR (SIMOVIL)
- PLAVIX - לאספירין - ברגישות לאספירין
- RITACE - CONVERTIN
- VIOXX / CELEBRA-NSAID
- OCSAAR / ATACAND-ACEI
- CARVEDILOL / BISOPROLOL - METOPROLOL וגם אז
- CIPROFLUXACIN (OFLOXACIN מעדיפים)

משוב המשתתפים

מטרת המשוב היא לבדוק את מידת שביעות רצונם של המשתתפים מההיבטים הארגוניים של הכנס, מתכניו המדעיים ומעבודת ההכנה וההמלצות של צוות הדיון.

שאלון המשוב (נספח א') נשלח בדואר אלקטרוני לכלל המשתתפים (n=121). שיעור העונים היה 57%. ניתנה אפשרות לענות באופן אנונימי וכן להוסיף הערות פתוחות לכמה מהשאלות.

עיקרי הממצאים

סיכום עיקרי הממצאים שלהלן מבוסס על התשובות לשאלון וכן על ההערות הפתוחות (נספח ב'). התפלגות התשובות מפורטת בטבלה שבנספח ג'.

1. נמצא כי שביעות הרצון הכללית מהכנס גבוהה וכי הציפיות ממנו נענו. חיזוק לתוצאה זו מתקבל גם מהתשובות המילוליות לשאלה הפתוחה "האם יש לך הערות בקשר לנושאי הכנס ארגונו ומקומו" (נספח ב').
2. הבעיה המרכזית שעלתה היא בעיית יישום ההמלצות שהתקבלו בדיוני הכנס. המלצות אלו מונחות על שולחנם של הגופים הביצועיים במערכת הבריאות, אך למרות תמיכתם של באי הכנס, רוב המשיבים אינם מאמינים שיש סיכוי ליישמן.
3. המשתתפים מייחסים חשיבות רבה למפגש, הן עם נציגי מגזרים אחרים במערכת הבריאות והן עם נציגים ממערכות אחרות כגון האוצר והכנסת.
4. רוב המשתתפים, ומכל קבוצות הדיון, סבורים שהנושאים שעלו בהם חשובים ומעניינים וכי הם הוכנו והוגשו בצורה ברורה ומסודרת. אשר לדיונים עצמם, רבים מהמשתתפים סברו כי התאפשרה בהם היכרות עם מגוון דעות, ואולם פחות משתתפים השיבו כי למדו בדיונים דברים חדשים וכי המתדיינים הצליחו להתעלות ולהביע דעות שאינן נובעות מתפקידם הרשמי.
5. כמחצית המשיבים הביעו אי-שביעות רצון ממידת השתתפותם בדיונים ומתרומתם והיו מעוניינים לתרום יותר. עם זאת, רוב המשתתפים תמכו בהמלצות שהתקבלו בדיונים.
6. נמצא פער במידת שביעות הרצון בין מליאת הפתיחה למליאת הסיכום. חצי ביקורת רבים יותר מופנים כלפי מליאת הסיכום. ביקורת זו מוצאת חיזוק בהערות הפתוחות שמובע בהן רצון לשינוי ולשיפור בארגון מליאה זו.
7. בתשובה לשאלה הפתוחה "האם יש לך רעיון על נושאים מתאימים לדיון בכנסים הבאים", הוצעו שני תחומים עיקריים: (א) איכות וניהול סיכונים; (ב) כוח האדם הרפואי.

נספח א'

שאלון משוב למשתתפים בכנס ים-המלח בנושא בתי החולים

לכל משתתפי הכנס, אנא מלאו את השאלון בתשומת לב ושלחו אלינו בדואר אלקטרוני, דואר רגיל או בפקס. התשובות יסייעו לנו לשפר את הכנסים הבאים.

באיזה צוות השתתפת? כלכלי ארגוני תכנון לטווח ארוך החולה בין הקופה לביה"ח
לאיזה מגזר אתה שייך? משרד הבריאות בי"ח קו"ח אקדמיה אחר
האם השתתפת באחד מצוותי ההכנה? כן לא

בכלל לא

במידה רבה מאוד

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 1. באיזו מידה היו נושאי הדיון חשובים? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 2. באיזו מידה היו דיוני הצוות מעניינים? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 3. באיזו מידה היה החומר שהוכן ברור ומסודר? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 4. באיזו מידה שינו הדיונים בכנס את הטייטה של צוות ההכנה? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 5. באיזו מידה למדת דברים חדשים? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 6. באיזו מידה הצליחו המתדיינים להתעלות ולהביע עמדות שאינן נובעות מתפקידם הרשמי? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 7. באיזו מידה התנהל הדיון בצורה מסודרת? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 8. באיזו מידה למדת להכיר דעות השונות משלך? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 9. איזו מידת חשיבות אתה מייחס למפגש עם נציגי מגזרים שונים משלך במערכת הבריאות? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 10. באיזו מידה אתה תומך בהמלצות העיקריות שנתקבלו בדיון? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 11. באיזו מידה המלצות הדיון ישימות? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 12. באיזו מידה יש סיכוי ליישמן? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 13. כיצד אתה מעריך את השתתפותך ותרומתך לדיונים? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 14. באיזו מידה תרמה מליאת הפתיחה? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 15. באיזו מידה תרמה מליאת הסיכום? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 16. באיזו מידה נהנית מארוחת הערב? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 17. באיזה מידה ענה הכנס על ציפיותיך? |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 18. מהי הערכתך הכללית לכנס? |

19. האם היו נושאים שהיו חסרים לך בדיוני הכנס? כן לא אם כן, איזה?

20. האם יש לך הצעות (מכל סוג) לשיפור הכנס בעתיד?

21. הערות נוספות בקשר לנושאי הכנס, ארגונו ומקומו, הצגת הנושאים, ובכל תחום אחר:

22. האם יש לך רעיון על נושאים מתאימים לדיון בכנסים הבאים?

23. האם משך הזמן של הכנס מתאים לטעמך?

כן, אין צורך לשנות דבר

לא, אני מציע להאריך ביום אחד

לא, אני מציע לקצר ליום אחד

נספח ב'**הערות פתוחות****לשאלה 19: "אילו נושאים חסרו לך בדיוני הכנס?"**

- תקשורת. תקשורת. תקשורת. תקשורת.
- כיצד ניתן לבצע המלצות של הצוות.
- הבעלות הרצויה על בתי חולים והמדיניות השונה של הממשלה כלפי בתי החולים השונים.
- החלטות על פרויקט ניסוי לשיפור הקשר חולה-בית חולים-קהילה.
- הטיפול במערכי בית החולים חוץ מהאשפוז-מרפאות, מכונים וכו'.
- הממשק בין הפקולטה לרפואה למערכת הבריאות. שינויים בסילבוס הסטודנטים לנוכח המציאות המשתנה.
- דמות הרופא בעידן של צרכנות בריאות.
- התייחסות ליישום.
- הרצאת רקע של האוצר.

לשאלה 20: האם יש לך הצעות לשיפור הכנס בעתיד?

- לאפשר יותר זמן לדיווח על דיונים בקבוצות אחרות.
- להעביר את כל המצגות לכל המשתתפים, לרבות רשימות ספרות כשרלוונטי.
- לנסות ולקבל התייחסות של גורמים שונים לחומר הנדון. למרות פניות חוזרות ונשנות היו התגובות בודדות. ייתכן שבמהלך הכנס ניתן יהיה לאסוף תגובות רבות יותר בצורה שהיא מעבר לאמירה בוועדה.
- בפתיחה להציג רק מבוא ונושאים לדיון ולא כבר את המסקנות, כי זה מרוקן את הדיונים מתוכנם וגורם לכך שסיכומי המליאה והפתיחה כמעט זהים.
- חשוב היה לשמוע מגזרים שונים על מנת להבין פנים והשלכות על הנושא מזוויות מקצועיות שונות.
- לשתף אחיות ראשיות בתכנון העתידי של הכנסים הבאים.
- לארגן את הכנס בתל אביב, כדי שתתאפשר לינה בבית.
- חלוקת כל נושא נדון לרצוי ובשלב שני למצוי והתאמה למגבלות תקציביות וכד'.
- האוריינטציה הקהילתית מבחינת רפואה יועצת ואמבולטורית לוקה בחסר.
- לארגן כנס על נושאים שטופלו בכנסים קודמים לשם מעקב, אם נעשו בהם שינויים.
- הוספת קבוצות קטנות (פיצול קבוצות הדיון לתת-נושאים למשך כשעתיים).
- לפצל את מליאת הפתיחה ולעשות הפסקת קפה קצרה, בייחוד אם מתקיימת הרצאה נוספת.
- במליאת הסיכום להציג רק סיכומים, כי הקהל מגלה חוסר סבלנות למצגות מלאות של הצוותים לקראת הסוף.

- לחייב מצגת רקע שתפרוס בפני משתתפי הקבוצה את כל החלופות האפשריות. אף שקיים נייר הכנה לכנס, רצוי מאוד, כבשנים עברו, להציג מצגת התחלתית. לקיים התייעצות עם חברי הקבוצה לגבי המסקנות הסופיות של הדיונים.
 - לקיים דיון על הוספת מבטחים לחוק בריאות ממלכתי מעבר לארבע הקופות הקיימות.
 - פאנל מסכם קצר עם השר והמנכ"ל, במתכונת שאלות ותשובות, ולא הרצאה. לקצר באורח ניכר את המליאה בפתיחה ובעיקר בסיום לעומת הדיונים.
 - לקחת את הכנס האחרון כמודל לנושא ממוקד.
 - מנחים מחוץ למעגל הקיים.
 - חיוב אנשי האוצר [להשתתף]; הזמנת יותר חברי כנסת המעורבים בנושא הבריאות.
 - לא לחזור בעת הסיכומים על מה שהוצג בפתיחה, אלא לסכם בקיצור את החלטות הדיונים.
 - להכין את הציבור בהבנת מושגים, סוגיות יסוד ואופציות ליישום.
 - לשפר את מפגש המליאה המסכם את הכנס.
 - לערוך כנס אמיתי ולא מטעם...
 - עיסוק בסוגיות הנמצאות בקונפליקט - אי-הסכמה בין קבוצות או בין מגזרים במערכת.
 - ניהול הדיונים צריך להיעשות באופן מקצועי יותר. אפילו בידי מנחים חיצוניים או לפחות להכשיר את היו"רים על טכניקות ניהול הדיון.
 - [להקצות] מעט יותר זמן לדיונים.
- לשאלה 21: הערות בקשר לנושאי הכנס, ארגון, מיקום וכו'**
- היו נושאים שבהם יש לי עניין רב שנדונו בו-זמנית בקבוצות שונות. המיקום בהחלט מתאים.
 - כל הכבוד למארגנים.
 - יישר כוח!!!!
 - רצוי לקבל את סיכומי הכנס בכתובים, כמו שקיבלנו את חומר ההכנה. נשמעו דעות שונות, וחשוב שנוכל לעיין בהם שוב ולהתרשם מדברים שנאמרו או כאלו שנדונו בקבוצות הדיון האחרות.
 - לוח הזמנים היה צפוף מאוד, ולא אפשר מנוחה בין הדיונים.
 - יש גם צורך במפגשים ובשיחות לא פורמליים ולזה לא ניתן זמן במהלך הכינוס.
 - הארגון היה מעולה. כמשתתף הרגשתי שהכול זורם.
 - לשקול לקיים את הכנס באזור המרכז.
 - מאורגן למופת.
 - קיצור הכנס ליומיים מצדיק אולי בחירה באתר קרוב יותר למרכז.

- זה היה הכנס הטוב ביותר בגין ההכנה העניינית, מיקוד החומר והדיונים...
 - הדגשה שהכנס עיקר תפקידו לנתח ולא לנצח. אולי תהיה יותר יצירתיות ופחות חרמות.
 - ארגון מעולה.
 - ארגון, מקצועיות המכינים והתוכן מרשימים.
 - חשוב לשתף את מנהלות הסיעוד בדיונים.
 - ארגון ברמה גבוהה, אבל לוח זמנים צפוף שלא מאפשר השתתפות בדיונים של יותר מצוות אחד הוא בעייתי.
 - כדאי לבחון קיום הכנס באזור המרכז כדי להרוויח שעות דיון נוספות.
 - הכנס אורגן במתכונת של ועידות בולשביקיות שמטרתן לאשר את אשר הכינה הוועדה המסדרת.
 - את הרצאת הערב לא ניתן היה לשמוע עקב צורת הישיבה ומקום הבמה.
 - מיקום הכנס מצוין - לא מאפשר הרבה "בריחות".
- לשאלה 22: האם יש לך הצעות לנושאים מתאימים לדיון בכנסים הבאים?**
- איכות רפואית קלינית ושקיפות מידע זה לציבור.
 - ניהול סיכונים ותביעות משפטיות.
 - השלכה על עלייה בהוצאות בריאות שאינן תורמות ישירות לבריאות החברה.
 - התמודדות שלנו כרופאים.
 - הגנה על הפרופסיה-תביעות של הממסד נגד תביעות שווא / הוצאת דיבה.
 - חלופות אפשריות לבלימת העלייה בתביעות.
 - ביטוח של המדינה לנושא רשלנות רפואית לכל המוסדות.
 - no fault insurance
 - נוסחת ההקצאה לקופות החולים.
 - דפוסי אשפוז - שינויים ומגמות.
 - איכות במערכת הבריאות.
 - כוח אדם רפואי: חינוך, מצאי וצרכים עתידיים.
 - מדידת איכות ותמריצים לאיכות במערכת הבריאות.
 - איכות במערכת הבריאות.
 - איכות והשירות הרפואי, מדיניות ואכיפת סטנדרטים של איכות.
 - מדדי איכות בשירותי בריאות, בבתי חולים ובקהילה.
 - הרפואה הפרטית בישראל וקשרי הגומלין בינה לבין המערכת הציבורית.
 - תכנון כוח אדם רפואי.
 - אחריות הרופא והמערכת בנושאים של ניהול סיכונים. התביעות לאן?...
 - לאור ועדת ליאון: תאגוד בתי חולים מול הצעת האוצר להעביר את בתי החולים לניהול הקופות.

- תכנון כוח אדם, הערכת תפקוד סגל רפואי, רישוי מחדש (אולי במסגרת דיון על אבטחת וקידום איכות או בטיחות מטופלים).
- מערכת החינוך למקצועות הרפואה - כיצד יש לרתום אותה לאיכות מערכת הבריאות ומטרותיה.
- רוקחות כמשאב לא מנוצל במערכת הבריאות.
- מדדי איכות ומשקלם כנגד מדידה כספית ישירה של תועלת שירותי הבריאות.
- מניעה וקידום בריאות: האם נעשה מספיק בבתי החולים ובקופות. מה דרוש כדי שיעשו יותר.
- שירותי בריאות ואוכלוסיות מיוחדות, כגון ערבים, אתיופים וחרדים.
- תרופות ומערכת הבריאות: מהתעשייה ועד הצריכה וכל מה שבאמצע.
- רצוי לבצע מעקב על סיכומי הכנס המקומי.
- ממליץ על דיון שיעסוק בדילמה של משאבים מוגבלים מול טכנולוגיות מתפתחות.
- עבודת הרופאים בישראל - בקהילה ובבית החולים: שינוי בתגמול ותכנון הזמן של הרופאים.
- תגמול לפי איכות.
- הסיעוד - תפקוד, קידום אקדמי, שחיקה.
- תכנון אסטרטגי של כוח אדם פארה-רפואי ורפואי.
- סל הבריאות. התמודדות עם קיצוץ מחויב המציאות.
- בחינת יישום ההמלצות של הכנסים שנערכו בחמש השנים האחרונות. הסיבה - חוסר יישום.
- סל שירותי הבריאות.
- רפואה משלימה והמדיניות בנושא.
- הרפואה הפרטית.
- שמירת/בדיקת איכות (האשפוזית והאמבולטורית): מדדי איכות, טעויות, תקשורת רופא-חולה.
- טיפול במחלות כרוניות.
- רפואה אתיקה ומשפט.
- איכות. בחינת כווני מדיניות שעשויים לתרום לשיפור איכות - תמריצים כלכליים, פרמטרים בנוסחת הקפיטציה, סטנדרטים של איכות.
- תוכניות להכשרת רופאים ואנשי מקצועות הבריאות.
- עדכון הסל.
- חלוקת המשאבים לבריאות בהתאם לנותני השירותים, למגזרים ולאזורים.
- כוח האדם במערכת הבריאות: האם לתכנן או להמשיך להנהיג את מדיניות "היד הנעלמה".
- תכנון כוח אדם רפואי לפי תחומים.

נספח ג'

סקר שביעות רצון - כנס ים המלח 2004

תשובות						
סה"כ	אין תשובה	1	2	3	4	5
100%	0%	0%	3%	3%	29%	65%
100%	0%	0%	1%	16%	46%	36%
100%	1%	0%	1%	4%	39%	54%
100%	1%	4%	32%	29%	28%	6%
100%	0%	1%	20%	39%	32%	7%
100%	1%	3%	19%	33%	38%	6%
100%	0%	0%	1%	10%	42%	46%
100%	0%	0%	7%	22%	52%	19%
100%	1%	0%	0%	1%	22%	75%
100%	0%	1%	9%	13%	55%	22%
100%	0%	4%	13%	38%	38%	7%
100%	6%	4%	23%	49%	16%	1%
100%	6%	0%	3%	45%	42%	4%
100%	7%	1%	9%	13%	45%	25%
100%	10%	4%	3%	25%	42%	16%
100%	12%	14%	26%	23%	17%	7%
100%	3%	3%	3%	10%	59%	22%
100%	1%	1%	4%	9%	55%	29%
100%	3%	2%	10%	21%	39%	25%

תשובות							סה"כ	מס' שאלה
סה"כ	אין תשובה	1	2	3	4	5		
69			2	2	20	45	1	
69			1	11	32	25	2	
69	1		1	3	27	37	3	
69	1	3	22	20	19	4	4	
69		1	14	27	22	5	5	
69	1	2	13	23	26	4	6	
69			1	7	29	32	7	
69			5	15	36	13	8	
69	1			1	15	52	9	
69		1	6	9	38	15	10	
69		3	9	26	26	5	11	
69	4	3	16	34	11	1	12	
69	4		2	31	29	3	13	
69	5	1	6	9	31	17	14	
69	7	3	2	17	29	11	15	
69	8	10	18	16	12	5	16	
69	2	2	2	7	41	15	17	
69	1	1	3	6	38	20	18	
1,242	35	30	123	264	481	309		

התפלגות משתפי הכנס לפי:

מגזר

	אחר	אקדמיה	קופ"ח	בי"ח	משרד הבריאות
69	6	6	23	20	14

צוות

	3	2	1
69	26	23	20

צוות הכנה

	לא ענה	לא	כן
69	6	39	24