

כנס ים המלח ה-21 ע"ש פרופ' גור עופר

**בתי חולים/קהילה:
אתגרי הזירה המשתנה**

14-15 בדצמבר, 2022



המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות

כנס ים המלח ה-21
ע"ש פרופ' גור עופר
14-15 בדצמבר 2022

בתי חולים/קהילה: אתגרי הזירה המשתנה

יו"ר הכנס
רחלי ניסנהולץ-גנות
שלומי קודש

המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות הינו עמותה עצמאית שמטרתה הן:

~ ללוות ולהעריך את השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שרותי הבריאות בישראל, איכותם, יעילותם ועלותם.

~ ליזום ולממן מחקרים בנושאי ארגון, כלכלה ואיכות השירותים ותהליכי קבלת ההחלטות במערכת הבריאות.

~ להוות במה ומקום מפגש לקיום דיון מקצועי וציבורי בתחומי הארגון, הניהול וקביעת מדיניות הבריאות בישראל.

~ לעודד שיתוף פעולה מדעי בין תחומי ורב-מקצועי ברמה הלאומית בין כל הגורמים, ניהוליים ואקדמיים, שעניינם קידומה של מערכת הבריאות הישראלית.

סעיף 52 (2) של חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד (1994) קובע, בין תפקידי מועצת הבריאות: "לקיים מעקב אחר ביצוע החוק ולערוך מחקרים, סקרים וחוות דעת מקצועיות באמצעות מכון שיקבע השר".

המכון הלאומי לחקר שרותי בריאות ומדיניות הבריאות נקבע למטרה זו על-פי החלטת שר הבריאות ובאישור המועצה מיום 24/6/95.

המכון מאגד חוקרים, מנהלים וקובעי מדיניות מכל מגזרי המשק; משרד הבריאות, קופות החולים, בתי החולים, האוניברסיטאות ומכוני המחקר. לפעילויות המכון תורמים דרך קבע בעלי מקצועות הבריאות, מנהלים, חוקרים ומדענים מן האקדמיה, משירותי הבריאות, מהכנסת וממשרדי הממשלה.

תוכן עניינים

4	דבר היו"רים רחלי ניסנהולץ-גנות, שלומי קודש
7	תוכנית הכנס
8	רשימת חברי הצוותים
9	צוות 1: אשפוז בית יו"ר: גיל לביא, איתמר עופר
127	צוות 2: רפואה יעצת יו"ר: שלמה וינקר, גיל פייר
239	צוות 3: היבטים כלכליים יו"ר: דן גרינברג, רועי רייכר
292	אשפוז בית אקוטי דבר יו"ר האגודה לזכויות החולה שמוליק בן יעקב

בתי חולים וקהילה - אתגרי הזירה המשתנה

בעולם שירותי הבריאות המתפתח במהירות, החתירה לטיפול רפואי איכותי ונגיש היא מאמץ מתמיד. העולם של 2023 אינו דומה יותר לעולם שהיה, עולם שהתמודד עם מגפת הקורונה, שתוצאותיה משפיעות ומשליכות על התנהלותנו במישורים רבים. מערכת הבריאות בישראל, על כל צוותיה, צלחה את האתגר הזה בדרך שעוררה עניין רב בעולם כולו והערכה רבה למערכת ולצוותים. יחד עם זאת, העולם המשתנה הביא לשינוי גם בזירה של מתן השירות הרפואי. תקופה זו חידדה את הצורך של הקהילה להוות זירה למתן קשת רחבה יותר של טיפולים במסגרת הביתית ואת הצורך של בתי החולים להתמודד עם מצבים רפואיים מורכבים המצריכים תשתיות וכוח אדם ייעודי על מנת להתמודד איתם. היא גם השפיעה על צרכי השירותים - הציבור הרחב, שפתוח היום הרבה יותר לשילוב אמצעים דיגיטליים בטיפול, מצפה לשילוב משמעותי הרבה יותר של הדיגיטל בעולם הרפואה, ולנגישות וזמינות גבוהות יותר.

הקשת הרחבה של אתגרי מערכת הבריאות, לרבות הזדקנות האוכלוסייה, פיתוח מואץ של טכנולוגיות לצד מחסור בתקציב ואתגר עצום שמתהווה בזמינות כוח אדם בסקטורים השונים, כמו גם התפתחויות מדעיות, חברתיות והצרכים של האוכלוסייה, מחייבת אותנו לערוך שינויים ולבדוק כיצד נכון, ראוי ואפקטיבי יותר להעניק את הטיפול הרפואי.

בעוד שבתי חולים שימשו באופן מסורתי כארגונים העיקריים לאבחון, טיפול ומתן טיפול, כיום ישנו שינוי לעבר שירותי הבריאות בקהילה. השינוי הפרדיגמטי הזה אילץ אנשי מקצוע בתחום הבריאות, קובעי מדיניות וחוקרים לחקור דרכים חדשניות להעברת טיפולים רפואיים מבתי חולים למסגרות קהילתיות, לצד חיזוק המערכת הקהילתית המסורתית.

הזירה המשתנה מציבה אתגרים רחבים מיניינם, ומתוכם בכנס נדונו נושאים מרכזיים:

אשפוז בית - אשפוז בית הוא אחד הביטויים המרכזיים ביותר למעבר בין "זירות" - בתי החולים ורפואת הקהילה. אין ספק כי עם התפרצות מגפת הקורונה השימוש באשפוז בית התרחב הן מבחינת סוגי המחלות והמצבים הרפואיים בהם מאשפזים אנשים בביתם והן מבחינת סוגי השירותים הניתנים במסגרת אשפוז הבית. נושא זה היה אחד המוקדים בכנס יום המלח, תוך התעמקות בחלופה לאשפוז אפיזודי קצר בבית חולים. הפרק מתאר את המצב הקיים ואת ההזדמנויות והחסמים בנושא מתוך נקודת המבט של קובעי מדיניות ובעלי עניין שונים. הצוות הסכים כי מרבית מאושפזי הבית היו מאושפזים כיום בבתי חולים, ללא קיומו של המערך לאשפוז בית

וחלק קטן בלבד מתוך מאושפזי הבית, לא היה מאושפז כלל ללא קיומו של המערך. כמו כן הייתה הסכמה כי השירות מטיב עם המטופלים. עוד הוסכם כי מטופלים במחלקות סיעודיות ובאשפוז גריאטרי הם יעד מיידי להעברה, ככל שניתן, למסגרת של אשפוז ביתי. בחרנו לשים זרקור על שתי המלצות מבין המלצות רבות שעלו. האחת, לפתח מערך מרכזי של מדידה, הערכה ומחקר מלווה על מנת לבחון באופן שוטף את היכולות של חלופת האשפוז הביתי. הערכה כזו תאפשר לקבוע יעדים, לבדוק את היכולת של הספקים ושל הקופות לעמוד באשפוז בית איכותי, וכן תאפשר להעניק למטופלים שאינם יכולים להיות במסגרת אשפוז ביתי (מסיבות שונות) - טיפול מיטבי. ההמלצה השנייה הינה לפעול באופן שיגביר שוויון בין המטופלים. ישנם מטופלים שמתאימים לאשפוז בית אך לא יכולים לשהות בביתם מסיבות שונות. הדאגה להם היא חלק בלתי נפרד ממערכת בריאות הפועלת על פי עקרונות השוויון, הצדק והעזרה ההדדית.

נושא המיקוד השני של הכנס היה **רפואה יועצת**, אשר ניתנת הן בבתי החולים והן בקהילה. השירות בתחום הרפואה היועצת, לרבות אופן הארגון שלו, משפיע על משכי ההמתנה ועל היכולת להעניק את הטיפול המיטבי למטופלים. בחרנו להצביע על שתי המלצות של הצוות: האחת, לחזק את מעמדן של רופאי המשפחה, את סמכויותיהם ואת זמינותם. חיזוק היכולת והאחריות של רופאי המשפחה תאפשר גם למטופל לקבל את הטיפול מהרופא אותו הוא מכיר באופן אישי וגם לפנות את זמנם של הרופאים היועצים למטופלים הזקוקים לכך. השנייה, לשנות את מבנה התמריצים של הרופאים ולעודד צריכה נבונה של שירותי בריאות מצד המטופלים. בעולם שבו מחסור בכוח אדם רפואי הוא עובדה שלא רק שיש להתמודד עימה אלא נדרש להיערך להחמרה שלה בטווח הקצר, יש לפעול בדרכים שונות לצמצם צריכה מיותרת של שירותי בריאות. הדרך לעשות זאת היא לפעול בכל החזיתות הן בהגדלת הצוותים המטפלים ובהכשרת הרופאים היועצים גם בטיפול בקהילה ולא רק בבתי החולים והן בחינוך הציבור לצריכה נכונה של שירותי בריאות.

הכנס גם עסק **בהיבטים הכלכליים** של שני התחומים והציע דרכים בהן מומלץ לתכנן את אשפוזי הבית בתוך מערך האשפוז הכללי של המדינה, והמליץ על יצירת תמריצים לאשפוז בית מבתי החולים, הן ממחלקות האשפוז והן מהמלר"ד, וכן להרחיב את אשפוזי הבית לתחומים נוספים. ביחס לרפואה יועצת, הצוות הכלכלי המליץ להפחית את העומס מרופאי המשפחה, בין היתר באמצעות העברת סמכויות למקצועות בריאות אחרים, ובנוסף הוסכם כי יש צורך בהסדרת כללים אחידים בנושאי שכר ותגמול ביחס לכלל הרופאים.

נציין גם כי הסקרים שנערכו לקראת הכנס, והנתונים העולים מהם, כפי שהם באים לביטוי בפרקים שלפניכם נותנים משנה תוקף להמלצות הצוותים ומדגישים את המחויבות של קובעי המדיניות במערכת הבריאות הישראלית לשמוע את השטח, הן הצוותים והן הציבור, בתהליך קבלת ההחלטות.

אין ספק כי ההתקדמות במדע הרפואה ובטכנולוגיות טרנספורמטיביות סללו את הדרך למגוון רחב יותר של טיפולים שיינתנו מחוץ לגבולות בתי החולים. שינוי זה טומן בחובו הבטחה עצומה במונחים של הרחבת הגישה לטיפול, הפחתת עלויות שירותי הבריאות, שיפור עקרון "המטופל במרכז" והקלת העומס על בתי החולים.

גם לאחר הכנס, ברור לנו כי מעבר זה אינו חף מאתגרים. הוא מציג רשת מורכבת של שיקולים מעשיים, אתיים וארגוניים הדורשים ניווט קפדני. כאשר אנו בוחנים את העברת הטיפולים הרפואיים מבתי חולים למסגרות קהילתיות, עלינו להתייחס לשאלות הנוגעות ליעילות ובטיחות הטיפול המבוזר. עלינו להבטיח שהמטופלים יקבלו רמות מתאימות של ניטור, מעקב ותמיכה בקהילה, כמו גם חלוקה שוויונית של המשאבים וכוח העבודה, כדי להימנע מהרחבת פערים ואי-שוויון בתחום הבריאות.

מטרתנו בכנס ים המלח השנה הייתה לבחון דרכים פרקטיות ואפקטיביות להתמודדות עם אתגרי הזירה המשתנה, ולבחון גישות שונות לעיצוב מתן השירות הרפואי מתוך ראיית טובתו של המטופל ותוך התחשבות בצרכי המערכת, באתגרים הרפואיים והכלכליים. אין ספק בליבנו כי הדיונים הפוריים, כפי שבאים לביטוי בספר זה, ההמלצות של הצוותים כמו גם הנושאים שנשארו בחוסר הסכמה, מהווים מפת דרכים עבור קובעי המדיניות בהתמודדות עם אתגרים אלה.

כנס זה הוקדש לזכרו של פרופ' גור עופר ז"ל. פרופ' גור עופר עמד בראש המכון הלאומי בשנים 1997-2008 ובמידה רבה עיצב את דרכי העבודה של המכון ובמיוחד את המבנה ודרכי העבודה של כנס ים המלח. תרומתו של פרופ' עופר למדיניות הבריאות במדינת ישראל, באמצעות כנסי ים המלח ובאמצעות עבודתו הענפה במכון ומחוצה לו, לא תסולא בפז.

ברצוננו להודות לראשי הצוותים, גיל לביא, איתמר עופר, גיל פייר, שלמה וינקר, דן גרינברג ורועי רייכר ולחברי הצוותים על הכנת ספר הכנס וכן לראשי המכון הלאומי ולצוותו.

איכות החומרים המוצגים לפניכם, הן בחלקי הרקע והן בהמלצות של הצוותים, היא עדות לדיונים המעמיקים שהתנהלו בכנס ולעניין הרב שמעורר נושא זה.

בברכת קריאה מהנה והמשך יישום של החלטות הצוותים.

רחלי ניסנהולץ-גנות ושלומי קודש

יו"ר הכנס

כנס ים המלח

15-14 בדצמבר, 2022 | מלון ורט, ים המלח

בתי חולים/קהילה: אתגרי הזירה המשתנה

יום ד' 14.12.2022

10:00 - 09:00	הרשמה וכיבוד
10:00 - 13:00	מושב פתיחה י"ר: גבי בן-נון אורלי מנור - דברי פתיחה הרצאת אורח: פרופ' שיזף רפאלי - נשיא מכללת שנקר: בינה מלאכותית ויצירתיות: מה מחללים המחוללים (generators)? נחמן אש - מנכ"ל משרד הבריאות
	הצגת עבודת הצוותים - שלומי קודש, רחלי ניסנהולץ-גנות צוות 1: אשפוז בית - גיל לביא, איתמר עופר צוות 2: רפואה יועצת - שלמה וינקר, גיל פייר צוות 3: היבטים כלכליים - דן גרינברג, רועי רייכר
	ניצן הורוביץ - שר הבריאות
13:00 - 14:00	ארוחת צהריים
14:00 - 16:00	דיונים בצוותים
16:00 - 16:30	הפסקת קפה
16:30 - 18:00	דיונים בצוותים
20:00 - 23:00	ארוחת ערב + מונדיאל 2022

יום ה' 15.12.2022

08:30 - 10:30	דיונים בצוותים
10:30 - 11:00	הפסקת קפה
11:00 - 12:30	דיונים בצוותים
12:30 - 13:30	ארוחת צהריים
13:30 - 16:30	מושב סיכום י"ר: חיים ביטרמן הצגת סיכום דיוני הצוותים תגובות: מנכ"לי הקופות, נציגי בתי חולים, נציגי ארגוני החולים דיון

צוות 1 - אשפוז בית

יו"ר - גיל לביא, שירותי בריאות כללית
 יו"ר - איתמר עופר, צבר רפואה
 רכזת - ענבל הלוי הוכוולד, מכללת עמק יזרעאל

חברי הצוות (לפי סדר א'-ב')

הדר אלעד, משרד הבריאות
 גליה ברקאי, שיבא Beyond
 הגר וקסלר, קופת חולים מאוחדת
 נטע יונה, לאומית שירותי בריאות
 אלכס לוסטמן, שירותי בריאות כללית
 דורון נצר, שירותי בריאות כללית
 דניאל פדון, משרד האוצר
 ערן רוטמן, בי"ח בילינסון
 עמרי שינטל, מכבי שירותי בריאות

בתי חולים/קהילה: אתגרי הזירה המשתנה

יו"ר הכנס רחלי ניסנהולץ-גנות
 יו"ר הכנס שלומי קודש סורוקה

צוות 1 - אשפוז בית

יו"ר	גיל	לביא	שירותי בריאות כללית
יו"ר	איתמר	עופר	צבר רפואה
רכזת	ענבל	הלוי הוכוולד	מכללת עמק יזרעאל
	הדר	אלעד	משרד הבריאות
	גליה	ברקאי	שיבא Beyond
	הגר	וקסלר	קופת חולים מאוחדת
	נטע	יונה	לאומית שירותי בריאות
	אלכס	לוסטמן	שירותי בריאות כללית
	דורון	נצר	שירותי בריאות כללית
	דניאל	פדון	משרד האוצר
	ערן	רוטמן	בי"ח בילינסון
	עמרי	שינטל	מכבי שירותי בריאות

צוות 2 - רפואה יועצת

יו"ר	שלמה	וינקר	לאומית שירותי בריאות
יו"ר	גיל	פייר	בי"ח איכילוב
רכז	יואל	אנג'ל	בי"ח איכילוב
	אלכסיי	בלינסקי	משרד הבריאות
	רויטל	בר אושר	בי"ח יוספטל
	אילת	גרינבאום-אריזון	משרד הבריאות
	אבי	לוי	קופת חולים מאוחדת
	עדי	לייבה	בי"ח אסותא אשדוד
	מיכל	לרון	מכון ברוקדייל
	מרינה	מור שלום	מכבי שירותי בריאות
	אורן	מן	שירותי בריאות כללית
	תמר	צ'ין	משרד האוצר
	אלון	קדמון	משרד הבריאות
	אשי	שלמון	משרד הבריאות

צוות 3 - היבטים כלכליים

יו"ר	דן	גרינברג	אונ' בן-גוריון
יו"ר	רועי	רייכר	משרד האוצר
רכזת	נריה	שטאובר	משרד הבריאות
	מוריס	דורפמן	מכבי שירותי בריאות
	דרור	דיקר	שירותי בריאות כללית
	רות	וייצברג	מכון ברוקדייל
	גאיה	עופר	משרד האוצר
	ודים	פרמן	בי"ח אסותא
	שלמה	פשקוס	בי"ח רמב"ם
	רועי	קאהן	שירותי בריאות כללית

הקדמה

מערכת הבריאות בישראל ניצבת בפני אתגרים משמעותיים. מחסור במשאבים, מיעוט יחסי במספר מיטות האשפוז ובמספרי רופאים ואחיות לנפש בהשוואות בין-לאומיות, למול ביקוש הולך וגדל עקב מגמות דמוגרפיה ותחלואה, מצריכים בחינה מחודשת של מודל הספקת השירות הרפואי במערכת הבריאות בישראל ושל חלוקה מיטבית ומושכלת של "תחומי האחריות" בין בתי החולים לקהילה.

מתן טיפולים בבית המטופל למגוון מצבים קליניים קיים בישראל מזה עשרות שנים ואשפוז בית חריף קצר-טווח החל בישראל בהיקפים מצומצמים כבר בסוף שנת 2017. מגפת הקורונה שימשה כ"מבחן מאמץ" ליכולת המערכת לתת מענה מהיר ורחב-היקף לצרכי אשפוז של מטופלים רבים, והאיצה משמעותית גם את התפתחותו של שירות רפואי זה. לאור הדגמת ישימותו של אשפוז הבית בימי הקורונה, לצד שינויים עמוקים שחלו בציפיות המטופלים לאופן קבלת השירות וכן התפתחויות ביכולות הטכנולוגיות למתן טיפול מרחוק - בשלה העת לבחינה מעמיקה של נחיצות ושל היתכנות המשך אימוץ והרחבה סדורה של אשפוז הבית כחלק בלתי נפרד מתכנון פעילות מערכת הבריאות בישראל.

במסגרת ההיערכות לכנס ים המלח ובמטרה לייצר לקראתו ובמהלכו דיון אפקטיבי, החלטנו לתחום את העיסוק בכנס הנוכחי **לאשפוז חריף בבית המטופל, המהווה חלופה לאשפוז אפיזודי קצר במחלקה בבית חולים כללי (כיום, לרוב במחלקה הפנימית) - להלן "אשפוז בית"**.

כפי שיוצג בהמשך, בישראל מאושפדים בבית כיום כ-300-350 מטופלים בכל רגע נתון, במימון כל קופות החולים. מספר זה הוא שווה ערך לכ-8-10 מחלקות אשפוז פנימיות ומהווה כ-8% מכלל המאושפדים במחלקות הפנימיות בבתי החולים. הערכות שונות בארץ ובעולם קובעות כי 10%-20% מהמאושפדים בפנימיות יכולים היו להיות מאושפדים בבתייהם בהינתן מערכים מתאימים בקהילה. זאת ועוד, נכון להיום מדובר בחלופת אשפוז פנימי ברובה המכריע. פוטנציאל נוסף קיים במחלקות הילדים, במחלקות הכירורגיות, האורתופדיות, האונקולוגיות ועוד. ניצנים ראשונים לפעילות זו נראים כבר כיום.

הבחירה לעסוק בתחום זה בכנס ים המלח 2022 נעשתה מתוך הבנה ששלב הדגמת ההיתכנות כבר מאחורינו ונכון לקיים דיון פתוח ורחב של מנהיגות מערכת הבריאות

בישראל עם הכניסה לשלב הצמיחה המתוכננת. זאת, בהתבסס על הניסיון העולמי והלאומי שנצבר בתחום ומתוך תפיסת אשפוז הבית כהזדמנות לשיפור מוכנותה של מערכת הבריאות בישראל לאתגרי ההווה והעתיד.

הפעילות המכינה לקראת הכנס נחלקה ל-3 תתי-ציוותי עבודה ובהתאם, חולק הפרק באופן הבא:

- ◆ רקע - סקירה אודות הנעשה בתחום בעולם ובארץ: התפתחות אשפוזי הבית ומדדי הערכה לקיום הפעילות.
- ◆ תת-צוות 1 - **"סיכום עד כאן"**: עסק בתיאור המצב הקיים בישראל כיום: תיאור התפתחות אשפוזי הבית שהואצו בשנתיים האחרונות, היקפיהם ואופן ביצועם באמצעות מנגנוני הפעלה שונים, תיאור מדדי פעילות קיימים, לקחים ותובנות שהופקו עד כה.
- ◆ תת-צוות 2 - **"מיפוי המגרש"**: עסק במיפוי ההזדמנויות, החסמים והאתגרים הקיימים בקיום הפעילות ובהרחבתה המשכית וזאת בהתייחס למכלול בעלי העניין הרלבנטיים ולמול תרחישים אפשריים שישפיעו על התמריצים לקיים את הפעילות.
- ◆ תת-צוות 3 - **"מבט לעתיד"**: עסק בריכוז המלצות להמשך קיום הפעילות, הסדרתה והרחבתה: יעדים כמותיים, תחומי עיסוק קליניים, מנגנוני הפעלה אפשריים, אופן בקרה ורגולציה ויצירת תשתית כלכלית, אנושית וטכנולוגית נדרשת.

במערכת הבריאות, כמו במערכות מורכבות אחרות, כל שינוי משפיע ישירות ובאופן עקיף, במייד ו/או על ציר הזמן, על כלל השחקנים במערכת. לא תמיד ניתן לצפות את ההשפעות הללו, אך חשיבה המנסה למפות ולהבין את ההשפעות הפוטנציאליות תאפשר דיוק של קבלת ההחלטות תוך מיקסום התועלות ומזעור תופעות הלוואי השליליות.

אנו מודים להנהלת המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות וליושבי ראש הכנס על האמון וההכוונה. ברצוננו להודות לחברי הצוות, אשר עשו עבודה מקצועית, מאומצת וזריזה בריכוז ובהכנת החומר וזאת במטרה לצייר תמונה מהימנה ומאוזנת, שתאפשר קיום דיוני עומק בנושאים המהותיים.

כמו כן, ברצוננו להודות (לפי סדר א"ב של שמות המשפחה) - לאבישי אליס, שמוליק בן יעקב, קובי גלזר, דרור דיקר, מיקי הברטל, גילה יעקב, גיל לביא, מאיה לרנר, חנה מהלא, איתמר עופר, שיר פרי, שפרה שורץ ומיכל שני.

סקרי הכנה לכנס

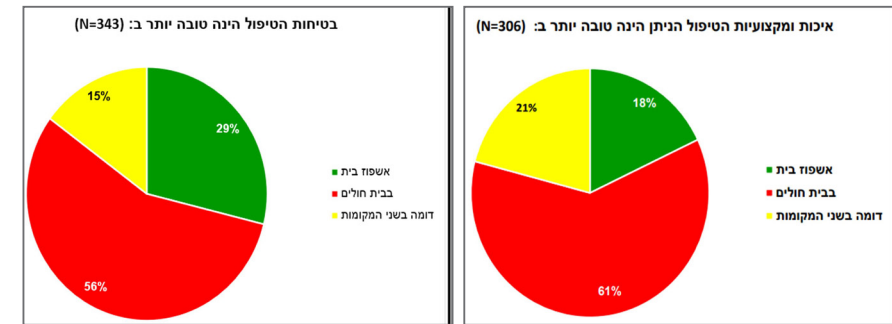
לקראת הכנס וכחלק מריכוז החומרים הנדרשים לשם קיום הדיונים במהלכו, קיימנו סקרים בקרב אוכלוסיות יעד שונות, בתמיכת המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות. מטרת הסקרים היא להדגים את תפיסת אשפוז הבית בישראל כיום ממספר נקודות מבט.

סקר ציבור

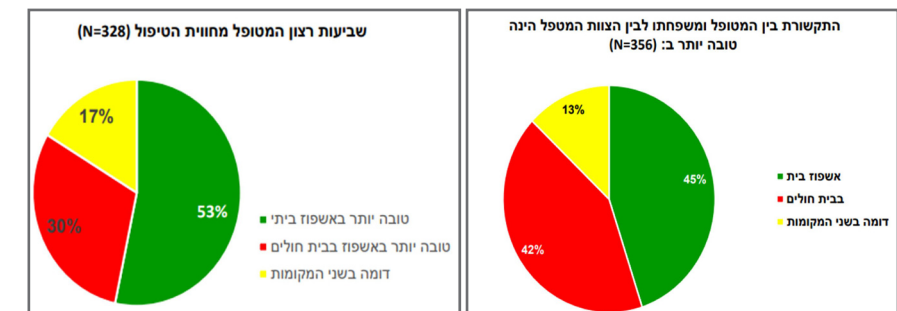
כפי שנקבע בהנחיית משרד הבריאות, נדרשת הסכמה של המטופל ושל בני משפחתו לקבלת הטיפול במסגרת אשפוז בית כחלופה לבי"ח. על כן, קיימת חשיבות רבה לברר מהן עמדות הציבור לגבי אשפוז בית ורצונו בקבלת השירות. בין התאריכים 6.11.22-13.11.22 התקיים סקר באמצעות פאנל משיבים אינטרנטי על ידי חברת "תובנות". בסה"כ השיבו 424 משיבים מעל גיל 35. גיל המשיבים הממוצע - 51,81% יהודים ו-19% ערבים. 51% מהמשיבים היו נשים ו-49% גברים. שיעור המענה לסקר בקרב האוכלוסייה היהודית עמד על 40% ובקרב האוכלוסייה הערבית על 27%.

השאלות כללו התייחסות להשוואת אשפוז בית ואשפוז בבי"ח במספר פרמטרים:

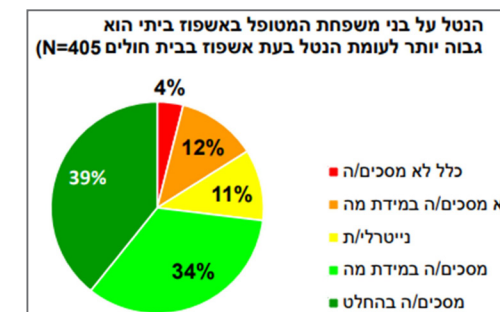
61% ו-56% מהנשאלים סבורים שאיכות ומקצועיות הטיפול וכן בטיחות הטיפול, בהתאמה, הינן טובות יותר בבי"ח מאשר באשפוז בית.



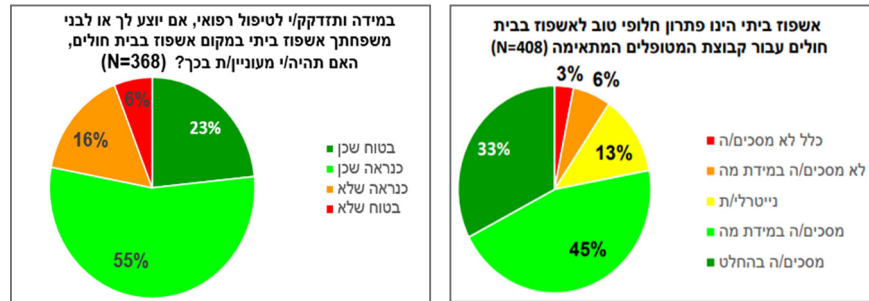
בשאלת התקשורת בין המטופל ומשפחתו לבין הצוות המטפל - התקבל שיעור הערכות דומה בין אשפוז בית ובי"ח. שביעות הרצון הכוללת של המטופל מחוויית הטיפול זכתה להערכה גבוהה יותר עבור אשפוז הבית (53% מהנשאלים) לעומת אשפוז בבי"ח.



73% מהנשאלים השיבו כי הנטל על בני משפחת המטופל באשפוז בית הוא גבוה יותר לעומת הנטל בעת אשפוז בבי"ח (מסכים במידת מה/בהחלט).

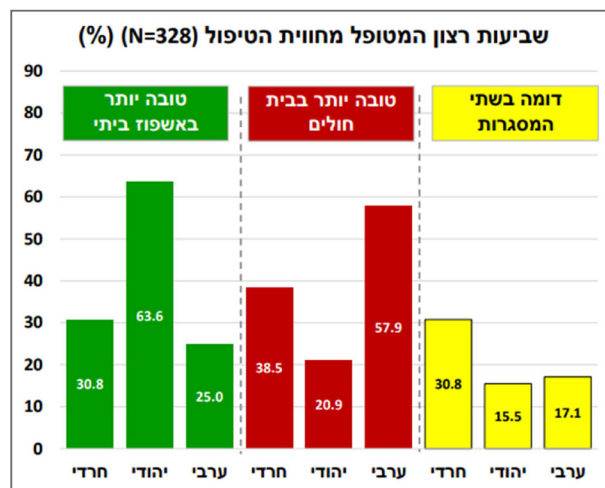


בשאלות הסקר המסכמות, 78% מהנשאלים הסכימו כי אשפוז בית הינו פתרון חלופי טוב לאשפוז בבי"ח עבור קבוצת המטופלים המתאימה (מסכים במידת מה/בהחלט) ושיעור דומה השיב, כי יהיה מעוניין באשפוז בית במקום אשפוז בבי"ח במידה ויוצע לו על ידי הצוות הרפואי (בטוח/כנראה שכן).

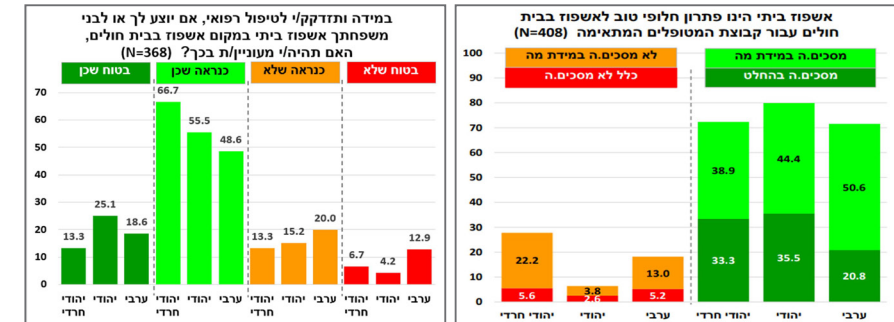


ניתוח ממצאי הסקר על פי משתנים דמוגרפיים הדגים שונות בממצאים בחלוקה מגזרית - במרבית השאלות שנשאלו נמצא כי משיבים מהחברה הערבית גילו דרגת הערכה נמוכה יותר לאשפוז בית בהשוואה לביה"ח.

בשאלת "שביעות רצון המטופל מחוויית הטיפול" בה זכה אשפוז הבית להערכות גבוהות במיוחד בכלל אוכלוסיית הסקר, כ-58% מהמשיבים מהחברה הערבית השיבו כי היא טובה יותר בביה"ח.



בשאלות המסכמות נמצא, כי 71% מהמשיבים מהחברה הערבית סבורים כי אשפוז בית הוא פתרון חלופי טוב לאשפוז בבי"ח (מסכימים בהחלט/במידת מה) ו-67% היו מעוניינים (בטוח/כנראה שכן) באשפוז בית במקום בבי"ח, במידה ויוצע להם, וזאת בהשוואה ל-72% ו-80% בקרב משיבים מהמגזר היהודי-חרדי ו-81% בקרב משיבים מהחברה היהודית, בהתאמה.



במסגרת הסקר נשאלה שאלה פתוחה - אודות עמדת המשיבים לגבי יתרונות אשפוז בית בהשוואה לאשפוז בבי"ח:

הסקר מראה כי התמות המובילות לגבי יתרונות אשפוז הבית הן: כ-60% מהמשיבים ציינו את - 'הסביבה הביתית' כנוחה, נעימה, מוכרת וטבעית, המשפיעה לחיוב על מצבו של המטופל וכוללת פרטיות, שקט ותנאים נוחים.

46% התייחסו ל-'חשיפה נמוכה יותר לזיהומים' במסגרת הבית.

23% התייחסו ל-'קרבה לבני המשפחה' - תמיכת המשפחה, זמינותה ומעורבותה עבור החולה מחד, אך גם יכולת המשפחה לשמור על שגרת חייה במהלך תקופת האשפוז. **בולטות בקרב יהודים חרדים ובחברה הערבית.**

12% ציינו - 'מענה זמין ויחס אישי' - תשומת לב הצוות שלא מתחלקת בין מספר מטופלים, מתן יחס אישי ופרטני עם פחות "טרטורים" ובירוקרטיה. **בולטות במגזר יהודי.**

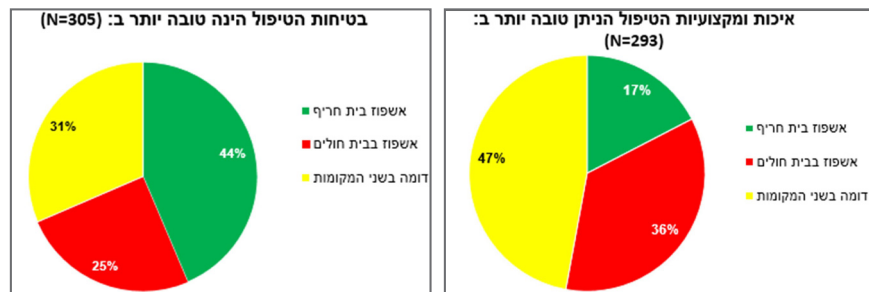
6% ציינו כי הם מעדיפים אשפוז בבית חולים על פני אשפוז בית (מטעמי בטיחות/ השגחה רפואית) - **בולטות בחברה הערבית.**

סקר רופאים:

בין התאריכים 13-26/11/22 נערך סקר בקרב רופאות ורופאים באמצעות שאלון דיגיטלי, שהופץ במייל בתפוצת איגוד רופאי משפחה והאיגוד לרפואה פנימית. הכנת הסקר וניתוח ממצאיו בוצעו באמצעות צוות מכון ברוקדייל. 342 משיבים השיבו על שאלות הסקר העוסקות באשפוז בית, מתוכם 241 רופאים העובדים בקהילה כמקום עבודתם העיקרי והיתר - בביה"ח.

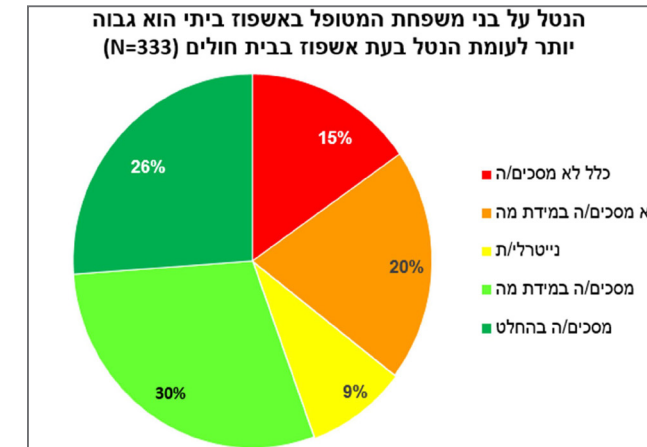
בכלל השאלות נמצא כי הערכות הרופאים לאשפוז הבית, בהשוואה לאשפוז בבי"ח, גבוהות יותר מאשר הערכות הציבור לאשפוז בית (כפי שהודגמו בסקר הציבור, עבור שאלות דומות).

36% מהמשיבים סברו שאיכות ומקצועיות הטיפול הניתן טובה יותר בבי"ח (לעומת 61% מהציבור) ו-47% סברו שהיא דומה באשפוז בית ובבי"ח.

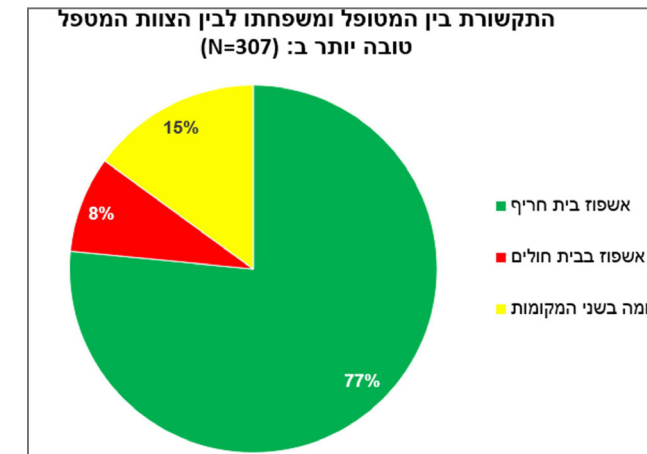


בהערכת בטיחות הטיפול סברו מרבית המשיבים כי היא גבוהה יותר באשפוז בית (44%) מאשר באשפוז בבי"ח (25%) - הערכה גבוהה במיוחד לאשפוז הבית.

56% העריכו כי **הנטל על בני משפחת המטופל** באשפוז בית גבוה יותר (מסכים במידת מה/בהחלט) מאשר באשפוז בבי"ח (לעומת 73% בקרב הקהל הרחב).

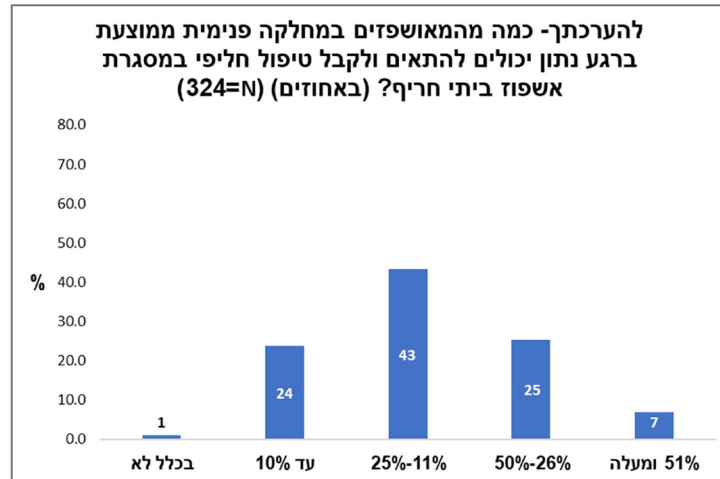


77% מהמשיבים סברו כי התקשורת בין המטופל ומשפחתו לבין הצוות המטפל טובה יותר באשפוז בית (לעומת 45% בקרב הציבור).

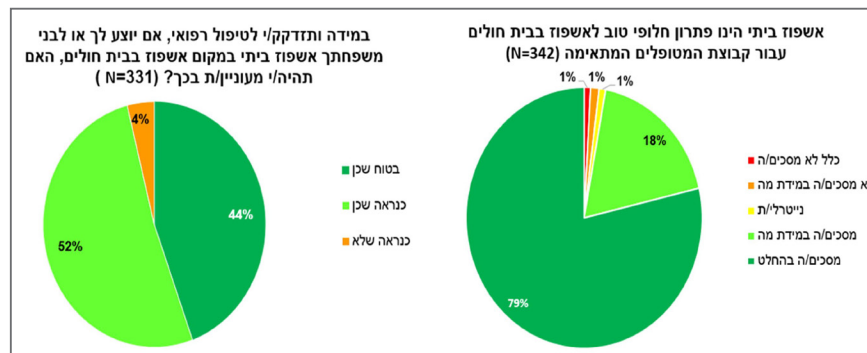


בשאלת הערכת שיעור מאושפזי הפנימיים המתאימים ברגע נתון לקבלת טיפול חליפי במסגרת אשפוז בית - 25% מהמשיבים סברו כי מדובר בפחות מ-10% מהמאושפזים, **43% סברו כי מדובר ב-11%-25% מהמאושפזים** ו-**32% סברו כי 26% ומעלה מקרב המאושפזים** יכלו להתאים לטיפול חליפי באשפוז בית (בפילוח

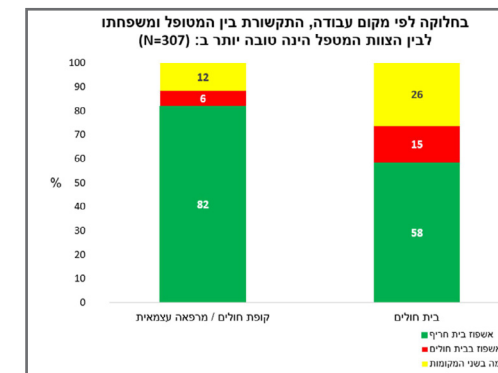
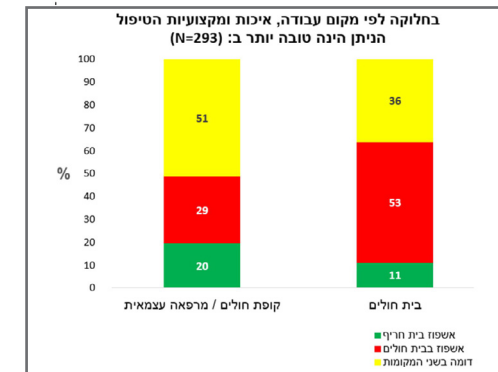
המשיבים על פי מקום עבודתם העיקרי - 35% מרופאי הקהילה סברו כן, לעומת 21% בלבד מקרב רופאי ביה"ח).



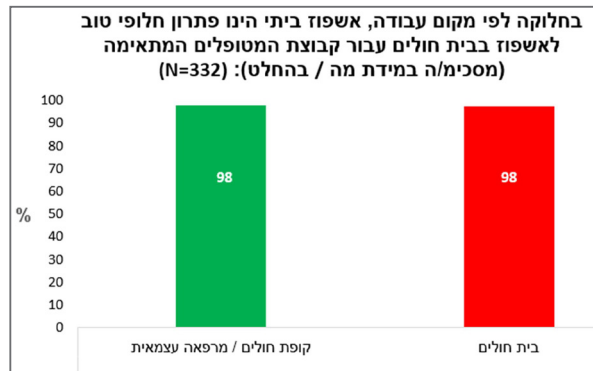
בשאלות הסקר המסכמות השיבו **97%** מהמשיבים כי אשפוז בית הוא **פתרון חלופי טוב לאשפוז** בבי"ח ו-**96%** היו **מעוניינים באשפוז בית במידה ויוצע להם** - שיעורים גבוהים מאוד, אף יותר מהשיעורים הגבוהים (78% ו-78%, בהתאמה) שהתקבלו בקרב הציבור הרחב.



ניתוח ממצאי הסקר על פי משתנים דמוגרפיים הדגים **שונות בממצאים בחלוקה לפי מקום העבודה העיקרי של הרופא** - במרבית השאלות שנשאלו נמצא כי משיבים שמקום עבודתם העיקרי הוא **בקהילה גילו דרגת הערכה גבוהה יותר לאשפוז בית** בהשוואה לאשפוז בבית"ח, לעומת רופאים שמקום עבודתם העיקרי בבית"ח.



עם זאת, לא נמצא הבדל בין רופאי ביה"ח לרופאי הקהילה בשיעור הסבורים כי אשפוז בית הוא פתרון חלופי טוב לאשפוז בבית"ח עבור קבוצת המטופלים המתאימים.



בסקר הרופאים נכללה **שאלה פתוחה המתייחסת לחסמי הרחבת השירות** - מה לדעתך מונע כיום את הרחבת המענה של אשפוז בית חרף בישראל?

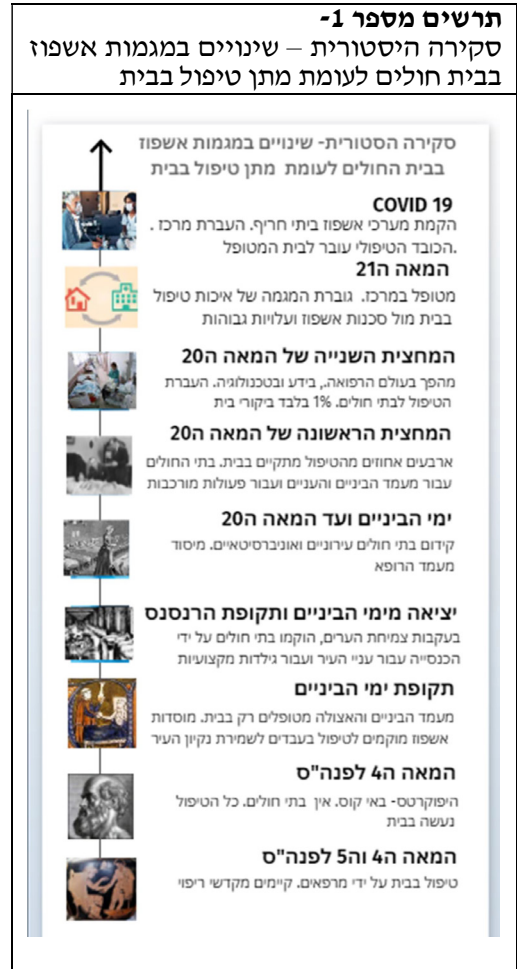


שלוש הקטגוריות המובילות הן:

- ◆ סוגיית ה-'**משאבים**' (כוח אדם, סוגיות כלכליות)
- ◆ '**חסר מודעות לשירות**'
- ◆ '**חסר אמון/רצון לקבל את השירות**' (שמרנות, אי עניין/בטחון מצד בני המשפחה, אי עניין מצד ביה"ח).

רקע

א. סקירה היסטורית של התפתחות מערכת בתי החולים יחסי קהילה-בית חולים



לאורך ההיסטוריה חלו תהפוכות רבות במיקום מרכזי הכובד של מוקדי הטיפול, במעבר בין הקהילה ובית המטופל לבין מסגרות האשפוז, תוך שינויים והתאמות לצרכים ולרוח התקופה (ראה תרשים מספר 1). מתוך ראיון שנערך עם פרופ' שפרה שוורץ וספרו של נולנד (1988) [1] עולה כי לאורך רוב ההיסטוריה מרכז הטיפול התרחש במסגרת הבית, בעיקר עבור בעלי המומן והיכולת.

בתקופה הרומית הוקמו בתי חולים לטובת טיפול בפצועי הצבא שהועברו מהחזית ולאורך השנים שינו בתי החולים את ייעודם. במשך שנים ארוכות יועד שירות בתי החולים לטיפול בעניים ובמחוסרי הדיור בלבד, בחסות הכנסייה, בעוד הטיפול לבני מעמד הביניים ולעשירים התבצע במסגרת בתיהם.

המאה ה-19 מוגדרת כאבן דרך משמעותית בהתפתחות בתי החולים וראשית הרפואה המודרנית, עם המהפכה התעשייתית, התרחבות הערים ושינוי במגמות בריאות הציבור. שמירה על בריאות העובדים לטובת מניעת פגיעה ביצרנותם

ומניעת מגיפות הוכרה כחשובה לבריאות כלל הציבור, גם העשירים שבהם ולשם כך הוקמו בתי חולים בכל מרכזי הערים הגדולות. במקביל הוקמו ב'עולם החדש' בצפון אמריקה בתי חולים לטיפול בנפגעי מלחמת האזרחים, כדוגמת - Mass General Hospital שנוסד ב-1811 (ב-1846 בוצע בו הניתוח הראשון תחת הרדמה). בשלהי המאה ה-19, עם הגילויים והפיתוחים המשמעותיים (גילוי החיידקים, פיתוח תרופות הרדמה, ביצוע סטריליזציה באמצעות קיטור וביצוע צילומי רנטגן), חדלו בתי החולים מלהיות מקום לטיפול במחוסרי הבית והעניים והפכו למרכזים למתן טיפול ואבחון מדויק הנתמך על ידי טכנולוגיה מתקדמת. בהתאם, מחיר הטיפול במסגרת בתי החולים האמיר במהירות [2].

בתי החולים בעידן המודרני היוו מסגרות לטיפול במקביל בכמה שיותר אנשים וכן מסגרות להכשרת אנשי צוות בתחומים השונים ולביצוע מחקר. בתי החולים הושפעו ופעלו על פי חוקי המדינה, נהלי הערים ודרישות חברות הביטוח. התנהלות זו הבטיחה את פרטיות המטופל, בטיחותו ואיכות הטיפול הניתן לו וכך גם את טובת אנשי הצוות הפועלים בבית החולים. בתי החולים נתפסו כמקום המפעיל אנשי מקצוע מובילים ממגוון מקצועות, כחוסך בזמן ומאפשר נוחות לאנשי הצוות וכן כמקום מטפל ובטוח עבור המטופל [2]. במקביל, במהלך המאה ה-20 התפתחה מערכת ענפה של שירותי בריאות אמבולטוריים, אשר בחלקה מתופעלת מתוך בית החולים, אך בחלקה האחר פועלת כמערכת עצמאית במבנים נפרדים במטרה להקטין את הוצאות הטיפול [2]. גם במערך המפגשים הללו נערכו שינויים - בעוד שבמהלך המחצית הראשונה של המאה העשרים כ-40% מהמפגשים האמבולטוריים בין רופא למטופל התבצעו במסגרת ביקורי בית בבית המטופל, הרי שבשנות השמונים של המאה ירד מספר הביקורים ל-1% בלבד [3].

מגמות חברתיות וצרכניות בשנות התשעים של המאה העשרים ובתחילת המאה ה-21 קידמו את תפיסת המטופל במרכז - Patient-Centered Care - וקידמו שינוי תפיסתי על פיו יש להעדיף מתן טיפול בסביבתו הביתית של המטופל על פני פרדיגמת הטיפול בבתי החולים, במקרים המתאימים לכך [4].

מגמות הזדקנות האוכלוסייה והעלייה בשיעורי התחלואה הכרונית (גם בקרב אנשים צעירים מבעבר) העלו את הביקוש לשירותי בריאות למול מצוקת משאבי המערכת [6-8], במקביל לשינוי במאפייני צרכנות, אשר העצימו את הדרישה לקבלת טיפול רפואי מיטבי הניתן בתנאי שירות טובים ונוחים. במקביל, התבססה ההכרה כי למסגרת האשפוז בבתי החולים עלויות טיפול גבוהות מאוד המעמיסות על מערכת

הבריאות ובמקביל, היא עלולה לייצר סכנה לפרטיותם, לכבודם ולבריאותם של המטופלים בהן 12 בשל סכנות הנובעות מעצם האשפוז עצמו, כדוגמת זיהומים, נפילות, הידרדרות במצב המטופלים, בדיקות מיותרות וטעויות במתן טיפול [6,5]. מגמות דמוגרפיות, אפידמיולוגיות, תרבותיות, צרכניות וכלכליות אלו הובילו מערכות בריאות במדינות שונות בעולם לבחון חלופות אפשריות לאשפוז המוכר במסגרת בית חולים. התפתחות היכולות הטכנולוגיות התומכות במהלך זה בעשורים האחרונים האיצה מגמה זו אף יותר.

ב. התפתחות מערך השירותים במסגרת בית המטופל בישראל

המדיניות המקובלת במרבית מדינות המערב וכן בישראל, היא מתן אפשרות לאדם להזדקן במקום מגוריו (Aging in place), מתוך שאיפת האדם לחיות בתנאים טובים המותאמים לצונותיו ומאפשרים לו איכות חיים טובה, תוך הישענות על המשפחה כמקור תמיכה עיקרי, כל עוד הדבר אפשרי [8,7]. מבחינת קובעי המדיניות יש בכך דרך להבטחת הסיוע הנדרש לאוכלוסייה הנזקקת בעלויות נמוכות מאשר בעת אשפוזם במסגרות מוסדיות [9].

בישראל גברה לאורך העשורים האחרונים מגמת פיתוח, הרחבה והתאמה של שירותים רפואיים ופרא-רפואיים בבית המטופל (HOME CARE), הניתנים על ידי צוות רב-מקצועי משולב עבור מטופלים סיעודיים או המרותקים לביתם עקב ירידה בתפקוד והזדקקות לעזרת הזולת בשל נכות פיזית, ירידה קוגניטיבית או משולבת [10]. היחידות לטיפול בית ("יחידות להמשך טיפול") התפתחו לראשונה על ידי קופת חולים כללית עוד בראשית שנות ה-70 ומאז התפתח שירות זה בכל הקופות, המעניקות שירותי עזרה שיקומית וסיעודית לחולים בביתם. ביסודו של השירות עומד הרעיון, שניתן לספק לחולה המרותק לבית שירותים רפואיים חיוניים כתחליף לטיפול במרפאה/אשפוז בבית חולים. בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע כי קופות החולים מחויבות לספק סל שירותים קבוע לכל מבוססיהן ובכלל זה גם למבוססים המרותקים לביתם ואינם מסוגלים להגיע למתקני הקופה. כל מטופל זכאי לכך שטיפול בקהילה הכלול בסל הבריאות יינתן לו גם בביתו, באמצעות ביקור של מטפל, אם לנוכח מצבו קיים צורך ממשי לקבל את הבדיקה או הטיפול בבית [11]. יכולת השירות כוללת מגוון רחב של טיפולים החל מהערכה גריאטרית, טיפול ביתי הכולל טיפול אישי והשגחה, שימוש בטכנולוגיה המאפשרת טיפול דומה לזה הניתן במסגרת בתי החולים כגון הנשמה, דיאליזה וטיפולים רפואיים אחרים [12], טיפול

למרותקי בית במצבי תחלואה כרונית ולאנשים הנמצאים בסוף חייהם [14,13]. בבית המטופל ניתן מגוון טיפולים רחב, הכולל ביצוע בדיקות דם, טיפול בפצעים קשיי רפוי, מתן טיפול תוך ווריד, איזון סימפטומים ויישום תוכניות לקידום בריאות [15,9].

רון ואח' (2016) [11] טוענים כי חרף התפתחות משמעותית זו, קיימים אתגרים לא מעטים בתצורת הטיפול בבית: לא קיים סטנדרט לאומי מחייב לשירות היחידות לטיפול בית הכולל את הגדרת האוכלוסייה, הגדרת המצבים הרפואיים המתאימים וסטנדרטים לטיפול במסגרת היחידות לטיפול בית. חלק משירותי היחידות מתבצעים באמצעות התקשרות עם חברות פרטיות חיצוניות ויש צורך בוודוא קיומו של רצף טיפולי. כמו כן, ניכר היעדר הכשרה ייחודית למתן טיפול בבית וכן היעדר מערך תמיכה לקבלת החלטות מורכבות בזירה זו. העובדים ביחידות אינם זוכים לתגמול הולם אף שתחום זה תובע שעות טיפול ארוכות, נסיעות ואחריות כבדה על המטופלים בזירה ייחודית זו.

ג. התפתחות אשפוז בית חריף בעולם

עלית צרכי הטיפול בנוכחות מצוקת מיטות אשפוז הביאו ברחבי העולם לחיפוש אחר פתרונות ומסגרות טיפול איכותיות וחסכוניות לאנשים הזקוקים לטיפול אקוטי במסגרת אשפוז [17,16]. במהלך העשורים האחרונים התחזקה מגמת העברת מוקד הטיפול ממסגרת בית החולים לעבר הקהילה וביתו של המטופל בחברת בני משפחתו וחבריו [18].

אשפוז הבית, או בית חולים בבית (Hospital at Home - HaH), הוא אחד מהפתרונות שצברו תאוצה ומספק מגוון שירותי בריאות חיוניים בביתו של המטופל במקום במחלקות האשפוז. סיבה מרכזית בעולם שהובילה למהלכי אשפוז במסגרת הבית הייתה חסכון בעלויות, גם של הקמת בתי חולים נוספים וגם של תפעולם השוטף. אולם, למהלך זה תועלות רבות נוספות עבור המטופל, הנובעות מהפחתת סיבוכי אשפוז ואפשרות לטיפול טוב יותר במסגרת הביתית המוכרת [12].

מחקרים רבים מצאו כי לאשפוז בבי"ח עלולים להתלוות סיבוכי אשפוז שונים עבור המאושפזים ובעיקר עבור אוכלוסיית הזקנים [19-21]. בין היתר - זיהומים הנרכשים בבית, נסיגה קוגניטיבית [22], התפתחות דליריום [24,23] הידרדרות תפקודית לכדי צורך בקימום [25], ירידה בניידות [27,26,19,5] (מחקרים מראים כי כ-50%-70 מהמאושפזים לא יוצאים מחוץ לחדר בו הם מאושפזים [28,5], למרות

שידועה ההשפעה השלילית של חוסר ניידות על בריאות המטופלים [27,5], אי שליטה על מתן שתי [29,22] (הידועה כבעלת השפעה שלילית על התאוששות המטופל והמשך הידרדרותו התפקודית לאחר השחרור מאשפוז), פגיעה בתפקוד וכן גרימת מוגבלויות חדשות או החמרת מוגבלויות קיימות [30,25,5]. כל אלו מעלים את שיעור המעבר למוסדות סיעודיים לאחר אשפוז בבי"ח [32,31]. גם לתהליך שחרור המטופל לביתו לאחר אשפוז בבי"ח עלולות להיות השלכות על בריאותו ובטיחותו של המטופל נוכח אתגר הרצף הטיפולי, העלול להוביל למצב של צרכים לא מסופקים, טיפול תרופתי לא מותאם/רצוף ולחויית טיפול ירודה.

למרות המידע שהצטבר לאורך השנים והתועלת האפשרית הידועה באשפוז בית בשנים האחרונות, התחום התפתח במדינות בודדות בעולם בלבד. במהלך מגפת הקורונה התבצעה קפיצה משמעותית בתחום גם במדינות נוספות, כולל בישראל, בעיקר נוכח הצורך במציאת פתרונות אשפוז מהירים, אשר יאפשרו את יכולת הכלת בתי החולים את החולים הקשים הזקוקים לאשפוז והמשך תפקודה השוטף של מערכת הבריאות.

ברחבי העולם קיימים מודלים שונים לאשפוז בית חריף. ברובם, המודל הטיפולי מוגדר כשירות למתן טיפול אקטיבי, איכותי, באמצעות צוות רפואי ופרא-רפואי, זמין ומיומן, הנדרש למעורבות גבוהה, תוך שימוש אפשרי בטכנולוגיה מתקדמת בבית המטופל, לזמן מוגבל וקצר מועד. השירות מהווה חלופה לאשפוז בבית חולים ומיועד למצב בריאותי אשר היה מצריך אשפוז לולא קבלת השירות הביתי. יש לציין שתמיד מתאפשרת העברה למסגרת בית חולים במידה והמצב הקליני דורש זאת [35-33,12].

מספר מדינות מובילות בתחום אשפוז הבית כבר מספר עשורים ובהצלחה מרובה ובהן אוסטרליה (במדינת ויקטוריה), ספרד וצרפת. מדינות אחרות, כגון קנדה ואנגליה, מקיימות יוזמות מקומיות. בארצות הברית הוכר אשפוז הבית לצורך מימון של ה-Medicare בסוף שנת 2020 במסגרת הוראות החירום של הקורונה, והשירות נמצא בתהליך צמיחה מואץ מאז [36].

להלן הרחבה על הנעשה במדינות השונות (טבלה מספר 1 מרכזת את עיקרי הממצאים):

אוסטרליה - אחת המדינות המובילות בעולם בתחום אשפוז הבית, במימון ובאחריות מערכת הבריאות הציבורית [23,20]. מטרת מודל הטיפול באוסטרליה הינה לטפל בחולים אקוטיים בבית ובכך לפנות מיטות בית חולים עבור אנשים במצבים קשים יותר. תוכנית אשפוז הבית החלה במדינת ויקטוריה בשנת 1994, וכעת לכל מחוז יש תוכנית נפרדת לאשפוז בית. **המדינה מאפשרת לבתי החולים לרשום את תקופת אשפוז הבית, לצורך החזר כספי, כשירות אשפוזי ובאותו התגמול. מכיוון שהשירות באוסטרליה מבוצע על ידי בתי החולים עצמם**, אפשרה שיטת תמחור זו לאשפוז הביתי להתחרות כלכלית עם מיטות האשפוז המסורתיות בתנאים שווים [20]. הגדרת הסביבה כ-'בית' נרחבת יותר באוסטרליה, ומאגדת תחתיה גם אנשים השוהים בבתי מלון, דיור מוגן, בתי משפחה וחברים [37]. כתוצאה ממהלכים אלו כ-6% מכלל המאושפדים בפנימיות במדינת ויקטוריה מטופלים בביתם (ב-2010 היו בויקטוריה כ-500 מיטות לאשפוז הבית חריף עבור 6 מיליון תושבים החיים במדינה), עבור מגוון רחב של מטופלים בגילאים שונים ובמצבים ומחלות מגוונות ובעיקר - זיהומים, מחלות כלי דם והתלקחות של מצבי תחלואה כרוניים [38,20]. במסגרת שירותי אשפוז הבית ניתן בעיקר טיפול תוך ווריד, טיפול אקוטי לפצעים מורכבים וטיפול תרופתי אחר [20].

תהליך ההפניה והליווי של מאושפדי הבית נעשה באמצעות רופאים או אחיות מומחיות (Nurse practitioner), בעיקר בחדרי המיון, אך גם בקהילה ובמחלקות בית החולים. **אנשי הצוות המטפלים במסגרת הבית הם חלק מיחידה ייעודית בתוך בתי החולים**, המורכבת מאנשי צוות האחראים למתן טיפול מקיף למאושפדי הבית ואחראים על כל תהליך האיתור/טיפול/שחרור [12]. הטיפול בבית כולל ביקורים יומיים על ידי צוות רופאים ואחיות, זמינות טלפונית 24/7 ומוקד סיוע רציף. בית החולים מספק גם מרשמים וטיפולים משלימים בבית המטופל [20].

אחד האתגרים עימם מתמודדת מערכת הבריאות היא חפיפה בין קבלות של אשפוז בית חריף לבין קבלות לטיפול תת-חריף, שאינן דומות במאפייני החולים, אנשי הצוות או הטיפולים הנדרשים. חפיפה זו מאפשרת לבתי החולים לתמך ולזכות בתשלום עבור מטופלים אשר אינם מתאימים לאשפוז בית, במקום לשחרר אותם לביתם [37]. בימים אלו מתקיימים בממשלת ויקטוריה דיונים על פיצול התגמול למצבים הקליניים השונים **כדי למנוע מצב של תשלום תוספתי** אשר אינו חליפי לאשפוז בבית חולים.

ספרד - האשפוז בבית החל בספרד באמצע שנות ה-90 ומאז נפרס על פני למעלה מ-130 מחלקות לאשפוז בית הפועלות ברוב חלקי המדינה. החברה הספרדית לאשפוז בבית, SEHAD, פעילה מאוד גם בתחום האקדמי וגם בתחום הכשרות וקביעת מדדי פעילות ואיכות. כל המחלקות לאשפוז בית בספרד **משויכות לבתי חולים באופן מלא ומנוהלות על ידם**. המחלקות מטפלות בחולים במצב אקוטי כחלופה לאשפוז במחלקות פנימיות, אך גם בחולים במצבים פחות חריפים. בחלק גדול מהיחידות השירות ניתן עד שעות הערב המאוחרות ולאחר מכן המטופלים יכולים לפנות לשירותי החירום הארציים (EMS).

אנגליה - קיימים מעט פרסומים עדכניים המעריכים את שירות אשפוז הבית באנגליה [12]. בעשורים האחרונים היו מספר ניסיונות להטמעת המהלך, בעיקר עבור אנשים זקנים במצבי התלקחות של מחלות כרוניות אשר הביאו לעומס ניכר על מערכת הבריאות [39]. אולם, התהליך עובר שינוי וצובר תאוצה בשנים האחרונות. ה-NHS הבריטי מעודד תהליכי טיפול מחוץ למסגרת בית החולים וקרוב יותר לבית המטופלים, אולם השירות בשלב זה קיים **בתפוצה נמוכה ומהווה על פי רוב שירות מקומי בלבד**. חלק ממערך הטיפול הינו וירטואלי (למשל על ידי The Airedale NHS Foundation Trust Telehealth) ומטרתו לצמצם את מספר הפניות לחדרי המיון ואת האשפוזים בבית החולים. מתבצע תהליך של מיון ראשוני ואבחון בבית המטופל ולאחריו ניתנים שירותים ותמיכה רפואיים וסיעודיים. אחד השירותים המשמעותיים הוא ליווי באמצעות רופא מתחום הגריאטריה שמנהל צוות מומחים מתחום הרפואה והסיעוד. התהליך נתמך על ידי שירותי הרפואה הראשונית, השירות הפסיכיאטרי, הרווחה ושירותי אמבולנס [40]. הרושם המתקבל הוא כי חרף המאמצים, רוב התוכניות הקיימות לא מצליחות לתמוך בחולים בשלב האקוטי שלהם בשל **מחסור ביכולות מספקות לאבחון וטיפול בקהילה והחולים מאושפזים בבתי חולים** [41].

ארצות הברית - המעבר לאשפוז בבית התנהל באופן הדרגתי ואיטי. ניצנים ראשונים נראו כבר בשנת 1994 במסגרת **התוכנית לאשפוז בית במסגרת בית החולים** Johns Hopkins (The Johns Hopkins Hospital at Home program). מדובר בשירות המיועד למרותקי בית מבוגרים, לרוב בני 65+, הזקוקים לאשפוז בשל מצב רפואי המוגדר ברשימת מחלות ייעודיות הידועות כמועדות לאשפוזים חוזרים. עם זאת, עד השנים האחרונות לא היה מקור מימון מוסדר לפעילות והתוכנית לא יושמה [42].

בחודש נובמבר 2020 פרסם ה-CMS, המפעיל את תוכניות Medicare ו-Medicaid, תוכנית חירום במסגרת תקנות החירום של מגפת הקורונה, של **'בתי חולים ללא קירות'**, על פיה בתי החולים יספקו שירותים רפואיים מעבר לגבולות בית החולים [43]. במסגרת תוכנית זו **התשלום עבור יום אשפוז בבית יהיה זהה לזה של יום אשפוז בבית החולים**. תקנות אלו נתנו דחיפה משמעותית לפעילות אשפוז הבית, כאשר לרוב חוברים בתי החולים עם חברות Homecare כדי לייצר את הנוכחות בקהילה. במקביל, בתקופת המגפה, גם המטופלים הסתגלו לקבלת שירות רפואי בתצורה חדשה וחלה עליה בתיעדופם לקבלת שירותים אלקטביים ואף שירותי חירום כשירותים דיגיטליים, וירטואליים וכטיפולי בית [34,3].

המודל נשען על 4 קודקודים מרכזיים:

1. מוקד רפואי המאויש על ידי צוות בית החולים במתחם בית החולים.
 2. שרשרת הספקה המספקת למטופל את הציוד, הבדיקות והשירותים כדוגמת שירותי סיעוד ופרמדיקים, מזון ותרופות.
 3. ציוד טכנולוגי וניטור לבדיקות כמו מכשיר שמע ודיבור, מכשיר למדידת סימנים חיוניים, לחצני מצוקה ועוד. קיימים בתי חולים ייעודיים המספקים שירותי ניטור ומתפקדים כבית חולים וירטואלי באופן מלא (Mercy) ומספקים ליווי, ניטור וסיוע וירטואליים לכלל מטופלי בתי החולים.
 4. תוכנה ייעודית המאגדת את כל רישומי המידע הרפואי [42].
- כיום, מערך אשפוז הבית החריף בארה"ב פועל על פי רגולציה הקובעת נהלים ומדדי איכות. שירותי הרפואה מחויבים על פי רגולציה ונמדדים על יכולתם לספק מענה סיעודי 24/7 ולבצע הערכה יומית פיזית או וירטואלית לכל חולה. קיימים כשישים מצבים רפואיים המאפשרים קבלת חולה למסגרת טיפול זו [17,6]. עד חודש יולי 2021 הצטרפו 144 בתי חולים לתוכנית אשפוז בית חריף [44].

טבלה 1: סיכום הנעשה בתחום אשפוז הבית החרף במדינות מייצגות בעולם:

מדינה	מתי התפתח השירות	מודל ההפעלה והתקצוב	מי המטופלים העיקריים	מהם השירותים הנכללים	מידע נוסף
אוסטרליה	1994	המדינה מפעילה באמצעות בתי חולים בחלק מהמחוזות. התשלום עבור אשפוז בבית ועבור אשפוז במחלקה זהה ועובר דרך אותו מנגנון תפעולי.	מגוון גילאים ומחלות. בעיקר טיפול בזיהומים ובמצבי התלקחות של מחלות כרוניות.	זיהוי המטופלים בחדרי המיון בעיקר על ידי רופאים ואחיות מומחיות. שירותי רפואה וסיעוד בביקור יומי. זמינות טלפונית של הצוות 24/7.	נבחן תגמול דיפרנציאלי בין מצבים אקוטיים למצבים תת אקוטיים. הקלינאים חברים בחברה האוסטרלית לאשפוז בבית HITH Society .
ספרד	1996	טיפול באמצעות מחלקות ייעודיות של בתי חולים המבצעות את הטיפול בבית המטופל.	אוכלוסייה מבוגרת, המטופלת בטיפול תוך ווריד בזיהומים והתלקחות מצבים כרוניים.	מתכונת טיפול מגוונת בין בתי החולים השונים בשעות הפעילות. כולם נתמכים בשירותי חירום בשעות הלילה. ועוד.	כל הקלינאים מאוגדים תחת SEHAD - החברה הספרדית לאשפוז בבית העוסקת בקווים מנחים, מדידה ועוד.

אנגליה	בעיקר בשנים האחרונות.	מופעל על ידי NHS . יש חפיפה בין שירותי מניעת אשפוז וטיפול בית לבין אשפוז אקוטי בבית שמבוצע ביזמות מקומיות בלבד.	בעיקר עבור אוכלוסיית הקשישים - נועד למניעת אשפוזים.	תהליך המיון והאבחון נעשה לרוב בבית המטופל. שירותי טיפול רפואי וסיעודי בליווי שירותי הקהילה, רווחה ונפש.	בשל מחסור באנשי צוות מתקשים לעמוד במשימת הטיפול.
ארצות הברית	הרחבה משמעותית - החל משנת 2020.	מופעל על ידי בתי חולים . במימון Medicare .	מגוון רחב מאוד של מחלות ומצבים רפואיים כחלופת אשפוז למחלקות כלליות/פנימיות.	תהליך הקבלה וההפניה נעשה בבית החולים (מיון או מחלקה). ליווי של 24/7 על ידי צוות רפואי סיעודי בביקור יומי וזמינות טלפונית של מוקד חירום. כל השירותים והטיפולים ניתנים בבית המטופל. נעשה תהליך בקרה לאיכות ובטיחות מובנה על ידי רגולציה.	בתי החולים, רובם ככולם, חברו לחברות Homecare ואף חברות לוגיסטיקה כך שהפן הרפואי באחריותם, אך אנשי הצוות המבקרים בבתי והפן הלוגיסטי מנוהל על ידי חברות הפרוסות בקהילה מראש ומתמחות בכך. התחום מאוגד בקבוצה הנקראת HaH Users Group .

ד. סקירת תוצאים להערכת אשפוז בית חרף

איכות הטיפול

בסקירות שיטתיות נרחבות (Meta analysis) ובסקירות קוקריין נמצא, כי תוכניות טיפול בבית מספקות תוצאות באיכות דומה, ואף טובה יותר, בהשוואה לטיפול רגיל באשפוז במסגרת בית חולים, ללא הבדלים מובהקים בתוצאי הבריאות בין השיטות השונות [3,12,20,45,46]. אשפוז בית מאפשר מתן טיפול בביתו של המטופל כחלופה לאשפוז המקובל בבית חולים ובאותה רמת טיפול נדרשת. לפיכך, זהו שירות המאפשר את הגדלת היכולת של מערכת הבריאות לטפל באוכלוסייה [12,20,43]. עם זאת, קיימים **אתגרים המצריכים היערכות**, ואשר עלולים לפגוע באיכות הטיפול בשל המאפיינים הייחודיים לטיפול בבית במצבים חריפים, כדוגמת פגיעה אפשרית בשרשרת התמיכה הטכנית והספקת הציוד אשר עלולים לא להגיע בזמן, או שינוע של ציוד שאיננו מתאים או לא מועיל למטופל [43]. כמו כן, מיומנות אנשי צוות אשר לא הוכשרו למתן טיפול ייעודי למצבים חריפים בבית המטופל עלולה לפגוע באיכות הטיפול [44].

משך האשפוז ואשפוזים חוזרים - מחקרים מרובים ובהם מחקרי מטה - אנליזה, RCT, וסקירות קוקריין, אשר בחנו תוצאי אשפוזים חוזרים ופניות חוזרות למיון של אנשים במגוון גילאים ומחלות, מצאו כי אנשים אשר שהו במסגרת אשפוז בית חרף שהו פחות זמן באשפוז [32,37], והגיעו פחות לאשפוזים חוזרים [32,47-49], ולחדרי מיון [32,50].

מחקר RCT של פדרמן (2018) [32] שבוצע בארצות הברית, ומהווה את המחקר הגדול ביותר לבדיקת איכות הטיפול במסגרת אשפוז בית חרף (כ-500 מטופלים), מצא כי במסגרת אשפוז הבית נצרכו פחות ימי אשפוז ושיעור האשפוזים החוזרים והפניות למיון היו נמוכים יותר לעומת מסגרת האשפוז בבית החולים. שיעורי התמותה שלושה חודשים ושישה חודשים לאחר האשפוז היו דומים לאלו בבית החולים [32,33,46,47].

מחקר ה-RCT של ליון (2020) [17], אשר השווה בין מאושפזי בית למאושפזי בית חולים בארצות הברית, הדגים כי מאושפזי הבית היו נייחים יותר ושהו פחות זמן במיטתם (12% לעומת 23% לעומת מאושפזי בית החולים). עובדה זו עשויה להשפיע על הסיכוי של אדם להתאושש לאחר אשפוזו, לתפקד באופן עצמאי ולהימנע מסיבוכי שכיבה כגון פצעי לחץ, דלקות ריאות ושתן וסיכון לנפילות חוזרות ובכך

להפחית אשפוזים חוזרים ופניות למיון [17]. גם מחקרה של מגידו (2021) [51] אשר נערך בישראל והשווה בין אנשים באשפוז בית חרף לבין מטופלים בבית חולים, מצא ממצאים דומים לגבי הסיכון לאשפוזים חוזרים ופניות חוזרות למיון.

בטיחות הטיפול

מסגרת אשפוז הבית שונה מזו שבבית החולים ומאתגרת - עבור הצוות המטפל המורגל בתמיכה, בקבלת החלטות ובעבודה בצוות רב-מקצועי; עבור המטופלים הנדרשים לאחריות ואוטונומיה בקבלת החלטות; ועבור בני המשפחה הנדרשים לקבלת החלטות, לאחריות על ניטור המטופל ומתן הטיפול בביתו [52]. כל זאת על אף הליווי הצמוד של צוות רפואי וסיעודי בביתם [53]. השירות טומן בחובו אתגרים אתיים וחוקיים, בין השאר לגבי תחום האחריות ובטיחות הטיפול במטופל [12,54].

עם זאת ולמרות אתגרים אלו, לא נמצא במחקרים נרחבים כי שיעור האירועים החריגים בתחום בטיחות הטיפול גבוה באשפוז הבית בהשוואה לאשפוז בבית החולים. זאת ועוד, מספר מחקרי RCT מצאו כי שיעור האירועים החריגים היה דומה ואף נמוך יותר בקרב מאושפזי הבית - לא נצפו פינויים לחדר מיון בעקבות מצב חירום, נפילות [23,36], לא היו טעויות במתן תרופות ונצפו פחות זיהומים נרכשים. זאת בהשוואה לאשפוז בבית החולים בו נצפו מספרים דומים או גבוהים יותר של אירועי בטיחות חריגים ויותר אירועים של טעויות במתן תרופות [23].

עמדת אנשי הצוות אינה חד משמעית לגבי בטיחות הטיפול בבית. מחקר אשר בדק במסגרת שאלונים את חווית הטיפול של אנשי צוות מצא כי הם סבורים שהמטופל אומנם פחות חשוף לזיהומים נרכשים בעת קבלת טיפול בביתו, אך חלקם סברו כי היעדר ניטור זמין כל שעות היממה עלול להוות חסרון ולפגוע בבטיחות הטיפול [37,48]. כמופיע מעלה בסקרים המקדימים שביצענו לכנס, **הרופאים בישראל (רופאי משפחה ופנימית) תופסים את אשפוז הבית כאתר טיפולי בטוח יותר מאשר ביה"ח (לעומת ממצאי סקר הציבור).**

החשש לבטיחות הטיפול במטופל במסגרת טיפול הבית השפיע בארה"ב על יצירת התשתית הרגולטורית להפעלת שירותי אשפוז בית, הכוללת נחיצות זמינות של צוות רפואי מתאים (מוקד חירום) לבית המטופל תוך 30 דקות, תשתית להעברת מידע באמצעות דיווח רציף המשותף לכלל אנשי הצוות והקפדה על ליווי פרטני וקבוע במסגרת אשפוז הבית המאפשרת קביעת קדימויות טיפול אשר יקדמו את בטיחות הטיפול [43].

ברור כי **בחירה נכונה (קריטריונים של Exclusion-ו Inclusion)** עבור המטופלים המתאימים לקבלת טיפול במסגרת אשפוז בית חייבת לכלול הגדרות המתייחסות לחומרת מצבו של המטופל ולמידת יציבותו הקלינית, כך שמחד יפיק תועלת מטיפול ביתי חליף-אשפוז, אך מאידך, יכולות אשפוז הבית יהיו הולמות למצבו ומבלי לסכנו בטיפול שאינו מיטבי העלול להוביל לסיבוכים שונים.

שביעות רצון המטופל - רווחתו ותפקודו

מחקרו של שפרד (2016) [12], אשר ביצע מטה-אנליזה על מחקרי RCT בלבד, מתאר יתרון יחסי לאשפוז בית בהשוואה לאשפוז בבית חולים בנוגע לאיכות החיים של המטופל ושביעות הרצון שלו, בעיקר בזכות הקשר עם הצוות המטפל במסגרת אשפוז הבית. שפרד וגונקלווס [33,12] הראו במחקריהם כי לאשפוז הבית תרומה לרווחתו של מטופל ולאיכות חייו גם לאחר סיום תקופת הטיפול. מחקרים אחרים העלו כי המטופלים ביטאו תחושת שביעות רצון גבוהה יותר ממהלך האשפוז באופן כללי [55,48,46,45] ושביעות רצון גבוהה יותר מאיכות השירות הניתן והערכתו כמכבד יותר [56,48] מטופלים במסגרת אשפוז בית תיארו את סביבת הטיפול כנוחה, נעימה ופחות מסוכנת עבורם [56].

איכות החיים ורווחתו של המטופל נבדקה במחקרים שונים באמצעות היכולת של המטופל לתפקד באופן עצמאי במהלך תקופת האשפוז ואחריה. נמצא כי בקרב מאושפזי הבית ניכר שיפור במיומנויות עצמאות בתפקוד יום יומי ושימוש באביזרים לתפקוד וטיפול עצמי (כגון - שימוש בטלפון, אביזרי בישול, מכונת כביסה וכו') (IADL - instrumental Activity of Daily Living) בהשוואה לתקופה שקדמה לאשפוז. לא נמצא הבדל ביכולתו של האדם לטיפול עצמי ותפקוד במשימות יום יומיות (כגון הלבשה, רחצה, אכילה עצמאית וכו') (ADL) [46,5]. מצב זה, בין השאר, השפיע על סיכוי גבוה יותר של המטופלים להמשיך ולהישאר בביתם, בקהילה, במהלך ששת החודשים לאחר סיום תקופת האשפוז, במקום במסגרת מוסדית [33,12].

מחקר אשר בדק אשפוז בית חריף לאנשים עם דמנציה שאושפזו בגלל מצבים שונים כגון - דלקות ריאות, פצעים, התלקחות של מחלות כרוניות וכו' הראה כי בקרב מאושפזי הבית היו פחות דיווחים על הפרעות שינה, אי שקט ותוקפנות. הם ציינו כי המטופלים עם הדמנציה באשפוז הבית שמרו על יכולתם לאכילה עצמאית בהשוואה לאנשים עם דמנציה שאושפזו בבית חולים [12].

בני משפחת המטופל באשפוז בית

כמעט בכל מסגרות הטיפול הביתי קיימת המלצה לנוכחות אדם קרוב (בן משפחה, חבר או שכן). תפקיד בן המשפחה הולך וגדל [57] ונוכחותו חיונית לאיכות הטיפול בבית. הפחתת הנטל על בן המשפחה חיונית לשמירת יכולתו לשאת לאורך זמן בטיפול ובדאגה לרווחתו של בן משפחתו החולה, אולם יש בכך גם כדי להשפיע כאמור על בריאותו ורווחתו שלו עצמו [58].

בן המשפחה השווה עם המטופל באשפוז בית חווה עומס הנובע מריבוי משימות, הכללות משימות אינסטרומנטליות, משימות טיפול אישי-בסיסי ומשימות של תיאום טיפול. תפקידו של בן המשפחה מורכב והוא גם נדרש למעקב רציף אחר מצב המטופל בהיעדרם של אנשי הצוות וכן משמש גורם מקשר בין צוות טיפול הבית וצוות בית החולים. למול זאת, בני משפחת המאושפז דיווחו על תחושות קושי וחרדה המלווים אשפוז בבית חולים [59]. בסקרים המקדימים לכנס, גם הקהל וגם הרופאים העריכו כי הנטל המוטל על בני משפחת המטופל גבוה יותר באשפוז בית לעומת אשפוז בבי"ח. אומנם בחלק מהעבודות הקיימות לא נמצאו הבדלים משמעותיים בתחושת הקושי והנטל המוטל על בני המשפחה של המטופל בהשוואת אשפוז בית לאשפוז בבית חולים, אך ברובן **בני המשפחה ביטאו סה"כ שביעות רצון גבוהה יותר מהטיפול במסגרת הבית** [49].

עלויות טיפול באשפוז בית בהשוואה לאשפוז במסגרת בית חולים

במרבית המחקרים, כולל מחקרי מטה אנליזה ומחקרים מספריית קוקריין, נמצא כי **עלויות הטיפול בבית דומות להוצאות האשפוז בבית חולים עם יתרון קל עד בינוני לאשפוז הבית** [61,60,47,17,12,3].

המחקרים התומכים בצמצום עלויות גורסים כי מתן טיפול במסגרת אשפוז בית חריף מהווה הזדמנות לחסכון בעלויות [63,62,17], הנובע בין השאר משינויים שמתחוללים גם לאחר אפיזודת האשפוז. הממצאים מראים כי שיעור המעבר למסגרת סיעודית נמוך פי 6 בקרב מאושפזי הבית בהשוואה למאושפזי ביה"ח. זהו מקור לחסכון עקיף משמעותי [48], כמו גם תוצאי בריאות טובים יותר בעקבות אשפוזי הבית, שמפחיתים עלויות בטווח הרחוק [61]. גם הפחתת הפניות החוזרות למיון (ירידה של 52%) ו/או לאשפוזים חוזרים (ירידה של 64%) בעקבות אשפוז הבית מפחיתה עלויות [50,17]. מחקרי מטה-אנליזות נוספים מדגימים כי האשפוז עצמו במסגרת הבית

מהווה חסכון משמעותי למערכת הבריאות, הנובע מקיצור משך האשפוז [47] והפחתת בדיקות [61,17]. עקב כך, מחקרים שונים מדגימים חסכון של 20%-70% בהשוואה לאשפוז בבית חולים [61,47,38].

במטא-אנליזה שערכה השוואה בין אשפוז בית לבין אשפוז חריף בבי"ח כללי נמצאה הפחתה בעלויות של שירותי אשפוז בית לעומת אשפוז כללי ב-32 מתוך 34 המחקרים שסיפקו מידע, כאשר הירידה הממוצעת עמדה על 26.5% בעלות לאשפוז. עם זאת, קיימת שונות גדולה מאד בין סוגי השירותים השונים, בדגש על שונות בין אשפוז שדורש צוות רב-תחומי, לבין אשפוז שדורש צוות רפואי מצומצם - ולעיתים רק מעקב של אחות. על כן, בבחירת שירותי אשפוז הבית שיש לפתח, יש להתחשב בין השאר בעלות האשפוז המסוים בבית החולים אל מול האשפוז בבית [64,65]. יש לציין כי מחקרים אחרים לא הדגימו חסכון ומצאו כי מחיר האשפוז דומה ואף גבוה מעט באשפוז בית חריף בהשוואה לאשפוז בבית חולים [55,17,5].

גם בישראל לא קיימת הסכמה חד משמעית לגבי הוצאות אשפוז הבית בהשוואה לאשפוז בבית החולים, אולם כמעט ולא קיימת ספרות מדעית המתקפת מידע זה. במחקר שנערך על אשפוזי בית במכבי בריאות, ומוצג בעבודת הדוקטורט של מגידו [58], נמצא כי העלויות היו נמוכות באופן מובהק מאלו של קבוצת הביקורת (אשפוז בבי"ח), בעיקר לאור מספר ימי אשפוז נמוכים יותר. מחקר אחר אשר תומך בממצאים אלו בוצע בכללית על ידי יעקב ואח' [66]. במסגרת המחקר נבדקה המשמעות הכלכלית של הפסקת תוכנית אשפוז בית לאנשים זקנים, מטופלי שירותי בריאות כללית באזור ירושלים. בעקבות סגירת השירות, עלה שיעור האשפוז הן בבתי החולים הכלליים והן בבתי החולים הגריאטריים. סגירת השירות אמנם חסכה עלויות תפעול ואחזקה, אולם עלויות האשפוז שעלו בעקבות שינוי זה היו גבוהות פי 6 מהוצאות אלו.

תת-צוות 1 - "סיכום עד כאן"

א. סקירת התפתחות אשפוז בית חריף בישראל

נקודת המוצא המנחה את התפתחות שירות אשפוז הבית הינה: מי שאין הכרח בהימצאותו הפיזית בביה"ח וניתן להעניק לו שירות רפואי הולם למצבו מחוץ לביה"ח/בביתו - עדיף שכך יעשה. ההנחה מתבססת על היות ביה"ח אתר טיפולי עתיר עלויות, אשר השהות בו עלולה להיות כרוכה בסיכונים שונים. מכאן, שיש לוודא שתועלת השהות במסגרת האשפוזית עבור המטופל גוברת על הסיכונים האפשריים ואכן מצריכה את נוכחותו הפיזית בביה"ח. זוהי אמירה עקרונית וערכית, שנכון לדעתנו שתשמש **כמצפן לתכנון ולעדכון מודל הספקת השירותים במערכת הבריאות.** באופן זה ייווצר ערך הן למטופל, אשר יזכה לקבלת שירות רפואי הולם ונאות למצבו הרפואי תוך צמצום סיכוני שהות שאינה הכרחית בבי"ח, והן למערכת אשר תשתמש במשאביה המוגבלים באופן מושכל, כך שיכולות ביה"ח ימוקדו וימוצו עבור אוכלוסיית המטופלים שתפיק מהן את הערך הרב ביותר.

אשפוז בית חריף מהווה חלופה אשפוזית לבי"ח ומוגדר כטיפול מוגבל בזמן, הניתן על ידי צוות רפואי בבית המטופל עבור מטופלים הסובלים ממצב רפואי חריף הדורש אשפוז. מדובר בקבוצת מטופלים אשר "חולים מספיק" כדי להזדקק לאשפוז בבי"ח, אך מצבם הקליני יציב דיו כדי לאפשר את מתן הטיפול במסגרת אשפוז בית. מכאן, **שנדרשת הגדרה מדויקת ובחירה מושכלת של קבוצת המטופלים**, כך שינתן טיפול רפואי למטופלים במצב שהוא חליף-אשפוז (לצמצום שימוש תוספתי שלא לצורך במשאבי אשפוז הבית) מחד, אך לא יכללו בשירות מטופלים קשים/לא יציבים, אשר אשפוזם בבית עלול לסכן אותם, מאידך. לכן, השירות מיועד למצבים בהם נקבעה אבחנה/יש אבחנה משוערת בסבירות גבוהה מאד.

מטרות אשפוזי הבית כוללות מתן טיפול רפואי שאינו נופל באיכותו מטיפול בבית החולים, תוך הפחתה בסיבוכים רפואיים הקשורים בעצם האשפוז בבית החולים וצמצום האשפוזים בהם. שירותי אשפוז הבית החריף כוללים ליווי וטיפול רפואי אינטנסיבי הניתנים על ידי צוותים רב-מקצועיים בביתו של המטופל. במסגרת זו, מטופלים הזקוקים לאשפוז מאותרים לאחר אבחנה וטיפול ראשוני בחדרי מיון, במחלקות אשפוז, באמצעות רופא המשפחה או במוקדים בקהילה. לאחר החלטה על צורך באשפוז ומתן הטיפול הראשוני, מתבצעת הערכה בנוגע להתאמתו של

המטופל לאשפוז בית בהתאם לקריטריונים קליניים מובנים ועל פי התאמת הסביבה הביתית לטיפול זה.

את ניצני מגמת המעבר מאשפוז בבתי חולים לאשפוז בית ניתן לראות בעשורים האחרונים בתחומים שונים לרבות הוספיס בית, שיקום בית כחלופה לשיקום מוסדי וטיפול בחולים מונשמים בבית. מסגרות טיפול אלו מאפשרות למטופלים הזקוקים לטיפול רפואי אינטנסיבי לקבל את שירותי האשפוז בביתם במקום במסגרת מחלקת אשפוז מוסדית.

במהלך שנת 2014 פעלה במשרד הבריאות ועדה מקצועית שהוקמה במטרה לקדם את תחום אשפוז הבית, בהשתתפות נציגי קופות החולים. אמנם עבודת הוועדה לא הובילה לאסדרה של חלופת אשפוז הבית אך לא מן הנמנע כי תרמה להחלטת המשרד לפרסם את מבחני התמיכה לשיקום בית כחלופה לשיקום באשפוז (מאי 2016). זו הפעם הראשונה בה משרד הבריאות תמך בקונספט חלופת אשפוז בבית. ב-2014-2015 התקיימו דיונים בהשתתפות נציגי משרד הבריאות, נציגי בית החולים "שיבא" ושירותי בריאות כללית במטרה לקדם את נושא אשפוז הבית החרף על בסיס איתור פוטנציאל המטופלים מקרב הפונים למלר"ד או לאשפוז בשיבא. הדיונים לא הבשילו לכלל פיילוט.

באוגוסט 2015 הוצג נושא "בית החולים בבית" על ידי נציגי קופת חולים מאוחדת לסגן השר ליצמן, שהנחה את נציגי המשרד בדיון לקדם את הנושא במסגרת מבחן תמיכה ייעודי.

במרץ 2016 הובילה קופת חולים מאוחדת "כנס התנעה להקמת בית חולים בית בקהילה" במהלכו פעלו שלושה צוותי עבודה, שעסקו בשחרור חולים מאשפוז, בהעברה ישירה לאשפוז בית ממיון/מוקדים/רפואת משפחה ובהיבטי רגולציה. מסקנות עבודת הוועדות פורסמו בחוברת הכנס.

אשפוז בית חרף התחיל לפעול במתכונתו הנוכחית בישראל בדצמבר 2017 במסגרת שיתוף פעולה בין מכבי שירותי בריאות, המרכז הרפואי רמב"ם וצבר רפואה. במסגרת זו, אותרו מטופלים מתאימים לאשפוז בית במלר"ד או במחלקות הפנימיות והועברו להמשך אשפוז בביתם.

מבחן התמיכה ואמות המידה לאשפוז בית חרף

בנובמבר 2018 פרסם משרד הבריאות את מבחני התמיכה לקופות חולים המפעילות תוכנית לאשפוז בית (ילקוט הפרסומים 7978).¹ המבחנים הגדירו לראשונה את המסגרת הארגונית ואת אמות המידה המקצועיות במסגרתן יופעל השירות. המבחן הגדיר כי התמיכה תינתן בעבור "הפעלת מערך אשפוז בית **במסגרת הקהילה ובאחריות קופת החולים** כחלופה לאשפוז חרף בבית חולים לצורך מניעת אשפוזים וקיצור אשפוזים כאמור, שיפור איכות ובטיחות המטופל ושיפור חווית המטופל המאושפז".

אשפוז הבית כוון לאוכלוסיית מטופלים הסובלים ממחלות חריפות או מהחמרה במחלות כרוניות, שמצבם מחייב בשגרה אשפוז במחלקה פנימית. יחד עם זאת, המבחנים לא הגבילו את מגוון המצבים הרפואיים הנתמכים **ואפשרו פרשנות נרחבת בבחירת המטופלים בהתאם לשיקול דעת רפואי**. ככלל, הכוונה הייתה להתמקד באוכלוסיית מטופלים הסובלים ממחלות זיהומיות חריפות בעור ובמערכות הנשימה, השתן והעיכול וכן בחולי מחלת ריאות ולב כרונית הסובלים מהחמרה במצבם. המבחנים קבעו במקביל קריטריונים **המונעים את הכללתו של מטופל במסגרת אשפוז הבית בכללם**: מחלה שטרם אובחנה, סדרת מצבים קליניים ונפשיים המגדירים את המטופל כ"בלתי יציב" או כמי שקיים סיכון משמעותי להחמרה במצבו במהלך הטיפול בבית, וחוסר התאמה בהיבטים הסוציאלי או המשפחתי. הדרישה בעת הקבלה למערך הטיפול בבית כללה קבלת הסכמה מדעת בכתב למניעת מצב בו מטופל יאושפז בביתו בניגוד לרצונו ולהסכמתו.

המבחנים תמכו הן בקבלת מטופלים ממרפאות הקהילה והן מבתי החולים (מהמלר"דים וממחלקות האשפוז). התמיכה הוגבלה למטופלים שמשך שהותם בבית החולים קצר מ-72 שעות על מנת לעודד קליטת מטופלים כבר משלב שהייתם במלר"ד או לאחר השהייה/האשפוז הקצרים, ובכך להוות חלופה לאשפוז הפנימי (שמשכו כ-4 ימים) ולא אמצעי להארכתו. המבחנים כיוונו את קופות החולים להפעלת מערכי טיפול ברמה המחוזית וברדיוס נתון על מנת לאפשר הגעה פיזית לכלל המטופלים. כמו כן הוגדרו אמות המידות המקצועיות לתפעול המערך ובכללן:

1 ילקוט הפרסומים 7978, כ"ו בחשוון התשע"ט, 2018.11.4.

https://www.nevo.co.il/law_word/law10/yalkut-7978.pdf

החוזר הגדיר כהנחיה מקצועית לכלל מערכת הבריאות את העקרונות עליהם הושתת מבחן התמיכה מ-2018 והגדיר את אחריות קופות החולים למתן השירות בעצמן או על ידי מי מטעמן ובכלל זאת את תפקיד בית החולים כספק השירות. **באחריות קופות החולים לקבוע נוהל מקצועי** שיותאם לקליטת מטופלים במסגרות אשפוז הבית הן ממערכי הטיפול בקהילה (מרפאות ומוקדים) והן מבתי החולים (מלר"דים ומחלקות אשפוז) ויכלול התייחסות לנושאים הבאים:

- ◆ אמות מידה להכללת מטופלים על בסיס קריטריונים קליניים ואחרים.
- ◆ אופן איתור המטופלים, הפנייתם למערכי אשפוז הבית וקבלתם.
- ◆ אמות מידה למעקב ולטיפול ובכללם היבטי איכות, בטיחות ושירות.
- ◆ אופן שחרור המטופל והפנייתו להמשך טיפול בקהילה.
- ◆ היבטים הנוגעים למיומנות הצוות המטפל, הכשרתו ובקרת עבודתו.

הנוהל קבע מפורשות כי העברת מטופל מאשפוז בבית חולים למסגרת חלופת אשפוז בביתו מחייבת הסכמה הן של רופא בכיר בבית החולים, הן של מנהל המערך לאשפוז בית בקופת החולים והן של המטופל עצמו. מרגע שהמטופל שוחרר מבית החולים, האחריות על בריאותו והמשך הטיפול הנדרש הינם של קופת החולים. כלל הטיפולים המתבצעים במסגרת חלופת אשפוז בית לא יהיו כרוכים בהשתתפות עצמית מצד המטופל.

החוזר הטיל על קופות החולים המספקות את השירות את האחריות לקיום בקרות מקצועיות לאבטחת איכות ובטיחות הטיפול במסגרת אשפוז הבית. החוזר הרחיב וחיידד את אמות המידה המקצועיות הנדרשות במסגרת הפעלת מערך אשפוז הבית ובכלל זאת (וזאת בהקשר לצרכים שהתעוררו במהלך מגפת הקורונה) האפשרות לקיום תמהיל בין ביקורי רופא פיזיים לביקורי רופא וירטואליים על בסיס פרוטוקול טיפול קופתי.

אשפוז בית בקרב חולי COVID-19:

במהלך מגפת הקורונה התחדד הצורך באשפוז חולי COVID-19 בביתם לנוכח העומסים הכבדים על מערך האשפוז בבתי החולים. משרד הבריאות התנגד ככלל לאשפוז חולי קורונה שמצבם הוגדר כקשה במסגרת מערכי האשפוז בבית ובכלל זאת נוצרו סיטואציות שחייבו זאת:

1. קבלה רפואית וסיעודית תוך 4 שעות מהגעת המטופל לביתו.
2. הבאת הציוד הרפואי הנדרש לבית המטופל.
3. צוות מטפל אישי בהרכב רופא ואחות לכל מטופל.
4. ביצוע ביקורים פיזיים מדי יום ובכלל זאת במהלך סופי שבוע.
5. קיום כוונות רפואית וסיעודית שתאפשר בעת הצורך הגעה לבית המטופל מעבר לשעות הפעילות המקובלות.
6. חיבור המטופל למוקד רפואי זמין במהלך כל שעות היממה שיקיים קשר יזום עם המטופל ויוכל לנטר מדדים חיוניים מרחוק בעת הצורך.
7. נטילת בדיקות מעבדה בבית המטופל.
8. ביצוע ייעוץ רפואה מקצועית וטיפול מקצועות הבריאות בבית המטופל או תוך שימוש באמצעי רפואה מרחוק.
9. אחריות הקופה לנייד המטופל במידה וקיים צורך במערכי טיפול נוספים (כגון בדיקות דימות).
10. קיום רצף טיפולי בשחרור המטופל ממערך אשפוז הבית למרפאת הקהילה או ליחידה להמשך טיפול.

יום אשפוז בבית נתמך בסכום שהיה באותו זמן נמוך בכ-30% ביחס למחיר יום אשפוז בפנימיית (לאחר הנחה ממוצעת). נקבע כי לאחר 4 ימי אשפוז בבית יקטן משמעותית היקף התמיכה בעבור הימים הנוספים (עם הקלות ביחס לתושבי הפריפריה הגאוגרפית וקשישים שגילם מעל 80). כמקובל, הוקצה מיעוט מכספי התמיכה בשנת הפעילות הראשונה לטובת התארגנות והכנת התשתית התפעולית הנדרשת.

במהלך שנת 2021 פעל במשרד הבריאות צוות משרדי שנפגש עם כלל הגורמים הרלבנטיים במערכת הבריאות והגיש את המלצותיו לשר ולמנכ"ל. בינואר 2022 התפרסם חוזר חטיבת הרפואה 1/2022: "אמות המידה לחלופת אשפוז בבית לחולים הסובלים ממחלות חריפות"².

2 משרד הבריאות, חוזר חטיבת הרפואה, חוסר מספר 1/2022.
https://www.health.gov.il/hozer/mr01_2022.pdf

1. חולים שעל אף מצבם הרפואי שהוגדר קשה, סירבו להתאשפז בבתי החולים ונזקקו לליווי רפואי מוגבר במגבלות הסביבה הביתית.
2. חולים ששוחררו מאשפוז בבית חולים, אולם מצבם הרפואי בשחרורם עדיין חייב המשך טיפול בבית.
3. חולים שסבלו ממחלה פנימית, שהטיפול בה מתאפשר במסגרת אשפוז בית, שבמקביל חולים גם ב-COVID-19.

הנושא הועלה לדיון במסגרת דיוני הצט"ם בחציון השני של 2020 ובהמשך אף מונתה ועדה ייעודית לנושא (ועדת פרופ' בן יהודה) שהגישה המלצותיה בדצמבר 2020. נוהל משרד הבריאות "חלופת אשפוז בבית לחולי COVID-19"³, פורסם באוגוסט 2021 והגדיר את הנסיבות והתנאים לאשפוז חולי COVID-19 בביתם ואת המקרים בהם יש לאשפזם בבי"ח.

מבחן התמיכה הותאם גם לטיפול בחולי COVID-19 (בנוסף לחולים "הפנימיים") ואפשר את קיום הפעילות, שבאופן מעשי כמעט ולא הוגבלה עד אז בהיבט התקציבי.

אבן דרך רגולטורית משמעותית אחרונה בתחום הינה פרסום **חוק ההתחשבות בין בתי החולים לקופות חולים לשנים 2021-2025** (התחשבות בעד שירותי בריאות בבתי חולים ציבוריים כלליים), התשפ"ב⁴, שכוון לתמרץ את התפתחות תחום אשפוז הבית במספר מנגנונים כלכליים:

- א. "מחיר גלובלי" לרכש שירותים בפנימית (רצפה = תקרה): לעודד את בתי החולים לקצר אשפוזים במחלקות ולשחרר מטופלים למסגרות אשפוז בית.
- ב. אפשרות להפחתת תקרת הצריכה ברוטו בפנימיות במקרה של קיום הסכם בין קופת החולים לבית החולים לרכש שירות חלופת אשפוז בית בתמורה להפחתת התשלום בעד אשפוז בפנימית.
- ג. ריסון התוספת הריאלית לפנימיות בשנים 2022-2024, בהעדר הסכם בנושא אשפוז בית מול קופות החולים.

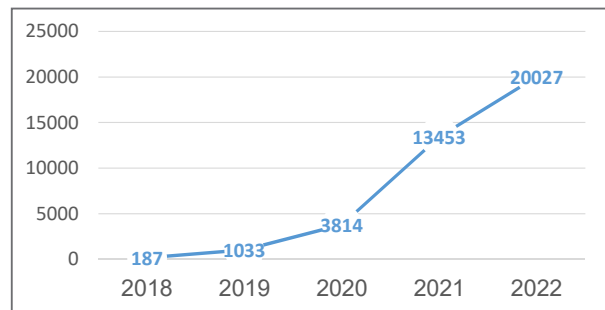
3 משרד הבריאות, חטיבת הרפואה. חלופת אשפוז בבית לחולי COVID-19. https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mk-731123221/he/files_regulation_mr-731123221.pdf

4 ס"ח 2932 התשפ"ב, 15.11.2021, (עמ' 20).

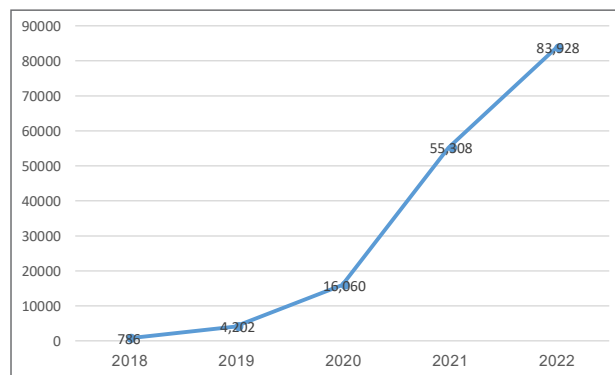
ב. היקפי פעילות מערך אשפוז הבית

מאז 2017 שירות אשפוז הבית החרף בישראל התרחב משמעותית ונכון להיום שירות זה זמין למבוטחי 4 קופות החולים. מספר אשפוזי הבית החרפים גדל משמעותית בשנים האחרונות וכעת מאושפזים במסגרת זו בכל רגע נתון כ-350 איש בפריסה ארצית ובכל ארבע קופות החולים. מספר אשפוזי הבית בכל קופה מושפע ממספר הנפשות, מאפייני האוכלוסייה ומדיניות הקופה. ב-5 השנים האחרונות אנו עדים להטמעה מהירה של שירותי אשפוז הבית בקופות, המתבטאת בעלייה חדה במספר האשפוזים ובסך ימי אשפוזי הבית.

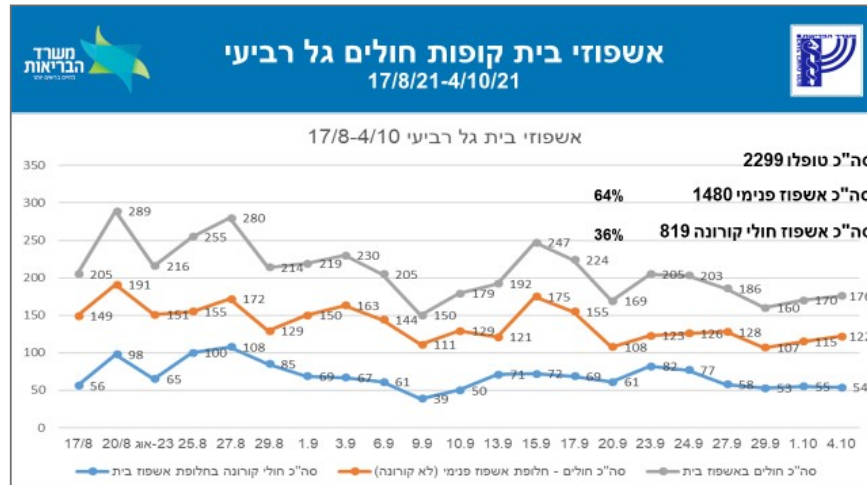
תרשים 2: מספר אשפוזי הבית במהלך השנים 2018-2022 על פי דיווחי קופות החולים



תרשים 3: מספר ימי אשפוז באשפוז בית במהלך השנים 2018-2022 על פי דיווחי הקופות



תרשים 4: אשפוזי בית בקופות החולים במהלך הגל רביעי



קיבולת מערכי אשפוז הבית המשיכה לגדול במהלך 2021 ובמהלך הגל הרביעי (8-10/2021) מספר מאושפזי הבית התקרב ל-300 במוצע ביום. שני שלישים מהם במסגרת חלופת האשפוז הפנימי ושליש במסגרת חלופת האשפוז במחלקות הקורונה.

תרשים 5: אשפוזי בית בקופות החולים במהלך הגל החמישי



קופות החולים מדווחות על אשפוזי הבית למשרד הבריאות בהתאם לדרישות מבחן התמיכה. כפי שניתן לראות בטבלה 2, סה"כ סכומי התמיכה גם הם צמחו אקספוננציאלית מאז יישומו של מבחן התמיכה ב-2018.

טבלה 2: מספר מטופלים, ימי אשפוז וסכומי התמיכה הכוללים מכלל הקופות - בהתאם לדיווח שהועבר לאגף פיקוח על קופות החולים במשרד הבריאות לצורך חלוקת כספי התמיכה (כולל אשפוזי בית "פנימיים", קורונה ומתן רג'רון בבית, שהוגדר כיום אשפוז)

שנה	מטופלים	ימי אשפוז	סה"כ תמיכה
2018	67	192	1,250,635 ש"ח
2019	1,197	4,015	5,870,942 ש"ח
2020	3,844	14,549	16,916,500 ש"ח
2021	12,742	51,353	60,921,710 ש"ח
חציון ראשון 2022 (ללא נתוני מאוחדת)	11,311	47,687	58,424,292 ש"ח

קופות החולים הצטרפו לפעילות בהדרגה החל משנת 2018 ובסוף שנת 2019 כל הקופות כבר התנסו בהפעלת השירות ונתמכו בהתאם. התנסות זו במתן השירות הביאה לצבירת ניסיון ובטחון בקרב מנהלים ומטפלים ברמות השונות. ניסיון זה בא לידי ביטוי עם פרוץ מגפת הקורונה ב-2020, כשהצורך להרחיב את מערכי השירות במהירות צמח על קרקע פורייה ולאור עקרונות מקצועיים ברורים. מספר מיטות אשפוז הבית במוצע יומי גדל מ-10 (ב-2019) ל-90 (ב-2020).

תרשים 6: אשפוז בית בכלל קופות החולים בטווח התאריכים 12/09/2022 עד 14/11/2022



בחלוקי הגל היקף אשפוזי הקורונה ירד לערכים דו ספרתיים נמוכים אולם סה"כ אשפוזי הבית המשיכו בגידולם המתמיד לערכים של סביב 350 מאושפזים ביום במהלך חודש ספטמבר 2022. נדגיש כי לכל צורך ועניין אנו מתייחסים ל-COVID-19 כאל מחלה נוספת, המטופלת במסגרת חלופת האשפוז הפנימי. תמונת המצב הנוכחית המתוארת בתרשימים הבאים הינה כי כללית מאשפזת 200-250 מטופלים מדי יום, מכבי מאשפזת כ-50-70 מטופלים ביום ולאומית מאשפזת במסגרות הבית כ-40 חולים ביום (נתוני האשפוז הפנימי של מאוחדת דווחו למשרד הבריאות עד ה-12/4/2022 ולכן אינם מתבטאים בגרפים שלהלן).

לסיכום: במהלך תקופת הזמן המתוארת נבנתה יכולת אשפוזית בבית בהיקף של כ-350 מיטות ביום, המהוות כ-8% ממיטות האשפוז הפנימי בישראל. במצבי עומס (כגון בעת התפרצות מגפה) ניתן להגדיל משמעותית את היקף אשפוז הבית, ולהקל באופן ניכר על מערך האשפוז בבתי החולים ואף למנוע קריסתו בעת עומס חריג, כפי שנוכחנו במהלך מגפת הקורונה.

במהלך גל הקורונה החמישי (1-2/2022) העפילו היקפי אשפוז הבית למספרים שנעו סביב 600 מטופלים בממוצע יומי (בשיא דווח על 634 מאושפזי בית), כאשר בשיא הגל המספר היומי של מאושפזי הקורונה השתווה למספר "מאושפזי הפנימית" (סביב 250-300 מכל קבוצה). עם חלוף הגל החמישי פחת בהדרגה מספר מאושפזי הקורונה אולם מספר "מאושפזי הפנימית" נותר יציב בערכים של 250-300 מטופלים ביום.

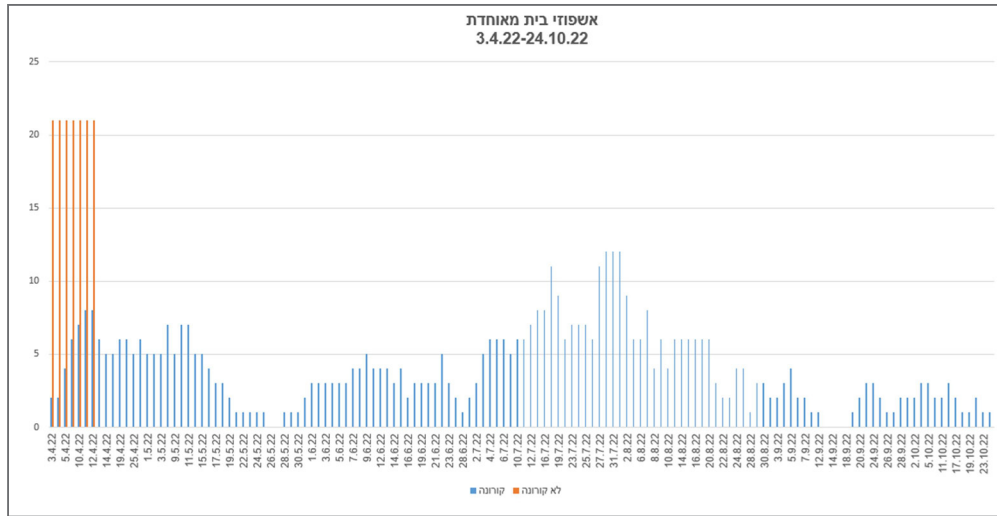
מעורבות חיל הרפואה של צה"ל בתחום אשפוז הבית במהלך הגל הרביעי והחמישי

במהלך גלי הקורונה הרביעי והחמישי הופעל חיל הרפואה של צה"ל לתגבור מערכי אשפוז הבית בקהילה. צוותי הרפואה של צה"ל פעלו בתיאום קופות החולים להספקת שירותי אשפוז בית לאזרחים. יכולת צוותי הרפואה של צה"ל בתחום אשפוז הבית במהלך הגל הרביעי לא נבחנה דיה, בעיקר עקב הפניית מטופלים מצומצמת מצד בתי החולים (על אף עומסי האשפוז). במהלך הגל החמישי התקבלו לטיפול צוותי חיל הרפואה 545 מאושפזי בית, מרביתם (515) חולים ב-COVID-19 והשאר במגוון מחלות "פנימיות". בשיא פעילותם (2/2022) טיפלו צוותי חיל הרפואה (חר"פ) בלמעלה ממאה חולים ביום וכך אפשרו הרחבה משמעותית של יכולת אשפוז הבית הלאומית, שעמדה באותו זמן על כ-500 מטופלים ביום. חיל הרפואה הוכיח את גמישותו ויכולתו כעתודה לאומית, המסוגלת בעת הצורך לחבור למערכת הרפואה הלאומית ולהוות מכפיל כוח.

אשפוזי הבית בקופות החולים מאוגוסט 2022 עד אוקטובר 2022

במהלך הגל השישי חלה שוב עליה בהיקף אשפוזי הבית לערכים של סביב 500 מטופלים ביום. בגל זה לא הופעל חר"פ והרושם היה כי הקהילה מתמודדת היטב עם הגידול בהיקף אשפוזי הבית ואינה נזקקת לסיוע.

תרשים 9: אשפוזי בית במאוחדת אפריל - אוקטובר 2022: (רק חולי COVID-19)
נתוני "האשפוז הפנימי" מוצגים בנפרד בחתך חודשי

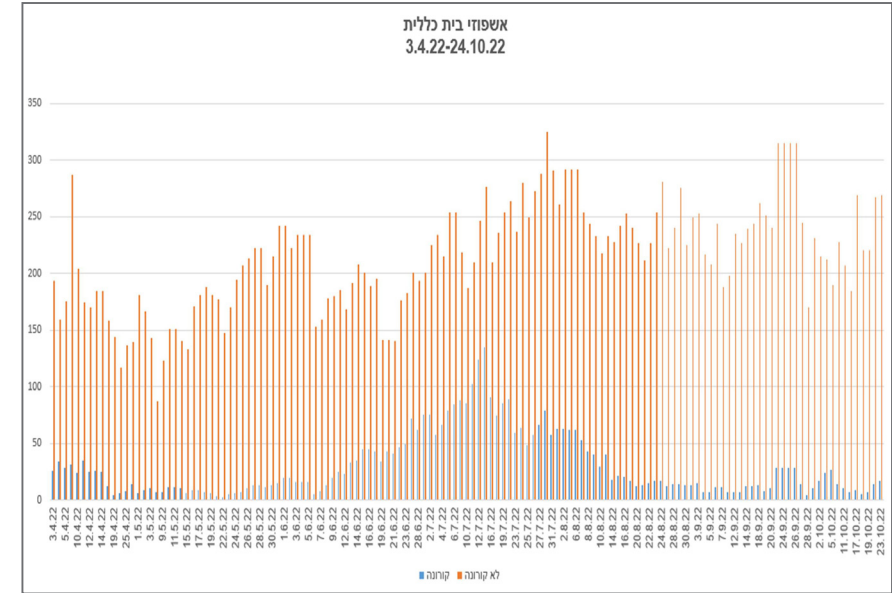


טבלה 3: נתוני האשפוז הפנימי מקופת חולים מאוחדת 2022

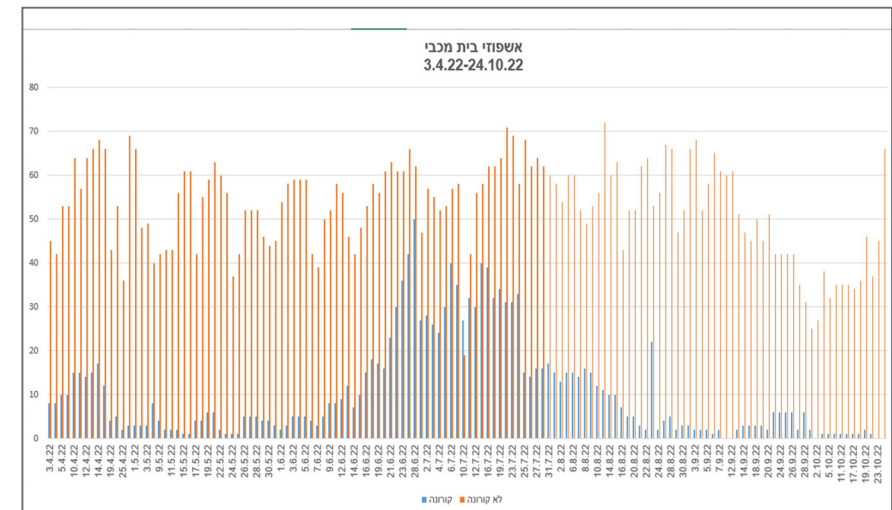
ינואר	פברואר	מרץ	אפריל	מאי	יוני	יולי	אוגוסט	ספטמבר	אוקטובר
77	100	114	63	74	100	91	110	105	81

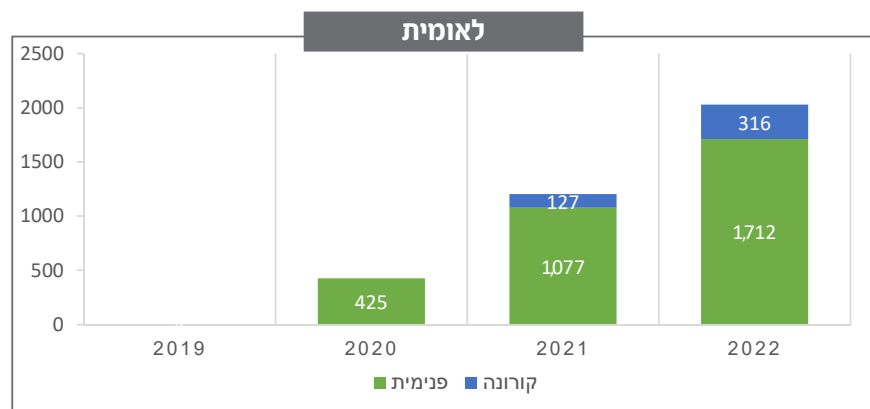
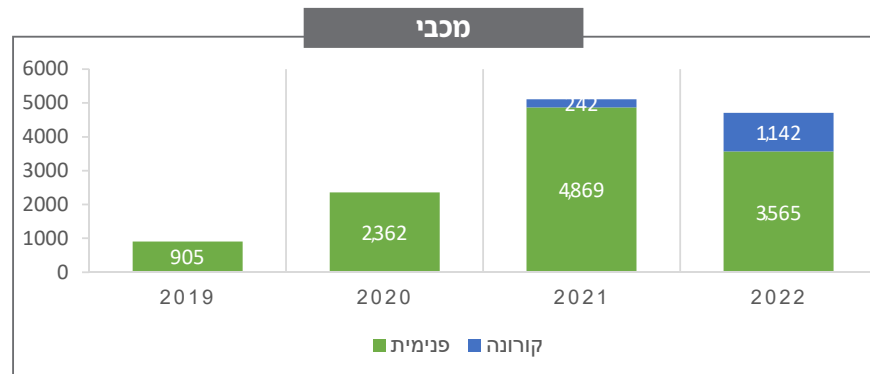
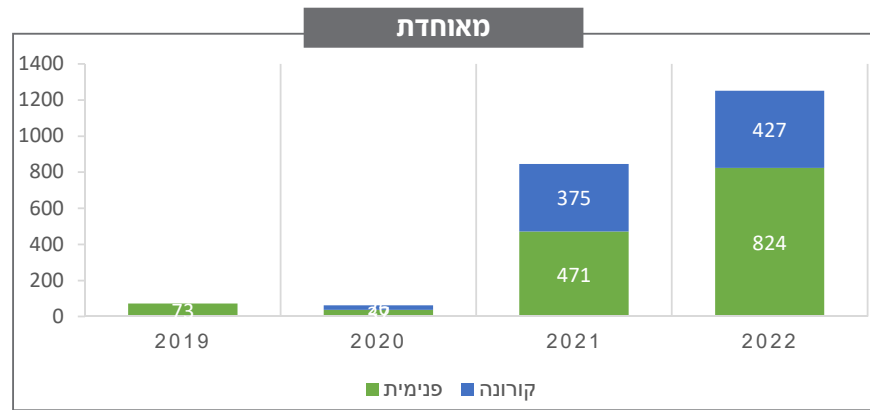
ממוצע יומי של כ-10-15 מטופלים ביום על פני עשרת החודשים המוצגים.

תרשים 7: אשפוזי בית בכללית אפריל - אוקטובר 2022: כ-200-250 מטופלים ביום במסגרות אשפוז בית

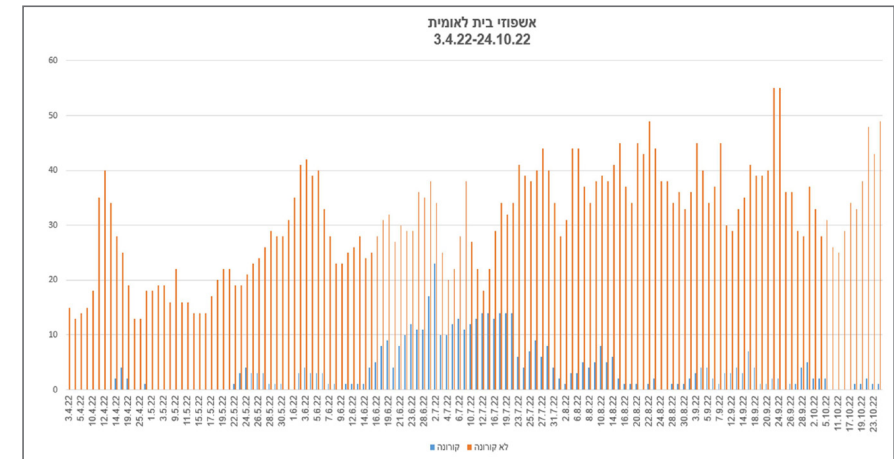


תרשים 8: אשפוזי בית במכבי אפריל - אוקטובר 2022: 50-70 מאושפזי בית

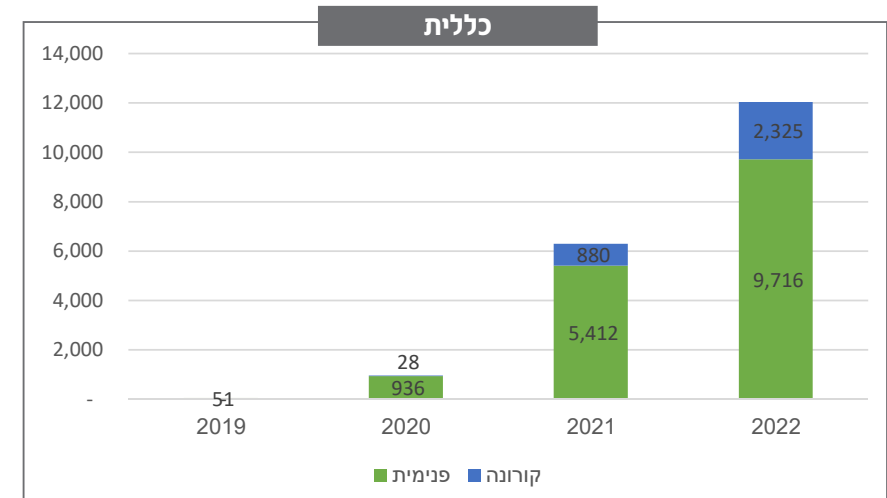




תרשים 10: אשפוזי בית בלאומית - מאושפזים סביב 40 מטופלים ביום



תרשים 11: מספר אשפוזי בית לפי קופה (לפי שנים)



משך אשפוז בית ממוצע, לפי קופה

משך האשפוז הממוצע במחלקה פנימית במדינת ישראל הוא 4 ימים. הנתונים שנאספו מ-4 קופות החולים מראים כי ממוצע האשפוז במסגרת אשפוז הבית החרף נע בין 3.4 ל-4.7 ימי אשפוז. בדומה להבדלים בין בתי החולים השונים במשכי האשפוז, ההבדלים במשכי האשפוז הממוצעים נובעים מגורמים מרובים הכוללים את מדיניות הקופה, עצימות הבקרה, מאפייני המטופלים והמודלים שבהם ניתן השירות.

תרשים 12: משך אשפוז בית ממוצע (2022)



יש לקחת בחשבון שנכון להיום, מספר ימי האשפוז במסגרת אשפוז בית חרף מחושב לפי מספר הימים הקלנדריים שבהם בוצעו ביקורי בית למטופל באשפוז, לרבות יום הקבלה ויום השחרור. זאת בשונה מחישוב ימי האשפוז בבית חולים כללי, שם יום אשפוז נספר בחצות הלילה. צורת חישוב שונה זו משקפת למעשה פער מלאכותי של יום "לרעת" אשפוז בית אל מול בית החולים. כך לדוגמה, אורך האשפוז של מטופל שהתאשפז מיום ראשון עד יום רביעי באשפוז בית ייספר כ-4 ימים, בעוד שאורך האשפוז של אותו מטופל בבית החולים ייספר כ-3 ימים בלבד.

ג. מאפייני המטופלים באשפוז בית

טבלה 4 מפרטת את מאפייני המטופלים באשפוז בית בשנת 2021 כפי שנמסרו על ידי קופות החולים. בדומה למחלקות הפנימיות בבתי החולים, גיל המטופלים החציוני באשפוז בית נע בין 74-78, כאשר מעל 70% מהמטופלים מבוגרים מגיל 60

ומעל שליש מהמטופלים בני 80 ומעלה. נראה כי שירותי אשפוז ממומשים גם בקרב האוכלוסייה החרדית והאוכלוסייה הערבית בישראל, אם כי דרושים נתונים נוספים על מנת להעריך את החדירה של שירות זה לאוכלוסיות אלו.

במסגרת עבודת מחקר שבוצעה בכללית אודות אשפוזי הבית במהלך חציון ראשון לשנת 2022, נמצא כי הגיל הממוצע של מאושפזי הבית היה גבוה יותר משל מאושפזי הפנימיות (70) וכי חלקם של מאושפזי הבית מקרב החברה הערבית היה נמוך יותר מחלקם בקרב מאושפזי הפנימיות. עוד נמצא כי בקרב מאושפזי הבית (שרובם המכריע הגיע לאשפוז בית מהקהילה) נמצא שיעור גבוה יותר של מטופלים אשר היו מרותקים לביתם; סובלים מדמנציה; מאבחנות בתחום בריאות הנפש; מאושפזים באבחנה ראשית של הידרדרות כללית במצבם והסובלים מדהירציה, לעומת מאושפזי הפנימיות. ממצאים אלו עשויים לשקף הבדל בסוג המענה הניתן במסגרת אשפוז בית לעומת מאושפזי הפנימיות.

שיעורי התמותה במהלך אשפוז הבית נמוכים (0.1%-1%) ושיעורי האשפוזים החוזרים תוך 30 יום (בבית חולים או במסגרת אשפוז בית) שנאספו במכבי ובכללית לשנת 2021 הינם 10.1% ו-10.0% בהתאמה. שיעורים אלו נמוכים משמעותית משיעור האשפוזים החוזרים במחלקות הפנימיות בישראל. מגוון המצבים הרפואיים המטופלים במסגרת אשפוז בית הינו רחב, אך נראה כי המחלות הזיהומיות השכיחות (צלוליטיס, זיהומים בדרכי השתן, דלקת ריאות) הן האבחנות המובילות ואחריהן מצבים של התלקחות מחלות כרוניות (CHF, COPD). יחד עם זאת, אשפוז בית מאפשר טיפול במצבים רפואיים רבים נוספים (חלקם מפורטים בטבלה 5 מטה).

טבלה 4: מאפייני המטופלים באשפוז בית לפי קופה - שנת 2021.

	כללית	מכבי	לאומית	מאוחדת
גיל ממוצע	72.5	70.5	69	68
גיל חציוני	78	74	75	N/A
אחוז נשים מכלל אשפוזי הבית	57%	50%	56%	N/A
אחוז ערבים	14.09%	4.30%	15%	20%
אחוז חרדים	8.14%	11.6	18%	26%

טבלה 4: המשך

פריסת גילאים - באחוז מתוך כלל המאושפדים

0%	1%	0.3%	0.5%	עד גיל 20
7%	9%	10.7%	8.6%	40-21
31%	16%	16.2%	13.3%	60-41
38%	40%	34.1%	35.4%	80-61
23%	34%	38.4%	42.2%	+80

אבחנות - אחוז מתוך כלל המאושפדים

N/A	N/A	30.31	19.9%	צלוליטיס
N/A	N/A	16.4	18.6%	UTI
N/A	N/A	7.45	9.7%	דלקת ריאות
N/A	N/A	7.23	8.9%	CHF Exacerbation
N/A	N/A	1.95	2.9%	COPD Exacerbation
N/A	N/A	36	40.1%	אחר
N/A	N/A	10.1%	10.9%	שיעור אשפודים חוזרים בטווח 30 יום משחרור מאשפוז בית (כולל אשפוז בבית חולים ואשפוז בית חוזר)

תמותה באשפוז בית

3	2	46	60	מספר מטופלים שנפטרו במהלך האשפוז
0.63	0.10%	0.89%	1.0%	אחוז פטירות מסך אשפוזי הבית

טבלה 5: אבחנות נוספות שטופלו במסגרת אשפוז בית חריף, לפי דיווחי הקופות.

Metabolic	Infectious
Dehydration	Mastitis
Electrolyte Imbalance	Decubitus Ulcer
Rhabdomyolysis	Tonsillitis
Diabetes	Infected Bronchiectasis
	Herpes Zoster
	Osteomyelitis
	Infectious Arthritis
Respiratory	Endocarditis
Asthma Exacerbation	Meningitis
Acute Bronchitis	Diverticulitis
	Gastroenteritis
	Cholangitis
	Sinusitis
Other	Bacteremia
Pain Management	Perianal Abscess
Hyperemesis Gravidarum	Epididymitis and Orchitis
Hypertension	Post Operative Wound Infection
Acute Kidney Failure	Fever and Neutropenia
IBD flares	Otitis

מרשימת האבחנות ניכר כי שירותי אשפוז הבית החריף נתנו מענה למגוון רחב של מצבים רפואיים כחלופה לאשפוז בבית החולים. בעוד שחלק גדול מאבחנות אלו טופלו עד כה באופן מסורתי במסגרת המחלקה הפנימית, אבחנות רבות אחרות הינן נחלתן של מחלקות אשפוז אחרות (כירורגיה, א.א.ג, נשים), בעיקר מחלות זיהומיות שהמענה הנדרש עבורן היה טיפול אנטיביוטי תוך-וריד.

ד. מסע המטופל - מקור הפניית המטופלים לאשפוז בית חרף

מטופלים מתאימים לאשפוז בית מאותרים בקהילה (רופא ראשוני או מוקד) או בבתי החולים (מלר"ד או מחלקות האשפוז) ומשם מועברים למסגרת אשפוז בית. מקור ההפניה לאשפוז בית כיום הוא בעיקר הקהילה. להלן התפלגות מקורות ההפניה לאשפוז בית בקופות השונות.

תרשים 13: מקור ההפניות מהקופות השונות - 2022



* נתונים בנוגע למקור ההפניה לא קיימים עבור קופת חולים לאומית

ניתן לראות כי כ-80% מאשפוזי הבית מגיעים ישירות מהקהילה וכ-20% בלבד מגיעים מבתי החולים.

הסיבות לפער זה מרובות ועשויות לכלול בין היתר:

1. מודעות גבוהה יותר לאשפוז בית של צוותים רפואיים בקהילה.
2. הסטה מוקדמת של רוב המקרים המתאימים ישירות מהקהילה לאשפוז בית.
3. שליטה טובה יותר של רופא/ת המשפחה בתהליך הטיפולי.
4. קשיים טכניים בהפניית המטופלים לאשפוז בית מתוך ביה"ח.
5. היעדר מוטיבציה של ביה"ח להפנות מטופלים לאשפוז בית/היעדר היכרות מספקת של צוותי בית החולים עם יכולותיו של שירות זה (פירוט בפרק הבא). אלו חסמי פעילות המצריכים בחינה מעמיקה בראי תכנון הרחבת הפעילות.

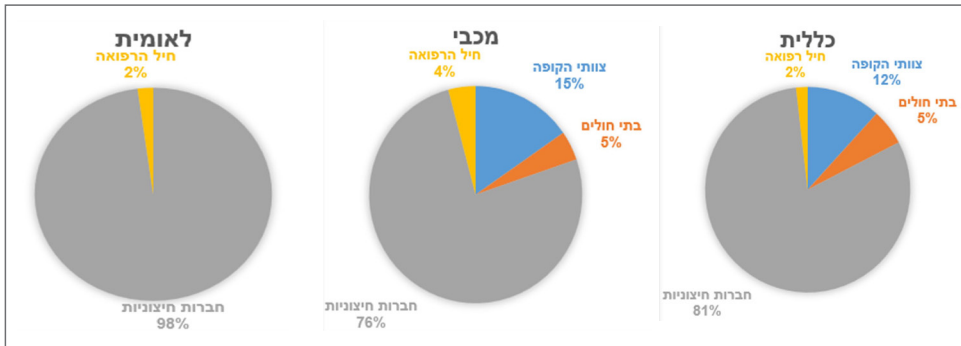
יחד עם זאת, בשנה האחרונה נצפתה עלייה בשיעורי ההפניות לאשפוז בית בחלק מבתי החולים המבצעים את אשפוזי הבית בעצמם או בשיתוף עם קופות החולים (בילינסון ואסותא אשדוד). **חלקם של מרבית בתי החולים בהפניית מטופלים מתאימים להמשך אשפוז בית בהפעלת גורמי הקהילה נותר נמוך מאוד.**

ה. מודלים להספקת השירות

משרד הבריאות הגדיר בחוזר חטיבת הרפואה 1/2022 - "אמות המידה לחלופת אשפוז בבית לחולים הסובלים ממחלות חריפות"⁵ כי **אשפוז הבית הינו מערך טיפולי המופעל באחריות קופות החולים**. זאת מתוך תפיסת עולם הגורסת כי במדינת ישראל כלל הטיפול בקהילה הינו באחריות קופות החולים. שירות זה הינו ציבורי וניתן למטופלים בהתאם להפניה רפואית וללא עלות. מתוך כך, ארבע קופות החולים מפעילות מערכי אשפוז בית חרף הפועלים ב-4 מודלים עיקריים של תצורות הפעלה:

1. חברות אשפוז בית - חברות פרטיות המספקות שירותי אשפוז בית לכלל הקופות.
2. צוותי אשפוז בית של קופות החולים (מודל In House).
3. בתי חולים המבצעים שירות אשפוז בית מלא (לדוגמה, בילינסון).
4. שיתופי פעולה בין צוותי קופת החולים לצוותי בתי חולים - צוותי רפואה מבית החולים, סיעוד ותפעול מקופת החולים (לדוגמה, אסותא אשדוד ומכבי מחוז דרום).

תרשים 14: תמהיל מבצעי אשפוז בית בשנת 2022, לפי קופה



* אשפוז בית חרף בקופת חולים מאוחדת ניתן על בסיס חברות חיצוניות בלבד.

5 ראה לעיל.

מנתונים אלו עולה כי החלק הארי של אשפוזי הבית החריפים בישראל (בין 76%-100) מתבצע כיום על ידי חברות פרטיות. חברות אלו הינן חברות אשפוז בית המספקות שירות רפואי במגוון תחומים לרבות הוספיס בית, שיקום בית, טיפול בחולים כרוניים ועוד אשר בשנים האחרונות לקחו חלק פעיל וחשוב בהקמת מערך אשפוז הבית החריף במדינת ישראל. במסגרת זו, החברות שר"ן וצבר-רפואה חולשות על שוק אשפוז הבית החריף ויחד מבצעות מעל ל-70% מכלל אשפוזי הבית החריפים במדינת ישראל. חברות נוספות כגון מעוז, ביקור רופא והום מדיקל הצטרפו לפעילות גם כן.

הסיבות לדומיננטיות של חברות אשפוז הבית הפרטיות כוללות, בין היתר, ניסיון רב בטיפול בחולים בביתם, פריסה ארצית של צוותים המבקרים בבתי מטופלים, מודלי העסקה גמישים ויעילות כלכלית. במצב הנוכחי, תעריפי יום אשפוז של הספקים החיצוניים נמוך ומרבית השחקנים הציבוריים (קופות החולים ובתי החולים) מתקשים להתכנס לתעריפים דומים.

בנוסף, קיימים מספר גופים המפעילים אשפוז בית חריף כשירות פרטי בתשלום (איכילוב HOME, שיבא BEYOND וחברות אשפוז בית פרטיות). מהנתונים שנאספו עד כה נראה כי בכלל מסגרות פרטיות אלו מטופלים מאות בודדות של מטופלים בשנה. כמו כן, מכיוון שהשירותים הפרטיים אינם נדרשים לעמוד באמות המידה לאשפוז בית של משרד הבריאות, תמהיל המטופלים במסגרות אלו שונה וכולל מטופלים רבים במצבים תת חריפים וכרוניים.

1. בתי חולים כמבצעי אשפוז בית

בעוד שלפי הנחיית משרד הבריאות אשפוז בית מבוצע באחריות קופות החולים, מספר בתי חולים השתלבו עד כה בפעילות אשפוז בית כמבצעי אשפוז בית בפועל (מעבר לשת"פ של העברת מטופלים לאשפוז בית ללא קשר לזהות הספק), המספקים את השירות לקופות החולים, באחת מ-2 צורות:

1. צוותים משותפים עם קופות החולים - צוותי רפואה מבית החולים וצוותי סיעוד ותפעול מקופת החולים המטפלים במאושפזי בית יחד (מכבי בשיתוף אסותא אשדוד, רמב"ם, שיבא ביונד).
2. צוותים אורגניים של בתי החולים - רפואה, סיעוד ותפעול כולם מבית החולים (בילינסון).

הרציונל מאחורי הקמת שיתופי פעולה אלו הינו חיזוק הקשרים בין בתי החולים לקהילה ושילוב החוזקות של שני הגורמים בטיפול במאושפזי בית - דהיינו, צוותי רפואה מבית החולים המנוסים בטיפול בחולים אקוטיים, יחד עם צוותי סיעוד מקופת החולים המנוסים בטיפול בחולים בביתם. להלן מספרי האשפוזים בכל אחד משיתופי הפעולה הנ"ל מאז השקתם.

טבלה 6: מספר אשפוזי בית המבוצעים במסגרת שיתופי פעולה בין בתי החולים והקהילה (2021-2022)

מספר אשפוזי בית	2021	2022 (עד סוף אוקטובר)
בילינסון	124 (מאוקטובר)	755
מכבי - אסותא אשדוד	26 (מאוקטובר)	139
מכבי - רמב"ם	121	64
מכבי - שיבא ביונד	20	2

במסגרת שיתופי פעולה, מאותרים חברי מכבי המתאימים לאשפוז בית במלר"ד ו־או במחלקות האשפוז. קבלה רפואית מתבצעת בבית החולים על ידי רופא אשפוז בית של בית החולים. המטופל מועבר להמשך אשפוז בביתו, שם מתבצעת לו קבלה סיעודית על ידי אחות מהקופה. ביקורי רופא בימים הבאים מתבצעים באופן מקוון או פיזית בבית המטופל בהתאם להנחיות משרד הבריאות.

מודל הפעלה המבוסס במלואו על צוות בית חולים יושם עד כה רק במרכז הרפואי בילינסון ובאגן הניקוז הגיאוגרפי שלו. מודל זה התחיל לפעול בסוף 2021 ובמסגרתו מטופלים מתאימים מאותרים במלר"ד ו־או מחלקות האשפוז ומועברים להמשך אשפוז בביתם עם ביקורים על ידי צוותי רפואה וסיעוד מתוך בילינסון.

1. מנגנוני בקרה באשפוזי בית

אשפוז הבית החריף בישראל מנוהל על ידי קופות החולים וזאת על פי החלטת משרד הבריאות. בכך מתאפשרת לקופות החולים מידה רבה יותר של שליטה ובקרה על הקבלה לאשפוז, איכות הטיפול ומשכו, וזאת בשונה ממעורבות הקופה בקבלת ההחלטות לגבי עצם האשפוז ולגבי הטיפול בחולה המאושפז בבית החולים. כיום קיימים מספר צמתים מרכזיים המאפשרים להנהלות אשפוז הבית החריף בקופות

לבצע בקרה על אשפוז הבית. מנגנונים אלו מנוהלים ומופעלים בצורות ועצמות שונה בקופות השונות.

1. **קבלה לאשפוז בית** - עם קבלת ההפניה לאשפוז בית (מהקהילה או מבית החולים) הנהלת אשפוז הבית בקופה בוחנת את התאמת המטופל לאשפוז בית בהתאם לקריטריונים שהוגדרו באמות המידה לאשפוז בית. במכבי ובכללית כ-20% מההפניות לאשפוז בית נדחות. הסיבות העיקריות לדחייה הן מצבו הקליני של המטופל (קשה מדי/קל מדי), תנאי אשפוז בית לא הולמים (לדוגמה, היעדר מטפל עיקרי) או מסגרת טיפול חלופית מתאימה יותר (לדוגמה הוספיס בית). זהו למעשה מנגנון טריאז' ו-Pre-Authorization שמטרתו לוודא כי אשפוז הבית ניתן רק למטופלים עבורם אין מסגרת טיפול מתאימה יותר.

2. **שקיפות ובקרה במהלך האשפוז** - במהלך אשפוז הבית תיעוד הביקורים מועבר לתיק המטופל בקופה, מה שמאפשר לצוותי הקופה לבצע בקרה בזמן אמת על איכות הטיפול ולהתערב במהלך הטיפול במקרים בהם נדרש שינוי.

3. **הארכת אשפוז** - בחלק מהקופות מופעל מנגנון שבו נדרש אישור מנהל רפואי בקופה להארכת אשפוז בית מעבר ל-3 ימים. כחלק ממנגנון זה, על הרופא המטפל במסגרת האשפוז בבית לנמק רפואית את הצורך בהארכת אשפוז הבית מעבר ל-3 ימים. במקרים בהם אין הצדקה להמשך האשפוז ו/או קיימת מסגרת טיפול חלופית מתאימה, המטופל משוחרר מאשפוז בית.

בקרת משרד הבריאות

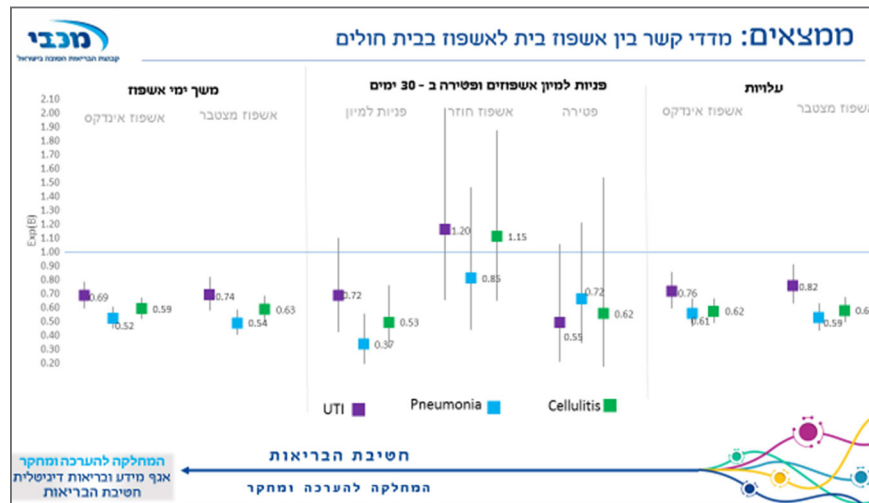
בקיץ 2021 בוצעו מספר בקרות של משרד הבריאות על מערכי אשפוז הבית של קופות החולים כחלק מההיערכות לחורף ולגל הרביעי של הקורונה. **הוכן כלי בקרה לתחום** ומתוכננת הכללת הנושא במסגרת הבקרות הסדירות שמקיים משרד הבריאות על מחוזות קופות החולים (לציון כי בקרת הטיפול במחלקות הפנימיות מתבצעת במסגרת הבקרות המקבילות שמקיים משרד הבריאות בבתי החולים). בתחילת שנת 2022 הוחלט במשרד הבריאות על **ביצוע מבדק איכות לספקי אשפוז בית** - מנהל איכות גיבש את צוות המבדק, העוסק בימים אלו בניסוח השאלון על בסיסו יתבצע המבדק במהלך החציון השני של 2023.

לסיכום, אשפוז הבית החריף בתצורתו הנוכחית היום מאפשר לקופות החולים רמות מעורבות ובקרה גבוהות בהחלטה על קבלת המטופל לאשפוז, מהלך האשפוז ומשך האשפוז.

ח. מדדי הערכת איכות הטיפול וסקרי שביעות רצון

בכדי לבדוק את איכות הטיפול במסגרת אשפוז בית בישראל בוצעו עבודות על ידי קופות חולים כללית ומכבי, שבחנו פרמטרים שונים הנוגעים לתוצאי הטיפול באשפוז בית. **במכבי בוצע מחקר רטרוספקטיבי case-control** שהשווה תוצאים של מטופלי אשפוז בית בשנים 2019-2020 לקבוצת ביקורת של מאושפזי ביי"ח עם אותה האבחנה ועם מאפייני רקע דומים. תוצאות המחקר הדגימו משך אשפוז קצר יותר עבור מטופלים באשפוז בית, ממוצע ימי אשפוז מצטבר ב-30 יום נמוך יותר, מגמה של פחות פניות חוזרות למיון תוך 30 יום ועלויות נמוכות יותר עבור מטופלים באשפוז בית. לא נמצאו הבדלים מובהקים בשיעור האשפוזים החוזרים והפטירות.

תרשים 15: השוואת תוצאים ועלויות בין אשפוז בית לאשפוז ביי"ח (2019-2020) - מכבי



בעבודת מחקר שבוצעה בכללית עבור מטופלים שאושפזו בבית במהלך החציון הראשון של 2022 הושו תוצאי האשפוז של 3,120 מטופלים למספר דומה של מאושפזי ב"ח, אשר עברו התאמה (Matching) למשתני גיל, מין, עומס תחלואת רקע, מחוז מגורים ואבחנה ראשית באשפוז.

תרשים 16: השוואת תוצאים בין אשפוז בית לאשפוז בפנימיות (חציון 1 - 2022) - כללית



בקרב משוחררים מאשפוז בית נמצאו שיעורים נמוכים יותר של ביקורים ברפואה ראשונית ופניות למלר"ד בחודש שלאחר האשפוז. לא נמצא הבדל מובהק בסיכון לאשפוז חוזר (גם לאחר ביצוע ניתוח מודל רב-משתני לאשפוז חוזר).

לסיכום, שני מחקרים אלו מדגימים כי **צריכת שירותי הבריאות נמוכה יותר לאחר אשפוז בית לעומת זו שלאחר אשפוז במחלקה פנימית וללא הבדל בשיעורי אשפוזים חוזרים**. חשוב להדגיש את מגבלות העבודות - נוכח היותן רטרוספקטיביות, הרי שקבוצת מאושפזי הבית שונה מהותית מקבוצת מאושפזי הפנימיות בדרגת האקוטיות של מצבה הקליני (שלאורה אושפזה בבית חולים). למרות ביצוע זיווג בין המטופלים לטובת ההשוואה, לא ניתן לקבוע ולתקן את דרגת החומרה של המחלה האקוטית שהובילה לאשפוז. זהו מרכיב משמעותי המבדיל בין הקבוצות השונות ועשוי להשפיע על תוצאות עבודות אלו.

ט. סקרי שביעות רצון

בסקר שביעות רצון שבוצע בכללית וכלל 400 מאושפזי בית, 90% מהנשאלים דיווחו כי הרגישו בידיים טובות ו-89% מהנשאלים דיווחו כי הם מעדיפים אשפוז בית על אשפוז בבית חולים. סקר טלפוני שבוצע במכבי בקרב 101 מטופלים באשפוז בית או מטפליהם העיקריים בשנת 2022 מצא כי מעל ל-90% מהנסקרים דיווחו על שביעות רצון גבוהה מהטיפול והשירות באשפוז בית. 95% מהנסקרים היו ממליצים לחבר או בן משפחה לבחור באשפוז בית במקרה הצורך ורק 8% ציינו כי במקרה של בעיה דומה בעתיד היו מעדיפים להתאשפז בבית חולים. מאחר וההפניה לאשפוז בית מתבססת על הערכה ואבחנה רפואית המתבצעת על ידי הרופא ועמדוניהם והיכרותם של רופאים עם שירות אשפוז הבית מהווה מפתח לביסוס והרחבת השירות, בוצע במכבי סקר טלפוני בקרב רופאי משפחה שהפנו מטופלים לאשפוז בית. 93% מהרופאים המפנים היו מרוצים מאוד מאשפוז הבית ו-87% מהם בטוחים שיפנו מטופלים נוספים לאשפוז בית בעתיד.

לסיכום, הנתונים מדגימים שביעות רצון גבוהה ביותר מאשפוז בית הן בקרב מטופלים ובני משפחותיהם והן בקרב הרופאים המפנים לאשפוז בית.

י. חלופיות/תוספתיות

האם ובאיזה אופן השפיעה התרחבות אשפוז הבית החריף בישראל על תפוסת האשפוז במחלקות הפנימיות ועד כמה שימשה כגורם חליפי עבור מערך האשפוז?

קיום החלופיות לאשפוז בבי"ח ומידתה הינן חשובות לשם הבנת משמעויות "כלכלת הבריאות" של שירות אשפוז-הבית. יש לזכור כי חלק מהערכים המתקבלים מהשירות אינם ברי-כימות בצמצום מספר אשפוזים בבי"ח בלבד, כי אם גם בצמצום משך שהייה והמתנה לאשפוז במיון, הפחתת עומס במחלקת האשפוז וכן ערכים נוספים בעלי ערך למטופל המאושפז בבית ומשפחתו, אף שאינם מתבטאים בירידה חופפת במלואה במספר האשפוזים בביה"ח. לצורך דיון בשאלה ראוי לבחון מספר נתונים מהשנים האחרונות, שרוכזו והופקו על ידי אגף המידע של משרד הבריאות ומתארים את עולם המחלקות הפנימיות:

טבלה 7: מספר המיטות הפנימיות בתקן 2015-2022

מיטות פנימיות בתקן								
2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	
3,829	3,850	3,850	3,867	3,859	3,866	3,802	3,802	מספר מיטות
*195	301	272	328	320	312	314	317	קבלות (אלף)
*770	1,193	1,095	1,377	1,374	1,368	1,385	1,384	ימי אשפוז (אלף)
*4.0	3.9	4.0	4.2	4.3	4.4	4.4	4.4	שהייה ממוצעת
*31	30.2	29.4	27.3	26.4	25.3	24.6	24	אחוז אשפוזים קצרים
	7.5	7.6	7.8	8.1	8	7.9	7.9	אחוז אשפוז חוזר שבוע
	18.5	18.9	19.5	19.8	19.8	19.7	19.7	אחוז אשפוז חוזר חודש
85	85	77	98	97	98	99	99	אחוז תפוסה בתקן

*נתוני 2022 הינם נתונים חלקיים על הדיווחים שנאספו עד כה במשרד הבריאות.

הנתונים בטבלה אינם כוללים את תקני מיטות הפנימיות מוגבר (מתוך הנחה שמטופלי "הפנימית מוגבר" אינם קהל היעד הרלוונטי לחלופת אשפוז הבית). אחוז האשפוזים הקצרים כולל גם מאושפזים במיטות פנימיות מוגבר.

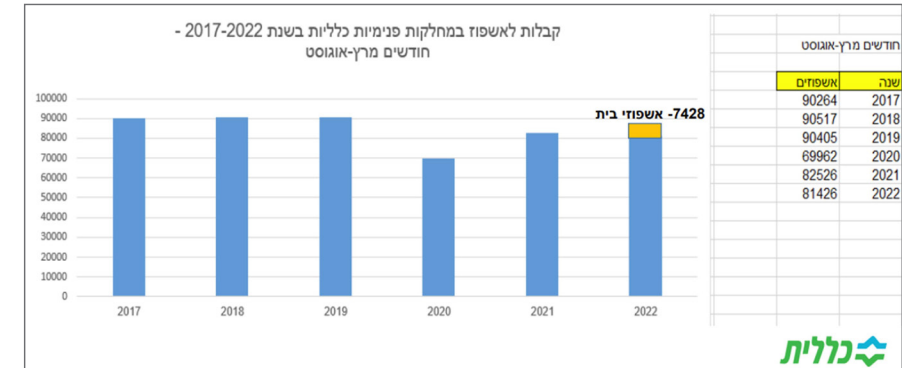
טבלה 8: מיטות הפנימיות גריאטריות תקן/תפוסה

פנימית גריאטרית								
2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	
526	526	526	511	483	483	483	483	מיטות בתקן
83	79	75	97	100	96	97	95	אחוז תפוסה בתקן

מהנתונים עולה כי במהלך השנים 2015-2022 לא חל גידול מהותי במספר תקני המיטות בפנימיות ובפנימיות הגריאטריות (סה"כ 70 מיטות ב-7 שנים, מהן 27 מיטות פנימיות ו-43 מיטות פנימיות גריאטריות). על אף האמור, חל קיטון משמעותי בתפוסה הממוצעת במחלקות הפנימיות החל משנת פרוץ המגיפה (2020), שבחלוף שנתיים לא חזרה לערכים של טרום המגפה (98-99 אחוז) וקטנה משמעותית ל-85 אחוזים (כולל במהלך 2022 עד כה). גם לגבי מיטות הפנימיות גריאטריות נצפית ירידה בתפוסה מערכים של 97-100 אחוזים לפני המגפה לערכים של סביב 80 אחוזים בשנים 2021-2022. הקיטון האמור בתפוסת הפנימיות בא לידי ביטוי במספר הקבלות ובמספר ימי האשפוז השנתי.

ריכוז נתונים מעבודת מחקר שבוצעה בכללית, הכוללים השוואה רב-שנתית של חודשים מרץ-אוגוסט (במהלך 2022 היו אלו חודשים ללא השפעת קורונה משמעותית) מדגימים גם כן מגמה דומה של יציבות במספר האשפוזים האבסולוטי של מבוטחי כללית בפנימיות (בכל ביה"ח הכלליים ישראל) בשנים 2017-2018-2019, ירידה בשנתיים של המגיפה, אך הימשכות הירידה בשנת 2022, גם בהיעדר היקפי תחלואת קורונה משמעותית. מדובר בירידה של כ-10% לעומת היקפי האשפוזים בפנימיות טרום-קורונה.

תרשים 17: קבלות לאשפוז במחלקות פנימיות כלליות בשנת 2017-2022 (כללית)



בעת בחינת נפחי פעילות אשפוזי הבית החריפים בכללית במהלך אותה תקופה נמצא כי היקפם נמוך יותר מהיקף הירידה באשפוזים בפנימיות. כלומר, גם אם אשפוזי הבית החריפים תרמו תרומה משמעותית לירידה באשפוזי הפנימיות (ואף אם כולם היו חליפי אשפוז מלאים) ישנם גורמים נוספים אשר תרמו לירידה זו וקשה לכמת את תרומתם הנבדלת של אשפוזי הבית בלבד.

במקביל לירידה המשמעותית בתפוסות, נתוני משרד הבריאות גם מדגימים כי משך שהייה הממוצעת פחת במהלך התקופה מ-4.4 ל-4 ימים, עובדה היכולה להיות קשורה למאפייני החולים, להתייעלות ברמת המחלקות ואולי גם לאפשרויות שחרור טובות יותר. אחוז האשפוזים הקצרים (אשפוז במהלכו המטופל משתחרר באותו היום או שוהה עד לילה אחד בפנימית/פנימית מוגבר) עלה בהתמדה במהלך התקופה מ-24% ל-31%. כל עת שתפוסות האשפוז היו מאוד גבוהות (עד 2019) ניתן היה לקשור את הגידול המתמיד באשפוזים הקצרים גם לעומס הקבוע ולהכרח לשחרר מטופלים מוקדם ולעתים אולי אף מוקדם מהרצוי, אולם לנוכח הירידה המקבילה בתפוסות האשפוז קשה לקבל מצב של "שחרור עקב עומס" כסיבה מובילה ועל פניו ייתכן כי הירידה בתפוסות מאפשרת לכשעצמה לקבל יותר מאושפזים שמצבם הרפואי קל יותר ומאפשר אשפוז קצר. עובדה היכולה לתמוך בטיעון שככלל, החולים המשתחררים מהמחלקות הפנימיות אינם משתחררים "מוקדם מדי" היא המשך מגמת הקיטון בשיעור האשפוזים החוזרים הן בטווח של שבוע ימים מהשחרור והן בטווח של 30 יום מהשחרור מהמחלקה הפנימית בין 2018 ל-2021.

תרשים 18: "מיטות קורונה" תוספתיות: דגימת 20 יום בין התאריכים 13/10/2021 - 8/2/2022



הירידה בתפוסות בפנימית יכולה להיות קשורה גם לתוספת "מיטות קורונה" שנפתחו החל מ-2020 "ומאכלסות" מאושפזים הסובלים "ממחלה פנימית" במקביל למחלת COVID-19. ניסיון לבדוד את מספר מיטות הקורונה התוספתיות הפעילות (בניכוי מיטות קורונה לטיפול נמרץ, ילדים, יולדות וכו') העלה מספר ממוצע של 71 מיטות תוספתיות בדגימת 20 ימים בחלון הזמנים המצויין בכותרת. אין בידינו נתונים מדויקים המתייחסים לכל תקופת 2021-2022 אולם אם אלו אכן סדרי הגודל של מספר המיטות התוספתיות, **אין בכך כדי להסביר את ירידת התפוסות הכוללת במחלקות הפנימיות.**

טבלה 9: מיטות במערך הגריאטרי 2015-2022

מחלקה	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
שחפת	10	10	10	10	10	10	10	10
גריאטריה שיקום	1,227	1,203	1,242	1,242	1,242	1,257	1,293	1,581
טיפול תומך/פליאטיבי	14	14	14	14	14	14	14	14
ט.תומך/פליאט. אונקו	56	56	56	56	56	56	56	56
ט.תומך/פליאט. איידס	6	6	6	6	6	6	6	6
ט.תומך/פליאט. אונל	3	3	3	3	3	3	3	3
גריאטריה סיעודית	193	193	193	193	193	181	181	181
גריאטריה סיעודית	16,579	16,442	16,431	16,144	16,411	16,500	16,157	16,438
סיעודית צעירים	85	85	85	85	80	80	80	80
סיעודית מורכבת ילדים	100	100	100	100	100	100	100	100
סיעוד מורכב תומך	1,520	1,528	1,537	1,558	1,598	1,619	1,763	1,798
תשושי נפש	4,158	4,169	4,251	4,282	4,267	4,417	4,456	4,596
גריאטריה תת חריפה	303	303	297	297	297	297	297	309
הנשמה ממושכת	568	590	703	703	703	679	799	872
הנשמה ממושכת צעירים	33	33	33	33	33	57	57	65

בעוד הקיטון במספר הקבלות למחלקות הפנימיות בין השנים 2019 ל-2021 עשוי להיקשר גם לעליה בהיקפי אשפוזי הבית החריפים, הרי שאת הירידה בתפוסות הפנימית ראוי לבחון גם מצד ה-outflow קרי, היכולת לשחרר חולים. בהיבט זה בחנו את מצבת המיטות לאשפוז המשכי, שהיעדרן או אי ניצולן עשוי לעכב שחרור מאושפדים מהפנימיות. מעיון בטבלה 9, ניתן לראות את הגידול במערכי הגריאטריה

הפעילה שמתבטא בגידול במספר מיטות השיקום הגריאטרי בין השנים 2019 ל-2022 (תוספת 339 מיטות), בגידול המקביל ב-200 מיטות סיעוד מורכב ובנוסף כ-170 מיטות הנשמה ממושכת (בתחום הגריאטריה התת חריפה נוספו מעט מיטות בתקן). כלומר, אל מול מערך פנימי של כ-4,350 מיטות, תוגבר בשנים האחרונות גם מערך האשפוז המשכי במאות מיטות נוספות. עובדה זו יכולה אף היא להסביר חלק מצמצום התפוסות בפנימיות.

טבלה 10: נתוני פניות למלר"ד עקב מחלה בגילאי 15 ומעלה בשנים 2015-2022

	פניות למלר"ד						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
מספר גולמי (באלפים) של ביקורים עקב מחלה של בני 15 ומעלה)	1,631	1,652	1,655	1,689	1,729	1,496	1,708
שיעור ביקורים ל-1,000 נפש מעל גיל 15, עקב מחלה, מתוקנן	267	265	260	260	260	221	247.5
אחוז אשפוזים בפנימית	16.2	15.7	15.5	15.5	15.2	14.1	13.5

מאחר וקבלת מטופלים למחלקות הפנימיות מתבצעת בעיקרה מהמלר"ד (95%-97% מהקבלות לפנימיות הינן מהמלר"דים, הערכים מאוד יציבים לאורך כל השנים)⁶, מעניין גם לבחון את עומס הפניות למלר"ד בשנים האחרונות.

מהנתונים המופיעים בטבלה 10 ומתייחסים לפניות למלר"ד בקרב גילאי 15 ומעלה עקב מחלה ניתן לראות כי שיעור הפניות הינו בירידה מתמדת מ-2015. לאחר שנת 2020, אז הגיע שיעור הפניות ל-1,000 נפש לשפל (221), חלה עליה בשיעור הפניות לרמה נמוכה יותר מאשר ב-2019 (247.5). גם מספר הפניות הגולמי ב-2021 עדיין לא שב למספרים שמלפני המגיפה, אולם מראה עליה של כ-5% ביחס לערך 2015. כמו כן, לאורך השנים חלה ירידה עקבית בשיעור המקרים המאושפדים בפנימיות מקרב הפונים למלר"ד.

6 אשפוזים במחלקות הפנימיות 2005-2019, פרסום אגף המידע במב"ר, עמ' 37.

לירידה בשיעור הפניות למלר"ד לאורך השנים סיבות מגוונות, הקשורות בין היתר למאמצים וצעדי מדיניות נרחבים שנקטו במהלך השנים שקדמו למגיפה ובמהלכה ברמת הממשלה וקופות החולים. המגיפה לכשעצמה הרתיעה מפנייה למלר"ד וכעת חלה התאוששות בשיעור הפונים ונראה כי מספר הפניות הגולמי צפוי להיות גבוה מזה שהיה לפני המגיפה. על אף העובדה שהמלר"דים לא מטפלים בפחות פונים כי אם ביותר, הרי שהדבר אינו מיתרגם לגידול באשפוזים בפנימיות ונראה כי העלייה במספר המבוגרים הפונים למלר"ד מתקזזת אל מול הקיטון באחוז המתאשפזים מקרב הפונים שתורם לקיטון הכולל במספר הקבלות במהלך 2022. יתכן והירידה באחוז המתאשפזים מקרב הפונים למלר"ד קשורה בין היתר לתמהיל החולים שפנה למלר"ד לנוכח האפשרות לחלופת אשפוז בית.

לסיכום - הירידה בהיקף הקבלות למחלקות הפנימיות אינה מוסברת רק באמצעות קיום שירות אשפוז הבית, אך להערכתנו, לפחות חלק מהקיטון בשיעור הקבלות למחלקות הפנימיות מהמלר"ד מוסבר בהרחבת שירות אשפוז הבית והיותו **בעל מרכיב חלופי לאשפוז בבית חולים. רק לאור נתונים מספריים אלו וריבוי הגורמים המשפיעים, קשה לכמת את מרכיב התוספתיות הקיים כיום באשפוזי הבית למול האשפוזים בפנימיות.**

י"א. הלימת אשפוז

ההחלטה על אשפוז מטופל במחלקת אשפוז בבית חולים ו/או באשפוז בית הינה החלטה מורכבת המתבססת על שילוב של גיל המטופל, מחלות הרקע, חומרת מצבו החרף, גורמים סוציאליים ועוד מגוון גורמים נוספים. במלר"ד החלטה זו מתקבלת על ידי רופא יחיד, לעתים קרובות מתמחה, בהתאם לשיקול דעתו. לכן, מדיניות האשפוזים שונה מאוד בין בתי חולים שונים בישראל. באופן דומה, גם באשפוז בית ההחלטה על התאמה לאשפוז מתקבלת על פי קריטריונים מוגדרים אך תלויה בשיקול הדעת של הרופא המפנה לאשפוז בית וצוות אשפוז הבית בקופה המאשר או דוחה את ההפניה.

בשנת 2021 בוצע במכבי מחקר מדגמי שמטרתו הייתה לבחון את הלימת האשפוז. במחקר זה 2 סוקרים (מומחה ברפואה פנימית ומומחה ברפואת משפחה) ביצעו סקירה מדגמית של 45 תיקי מטופלים באשפוז בית. עבור כל תיק נדרשו הסוקרים לענות על השאלה - האם בהעדר האפשרות של אשפוז בית המטופל היה מתאשפז בבית חולים? הסוקרים מצאו כי 82% מאשפוזי הבית היו חליפיים לאשפוז בבי"ח.

מתוך המקרים שנמצאו על ידם לא מתאימים לאשפוז בית 40% שוחררו ביום הראשון לאשפוזם. בבדיקה דומה שבוצעה בכללית נמצא כי שיעור המטופלים באשפוז בית המתאימים לאשפוז בבי"ח היה כ-80%.

לסיכום - מרבית מאושפי הבית נמצאו כעומדים בקריטריונים של אשפוז חליפי לאשפוז במחלקה פנימית. **על פי הערכות נוכחיות אלו, כ-20% ממאושפי הבית מוערכים כתוספתיים לאשפוז במחלקה הפנימית (כלומר מטופלים שלולא התאשפזו בבית, לא בהכרח היו מתקבלים לאשפוז בפנימית, אלא מטופלים במסגרות אחרות בקהילה).**

שאלות לדין - תת-צוות 1 - "סיכום עד כאן"

1. צורך ונחיצות:

- עבור אילו צרכים אשפוז הבית יכול וצריך לספק מענה בטווחי הזמן השונים?
- מהו היקף המענה שביכולתו של אשפוז הבית לייצר עבור מערכת הבריאות? מהן הציפיות שלנו מאשפוז הבית כשירות שיתן מענה לאתגרי מערכת הבריאות?

2. חלופיות:

- האם אשפוז בית חריף מהווה פתרון חלופי מלא לאשפוז בבית חולים?
- מה ציפיותינו מאשפוז הבית בהיבט זה בטווחי זמן שונים (היום ובעתיד) - לאיזו מידת חלופיות אנו שואפים להגיע, בהתאם לציפיותינו מהמענה שאשפוז הבית ייצר עבור מערכת הבריאות?
- כיצד ניתן לכמת את ערכו של אשפוז הבית במידה וקיים מרכיב תוספתי?

3. השפעה על מערך האשפוז:

- מה הייתה השפעתו של אשפוז הבית על מערכי האשפוז בבתי החולים עד כה? (שינוי בתפוסות, שינוי בתמהיל מאושפזים, שינוי בדפוסי התנהלות הצוותים)

המטפלים בחדרי המיון ובמחלקות האשפוז) ומה צפויה להיות השפעתו העתידית על ביה"ח?

ב. כיצד אשפוז הבית ישפיע על **תכנון מיטות האשפוז בישראל?**

4. תכנון מרכזי:

א. האם בעת הזו יש לייצר **תוכנית פרואקטיבית להגדלת היקף אשפוזי הבית בישראל?** במידה וכן - האם נכון לשלב את התוכנית במסגרת פעילות תכנון לאומית מרכזית, או לייצר את היכולת לכך ולאפשר ל"כוחות השוק" להתנהל ולקדם באופן עצמוני?

ב. כיצד ועל ידי איזה גורם נכון לקיים את **בקרת שירות אשפוז הבית** במהלך מיסודו והרחבתו (הלימת אשפוז, מדדי איכות ובטיחות, שביעות רצון, עלויות, הגדרת מודלי הפעלה וכו') - קופות החולים/משרד הבריאות/אחר?

ג. כיצד ניתן לוודא **קיום מנגנון לבחירה נכונה של חולים לאשפוז בית/ויסות מטופלים בין ביה"ח והקהילה** (הלימה מחד והתאמת אקוטיות מאידך)?

תת-צוות 2 - "מיפוי המגרש": הזדמנויות, אתגרים וחסמים באשפוז בית חריף

אשפוז הבית מהווה הזדמנות למתן מענה למספר אתגרים משולבים, העומדים בפני מערכת הבריאות בשנים הקרובות:

א. **עליית ביקוש** - עליית עומס תחלואה כרונית, במקביל לגידול דמוגרפי ולהזדקנות האוכלוסייה הצפויה בישראל (עליה משיעור באוכלוסייה של 12% ו-1.4% של בני מעל 65 ומעל 85 בהתאמה כיום, לעומת 14.3% ו-2.5% בשנת 2040 בהתאמה) [67]. כל אלו מעלים כבר היום, בהדרגה אך בקצב מואץ, את זרוע-הביקוש בצורה משמעותית וזאת בנוסף לציפיות המטופלים אשר "הורגלו" לקבל שירות רפואי איכותי ונגיש גם בביתם במהלך ימי הקורונה.

ב. **צמצום היצע** - המחסור הצפוי בכוח אדם מקצועי ברפואה, בסיעוד ובמקצועות בריאות נוספים, אשר צפוי להמשיך ולהחמיר. לפי תחזית משרד הבריאות, שיעור הרופאים יחל לרדת החל מ-2025 (3.3 רופאים ל-1,000 נפש/3.2 ל-1,000 נפש מתוקנת), בעיקר עקב ההיחלשות הצפויה של זרם הסטודנטים מחו"ל ולהגיע ב-2035 ל-3.2 רופאים ל-1,000 נפש/3 רופאים ל-1,000 נפש מתוקנת. לכך יש להוסיף את השיעור הנמוך של מיטות האשפוז לנפש בישראל בהשוואה למדינות ה-OECD - ניתוח שבוצע במסגרת תוכנית תמ"א 49 מצא כי יש צורך בהכפלת מספר מיטות האשפוז הכלליות בישראל עד 2049 לצורך הגעה לשיעור של 1.95 מיטות ל-1,000 נפש, לעומת 1.75 כיום.

ג. **מצוקה תקציבית** - שחיקת המקורות ומצוקת המשאבים במערכת הבריאות מצריכים שימוש מושכל במשאבים הקיימים, בוודאי בראי עליית הביקושים הצפויה והאמרת מחירי הטכנולוגיות.

כפי שפורט בפתיחת הפרק הקודם, **אשפוז הבית עשוי להשיא ערך הן למערכת, בהתמודדותה הנוכחית והעתידית עם האתגרים שפורטו לעיל, והן למטופלים.**

תרשים 19: גורמים מניעים להתפתחות אשפוז בית חרף



חרף הרציונל העומד מאחורי קיום שירות אשפוז הבית החרף והניסיון שנצבר בתחום בעולם, **השירות לא התפתח בישראל בצורה רחבה עד שנת 2020** וקפיצה משמעותית בהיקפיו ובהדגמת היכנותו ושימותו אירעה רק במהלך מגפת הקורונה נוכח אילוצי התחלואה (בדומה להשפעת המגפה גם על התפתחות תחום הרפואה-מרחוק).

קיימת חשיבות גדולה לזיהוי החסמים בהפעלתו והאתגרים שבהרחבתו מנקודת מבט בעלי העניין השונים, לשם קבלת החלטות מושכלת לגבי המשך הפעלתו - היקפי הפעולה, מודלי הספקת השירות והתשתיות הנדרשות לשם כך.

במטא אנליזה של צ'ואה ואח' (2021) [68], נסקרו תפיסות ועמדות של בעלי העניין השונים בארה"ב, וביניהם המטופלים ומשפחותיהם, המטופלים וגורמי הניהול של המוסדות המטופלים. שירות אשפוז הבית בארה"ב קיבל אישור למימון רק בסוף שנת 2020 ולכן הניסיון המצטבר בעת ביצוע המחקרים זעום ומבוסס על בעלי עניין שלא הפעילו אשפוז בבית בצורה משמעותית. נמצא כי בכל הקשור לבחירת המטופלים, הגורמים החשובים ביותר להצלחת השירות הינם - תמיכה חברתית גדולה במטופל, התנהגות "חיובית" בגישה הבריאותית, בטחון בקבלת הטיפול הביתי וסביבה ביתית מאפשרת. יתרונות אשפוז הבית כפי שמופז על ידי בעלי העניין השונים כללו טיפול נוח יותר למטופל שבמרכז, תוצאי טיפול טובים יותר, חיבור בין המטופל ומשפחתו, רצף

טיפול טוב יותר בעת ולאחר הטיפול בבית והגדלת יכולות האשפוז של בתי החולים.

האתגרים המרכזיים שהביעו בעלי העניין לגבי אשפוז הבית היו - אתגר בפיקוח רציף 24/7 בדומה לזה הקיים בבתי החולים, מעמסה על המטופלים העיקריים, צורך בפיתוח פרוטוקולים ותרשימי טיפול שאינם קיימים/לא מוגדרים, קושי בגיוס מטופלים לאשפוז בית ומעמסה על הצוות.

הגורמים המאפשרים הנדרשים לקידום אשפוז הבית - צוות חזק בעל יכולות תקשורת בין צוותי, חשיבות למתן דגש על איכות הטיפול בבית, קיום מסגרות חוק, רגולציה ותפעול התומכות באשפוז הבית ואינטגרציה עם כל גורמי הטיפול הפוסט אשפוזי. על מנת שכל אלה יבואו לידי ביטוי ביצירת אשפוז בית יעיל ואפקטיבי יש צורך ביצירת שותפויות ושיתוף פעולה בין כל בעלי העניין תוך חיזוק התקשורת ביניהם, כולל אינטגרציית טכנולוגיות, עריכת שינויים מבניים בטיפול הרפואי המסורתי הקיים היום ושינויים בהיבטי תקצוב [41].

כשלים אפשריים באשפוז הבית בקרב הגורמים המעורבים - לכל אחד מהגורמים המעורבים קיימת אחריות שונה לגבי התהליך, המשפיעה על תפקודו ומעורבותו ועלולה להביא לכשלים בתהליך אשפוז הבית [52,69]:

- ◆ **הרופאים** - כשלים פוטנציאליים בתהליכי קבלת החלטות בקבלה ובשחרור המטופלים, בניטור נכון של המטופל ובתגובה לשינוי מצב הדורש התערבות. כמו כן עלול להיווצר עיכוב בטיפול. מיון המטופלים לפני הפנייתם לאשפוז גוזל זמן רב וטומן בחובו אחריות רבה המהווה גורם שחיקה לרופאים העוסקים בכך. בשל עומס נוסף זה מתפתחות בימים אלו מערכות בינה מלאכותית אשר על סמך נתוני הגיליון הרפואי יאתרו מועמדים פוטנציאליים לאשפוז בבית.
- ◆ **ספק השירות** - כשלים פוטנציאליים בתפקוד הצוות, בתקשורת, בזמני תגובה, בתהליכי איכות וקביעת מדיניות טיפול ובהדרכת המטפל העיקרי והעברת מידע נדרש עבורו. כל סוגיית הטיפול התרופתי טומנת בחובה סיכונים הדורשים התייחסות ספציפית למתאר הבית.
- ◆ **המטפל העיקרי** - האשפוז בבית יוצר אחריות מוגברת על המטפל העיקרי ולכן עלולות להיווצר תקלות בדמות ניטור לא מספק של מצב המטופל והבנת הצורך ביידוע הצוות, ומתן תרופות שגוי/לא מדויק.
- ◆ **המטופל** - חוסר שיתוף פעולה, פגיעה בצוות המטפל בין אם מכוונת או לאו.

א. מיפוי בעלי עניין בתחום אשפוז הבית החרף בישראל

פיתוח שירותי אשפוז הבית משפיע על מגוון שחקנים במערכת הבריאות. מיפוי השחקנים הכרחי בבואנו להמליץ על מדיניות נכונה לפיתוח אשפוז הבית. להלן מיפוי העוסק בזיהוי ההזדמנויות והאתגרים/חסמים שבקיום פעילות אשפוז הבית בישראל, מנקודת מבטו של כל "שחקן". המיפוי בוצע על ידי חברי הצוות באמצעות איסוף מידע, קיום שיחות רקע, ראיונות עומק וביצוע סקרים מכינים לכנס. אין בכתוב לעיל כדי לשקף בהכרח את כל העמדות הקיימות ודיון רחב ופתוח בנושא התקיים במהלך הכנס.

המטופל ובני משפחתו

א. הרחבת שירות אשפוז הבית היא בעלת ערך רב עבור המטופל. בסקר הציבור המקדים לכנס ציינו מרבית המשיבים את הסיבות הבאות **כחוזקות אשפוז הבית** - הימצאות בסביבה ביתית נוחה, נעימה, מוכרת וטבעית, המשפיעה לחיוב על מצבו של המטופל וכוללת פרטיות, שקט ותנאים נוחים; חשיפה נמוכה לזיהומים וכן קרבה לבני המשפחה תוך צמצום פגיעה בשגרת יומה (לעומת אשפוז בבי"ח). בסקר ניתנו הערכות גבוהות במיוחד לחוויית האשפוז ולתקשורת בין הצוות המטפל ובין המטופל ומשפחתו במסגרת אשפוז הבית.

ב. למרות שמרבית המשיבים בסקר המכין סברו שאשפוז בית הינו פתרון חלופי טוב לאשפוז בביה"ח והיו מעוניינים בו במידה ויוצע להם, מרביתם גם ציינו את **הנטל הרב יותר המוטל על בני משפחת המטופל באשפוז בית**. הטיפול בבן משפחה שמאושפז בבית עשוי לדרוש טיפול משך שעות לא מעטות ועלות הנגזרת מאובדן ימי עבודה, עלויות חשמל ומזון. להטלת העומס על המטופל העיקרי יש להתייחס באופן הפעלת שירותי אשפוז הבית ובעת בחירת המטופלים שישלחו לאשפוז שכזה. יש לציין שאשפוז בן משפחה בבי"ח כרוך גם הוא בעומסים, אם כי שונים, על בני המשפחה. עם זאת, 73% מהמשיבים לסקר המכין לכנס סברו כי הנטל על בני המשפחה גדול יותר באשפוז בית לעומת אשפוז בבי"ח.

ג. **איכות ובטיחות השירות הרפואי** - חרף האהדה הרבה של הציבור לאשפוז הבית, כפי שנמצא בסקר הציבור המקדים לכנס, ההערכות שניתנו לאשפוז הבית בנושאי איכות ומקצועיות וכן בטיחות הטיפול היו נמוכות יותר מאלו

שניתנו לאשפוז בבי"ח. לכך יש להוסיף את זמינות הצוות המטפל (הנמוכה יותר באשפוז בית, מעצם הגדרת תנאי השירות). שאלות הסקר לא התייחסו לזהות הספק המפעיל את אשפוז הבית, כך שלא יכולנו לבדוק האם יש לכך השפעה על עמדת הציבור בסקר (האם הפעלה על ידי בי"ח/בשילוב בי"ח מייצרת הערכה שונה בקרב הציבור).

ד. **ערך השוויון** - חשיבות רבה לקבלת ההחלטות על המשך התפתחות השירות בראי יכולת לתת לכלל המטופלים - אי קיפוח תושבי פריפריה גיאוגרפית (שיתכן ובקרבם זמינים פחות שירותים מסוג זה) וכן מטופלים ממעמד סוציו-אקונומי נמוך העלולים לא לעמוד בהתוויות הקבלה לאשפוז בית בשל **היעדר תנאים פיזיים מספקים** לקבלת הטיפול/היעדר תמיכה סוציאלית מספקת (סיבות מבניות או משפחתיות).

ה. אשפוז בית מאפשר להציב את המטופל במרכז המסגרת הטיפולית ולקבל שירות רפואי בסביבתו הטבעית. לשם מתן **מענה מותאם** שכזה, חשוב להעמיק ולהבין את הצרכים של הפרט ומשפחתו בחברה רב תרבותית ורב גונית כמו החברה הישראלית ולהתאים את יכולות והכשרת הצוות המטפל. בסקר הציבור המכין לכנס נמצא כי הערכות ואמון המשיבים **מהחברה הערבית** באשפוז הבית נמוכים יותר מאשר בקרב יתר המשיבים. יש להעמיק בזיהוי החסמים הקיימים בפן זה.

ו. **עזרה סיעודית** - שיעור לא מבוטל ממאושפזי הפנימיות הינם מטופלים הזקוקים למענה סיעודי שוטף. במסגרת תכנון שירות אשפוז הבית יש לבחון דרכים למתן מענה שכזה לחולים הזקוקים לכך (ושאין להם "מטפל עיקרי" בעל יכולות שגר איתם), כדי להרחיב את היקף המטופלים היכולים ליהנות מהשירות. הסיוע רלבנטי במיוחד עבור מטופלים שהידרדרו תפקודית סביב אשפוז נוכחי בבי"ח.

ז. **מודעות והסכמה** - מרכיב משמעותי במיסוד והרחבת השירות הינו הצורך בהעמקת מודעות המטופלים לאפשרות קבלת השירות (גם אם לא יוצע להם באופן יזום) וכמובן, קבלת הסכמתם לאשפוז בבית. המצב הקיים כיום הוא שכל מטופל חותם על טופס הסכמה להתקבל לאשפוז בית.

יחסי מטפל-מטופל

הטיפול במסגרת הבית מציב אתגרים ייחודיים בפני הצוותים המטפלים:

במסגרת טיפול הניתן בבית המטופל יכולת השליטה של המטפל על הסיטואציה הטיפולית קטנה יותר מאשר בבי"ח.⁷ יש מקום לתשומת לב מיוחדת בכל הקשור **לשמירה על צנעת הפרט ועל סודיות המידע הרפואי** (בביתו של המטופל יתכן שישהו גם בני משפחה ולא ניתן להניח מראש שהמטופל מעוניין שידעו את פרטי מחלתו). בנוסף, נדרשות מיומנויות תקשורת גבוהות על מנת לקיים עם המטופל שיח המאפשר פתיחות ומקדם את טובת המטופל [71,70]. כניסת הצוות לנחלתו הפרטית של המטופל עלולה לעורר מבוכה של המטופל ומשפחתו אשר חושפים את ביתם אשר לעיתים אינו מסודר או מול ויכוחים ועימותים משפחתיים. גם מצד הצוות המטפל תיתכן מבוכה לאור ביקור בסביבה האינטימית של המטופל ואי יכולת לשלוט בסיטואציה באופן מלא, כפי שקורה בביה"ח [71].

אחד המאפיינים המוכרים ביחסי מטפל-מטופל במערכת הבריאות הינו האסימטריה לצד המטפל, אשר הידע וה-"שליטה" מרוכזים בידיו. מאחר והבית וסביבתו מייצגים עבור המטופל פרטיות, בטחון, שליטה והגדרה עצמית, הסביבה הביתית יכולה לסייע **בקיום יחסי מטפל-מטופל מבוססים ומאוזנים** שיאפשרו את השגת מטרות הטיפול בצורה יעילה יותר מאשר במסגרת אשפוז בבית חולים. מצידם של אנשי הצוות, גבול יחסי מטפל-מטופל במסגרת הטיפול הביתי עלול להיות מטושטש ולגרום לאנשי הצוות להיות מעורבים אישית במידה מוגזמת ו/או להיות חשופים ללא שמירה על פרטיותם [72].

לאור האמור לעיל, עולה צורך משמעותי לוודא כי אנשי הצוות השונים מקבלים **הכשרה מתאימה למיומנויות הטיפול המורכבות הנדרשות במסגרת הבית**. צוותים שפועלים במסגרת הבית נדרשים למיומנויות עבודה בצוות רב-מקצועי, ניהול טיפול במטופל מורכב הסובל מתחלואה רב-מערכתית, מתן טיפול פליאטיבי ראשוני, הערכה תפקודית וקוגניטיבית ובדיקת בטיחות הבית. כן נדרשת מיומנות טיפול וניטור מרחוק באמצעים טכנולוגיים.

7 פגישה שהתקיימה בתאריך 27.10.22 עם ד"ר גילה יעקב, מומחית בתחום אתיקה רפואית.

רופאי משפחה ורופאי פנימיות

בנובמבר 2020 הפיצו האיגוד הישראלי לרפואה פנימית ואיגוד רופאי המשפחה בישראל נייר עמדה של הר"י בשם: "אשפוזי בית במתווה תחליף אשפוז במחלקות הפנימיות".⁸ **במסמך הוגדר הצורך בפיתוח סוג שירות זה, הכולל בין היתר:**

1. פיתוח אלטרנטיבות לאשפוז במחלקות פנימיות מסיבות רפואיות, סוציאליות ומשפחתיות.
2. התאמת עולם הטיפול/עולם הרפואה הפנימית, למתווה של שימוש בטכנולוגיות ניטור מתקדמות המאפשרות ניהול מטופלים הדורשים אשפוז במחלקה פנימית, לאו דווקא בין כתלי בית החולים.
3. צפי לעלייה משמעותית בצורך במיטות אשפוז פנימיות בעתיד - גידול האוכלוסייה, הזדקנותה ועלייה בשיעור המטופלים במחלות כרוניות.
4. היעדר מספר מספק של מיטות אשפוז במחלקות הפנימיות בהווה.

לגבי זהות הרופא/ה המנהלת/ת ונושא/ת באחריות המקצועית לאשפוז הבית נקבע כי אלו רופאים מומחים ברפואה פנימית או מומחים ברפואת משפחה, שיש להם ניסיון בניהול מטופלים מורכבים המאפיינים את תמהיל המטופלים במחלקות הפנימיות, ויש להם היכרות עם עבודה בקהילה.

במסמך נכתב, כי למעשה מדובר ביצירת **מסגרת חדשה, בתוך שבין המחלקה הפנימית לטיפול במסגרת הקהילה, המחייבת מיומנויות חדשות** הן מהמומחים ברפואה פנימית והן מהמומחים ברפואת משפחה, הנוספות על המיומנויות שנרכשו במסגרת ההתמחות כיום. עוד נכתב כי הצלחת השירות תהיה **מותנית בשיתוף פעולה מקצועי ומעשי בין שני האיגודים** הללו, וביצירת שפה משותפת לכלל המטפלים ברצף שבין המחלקה הפנימית לקהילה, בין היתר באמצעות קידום פיתוחה והוצאתה לפועל של **השתלמות עמיתים בתחום**, שתהיה פתוחה לרופאים משתי ההתמחויות במסגרת המועצה המדעית. עוד נקבע במסמך, כי עם הזמן וצבירת הניסיון בשירות אשפוז הבית, יש להניח כי ניתן יהיה לשקול טיפול במצבים נוספים במסגרת זו (מעבר למצבים הזיהומיים והחמרת אס"ק לב ו-COPD) ולהרחיב

8 אשפוזי בית במתווה תחליף אשפוז במחלקות פנימיות (2020). נייר עמדה של האיגוד הישראלי לרפואה פנימית של איגוד רופאי המשפחה בישראל. https://www.ima.org.il/userfiles/image/Ne163_HouseHospitalization.pdf

את מסגרת הטיפול גם למחלקות ומצבים רפואיים אחרים.

בסקר המקדים לכנס שקיימנו בקרב רופאי פנימית ומשפחה מצאנו, כי עבור מרבית השאלות שנבדקו, **משיבים שמקום עבודתם העיקרי הוא בקהילה גילו דרגת הערכה גבוהה יותר לאשפוז בית בהשוואה לאשפוז בביה"ח**, לעומת רופאים שמקום עבודתם העיקרי בבי"ח. כך גם לגבי **פוטנציאל המאושפזים** - לדעת רופאי הפנימיות, נתח מאושפזי הפנימיות המתאים לאשפוזי בית נמוך יותר מהמוערך על ידי רופאי הקהילה וזאת ככל הנראה בשל תפיסתם את המורכבות הקלינית, האבחנתית והסיעודית של המטופלים.

יש לציין כי למרות שמרבית מאושפזי הבית בישראל מגיעים מהקהילה, מרבית רופאי המשפחה אינם מעורבים בעצמם במתן הטיפול במהלך האשפוז בבית.

רופאים פנימאים

א. מעלים הסתייגות ממודל ההפעלה הנוכחי - אפשרות שחלק מהמטופלים כיום באשפוז בית (שרובם הופנו ישירות מהקהילה) **אינם חליפיים לאשפוז בפנימית**, אלא בעלי מרכיב תוספתי לו/בחפיפה למרכיבי טיפול קהילתיים אחרים כדוגמת טיפול תת-חריף ומסגרות מניעת אשפוז.

ב. **היכרות ומודעות** - אי חיבור מספק לרופאי הקהילה, היעדר מודעות והיכרות מספקת עם השירות וחוסר מחויבות לקידום שירות אשפוז הבית והעברת מטופלים אליו.

ג. **רמה מקצועית** - חשש שאיכות הטיפול הניתן בבית על ידי צוותי הקהילה (גם אם על ידי רופאים מומחים בפנימית בהכשרתם) אינו ברמה המקצועית הדומה לזו שניתנת על ידי רופא פנימאי הפועל בסביבת בי"ח.

ד. **הזדמנות למעורבותם הניהולית והמקצועית של רופאי הפנימית** לשם הרחבה משמעותית של מסגרות אשפוז הבית - הן לטובת מענה לפלח מאושפזי פנימית מורכב יותר קלינית מזה המטופל כיום באשפוז בית (לשם הרחבת המענה מעבר לניתן כיום) והן לטובת יצירת רצף והמשכיות טיפולית עבור המטופל המועבר מהמחלקה הפנימית - להמשך טיפול בביתו על ידי הצוות הרפואי של אותה המחלקה.

איגודים מקצועיים

קידום "חלוקת תפקידים" מעודכנת בהתאם למודל החדש של הספקת השירותים - **הזדמנות להובלה בתחום מקצועי חדש ובשדה קליני מתפתח** - משמעויות מקצועיות, הכשרה, התמחות, תקינה.

א. מיצוי יכולות בעלי תפקידים נוכחיים **At the Top of their License**.

ב. הגדרה ואיוש של בעלי תפקידים חדשים.

ג. הגדרות מקצועיות ורגולציה של חלוקת סמכויות מעודכנת בין הפרופסיות (רפואה, סיעוד, עוזרי רופא, פרמדיקים, פארא-רפואה).

ד. צורך בהובלת תהליך מרכזי מול האיגודים המקצועיים לטובת הסדרה.

קופות החולים

קופת חולים כגורם מבטח

א. הזדמנות ליצירת מערך אשפוז בקהילה, תוך **צמצום הצורך בהסתמכות על בתי החולים** במקרים הקליניים המתאימים. הזדמנות זו מחזקת את הקופה, שיכולה לבחור לכל מבוטח את הטיפול המתאים לו ביותר ומייצרת סל כלים נוסף למענה למבוטח הנזקק לאשפוז, תוך השארת הטיפול בקהילה.

ב. **אתגר גדילת הוצאות לאשפוז** - צורך בבקרת הקופה לחליפיות אשפוז הבית לאשפוז ביה"ח, כך שלא יהיה גידול ניכר בסך ימי האשפוז ובהוצאות המערכת על אשפוז. בהתחשב בתהליך המוכר בכלכלת בריאות לפיו "היצע יוצר ביקוש" קיים חשש כי מיטות אשפוז הבית לא יקלו על העומסים בבתי החולים הכלליים, אלא יסיטו לאשפוז מטופלים שלא היו מגיעים לאשפוז אילולא מיטות אשפוז הבית, וזאת במקביל להמשך תפוסה מלאה של מיטות ביה"ח. הקופות ניצבות בפני **אתגר לניהול שירות אשפוז הבית מבלי שתיווצר התבדרות תקציבית והסטת תקציבים מהקהילה**. לשם כך, מלכתחילה קיימים מנגוני Pre-Authorization בכל הקופות. גם בהינתן יכולת בקרה לידוא קיום חלופיות מיטבית בין אשפוז הבית לאשפוז בביה"ח, התמריצים הכלכליים הקיימים כיום אינם מעודדים את הקופות לפתח את אשפוז הבית ולהפנות מטופלים לאשפוז בית על פני אשפוז במחלקה הפנימית. לולא מבחן התמיכה הנוכחי (כסף תוספתי במערכת) - ככל הנראה הפעילות לא הייתה מתקיימת.

ג. **חלופיות האשפוז ומידת הלימתו** - היתרונות שהוזכרו הן למטופל והן למשפחתו רלוונטים ביחס לחולים שלולא אשפוזם בבית - היו מאושפזים בבית החולים. במקרים בהם המטופל יכול היה לקבל את הטיפול בקהילה ללא צורך באשפוז, אך הוסט לאשפוז בית מסיבות כאלה ואחרות, ברור כי עדיף היה הן למטופל והן למערכת שהטיפול יינתן בקהילה. על כן, קיימת חשיבות גדולה **בהגדרת ובמימוש כללי בחירת חולים מתאימים, באופן שייצר חלופיות גדולה ככל הניתן של אשפוז הבית לאשפוז בביה"ח**. בארה"ב מפותחים בימים אלו כלים ממוחשבים לאיתור מועמדים מתאימים לאשפוז בבית מתוך הגיליונות הרפואיים בחדרי המיון ובמחלקות. טרם התפרסמו מאמרים מדעיים בנושא אך הנושא נמצא בשלבי הערכה מחקרית מתקדמים.

קופת חולים כספקית אשפוז בית

לעומת מרבית מדינות העולם, בהן בתי החולים הינם הגורם המרכזי המוביל את הספקת שירותי אשפוז הבית, מרבית הפעילות בישראל כיום מתבצעת בחסות ובהפעלת הקופות (באמצעות ספקים חיצוניים או בהפעלה עצמית על ידי גורמי הקופה). עובדה זו מיוחסת לדומיננטיות של הקופות בישראל וליכולתן וניסיוןן רבי-השנים כגופי ביצוע המספקים שירותים רפואיים גם בבתי מטופלים. זאת, לצד מעורבות נמוכה של ביה"ח בשירות עד כה, מסיבות שונות (פירוט בהמשך).

א. הזדמנות ליצירת רצף טיפולי משמעותי מאשפוז הבית לשירותי הקהילה השונים יותר מסגרות הטיפול בקהילה.

ב. יכולת הפעלת זרועות שונות על ידי הקופה וביצוע השוואת עלויות ותוצאים ביניהן, ככלי לקבלת החלטה לשם קביעת מדיניות - כדוגמת השוואה בין הפעלת ספק פרטי לבין יצור עצמי על ידי גופים פנים-קופתיים.

ג. הזדמנות לשיפור השליטה בהוצאות אל מול המקורות התקציביים.

ד. יכולת בניית מודלים משולבים של אשפוז בית בין קהילה ובתי חולים.

ה. ניצול משאבי כוח אדם פנימיים כעבודה נוספת לטובת אשפוז הבית.

ו. תחרות על כוח אדם עם הספקים (שכר).

ז. אתגור עבודת צוותי הקהילה וצמצום שחיקה - רופאים ואחיות.

ח. תמרוץ הפעילות באמצעות מבחני תמיכה זמניים ומתחדשים מייצרת אי ודאות לגבי המשכיות התהליך והיקפיו העתידיים ועלולה לעכב פיתוח יכולות ארגוניות משמעותיות של הספקת שירותי אשפוז בית.

בתי החולים

כאמור, מרבית אשפוזי הבית בישראל כיום מופעלים על ידי הקהילה/מטעמה וכן מגיעים לאשפוז ממסלול הקהילה. מעורבות מרבית ביה"ח בישראל עד כה היא נמוכה מאוד.

בתי חולים כשותפים להעברת מטופלים מחדר מיון/מחלקת אשפוז - לאשפוז בית

א. הזדמנות **להפחתת עומסי מחלקות אשפוז וצמצום ממתני האשפוז שבמלר"ד** - יכולת מתן מענה מקצועי, אנושי וראוי למאושפזים בביה"ח, בעיקר בתקופות קיצון (חורף, גלי תחלואה/קורונה) ונוכח עליית הביקושים הצפויה בעתיד.

ב. הזדמנות להוצאת נתח מאושפזים שבדרגת חומרה קלה יותר (מתוך תמהיל מאושפזי ביה"ח) כך **שמשאבי ביה"ח יוכלו להיות מוקדשים לטיפול במקרים האקוטיים המורכבים יותר**.

ג. **שינוי גבולות גזרה היסטוריים** - האשפוז הפנימי נמצא בליבת פעילות ביה"ח והעברת נתח מתוך מאושפזים אלו אל מחוץ לביה"ח עלולה להיתפס כ"ויתור על טריטוריה", וכתחילת תהליך אשר היקפיו והשלכותיו על ביה"ח טרם ידועים.

ד. **יחסי ביה"ח - קהילה, אמון ושותפות** - היחסים מבוססים על הספקת שירותים למול רכש ובקרה, תחת מסגרת תקציבית של "שמיכה קצרה". תמריץ כלכלי קצר טווח עלול לא להספיק לביה"ח להירתם לתהליך, בהיעדר שינוי במסגרת היחסים וההתחשבות הכוללת בין קהילה לביה"ח. כמו כן, קיים חשש ממצב עתידי בו העברה לאשפוז בית תהפוך מאופציה והמלצה נוכחית - להנחיה עתידית של הקופה (גם משיקולי צמצום רכש אשפוז יקר בביה"ח), תוך התעלמות משיקול הדעת של ביה"ח.

ה. **חוסר היכרות** של ביה"ח עם היכולות המקצועיות של צוותי אשפוז הבית ועם יכולתם לתת מענה רפואי העומד בסטנדרטים המקצועיים של אשפוז בביה"ח (מתוקף היותו חליף אשפוז).

1. **שינוי תפיסתי עמוק** - ביה"ח לא תופסים את עצמם כ"מעבירי מאושפזים פוטנציאליים" להמשך טיפול בקהילה ומעוניינים לקחת חלק במסגרת יצירת והרחבת השירות החדש של אשפוז בית.
 2. **תמריץ כלכלי** - במסגרת הקאפ החדש יש הזדמנות להורדת אחוזי התפוסה במחלקות הפנימיות ללא פגיעה בהכנסות בית החולים בטווח הקצר, אך נוכח תחילת תהליך שהמשכו והיקפו לא ברור - חשש שיהיו השלכות לטווח ארוך, כולל על פעולות דיפרנציאליות, שעלולות לפגוע בהכנסות ביה"ח.
 3. **תמהיל החולים הקשים והמורכבים במחלקות האשפוז יגדל לאורך זמן** - הדבר ייצר מעמסה תקציבית על ביה"ח (הוצאה גדולה יותר של ביה"ח על הכנסות מ"חולה הממוצע" ופגיעה בריווחיות) וכן יגדיל את העומס ושחיקת הצוותים. יש להיערך לכך תקציבית וכן מבחינת איוש והכשרת הצוותים המטפלים. כמוכן, עבור ב"ח קטנים ובעלי תמהיל מאושפזים פחות מורכב, להעברת נתח מהמאושפזים לקהילה תיתכן משמעות כלכלית ניכרת של ירידה בהכנסות לאור חלקם הגדול של המטופלים הקלים-יותר בקרב כלל מאושפזי ביה"ח.
 4. השפעה אפשרית של ירידת היקפי הפעילות האשפוזית על **תקינת ביה"ח** - לא רוצים לראות "מחלקות ריקות".
 5. חשש שהוצאת נתח פעילות מביה"ח ומיסוד אשפוז הבית יבוא על חשבון **תוכניות הפיתוח ארוכות הטווח של ביה"ח (במסגרת תכנון מיטות האשפוז)**.
- בתי החולים כספקי אשפוזי בית (באופן עצמאי/משולב עם גורמי הקהילה)**
- א. **הזדמנות להובלה של ביה"ח** והגדלת השפעתם על מטופלים גם מעבר לגבולותיהם הפיזיים והרחבת ערוצי השירות הרפואי הניתנים על ידם - תוך מתן מענה (עצמאי/משולב קהילה) למטופלים במגוון מצבים קליניים.
 - ב. הגדלת יכולת טיפול בבית בחולים בעלי פרופיל מורכב יותר - **הרחבת אוכלוסיית היעד של המטופלים היכולים ליהנות מטיפול באשפוז בית**, מעבר לטיפול הניתן כיום על ידי גורמי הקהילה.
 - ג. **רצף טיפולי נוכח המשכיות גורמי הטיפול** בין האשפוז בביה"ח לאשפוז בבית.
 - ד. **ויסות מיטבי יותר מהקיים כיום** של הוצאת חולים לאשפוז בית מהמלר"ד

- וממחלקות האשפוז הפנימיות, תוך ניתובם לקבלת שירות מהספק המתאים למצבם.
- ה. **הזדמנות לשיתופי פעולה** המבוססים על העוצמות היחסיות של בתי החולים (בעיקר רפואה מקצועית וזמינה) ועל חוזקות הקהילה (תשתית, גמישות העסקת כוח אדם ויכולת הגעת צוות לבית המטופל), תוך צמצום עלויות האשפוז שבמסגרת ביה"ח.
 - ו. תצורת העבודה של צוות הסיעוד במשמרות מייצרת הזדמנות לעבודה נוספת באשפוז הבית וקיום תחרות שכר על כוח האדם עם הספקים החיצוניים.
 - ז. חשש כי לבית החולים לא יהיה כל יתרון (כלכלי/אחר) בהספקת שירותי אשפוז הבית, וייתכן אף חסרון בהינתן עלויות כוח אדם גבוהות יותר. לחילופין אופציה להכנסה נוספת לביה"ח מעבר לאשפוז הרגיל.

ספקים פרטיים של שירות אשפוז הבית

- א. הזדמנות לצמיחת השירות והגעה ל-SCALE, עם יתרונות ברורים לגודל (בניהול כוח האדם, דיגיטציה וכו'). הכללת עלויות הצר"פ, התרופות האשפוזיות והשינוע בתוך מחיר יום האשפוז ובאחריות הספק.
- ב. יכולת העסקה גמישה של מטפלים המייצרת אטרקטיביות ויכולת גמישות למענה מהיר על פי צרכים. יכולת זו אפשרה הגדלה רחבה ומהירה של יכולות אשפוז הבית בישראל במהלך גל האומיקרון בינואר-פברואר 2022.
- ג. תלות במודל השיפוי הכלכלי הקיים המדרבן את הקופות להפעלת שירותים נוספים.
- ד. נטל על הקופות - צורך בהשקעת מנגנוני בקרה על ידי הקופות.

משרדי הממשלה

- א. הזדמנות לשיפור שירות למטופל שמאושפז בבית במקום בבית החולים, ללא עלות תקציבית נוספת.
- ב. הזדמנות לצמצום הצורך בתוספת מיטות אשפוז כלליות בתחומים בהם מתפתח אשפוז הבית לנתח חליפי משמעותי, במקביל להתאמת יכולות בתי החולים לתמהיל מאושפזים יותר אקוטיים ומורכבים.
- ג. סכנה להתבדרות תקציבית - במקרה שהיחס בין החלק התוספתי לחלק החלופי לאשפוז בבתי"ח יהיה גבוה מידי.
- ד. אתגר להגדרת תהליך בקרה סדור למנגנון בחירת חולים מתאימים לאשפוז בית למניעת ABUSE מחד ומניעת אי טיפול הולם ואיכותי בחולה שאינו מתאים למסגרת ביתית, מאידך.
- ה. צורך בהגדרה מחדשת של רגולציה על ספקי אשפוזי הבית והטמעת סטנדרט מדדי איכות ובטיחות רוחביים בכל המערכת, בבית ובבתי החולים.
- ו. בחינת מעבר מפרדיגמה של רישוי מיטות אשפוז - לפרדיגמה חלופית של ניהול שימושים על פי קריטריונים להתאמה לאשפוז בית, לצורך אופטימיזציית שימוש במשאבים.

ב. הפעלת שירותי אשפוז בית - קהילה ובי"ח

שירות אשפוזי הבית הוגדר על ידי משרד הבריאות כמצוי באחריות הקופות. עם זאת, ספק השירות עצמו יכול להיות ממספר מקורות: ספק פרטי, הפעלה עצמית בקופה, בתי חולים, הפעלה משולבת. כחלק מבחינת הרחבת השירות, להלן ריכוז של נקודות חוזקה וחולשה יחסיות של הספקים השונים במתן השירות בעת הנוכחית:

טבלה 11: נקודות החוזק והחולשה היחסיות של הספקים השונים במתן שירותי אשפוז בית

הספקת שירותי אשפוז-בית על ידי בתי חולים	הספקת שירותי אשפוז-בית על ידי קופה (הפעלה עצמית/באמצעות ספק חיצוני)	
ניסיון ומיומנות בטיפול בחולים מורכבים.	יכולות וניסיון במענה בבית המטופל (כדוגמת יחידות להמשך טיפול/טיפול מרותקים) - הפעלת מערך תוך קשר למרפאת האם והיכרות עם פרופסיית "רפואת הבית".	נקודות חוזק
רצף טיפולי בעת "קיצור אשפוז" והעברה לאשפוז בית ממחלקה (בעיקר משמעותי לאחר אשפוז מורכב/פעולה שמצריכה היכרות ומיומנות).	רצף טיפולי בעת העברת המטופל בין מסגרות קהילתיות כדוגמת היחידה להמשך טיפול (מאשפוז-בית חריף למסגרת תת-חריפה/הוספיס וכו').	
תחושת ביטחון למטופל ("גיבוי בית חולים"), הסבור שאיכות ובטיחות הטיפול בבי"ח גבוהות מהקיימות באשפוז בית.	גמישות תפעולית המאפשרת יכולת SCALE גבוהה ומהירה על פי צורך בעיתות חירום.	
גיבוי זמינות לטובת מתן מענה לצרכי מעבדה/דימות/יעוץ/מיון/ אשפוז דחוף 24/7 על פי צורך במהלך אשפוז הבית.	אפשרות מתן שירות לכל מסלולי המטופלים (הגעה מהקהילה/מהמיון/ ממחלקת אשפוז).	
מענה אפשרי למבוטחי כל הקופות שפנו לביה"ח (ללא נחיצות בדיקת קיום מערך אשפוז-בית של הקופה).		
פחות מנוסה בהפעלת לוגיסטיקה של טיפולי בית ומערך תמיכה נילוה.	בשלב הנוכחי - פחות ניסיון במענה למקרים מורכבים "חליפי אשפוז" לעומת צוותי ביה"ח.	נקודות חולשה
מוגבלות גיאוגרפית לרדיוס ניקוז מוגדר משטח ביה"ח.	אתגר גדול יותר של בקרת איכות, בשל מטפלים רבים והטרוגניים יותר ביכולותיהם.	
מוגבל למתן השירות למטופלים ש"דרכו בביה"ח" (מיון/מחלקות).		
גמישות העסקת כוח אדם נמוכה יותר ועלות כוללת גבוהה יותר בהפעלה מלאה של השירות.		

ג. אתגרים בתחום הטכנולוגיות

סוגיית הטכנולוגיות והשפעתן על אשפוז הבית ויכולת קידומו והרחבתו הינה נושא מרכזי, הן בהיבט ההזדמנויות החדשות הנוצרות והן בהיבט של אופן השימוש ועלות התועלת בשימוש בטכנולוגיות [69,68]. יכולות הניטור והטיפול המתפתחות במסגרת הרפואה מרחוק, בשילוב הטמעת יכולות בינה מלאכותית, פותחים בפנינו הזדמנויות להרחבת יכולות המענה לכל מטופל, בכל מקום ובאופן איכותי ובטוח.

להלן מספר אתגרים טכנולוגיים:

1. **רשומה רפואית** - ריבוי הגורמים הקשורים לטיפול הניתן בבית מצריך יכולת תקשור וצפייה כך שהמידע הרפואי יהיה זמין ונגיש בזמן אמת לכלל הגורמים המטפלים. חיבור הרשומה הרפואית לאמצעי הניטור וחיבור הנתונים למערכות התראה שיתרעו על שינוי מצב רפואי המחייב התערבות הצוות המטפל, יאפשרו את העלאת רמת המורכבות של מטופלים היכולים להתאשפז בבית. הרשומה הממוחשבת הקיימת כיום בקופות ובבתי החולים לא מאפשרת עבודה מלאה בסביבת MOBILE ולכן אינה רלבנטית לצוותים העובדים באשפוז בבית. קישור הביקורים קיים כבר היום.

2. **תקשורת** - אמצעים טכנולוגיים המאפשרים תקשורת זמינה בין המטפלים למטופל ובין גופי טיפול שונים הינם קריטיים לטיפול - תקשורת טלפון וכן וידאו (לאפשר שיח חזותי עם המטופל, תוך יכולת התרשמות ממצבו כחלק מתהליך ההערכה והאבחון בכל עת שנדרש). תקשורת בין גופים מטפלים היא כמובן קריטית לשמירה על רצף הטיפול.

3. **ניטור** - אשפוז בבית מחייב התאמת אמצעי ניטור - ידני על ידי המטופל ומטפלו העיקרי בבית, באמצעים המסופקים לו (כפי שהתנהל באשפוז הבית בגלי הקורונה), או באופן טכנולוגי בתדירות משתנה - של מדדים בסיסיים כמו דופק, חום, לחץ דם, ערכי סוכר וכן מדדים מתקדמים יותר של מספר נשימות, ריוויין חמצן בדם, אק"ג, תנועתיות מטופל, פעילות מוחית ועוד. בעולם רווי טכנולוגיות ניטור, שבו גם ניתן להתאים את היכולות לצרכים, חייבות להבחן מספר שאלות טרם הגדרת אופן ותהליכי ההצטיידות [73]:

א. האם הטכנולוגיה רלוונטית מבחינה קלינית? ברור כי ככל שהמטופל ומחלתו החריפה בעטיה הוא מאושפז, הינם פחות מורכבים, הרי שצורכי הניטור פוחתים בכל הקשור לניטור רציף ורכיבי הניטור. רלוונטיות סוגי ניטור צריכה

להיות מותאמת לפי אבחנה (לא מוצבים בבית המטופל באופן שגרתי ואחיד). הטכנולוגיה ורמת ההתערבות חייבת להיות בעלת ערך לצוותים המטפלים לשיפור ויעול הטיפול ובכך לאפשר צמיחה נוספת של השירות.

ב. מה הטכנולוגיה הנדרשת והאם היא אפשרית וזמינה לשימוש? טווח הצורך הינו רחב ביותר, בדומה לזה שבבתי החולים. מכשירי המדידה חייבים להיות ברמת Gold Standard מבחינת אישורי הדיוק שלהם, כך שהצוותים יוכלו לסמוך עליהם ולקבל החלטות לפי המידע המגיע מהם. מאידך, אופן העברת הנתונים אל הצוותים והרשומה הרפואית יכול להיות בפתרונות חדשניים ויצירתיים.

ג. בחינת עלות - האם הניטור יאפשר לטפל בבית בצורה איכותית בחולים מורכבים יותר ובאופן שיוזיל עלויות אשפוז ויפחית סיבוכים שיביאו להגדלת הוצאות טיפול? האם נדרשת מעורבות של גוף שלישי בהפעלת הניטור באופן שיקר עלויות? האם השימוש בניטור יחזיר את ההשקעה הכלכלית הכרוכה בהפעלתו?

ד. אתגרים אתיים באשפוז בית⁹

העברת הטיפול מבתי החולים למסגרת הביתית מייצרת מכלול משימות ונטל חלוקת אחריות חדש ושונה מבעבר. הטיפול הביתי יוצר אתגרים נלווים לצוות המטפל מאחר ויש מספר רב של מטפלים מעורבים עם מיעוט נקודות השקפה ביניהם ומאחר ואנשי המקצוע עובדים לעתים קרובות לבד בבית המטופל. **העבודה לבד מייצרת אתגר בעבודה הקלינית**. גופים העוסקים באשפוז בית נדרשים לפתח תורת הפעלה ורוטינות טיפוליות ותפעוליות הנותנות מענה מלא לסוגיות שלעיל. כל איש/ת צוות הנמצא בביקור בבית מטופל חייב שיהיה לו גיבוי מקצועי על ידי אנשי צוות מומחים זמינים 24/7 ועל ידי תמיכה תפעולית ושירותית מתאימה כדי לאפשר מתן טיפול בהיקפים הולכים וגדלים של מאושפזים בתחלופה גבוהה.

אחד העקרונות האתיים המרכזיים בטיפול במסגרת הבית הינו לכבד את האוטונומיה של המטופל, דהיינו לתת למטופל לבחור בחירות מושכלות וחופשיות המבוססות על הערכים שלו.

9 ראיון עם ד"ר גילה יעקב בתאריך 24.10.22 מומחית לאתיקה רפואית, מרצה באקדמיית עמק יזרעאל.

כאשר מסגרת הטיפול היא בבית חשוב לתת תשומת לב מיוחדת לקבלת ההחלטות העצמאית של המטופל ולייצר מפגשים אישיים עם המטופל על מנת לוודא שהמטופל מביע את רצונו.

עוד יש לקחת בחשבון שקבלת החלטות הינה תהליך ולא אירוע חד פעמי ויש לתת תשומת לב לתקשורת כנה ופתוחה הכוללת מסירת מידע, אמירת אמת והסכמה מדעת [72,70]. מסגרת הטיפול בבית עשויה לחזק את מימוש האוטונומיה של המטופל, בשל תחושת הביטחון והמוגנות של המטופל והמטפלים העיקריים בסביבתם הביתית.

מול ערך האוטונומיה ניצב עקרון ההטבה ואי גרימת נזק, שעשוי לעמוד למבחן בעת מתן טיפול במסגרת הבית ללא פיקוח והנחיה צמודה של אנשי צוות רפואי. ייתכן קונפליקט בין עקרונות כאשר למטופלים או לבני משפחה יש דעות ורצונות המתנגשים עם הערכים והנורמות של אנשי המקצוע לגבי דעתם - מהו טיפול טוב [72]. ארגונים המתמחים באשפוז בית נדרשים לפתח מערכות דיווח פנימיות עבור אנשי הצוות כך שיוכלו לשתף במורכבויות העולות במהלך הטיפול ולקבל מענה רציף ומקצועי.

באחריות מי לוודא למי ומתי הכי טוב בבית? כאשר הבטיחות נמצאת בסכנה, אנשי מקצוע בתחום הבריאות מוכנים לפעמים להפעיל יותר לחץ ולקחת יותר שליטה על חולים למרות הפגיעה ביכולת ההחלטה [74]. יתכנו פערים בתשובה לשאלה מהי טובת המטופל בין הגורמים השונים ויש לפעול בפתיחות ובשקיפות תוך קשב לכלל המעורבים. לפיכך, מלכתחילה נבנה אשפוז הבית בישראל בתצורה של אישור מראש (Pre-Authorization), כאשר בקבלת ההחלטה להתאמה לאשפוז בבית נלקחים בחשבון גם פרמטרים סביבתיים ומשפחתיים מעבר לפרמטרים הקליניים.

עקרון האוטונומיה יכול להתנגש עם עקרונות נוספים כגון עקרון הצדק במתן שירותי הבריאות ויכולתו של המטופל לשלם עבור השירות או יכולת המערכת להקצות משאבים באופן שוויוני כאשר המשאבים מוגבלים. משאבים מוגבלים ישפיעו על העדפת צרכים רפואיים על פני צרכים פסיכו-סוציאליים [75]. אומנם המימון המלא של אשפוז הבית על ידי הקופות בישראל מונע סיטואציות כעין אלו, אך אי יכולת מטופלים לקבלת השירות מפאת סיבות סוציאליות, לוגיסטיות ואחרות עלולה לייצר אי-שוויון בנגישות קבלת שירות אשפוז הבית בין מטופלים שונים, וזאת בניגוד לאשפוז בבי"ח, אשר אין כל צורך בתנאי סף לצורך קבלתו, למעט עמידה בהתוויות קליניות.

עוד חשוב להדגיש כי בעת מתן טיפול בבית המטופל יש לקחת בחשבון את נוכחות בני המשפחה ואת היותם חלק מקבלת החלטות. גישה אתית המנחה התנהגות ראויה בהקשר זה היא גישת האוטונומיה היחסית (Relational Autonomy). גישה זו רואה את המטופל בהקשר המשפחתי ומבקשת לכבד את רצונו מתוך שייכותו למשפחה. המשמעות המעשית היא שלעיתים קיים פער בין רצון המטופל לבין רצון בני המשפחה ונדרשים הליכים של גישור אתי על מנת להגיע להסכמות.

ה. תרחישים עתידיים בתחום אשפוז הבית

בבואנו לבחון את ההזדמנויות והאיומים של שירות צעיר כאשפוז אקוטי בבית, ניתן לחשוב על תרחישים רבים העשויים ועלולים להשפיע על התפתחותו.

המתודולוגיה שנבחרה כוללת את הבנת המרכיבים המרכזיים להצלחה של שירות ייחודי זה, הכוחות החיצוניים המופעלים עליו, ואי-הוודאויות הכרוכות בביצועו ובהמשך קיומו (בהיבטים הפוליטיים, הכלכליים, החברתיים, הטכנולוגיים והמשפטיים-רגולטוריים (מודל PESTLE)). על בסיס התובנות שלעיל ניתן לעשות ניסיון לתאר תרחישים אפשריים לחמש השנים הקרובות.

הכוחות הפועלים במערכת הבריאות אשר משפיעים על התפתחות שירותים רפואיים בכלל ואשפוז חריף בבית בפרט תוארו בהרחבה בתחילת המסמך (הזדקנות האוכלוסייה, מצוקת האשפוז, מצוקת כוח האדם המקצועי, שחיקת הצוותים, העדפות המטופלים ועוד).

בפן הקליני, יש הסכמה גורפת שמטופלים רבים הנדרשים לטיפול שעד כה ניתן רק בבתי חולים (Hospital Level Care) יכולים לקבל את הטיפול וההשגחה הרפואית בביתם. קבוצת המצבים הקליניים המתאימים הולכת ומתרחבת עם צבירת הניסיון ודיוק התאמת התשומות לצורך.

פרק אי-הוודאויות מעניין במיוחד שכן בשנתיים-שלוש האחרונות צומצם משמעותית הצורך לדון בחלק מאי-הוודאויות שאולי היינו דנים בהן לו המסמך היה נכתב ב-2019. לדוגמה: תפקיד הרפואה מרחוק וההזדמנות הגלומה בה להרחבה משמעותית של האשפוז בבית. אין ספק שנכון לשנת 2022, גם הרופאים/ות והגם המטופלים/ות מאמינים שיש כר נרחב למפגשי מטפל-מטופל שאינם באופן פרונטלי, אלא בוודאו או טלפון ואפילו בהתכתבות. מפגשים מרחוק כבר מהווים חלק מהאשפוז החריף בבית בישראל והנושא נלמד בזהירות המחויבת.

אי-וודאות נוספת שנפתרה מיד עם תחילת מתן השירות של אשפוז בית לפני כחמש שנים הייתה - האם המטופלים והמשפחות יסכימו או יחששו להיות מטופלים בטיפול חליף אשפוז בבית. המענה הוא חד משמעו והסקרים השונים מדגימים את הצלחת השירות להתבסס כאפשרות טיפולית מועדפת על ידי המטופלים ובני משפחותיהם.

לאור האמור לעיל, אי-הוודאויות המהותיות שנכון לדון בהן באות מעולם השימושים, ההצדקה הכלכלית, שאלת החלופיות או התוספתיות וההשפעה על מארג האשפוז בישראל בכלל ועל המחלקות הפנימיות בפרט.

קובעי מדיניות בריאות בכל המדינות בהן שירותי הבריאות ממומנים באמצעות צד ג' (ביטוחי בריאות, מממן יחיד - Single Payer וכד') מוטרדים משאלת שימושי היתר. הדאגה מבוססת כמובן על התיזה הרווחת שלפיה היצר ביקוש (Supply induced demand).

להלן שתי דוגמאות לתרחישים אפשריים ולהתנהלות בעלי העניין המרכזיים בהינתן מצבי קיצון יחסיים של אי-וודאות בדגש על שימושי יתר.



בדוגמה זו, ציר ה-X מבטא המשך עידוד תקציבי של המדינה לקופות החולים לביצוע אשפוזים בבית (בין אם בצורת מבחן תמיכה או בדרך אחרת) וציר ה-Y מבטא התנהגות המערכת, בהיבט של שימושי יתר משמעותיים.



בדוגמה זו, ציר ה-Y ללא שינוי, אך ציר ה-X מבטא את הספקטרום של האפשרויות להשפעה על התפוסה במחלקות הפנימיות.

השימוש במתודולוגיה של בחינת תרחישים מאפשרת לקובעי המדיניות ולמובילי הארגונים בעלי העניין למפות ולזהות חלופות לדרכי התנהלות פוטנציאלית עתידית, ובכך לשכלל את קבלת ההחלטות כבר בשלב התכנון והישום, כדי לנסות ולהגיע לאיזונים נכונים יותר ולצמצם את מרווח הטעות העתידית האפשרית.

שאלות לדין - תת-צוות 2 - "מיפוי המגרש"

א. מטופלים - איתורם והפנייתם:

- ◆ מהו המודל הנכון לאיתור מטופלים המתאימים לאשפוז בית (הלימה + וידוא התאמת אקוטיות)? מיהו הגורם המפנה והמאשר וכיצד תתבצע בקרת תהליך סדורה?
- ◆ כיצד ניתן לשפר את רמת הביטחון של המטופלים באיכות ובטיחות הטיפול הניתן במסגרת אשפוז בית?
- ◆ כיצד ניתן להגביר את רמת המודעות של המטופלים לאפשרות קבלת השירות?
- ◆ פעילות בחברה הערבית - כיצד ניתן להגדיל את אמון הציבור הערבי בשירות אשפוז הבית/ביצוע התאמות ושינויים לשם התאמה להטמעתו בחברה הערבית?
- ◆ כיצד ניתן להטמיע מנגנון שיוודא את הלימת המטופל לקבלת השירות - האם באחריות כל קופה בפני עצמה?

ב. מטפלים עיקריים:

- ◆ האם נדרש לתת כלי עידוד/תמרוץ למשפחה המטפלת? שיפוי עלויות - מזון, חשמל, אבדן שעות עבודה?
- ◆ כיצד ניתן להקל על בני המשפחה בצמצום הנטל? האם יש צורך בהכשרת המטפל העיקרי ואם כן, כיצד?

ג. צוותים מטפלים:

- ◆ כיצד ניתן לעודד/לרתום את המטפלים בקהילה ובביה"ח לשלוח מטופלים לשירות אשפוז בית?
- ◆ כיצד ניתן להפוך את אשפוז הבית לשירות רפואי אטרקטיבי עבור המטפלים?

ד. ספקי שירות אשפוז בית:

- ◆ מה מקומם של בתי החולים בשירות אשפוז הבית? האם ניתן לקדם ולהרחיב שירות זה על בסיס יכולות והפעלת הקהילה בלבד?
- ◆ כיצד ניתן לתמרץ את ביה"ח להיות שותפים משמעותיים יותר בהרחבת שירות אשפוז הבית?
- ◆ האם יש מקום לדיפרנציאציה בין קבוצות המאושפזים ובהתאמתם לספק שירות אשפוז הבית על פי מסלול מסע המטופל (המגיע מהקהילה - יטופל על ידה, המגיע מביה"ח - יטופל על ידי ביה"ח) או בהתאם לחומרת מחלה/מורכבות המטופל?
- ◆ האם וכיצד ניתן לייצר מנגנון שיוודא, שהחולה הנכון יגיע לשירות אשפוז בית המסופק על ידי המפעיל הנכון, או שלמעט הגדרת הקריטריונים לאשפוז בית יש לתת למערכת לפעול באופן עצמאי?

ה. רגולציה:

- ◆ כיצד ניתן לוודא אי-אפליה וקיום שוויון בהספקת שירות אשפוז בית בעת הרחבתו הלאומית - פריפריה גאוגרפית, סוציאלית, מגזרית? אילו פעולות יזומות יש לנקוט לשם כך?
- ◆ אילו שינויים ועדכונים ניתן לבצע בהסדרת אשפוזי הבית כדי לשחרר חסמים ולהקל על הרחבתם? פרט לתמריצים הכלכליים, מהם החסמים שיש לפתור לשם הרחבת השירות (היקפו + לתחומים קליניים נוספים)?
- ◆ באחריות מי לעקוב ולבצע בקרה אחר מדדי ההפעלה השוטפים של אשפוז הבית?
- ◆ מיהם בעלי המקצועות שנכון שיהיו מעורבים במתן שירותי אשפוז בית?
- ◆ האם נכון להגדיר את אשפוז הבית כשירות בסיס במערכת הבריאות אשר חובה שיוצע לכל מטופל העומד בהתוויות, או "שירות-בונוס" אופציונאלי, אשר יוצע על ידי הגופים המעוניינים בכך, למטופלים המעוניינים בכך?

תת-צוות 3 - "מבט לעתיד"

א. הגדרת יעד למספר מיטות אשפוז בית חריף

הגדרת יעדי מיטות אשפוז בית היא נגזרת של צרכי האשפוז בארץ. על פי פרסום אגף המידע במשרד הבריאות (אשפוזים במחלקות הפנימיות 2005-2019, 2020) [76]. בסוף שנת 2019 פעלו 137 מחלקות פנימיות ופנימית מוגברת שכללו 3,991 מיטות אשפוז בתקן. היתרון הגלום באשפוז בית הינו יכולת ההרחבה וצמצום הפעילות על פי דרישות ולחצים של מערכת האשפוז במדינת ישראל, ללא צורך בתשתית אשפוזית מלונאית, אלא רק בגיוס כוח אדם רפואי מבעוד מועד וקליטתם למערכת האשפוז האקוטי בלוח זמנים מקוצר. במהלך מגפת הקורונה הוכפל מספר המיטות באשפוז בית אקוטי עד כ-600 מיטות יומיות, תוך שבועות בודדים בהתאם לעומס האשפוזי במחלקות הפנימיות.

כיום מאושפזים בכל רגע נתון כ-300-350 איש בביתם, המהווים כ-8% ממאושפזי המחלקות הפנימיות בישראל. קיימת הסכמה בספרות העולמית שכ-10%-15% מכלל מאושפזי הפנימיות יכולים להתאים לקבלת טיפול במסגרת אשפוז בית אקוטי [78,77,47,37,20]. במסגרת תוכנית מתאר ארצית למוסדות הבריאות בישראל - תמ"א [79,49], ונוכח תחזית הלמ"ס הבינונית לצפי גידול האוכלוסייה (10 מיליון ב-2024 ו-15 מיליון ב-2048) נלקחו בחשבון 15% ממיטות האשפוז הכללי הנדרשות כמיטות אשפוז בית. כפי שהוצג בסקר הרופאים המקדים לכנס - 43% סברו כי מדובר ב-11%-25% מהמאושפזים ו-32% סברו כי 26% מהמאושפזים ומעלה יכלו להתאים לטיפול חליפי באשפוז בית.

הניסיון שנצבר באשפוז בית בשנים האחרונות בישראל וההתקדמות הטכנולוגית המאפשרת ניטור ביתי וביצוע בדיקות בבית המטופל מאפשרות להרחיב את היקף מיטות אשפוז הבית לכ-10% ממיטות האשפוז הפנימיות (400-450 מאושפזי בית) תוך פרק זמן קצר וכן לכוון להגעה לכדי 15% מכלל מיטות האשפוז בפנימיות בהמשך (600-700 מאושפזי אשפוז בית אקוטי בשנת 2025). אנו סבורים שניתן לכוון לכך שנתח אשפוזי הבית על סוגיו השונים יהווה 15% ממיטות האשפוז בארץ. בנוסף יהיה צורך בהרחבת סל השירותים הרפואיים ובהתרחבות מקצועות הבריאות הניתנים במסגרת אשפוז בית אקוטי.

לאור הניסיון שהצטבר בארץ ובעולם, קיימת הבנה רחבה שמעבר מטופלים מתאימים לאשפוז בביתם הינו בטוח, אפשרי, בעל יתרונות קליניים וזול יותר. בתי חולים יהיו אקוטיים יותר יתמקדו בביצוע ניתוחים, פרוצדורות וטיפול בחולים קשים הדורשים טיפול וניטור צמודים. יצירת יכולת אשפוז בית מייצרת גמישות בסיוע למערכת הבריאות להתמודד עם מצבי קיצון חריפים של ביקוש (מצוקת חורף/פנדמיה) במקביל למענה לצרכי אשפוז עתידיים כחלק מתשתית מיטות האשפוז בישראל.

במבט לעתיד, מתוך הבנת יתרונות אשפוז הבית עבור המטופלים ומערכת הבריאות ולאור ההתפתחות הטכנולוגית המאפשרת והשינויים החברתיים והרגולטורים בעקבות מגפת הקורונה - פרט לתוכניות למיסוד והרחבת אשפוז הבית הקיים, יש לבחון גם את הרחבת התוויות לתחומי אשפוז נוספים (כפי שיתואר בהמשך), אשר יאפשרו לבתי החולים לתכנן את התאמת תמהיל המיטות העתידי שלהם לחולים המאושפזים.

ב. הרחבת הפעילות

הרחבת השירות הקיים

כיום, מקורם של כ-80% מאשפוזי הבית הוא בהפניה מרופאי הקהילה והיתר מבתי החולים. הרושם של מובילי התחום בקופות כיום הוא שאנו קרובים לנקודת מיצוי פוטנציאל אשפוזי הבית (כחליפי אשפוז בביה"ח) שמקורם בהפניה מהקהילה. הגדלה משמעותית נוספת של מספר אשפוזי הבית לטובת הגעה ליעדים המספריים שתוארו בסעיף הקודם מצריכה את הגדלת זרוע המטופלים המופנים מחדר המיון (כחליף אשפוז למטופל שעבר במיון הערכה ונמצא שהוא זקוק לאשפוז בבי"ח) ומביה"ח (קיצור משך האשפוז). הגדלת זרוע זו מצריכה את שיתוף הפעולה של ביה"ח באמצעות תמריצים והעלאת מודעות לתהליך (כמפורט בפרק הקודם, תחת "בתי חולים כשותפים להעברת מטופלים מחדר מיון/מחלקת אשפוז - לאשפוז בית"), ללא קשר לגורם שמספק את שירות אשפוז הבית.

הרחבת התוויות קליניות

לאור הניסיון שנצבר על ידי הגופים השונים המפעילים אשפוזי בית, יש לבחון את הרחבת טווח המצבים הרפואיים המאפשרים אשפוז בית מעבר לחלופה למחלקות הפנימיות. ניתן לחלק את אשפוז הבית לקיצור אשפוז (אשפוז המשכי - לאחר אשפוז

בבי"ח) ולאשפוז בית ראשוני, כחלופה מלאה לאשפוז בבית החולים (טרם תחילת אשפוז בבי"ח).

א. קיצור אשפוז

אשפוז בית כירורגי - חולים יתאשפזו בביה"ח לניתוח/לפרוצדורה ואשפוז הבית יאפשר את קיצור משך שהותם בביה"ח. לשירות זה מתאימים בעיקר מטופלים הנותרים באשפוז/השגחה לאחר פרוצדורה רפואית אלקטיבית כגון ניתוחים אורתופדיים, ניתוחים אורולוגיים, גינקולוגיים, כירורגיה כללית וניתוחים בריאטריים [80]. למען הסר ספק, אין המדובר בחלופה לשיקום לאחר ניתוחים, כי אם בחלופה לאשפוז בביה"ח הכללי בימים הראשונים שלאחר הניתוח. **במקרים אלו עשוי להיות יתרון להמשך טיפול על ידי צוות בית החולים** לשמירת הרצף הטיפולי והמעקב על ידי הצוות המנתח.

אין ספק שלסביבה הביתית יש יתרון בקיצור תהליך ההחלמה. המחלקה המנתחת יכולה לשחרר מיטות אשפוז ובאופן פוטנציאלי להגדיל את נפח הפעילות (כתלות בחדרי ניתוח וצוות זמניים) ולקצר זמני המתנה לניתוחים. מבחינת התחשבות, יש לזכור כי עבור פעולות אלקטיביות אשר נקבע להן מחיר לפעולה (PRG/DRG), ימי האשפוז שלאחר הניתוח הם חלק מהמחיר הכולל, כך שנדרש לעדכן את התמריץ הכלכלי לביה"ח לביצוע המשך האשפוז בבית [81]. מאמרי עמדה מארה"ב מזהים בטיפול פוסט אופרטיבי בבית המטופל פוטנציאל רב לקידום טיפול שהוא *Patient-centered, value-based care* [80]. גם בתחומים נוספים כגון אונקולוגיה ניתן לבחון את השלמת ימי האשפוז הנדרשים בבית המטופל לאחר האבחון והייצוב הראשוני בבית החולים.

ב. חלופה מלאה

במקרה של אשפוז בית ראשוני כחלופה מלאה לאשפוז בבי"ח מוצע לבחון אפשרויות הרחבה של השירות גם לתחומים נוספים ולאוכלוסיות נוספות. עבור כל תחום יש להשלים ביצוע הערכה מקצועית לטובת הגדרת תכולת השירות המדויקת (כולל התוויות והתוויות נגד, הגדרת תהליכי פעילות ובקרה) ולקיים הערכה כלכלית סדורה לשירות ומשמעויותיו.

1.1 אשפוז בית פסיכיאטרי - שירות טיפולי אינטנסיבי ומוגבל בזמן עבור מטופל החווה משבר חריף, הניתן במקום מגוריו של המטופל. מטרתו היא לשפר את מצבו הנפשי של האדם ולקדם החלמה תוך שמירה על רציפות תפקודית וקשריו עם מסגרות ההתייחסות והשייכות השונות בחייו (משפחה, חברים, מסגרת תעסוקה, לימודים וקהילה) ובכך לצמצם או אף למנוע את הצורך באשפוז במחלקה פסיכיאטרית.¹⁰ בנוהל "אמות מידה להפעלת אשפוז בית פסיכיאטרי", אשר הופץ על ידי האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות בינואר 2022 נכתב כי במדינת ישראל היו בשנת 2019 כ-24,000 קבלות לאשפוז פסיכיאטרי וכ-51% מהמאושפדים חזרו לאשפוז תוך שנה. מתוך רצינות לקיים אפשרויות טיפוליות אינטנסיביות אחרות בקהילה אשר יוכלו לסייע בצמצום הצורך באשפוז, ובכלל זה צמצום שיעור האשפוזים החוזרים, נכתב שהשירות יסופק בידי צוותים אורגניים של הקופה או בידי ספקים אחרים, אשר הקופה תתקשר עמם לצורך מתן השירות. ההחלטה בדבר הצורך וההתאמה לאשפוז בית תתקיים לאחר הערכה פסיכיאטרית פרונטלית. חובה על אנשי צוות היחידה לראות הן את המטופל והן את התומך כדי לבדוק התאמה למסגרת זו ולהתאים תוכנית טיפול. השירות יכול להינתן בבית המטופל או מרחוק, לפי שיקול דעת הצוות המטפל וכן יתאפשר ללוות אותו באמצעים טכנולוגיים נוספים לניטור מדדים.

במסגרת הנוהל הוגדר סל שירותים מינימלי שיש לתת בהתאם לעצימות הטיפול. כן נקבע כי המנהל הרפואי של השירות שינתן מטעם הקופה יהיה האחראי לתהליך הבקרה הפנימית וניהול הסיכונים, כולל (בין היתר) קביעת נהלי אבחון, טיפול, מעקב ותיעוד, קיום ישיבות עדכון והערכות תקופתיות, בקרות מקצועיות על עבודת המטפלים וקיום תהליכים לשיפור איכות ובטיחות הטיפול, ניהול סיכונים ודיווח אירועים חריגים. כל זאת, תחת בקרת משרד הבריאות והקופה המבטחת שהשירות ניתן מטעמה. השירות קיים בישראל מתחילת 2020 ומופעל עבור קופת חולים לאומית ומאוחדת. נכון לסוף 2022, כ-300-350 מטופלים עברו אשפוז פסיכיאטרי בבית והרושם הוא שההתנסות הינה חיובית ומוצלחת.

10 משרד הבריאות, אגף לבריאות הנפש. נוהל מספר 78.01 (2022) אמות מידה להפעלת אשפוז בית פסיכיאטרי (חלופת אשפוז). <https://www.gov.il/he/departments/policies/mtl-78-01>

2.2 אשפוז בית לילדים - אשפוז בית הוא פתרון אידיאלי לאוכלוסייה זו: בדרך כלל מדובר בילדים בריאים עם מחלות חריפות ולכן מרבית האשפוזים האקוטיים קצרים ויחסית פשוטים. המטפלים העיקריים שלהם (ההורים) מחויבים לטיפול בהם ולליווי המלא שלהם גם כשהם בבית החולים. מעבר לאי הנוחות והחרדה שמעורר אשפוז בילד המתאשפז, היציאה מהבית של ההורה והילד מקשים מאד על המשך תפקוד המשפחה ולכן יש ערך רב להשאתם במסגרת הביתית תוך ליווי צמוד.

אשפוזי בית בילדים אינם נפוצים בעולם כאשפוז בית למבוגרים, אך מתוך המחקרים שנעשו עד כה ניתן לראות שביעות רצון גבוהה בקרב המטופלים ובני משפחותיהם ובקרב הצוות המטפל, ללא עליה בעלות הטיפול ואף ירידה [82]. הטיפולים מקובלים במספר מדינות, כגון אוסטרליה ואנגליה, שם מופעלות מחלקות לטיפול בילדים בביתם במגוון של אבחנות; זיהומים, התקפי אסטמה וברונכיוליטיס, עירוי נוזלים, טיפול בסוכרת ואף טיפול כימותרפי.¹¹ מגוון המצבים הקליניים כולל מענה לילדים כחליף אשפוז (הפניה מהקהילה/מהמיון) או קיצור משך אשפוז/המשך אשפוז לאחר התחלת טיפול בבית.

בנובמבר 2022 פרסם האיגוד לרפואת ילדים קווים מנחים להפעלת אשפוז בית בילדים שהוצגו בכנס האיגוד.¹² על פי נייר העמדה, מטרת השירות היא הענקת הטיפול הרפואי האיכותי, היעיל והבטוח בבית המטופל על ידי צוות מיומן, בסביבה בטוחה, מוכרת, טבעית ונוחה, המאפשרת תמיכה ביתית. השירות יינתן על ידי צוות מיומן לפרק זמן שלא יעלה על משך אשפוז בבי"ח, למטופלים שאינם זקוקים להשגחה רפואית צמודה במשך כל שעות היממה. הומלץ כי חלופת אשפוז בבית למטופלים הסובלים ממחלה חריפה תינתן בהפעלת קופות החולים (באופן עצמאי או באמצעות ספקי שרות), או בהפעלת בית חולים. בנייר העמדה פורטו המלצות להתוויות והתוויות נגד, הגדרת תהליכי הפעלה, עקרונות לביצוע ביקור והגדרת כוח האדם הנדרש (רפואי, סיעודי ולוגיסטי), תשתית טכנולוגית, הכשרה והדרכה של הצוות המטפל, תיעוד וניהול סיכונים.

11 <https://www.rch.org.au/wallaby/Wallaby-Hospital-in-the-Home>

12 האיגוד הישראלי לרפואת ילדים (2020). קווים מנחים להפעלת אשפוז בית בילדים. אשפוז-בית-31.10.pdf (doctorsonly.co.il).

בנובמבר 2022 נפתחה לראשונה בישראל מחלקת אשפוז בית לילדים במרכז שניידר לרפואת ילדים - השירות ניתן לילדים העומדים בהתוויות שהוגדרו, לאחר ביצוע הערכה ראשונית במסגרת חדר המיון ומופעל בשלב זה באופן מלא על ידי צוותי ביה"ח. טרם הופץ מבחן תמיכה של משרד הבריאות לאשפוז זה.

3.3 אשפוז בית לנשים בהריון בסיכון - הטכנולוגיה הקיימת היום מאפשרת ביצוע ניטור עוברי ו-US עוברי מרחוק. לפיכך, האפשרות של אשפוז בית לנשים הנמצאות בהריון בסיכון, הנדרשות לאשפוז, הופכת להיות מעשית. הדבר דורש הקצאה של כוח אדם רב-תחומי (כולל רופאים, מיילדות, טכנאי US ועוד) ותפעול הדורש בין השאר רכש ושינוע של ציוד ניטור יקר.

המודל הכלכלי יצטרך לקחת בחשבון את העלות הגבוהה של הציוד, את הצורך להקים תשתית תפעולית וטכנולוגית חדשה ואת הצורך להכשיר צוותים מקצועיים לעבודה מרחוק. למול המורכבות המתוארת, מדובר בנשים צעירות אשר לצורך אשפוז ממושך, לעתים נדרשות להתנתק ממשפחותיהן, כולל מילדים קטנים בבית, למשך מספר שבועות.

4.2 אשפוז בית במוסדות גריאטריים (הרחבה של אשפוז בית פנימי) - זקנים המאושפזים במוסדות גריאטריים מלווים באופן צמוד על ידי צוות סיעודי ורפואי והם נמצאים ב-setting אידיאלי לטיפול בתנאי אשפוז. בשל מיומנות שאינה מספקת של הצוותים הסיעודיים והרפואיים במוסדות אלה והיעדר הרשאות למתן טיפול תוך-וריד, המטופלים מופנים בכל החמרה לבירור במלר"ד ופעמים רבות מאושפזים במחלקה פנימית או גריאטרית. אלו המטופלים המועדים ביותר לסיבוכי אשפוז ובכללם רכישת זיהומים, הופעת דליריום, נפילות וירידה תפקודית לאחר כל אשפוז בבית החולים [30,25,5]. השאתם בסביבה הטבעית, במוסד הגריאטרי בו הם גרים, תיטיב עימם.

אחד המודלים המוצעים הוא תמיכה מרחוק על ידי צוות רפואי המיומן בטיפול בקשישים מאושפזים והפעלה על ידי צוות המרכז הגריאטרי. מניסיון של פיילוט קצר שבוצע במרכז הרפואי שיבא בשיתוף עם מרכז לאשפוז גריאטרי, מעבר לחסכון בימי אשפוז ולשביעות הרצון הגבוהה, צוות המרכז הגריאטרי למד רבות מהצוות המקצועי של ביה"ח ושיפר את יכולותיו המקצועיות. הרחבת מתן מענה בתוך המוסד בו מתגורר הקשיש, בין אם באמצעות קופות החולים ובין אם על ידי בתי החולים

הכלליים והגריאטריים, מצריך ניתוח של החסמים שמונעים משירות כזה להתפתח כבר היום, כולל התאמת הרגולציה של האגף לגריאטריה במשרד הבריאות, תמריצי המוסדות הגריאטריים, ספקי אשפוז הבית וקופות החולים שמממנות את האשפוז.

המוסדות הגריאטריים יוכלו ליהנות מהעובדה שמיטת האשפוז לא מתפנה והם לא "מאבדים" ימי אשפוז בקוד מלא ואילו קופות החולים יישאו בנטל עלות יום אשפוז מופחת הנתמך על ידי משרד הבריאות. כל זאת, במידה ושירות זה ייכלל במבחן התמיכה לאשפוזי הבית. פרט להסדרת התמריצים הכלכליים, גם קיים אתגר להגדרת קריטריונים ברורים מתי הקשיש, אשר מיקומו הפיזי אינו משתנה, עובר מסטטוס "מאושפז במוסד גריאטרי" לסטטוס "אשפוז חרף חליף אשפוז בבי"ח" ויש צורך בהסדרת הנושא על ידי האגף לגריאטריה במשרד הבריאות.

5.2 אונקולוגיה והמטולוגיה - חולים אונקולוגים נאלצים לבלות זמן רב בהגעה לבתי החולים לצורך קבלת טיפולים למחלתם. האפשרות של מתן טיפול כימותרפי או אימונו-תרפי בבית תוך ליווי על ידי הצוות האונקולוגי הרב-מקצועי המטפל בחולים אלה בביה"ח, עשוי להוות פתרון מצוין לאוכלוסייה גדולה של חולים קשים ומורכבים, שחלקם אף מתקשים בניידות. פרט להתאמה רגולטורית של אישור יכולות הטיפול הניתן בבית, שירות מסוג זה יצריך פתרון כלכלי אשר יתמרץ את בתי החולים להמיר את התמורה (הגבוהה) המתקבלת על אשפוז יום אונקולוגי ולשחרר את המטופל לטיפול בבית, בין אם הוא יינתן בהפעלת ביה"ח, במשולב עם הקהילה או על ידיהקהילה בלבד. חשוב לציין שהאחריות על הפרוטוקול הטיפולי וניהולו יישארו בידי המחלקה האונקולוגית של ביה"ח ורק הביצוע יועבר הביתה.

ג. מדדי איכות ובקרה

מדדי איכות הינם כלים דינמיים, המתקדמים ברציפות, שמטרתם להבטיח שיפור מתמיד באיכות ובבטיחות הטיפול. מדדי האיכות בקהילה קיימים בישראל מתחילת שנות האלפיים והתוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי החולים פועלת ברציפות מאז 2013.¹³

13 משרד הבריאות. התוכנית הלאומית למדדי איכות.

https://www.health.gov.il/Subjects/Patient_Safety/hospitals/National_plan_dimensions_of_quality/Pages/default.aspx

מדידת אשפוז בבית, בהיותו חלופה לאשפוז בבית חולים (נכון להיום בעיקר במחלקות פנימיות), חשוב שתהיה דומה ואף זהה באותה קבוצה של מטופלים. מדידה מקבילה וזהה, המפורסמת ביחד תחת אותם הסרגלים, תבטיח שיפור מתמיד גם במערכי האשפוז בבית וגם במחלקות הפנימיות.

גם בעולם אשפוז הבית הוא שירות צעיר יחסית, אם כי באוסטרליה, בצרפת ובספרד הוא כבר פועל למעלה משני עשורים. היחידות לאשפוז בית במדינות מסוימות מאשפוזות מגוון מטופלים שחלקם משויכים בארץ ליחידות להמשך טיפול/טיפול מבחינה קלינית.

בספרד אשפוז הבית החל לפעול בשנות ה-90 של המאה הקודמת וכיום פועלות ברחבי ספרד למעלה מ-130 מחלקות לאשפוז בבית. SEHAD, החברה הספרדית לאשפוז בבית המאגדת תחתה את כל המחלקות, פרסמה מסמך הנוגע למדידה של האשפוז בבית ופועלת בימים אלו לקדם מדידה חיצונית של כל היחידות. המסמך הקיים מחולק לחמישה פרמטרים השוואתיים - מדדי פעילות, איוש ומשרות צוותים, מדדי איכות, הוראה ומחקר ומדדים כלכליים. במדדי הפעילות, מעבר למדדים הכמותיים קיים גם דיווח של בחירת המטופלים הנכונה (הלימת ההפניה). באותה מסגרת הם גם מפרידים בין השלמת אשפוז לקיצור אשפוז ולמניעת אשפוז. עוד בחלק של מדדי הפעילות, הוגדרו פרמטרים קליניים כדי להפריד במדידה בין קבוצות מטופלים כדי להפוך אותה לספציפית ואפקטיבית יותר וכמובן מדדי שירות ושביעות רצון מתוך סקרים חיצוניים. בנוסף, בחרו בספרד למדוד גם את כמות השימושים בשירותי יעוץ חיצוניים ליחידת אשפוז הבית, מדד מורכב למדידה חד ערכית. במדדים הכלכליים הגדירו בספרד מדידה רציפה של ההוצאות לפי מרכיביהן השונים ובחלוקה לימי אשפוז, כדי לזהות מגמות בעלויות על ציר הזמן שיש להתייחס אליהם [83].

במדינת ויקטוריה באוסטרליה פועל אשפוז בית הנקרא Hospital In The Home - HITH - מאמצע שנות ה-90 של המאה הקודמת. קיימים מספר פרסומים העוסקים במדדי איכות ושירות בדומה לנעשה בספרד. הם כוללים גם מדדים שאומדים שיחות לא מתוכננות מהמטופלים או צורך בהגעה לא מתוכננת של איש/ת צוות.

בארה"ב אשפוז הבית החל לפרוח בסוף שנת 2020 כאשר ה-CMS פרסם את עקרונות התגמול (Reimbursement) תחת הוראות השעה המיוחסות למגפת הקורונה. לאחרונה, עדיין לא תחת פרסום מדעי, פרסם ארגון Medically Home הפועל יחד עם גופי רפואה כמו, Kayser Permanente Mayo Clinic, ואחרים את תוכניתו למדידת הפעילות של האשפוז בבית.

התוכנית מבוססת על ארבעה צירים:

1. נגישות ושוויוניות - (Access & Equity) עם דגש על מדידה של מתן השירות גם לאוכלוסיות מרוחקות לפי מיקוד מצב סוציו-אקונומי ובחינת המסרבים לקבל הטיפול.
2. בטיחות ואמינות (Safety & Reliability) - בדומה להגדרות המקובלות בבתי החולים, כולל זיהומים נרכשים, אירועי בטיחות ודיווחם, מוות בלתי צפוי, החמרות בלתי צפויות, אשפוזים בבי"ח תוך כדי אשפוז בבית, החייאות ומצבי חירום, וזמן מקבלת החלטה לאשפוז עד לטיפול ראשון בבית.
3. חווית מטופל ושירותיות (Engagement & Experience) - בעיקר שאלוני שביעות רצון שוטפים ובחינת המחברות והאמון של צוותים רפואיים בשירות.
4. עלויות ויכולת מימוש (Cost & Affordability) - בדגש על עלות כוללת לאירוע אשפוזי, בחינת אשפוזים חוזרים ו/או פניות למיון תוך 30 יום.

בבחינת ההתנהלות במדינות השונות נראה כי בשל היותו של האשפוז בבית שירות צעיר ובשל הפוטנציאל שלו לתת מענה נוסף על המענים המסורתיים עבור קבוצות הולכות וגדלות של מטופלים, חשוב למדוד אותו באופן עמוק ורב ממדי, בעיקר כדי לוודא שמערכת הבריאות והמטופלים נהנים מהתועלות שלו וערים להתפתחות הזדמנויות או תופעות לוואי שליליות בעוד מועד ותיקונן.

לדוגמה: אחת הדאגות הטבעיות בהתפתחות שירות האשפוז בבית היא שימושי יתר בלתי נשלטים (בעיקר בשל היעדר "קירות"). שימושי יתר ייפגעו בהתפתחות הנכונה של אשפוז בבית ולכן יש לתת עליהם את הדעת כבר עכשיו, תוך מדידה השוואתית חכמה ומעמיקה. לא מספיק למדוד האם באזור מסוים בארץ עלו מספר ימי האשפוז הכוללים (פנימית + אשפוז בבית), אלא לבחון לפי קבוצות מטופלים (בדגש על תחלואה כרונית) את ממוצע הימים בהם היו מאושפזים בשנה לעומת קבוצות דומות בעבר.

אשפוז בבית מבוצע על ידי גורמים שונים, לפי בחירתה של קופת החולים המממנת את השירות, ברחבי הארץ לפי המחוזות של כל קופת חולים. לפיכך, נכון שהמדידה תהיה גם כן ברמת נותן השירות (קופ"ח, ספק פרטי ובית חולים) המבצע בפועל את השירות, ברמת מחוזות משרד הבריאות וגם ברמת המבנה ההיררכי של קופות החולים. באופן זה, מדידה השוואתית בין נותני השירות תוביל לשיפור מתמיד.

עיקרי ההמלצות:

1. אשפוז בבית יימדד בכל המדדים בהם נמדדות המחלקות המקבילות בבתי-החולים, והתוצאות יפורסמו באותן טבלאות באופן השוואתי מלא לפי הגורמים המבצעים.
2. משרד הבריאות יקיים בקרה שנתית על פי פרמטרים מובנים בכל יחידות אשפוז הבית של הקופות.
3. פעילות האשפוז בבית עצמה תשווה גם ברמת מחוזות משרד הבריאות, כדי להבין אם נדרשת שונות במודל בתלות בדמוגרפיה ולשם זיהוי פערים במתן השירות באזורים גאוגרפיים שונים.
4. עם המעבר לביצוע חלק מביקורי הצוות מרחוק, נכון למדוד ולהשוות את הפרמטרים השונים גם בראי שונות זו.
5. המדידה תחולק לקבוצות אבחנות במדדים בהם זה רלבנטי (למשל: חולי אי-ספיקת לב, דרגה 3-4, יקובצו יחד במדידה על ציר הזמן, נניח שנתי כדי להבין תועלת מתמשכת ולא נקודתית).
6. בשל ייחודיות וחדשנות השירות, יתבצעו מדידות קבועות:
 - א. שביעות רצון מאושפזים ובני משפחותיהם
 - ב. משכי אשפוז
 - ג. מקורות הפניה
 - ד. החמרות תוך אשפוז/פנייה למיון לאחר שחרור מאשפוז בית אקוטי
 - ה. אשפוז חוזר לאחר שחרור מאשפוז בית אקוטי
 - ו. תמותה
 - ז. נפילות/שברים בזמן אשפוז
 - ח. דליריום בזמן אשפוז
 - ט. היארעות פצעי לחץ
 - י. הערכת עומס מטפל עיקרי
 - יא. שימוש מושכל באנטיביוטיקה
 - יב. רצף טיפול עם גורמי הקהילה
 - יג. ביקור ראשון של מקצועות בריאות רלבנטיים

ד. היערכות להשלכות השינוי במודל הספקת השירותים ו"צעדים להמשך"

העברת נתח מאושפזים לטיפול במסגרת הבית מבטאת שינוי עמוק במודל הספקת השירותים במערכת הבריאות ומטבע הדברים יש למהלך השלכות רחבות, ישירות והיקפיות, על "שחקנים" מרובים. להלן נקודות מרכזיות העוסקות בהשלכות הטמעת שירות אשפוז הבית ובכיווני הפעולה הנדרשים לביצוע.

א. התאמת תמריצי בתי החולים וקופות החולים להרחבת שירות אשפוזי הבית

על מנת לאפשר למערכת לממש את מלוא פוטנציאל השירות תוך שמירת יעילותה, יש לייצר מערכת תמריצים מתאימה, כך שהמטופלים המתאימים יועברו לאשפוז בית, תוך השארת החולים המתאימים לטיפול במסגרת אשפוז ביה"ח. כפי שהוזכר בפרקים הקודמים, לאשפוזי הבית יש הפוטנציאל לספק שירות טוב ובטוח יותר למבוטח, בעלות נמוכה או דומה לעלות של אשפוז בבית החולים.

1.א מצד קופות החולים - בהינתן היכולת לוודא דרגת חליפיות גבוהה בין אשפוז הבית לאשפוז בבי"ח, עלות יום אשפוז בבית נמוכה מעלות יום אשפוז בבי"ח תהווה תמריץ לקופות החולים להרחיב ככל הניתן את אשפוזי הבית. תמריץ זה אינו מתקיים במסגרת כללי ההתחשבות הנוכחית והפעילות מתבססת על מבחן התמיכה של משרד הבריאות, שמשפה את קופת החולים בסכום של 1,250 ש"ח על כל יום אשפוז בית בארבעת ימי האשפוז הראשונים, כאשר גובה השיפוי יורד על כל יום שהחל מהיום החמישי. עם התרחבות שירותי אשפוז הבית יש לבחון את האופן בו יינתן המשך התימרוץ הכלכלי לקיומו, מיסודו והרחבתו של אשפוז הבית, תוך יצירת ודאות לגבי המשכיות התהליך.

2.א מצד בתי החולים - עד 2021 ביה"ח תוגמל במסגרת תשלום ליום אשפוז, אשר יצר תמריץ שלילי לשחרור מטופלים. "חוק התחשבות בין בתי חולים לקופות חולים לשנים 2021 עד 2025" (התשפ"ב-2021)¹⁴, קבע תשלום גלובאלי במחלקות הפנימיות, כך שקופת החולים משלמת לביה"ח במנותק ממספר ימי האשפוז

14 משרד הבריאות. חוק התחשבות בין בתי חולים לקופות חולים לשנים 2021 עד 2025 (התשפ"ב-2021).

https://www.gov.il/BlobFolder/legalinfo/hityaalut01/he/files_legislation_hityaalut_Hityaalut01.pdf

שביה"ח אשפוז בפועל. באופן זה, על פניו יש לביה"ח תמריץ מובהק לשחרור חולים מתאימים מהמחלקה הפנימית לאשפוז בית, כיוון שהוא יקבל את השיפוי עבור הפעלת המחלקה בין אם אושפזו ובין אם לאו. חרף זאת, שיתוף הפעולה להעברת מטופלים לאשפוזי בית מצד ביה"ח הינו מצומצם ביותר וזאת למרות התמריץ הכלכלי בטווח הקצר עבור מאושפזי המחלקות הפנימיות (פירוט וסיבות אפשריות - במסגרת המיפוי בפרק קודם).

באשפוז בית ממחלקות שאינן פנימיות (כמפורט מעלה בפרק "הרחבת הפעילות") - השיפוי לביה"ח נותר פר יום אשפוז ולכן נותר לביה"ח תמריץ שלילי לשחרור חולים לאשפוז בית, תמריץ שיש למצוא לו פתרון במסגרת רגולטורית. עבור פעולות בהן שיטת ההתחשבות מבוססת על DRG/PRG (תשלום לפי אבחון) בדגש על כירורגיה על סוגיה השונים, התשלום על ימי האשפוז בביה"ח כבר "כלול" במחיר שקופת החולים משלמת לביה"ח. בעוד שלביה"ח יש תלם לשחרר את המטופל להמשך טיפול בביתו (ולפנות מיטת אשפוז למטופל אחר), במודל ההתחשבות הקיים לקופה יש תמריץ שלילי להעביר מטופל לאשפוז בית כירורגי ולממנו כתוספת למה שכבר שולם לביה"ח, גם אם הוא היה יכול להתאים לכך מבחינה רפואית.

יש צורך בהעמקת הניתוח לטובת זיהוי החסמים הקיימים, בנוסף להסדרת התמריצים הכלכליים. בין היתר יש להתייחס ל:

1. השפעת ירידת התפוסות על תקינת המחלקות בטווח הבינוני והארוך.
2. השלכה של הוצאת הפעילות מביה"ח על תוכניות הפיתוח העתידיות שלו (תוכניות אב).
3. שינוי בתמהיל המאושפזים בביה"ח לקשים ולמורכבים יותר, אשר עלותם הממוצעת גבוהה יותר ושהטיפול בהם מצריך השקעת זמן ויכולות גבוהות מהקיימות היום. לכך יש השלכה הן על מודל התגמול העתידי הנדרש לביה"ח והן על היערכות כוח האדם הנדרשת במחלקות, נוכח עליית העומסים ופוטנציאל השחיקה הצפוי.

הגדלת פעילות אשפוז הבית הנוכחית בישראל ובוודאי הרחבתה לתחומים קליניים נוספים מצריכה פעילות משותפת יחד עם הנהלות הקופות ורפואת הקהילה וכן עם הנהלות בתי החולים ומחלקות האשפוז, לטובת גיבוש מתווה של הסדרת התמריצים בטווחי הזמן השונים.

ב. ניהול הביקושים

כמו במקרים רבים בכלכלת בריאות, הגדלת היצע השירותים מציבה אתגר של קיום תוספתיות והרחבת ביקושים לשירותי אשפוז ולא רק שיפור שירות והחלפת קיים - באחר. פרט להגדלת עלויות כוללת, בהינתן המחסור החמור בכוח האדם הרפואי בישראל, הגדלת מספר המיטות הכולל (לרבות מיטות בית שמוסיפות לצוותים גם זמני נסיעה מרובים) עלול להחריף את המחסור ואת הקושי בגיוס בכלל המערכת.

תיכנון שירותי אשפוז הבית צריך לקחת בחשבון את השירותים שניתן להעביר לבית המטופל תוך הפחתת העומסים הקיימים בבית החולים, ותוך שיפור השירות למבוטח וצמצום עלויות - במודל של WIN-WIN-WIN לכלל השחקנים. לאור היותן "מיטות ללא קירות", יש לבחון כיצד נכון לתכנן את מיטות אשפוזי הבית כחלק מתכנון מערך האשפוז במדינה - הן במסגרת תוכנית המיטות הרב-שנתית והן במסגרת תכנון המיטות העתידי של תמ"א 49, תוך בחינת נחיצות הצבת יעדים מספריים קשיחים ל"תקרה" של אשפוזי הבית בכל אבן דרך שתיקבע.

גדילה בלתי מבוקרת של מיטות אשפוז הבית עלולה להגדיל את הוצאות קופות החולים לטובת אשפוז על חשבון פיתוח שירותי קהילה, וזאת מבלי ליצור הקלה על העומסים בבתי החולים או שיפור בשירות הרפואי הניתן למבוטחים.

ג. אפליה על רקע מצב סוציאלי ותנאי מגורים

בניגוד לאשפוז בבית¹⁵, אשר נותן מענה שוויוני לכל מטופל העומד בהתוויה קלינית לאשפוז, הרי שאשפוז הבית מצריך קיום תנאים מקדימים נאותים: מקום מגורים ראוי, סיוע של המטפל העיקרי ונכונות של החולה ומשפחתו. עלול להיווצר מצב שאשפוז בית יתאפשר בעדיפות לבעלי מעמד סוציו-אקונומי בינוני וגבוה בלבד, תושבי אזורים מסוימים, בעלי יכולות כלכליות ולוגיסטיות (למשל, קשיי יישום ביישובים רבים בנגב, כולל בחלק גדול מהאוכלוסייה הבדואית), אנשים עם מסגרת תמיכה מתאימה ועוד.

בנוסף, המשמעות הכלכלית של אשפוז בית היא הסטת העלות מעלות ציבורית מלאה בבית החולים לעלות שמתחלקת בין עלות ציבורית (שירותים הניתנים על ידי קופות החולים) ועלות פרטית למטופל ולבני משפחתו, כולל אובדן ימי עבודה למטפלים העיקריים, עלויות מזון, חשמל ועוד. גם מרכיב זה **עלול לייצר אי-שוויון במידת אימוץ השירות בקבוצות אוכלוסיות שונות**. לשם הרחבת השירות ואימוצו כחלק ממערך השירותים הלאומי, יש לנתח ולייצר מענים הולמים אשר יאפשרו

שוויוניות בהטמעת השירות באוכלוסייה כולה, כולל מתן סיוע לוגיסטי וסיעודי למטופלים המתאימים.

ד. יכולות טכנולוגיות לטיפול וניטור במסגרת הביתית

השדה הקליני החדש בבית פותח אפשרויות והזדמנויות לדרכי טיפול וניטור שהמערכת טרם התנסתה בהם. יש צורך בבחינת היכולות לביצוע בבית המטופל: בדיקות מעבדה (POC (Point-of-care), דימות, מתן דם ומוצריו, אישור טכנולוגיות חדשות ועוד באמצעות **מנגנון הערכה דינאמי ויעיל המתאים את עצמו במהירות להתפתחות הטכנולוגית ומאפשר שחרור חסמי רגולציה**. מנגנון זה צריך לסייע ברישוי מהיר של הטכנולוגיות, אישור לבצען בבית והרחבת היכולת לביצוע לטכנאים/טכנולוגים ולא רק לרופאים ואחיות. שילוב הטכנולוגיות צריך להתבצע במקביל להגדרת אמות מידה לאופן הניטור והמעקב אחר מאושפז הבית.

ה. כוח אדם - היערכות בעלי תפקידים והכשרתם

בהינתן המחסור הקיים והצפוי ברופאים ורופאות ובאחים ואחיות בישראל והצניחה הצפויה עם כניסתה של 'רפורמת יציב'¹⁵ לתוקף, יש לבחון את יכולת הרחבת שירות אשפוז הבית גם בראי הגדלת והתאמת כוח האדם המטפל. יש לתכנן שילוב מקצועות רפואיים נוספים שיוכלו לספק רמה גבוהה של שירותים, באמצעות **רגולציה לחלוקת סמכויות מעודכנת**, כדוגמת הרחבת סמכויות של פרמדיקים, הגדרה של סמכויות עוזרי רופא והרחבתן ובחינת השתלבותן של אחיות מוסמכות ואחיות מומחיות בתפקידים נוספים על מה שקיים היום.

מרכז הכובד של מסגרות ההכשרה של כל מקצועות הבריאות כיום הינו בבתי החולים ובמרפאות הקהילה. אשפוז הבית הוא שדה קליני חדש וייחודי הדורש הכשרה והיכרות של כל הצוותים המטפלים. הפיכת בית המטופל לחדר האשפוז החדש דורשת מיומנויות חדשות הקשורות למתאר הביתי הן ברמה הפיזית/טכנית והן ברמת סביבת המגורים המשפחתית ברמה הפסיכוסוציאלית:

15 רפורמת יציב - עוסקת בהכרה בלימודי רפואה בחו"ל על ידי משרד הבריאות (2019).

1. נדרשת הבנה בתנאים ההולמים אשפוז בית תוך מזעור הסכנות.
2. נדרש מהמטפלים לעבוד בצוות תוך ריחוק גיאוגרפי.
3. לעתים נדרשת עבודה משותפת עם גורמים המועסקים בארגונים שונים תוך דאגה לרצף הטיפול.
4. נדרשת אינטראקציה משמעותית עם בני המשפחה המתגוררים בבית ודאגה למטפלים העיקריים.
5. ישנו עיסוק משמעותי בלוגיסטיקה ושימוש בטכנולוגיות חדשות לניטור ולתקשורת מרחוק (טלה-רפואה).

בתי ספר שונים לרפואה שילבו ביקורי בית בשלבים שונים בהכשרה הרפואית והסיעודית והראו הן שיפור במיומנויות והן רתימה של המתלמדים לתחום אשפוזי הבית [44]. עולה הצורך **לפתח הכשרות ייעודיות לכלל הצוותים המשתתפים במתן הטיפול באשפוזי הבית**, בשלבי ההכשרה השונים ולנצל את השדה הקליני החדש למטרות הכשרה, הוראה ומחקר - החל משלב הלימודים בביה"ס לרפואה ולסיעוד, היכרות/רוטציה בשנת הסטאז', שילוב "השדה הביתי" בתוכניות ההתמחות בקהילה ובביה"ח, בחינת קיום מסלול משולב של רופא/אחות ב"ח-קהילה ואף יצירת התמחות-על ייעודית באשפוז בית בהמשך (בדומה להתמחות ברפואה דחופה במלר"ד, העוסקת בשדה הקליני ולא בעולם אבחנות קליני מוגדר).

1. הובלת השינוי

הרחבת תחום אשפוז הבית והסדרתו מהווה צעד משמעותי בהובלת שינוי עמוק במודל הספקת השירותים במערכת הבריאות בישראל, תוך "חלוקת גזרות" מחודשת בין הגורמים השונים. הובלת שינוי שכזה כרוכה, מטבע הדברים, בהתנגדויות ובקשיים.

ישנה חשיבות רבה **להובלת השינוי באופן מרכזי, מוסדר, שקוף ורותם, המלכד את כלל בעלי העניין סביב מטרה מרכזית ומוסכמת.**

שאלות לדין - תת-צוות 3 - "מבט לעתיד"

1. תכנון יעד מספרי:

- א. האם נכון לקבוע **יעד מספרי גמיש או קבוע** להיקף אשפוזי הבית מכלל מיטות האשפוז בישראל?
- ב. האם יש לקבוע **יעדים לכל תת מחלקה באשפוז** הבית ומהם? (בהתאם למפורט בסעיף הבא).
- ג. **כיצד קביעת היעד תשפיע על תכנון מיטות האשפוז בישראל?**

2. הרחבת פעילות:

- א. **מהו מקומם של בתי החולים באשפוזי הבית?** - לשחרר מטופלים לאשפוזי בית בקהילה/לשמש כספקים המפעילים בעצמם אשפוזי בית? (עם/ללא צורך ב-pre-authorization של קופת החולים?) / האם נכון לכוון לשיתוף פעולה עם הקופות בהספקת שירות בתצורה משולבת?
- ב. האם ניתן לפתח את תחום אשפוז הבית בישראל באמצעות **תוספת כלים לגורמי הקהילה וללא מעורבות בתי החולים?** האם נכון **שכל קופה תפתח מודלים משלה כראות עיניה או שתהיה הכוונה מרכזית?**
- ג. האם נכון להרחיב את השירות גם לחולים מורכבים יותר (ריבוי מחלות, יציבות נמוכה יותר)? האם נכון כי לאוכלוסייה זו יינתן השירות על ידי ביה"ח? **האם נכון לייצר מחיר או מודל כלכלי שונה עבור חולים אלו?**
- ד. **האם ניתן להתוות קווים מנחים כלליים לאשפוזי הבית**, דהיינו Inclusion and Exclusion criteria כלליים שאינם תלויי מחלקה/אבחנה/אוכלוסייה, אלא מצבו הקליני של המטופל וצרכיו הטיפולים, על מנת להרחיב את מנעד המצבים המאפשרים מעבר לטיפול איכותי בבית?
- ה. **כיצד ניתן לשפר את היכרות, מחויבות ואמון הצוותים המטפלים במענה השירות הניתן בבית ולהפכו לאטרקטיבי עבורם?**

3. מדדי איכות ובקרה:

- א. האם אשפוז בית צריך להימדד בדיוק באותם הכלים והמדדים של אשפוז במחלקות בית החולים?
- ב. כיצד צריכה להתבצע המדידה - על ידי מי ובאיזו תדירות?
- ג. אילו מדדים יקדמו את ההבנה וההסכמה על התועלות של האשפוז בבית?
- ד. האם נכון למדוד הלימת אשפוז באשפוז הבית? האם נכון וניתן למדוד זאת גם בביה"ח?
- ה. האם יש צורך ברישיון משרד הבריאות למתן השירות?
4. היערכות להשלכות השינוי במודל הספקת השירותים ו"צעדים להמשך":

א. תמריצים כלכליים:

- מהו מודל ההתחשבות הנכון ביום שלאחר הפסקת מבחן התמיכה? כיצד ניתן לתמרץ כלכלית את הקופות ואת ביה"ח לטובת רתימתם להרחבת פעילות אשפוז הבית?
- כיצד יש להסדיר את מיטות אשפוז הבית במסגרת תכנון המיטות הלאומי? האם יש לכוון מראש לשיעור של מספר מיטות אשפוז בית מתוך סך המיטות החדשות שייפתחו?
- האם נכון לשנות את כללי הכנסות ביה"ח נוכח השלכות השינוי הצפוי בתמהיל המאושפזים?
- מה הכלי הנכון ביותר להתמודדות עם התמריץ השלילי לאשפוז בית בפרוצדורות אלקטיביות שמתומחרות כיום ב-DRG?

ב. מעורבות ביה"ח:

- כיצד ניתן לשפר את היכרות ומעורבות בתי החולים עם שירות אשפוזי הבית?
- כיצד ניתן לחזק ולבסס את האמון ביחסי קהילה-בי"ח, אשר יאפשר שיתוף פעולה בהובלת המהלך?

ג. כוח אדם - צוותים:

- כיצד יש להסדיר את שילוב ה"שדה הקליני" החדש במסגרות הלימודים, הכשרה ועבודה?
- מיהם בעלי המקצועות הרלבנטיים לצורך הרחבת הפעילות ומהי מסגרת ההכשרה המיטבית לצוותים מטפלים במסגרת אשפוז בית?
- האם נדרשת הסדרת הכשרה אחידה לטובת אשפוז בית עבור צוותים מגופים שונים?

ד. הובלה:

מיהו הגוף שנכון שיוביל ויתמוך מרכזית בפיתוח אשפוזי הבית בישראל, באופן שיתן מענה מלא וחוצה גופים? (קופות, בי"ח, איגודים מקצועיים וארגוני חולים, גופי מב"ר שונים - חטיבות רפואה, גריאטריה, סיעוד, מעבדות, רישוי מקצועות בריאות, רישוי ציוד רפואי, הובלת הפעילות מול משרד האוצר).

סיכום כנס ים המלח ה-21 בנושא אשפוז בבית

אשפוז בית חרף הינו שירות חדש, המייצר שינוי מערכתי במערכת הבריאות ומוסיף נדבך משמעותי להיצע האשפוז. הרחבת הפעילות בשנים האחרונות ביססה את השירות כאיכותי, בטוח ובעל ערך למטופלים, למטפלים ולמערכת הבריאות.

דיוני המושבים השונים בנושא במהלך הכנס היו משמעותיים, סוערים ופוריים. לאור הרושם כי התקיימה חפיפה בחלק מהתכנים בין המושבים השונים ומתוך הרצון להציג סיכום תובנות והמלצות אחיד וקוהרנטי לנושא כולו, החלטנו להציג את הסיכום בצורה מרוכזת בסיום הפרק, ולא בחלוקה לתתי-הפרקים השונים כפי שהוכנו לקראת הכנס עצמו.

ההסכמות אליהן הגיעו משתתפי הכנס כוללות:

◆ הסכמה גורפת על נקודת המוצא המנחה את התפתחות שירות אשפוז הבית: מי שאין הכרח בהימצאותו הפיזית בביה"ח וניתן להעניק לו שירות רפואי הולם למצבו מחוץ לביה"ח/בביתו - עדיף שכך יעשה. ההנחה מתבססת על היות ביה"ח אתר טיפולי עתיר עלויות, אשר השוות בו עלולה להיות כרוכה בסיכונים שונים. מכאן, שיש לוודא שתועלת השוות במסגרת האשפוזית עבור המטופל גוברת על הסיכונים האפשריים ואכן מצריכה את נוכחותו הפיזית בביה"ח. זוהי אמירה עקרונית וערכית, שנכון שתשמש כמצפן לתכנון ולעדכון מודל הספקת השירותים במערכת הבריאות. באופן זה ייווצר ערך הן למטופל, אשר יזכה לקבלת שירות רפואי הולם ונאות למצבו הרפואי תוך צמצום סיכוני שהוות שאינה הכרחית בביה"ח, והן למערכת אשר תשתמש במשאביה המוגבלים באופן מושכל, כך שיכולות ביה"ח ימוקדו וימוצו עבור אוכלוסיית המטופלים שתפיק מהן את הערך הרב ביותר.

◆ אשפוז בית חרף - כאן כדי להישאר. הסכמה על היותו שירות איכותי ובטוח, הזוכה לשיעור רצון גבוהה בקרב מטופליו וכן להערכה גבוהה בקרב המטפלים. השירות נדרש לאור מגמות ההיצע והביקוש במערך האשפוז (כיום ובעתיד) ויש להכלילו כחלק מתכנון מערך האשפוז הלאומי באמצעות פעילות יזומה להסדרת

רגולציה, רישוי, תקצוב, מדידה, הכשרה והסברה. עם הזמן, יש גם להרחיב את התחומים הקליניים שבהם השירות נותן מענה (מעבר למחלקות הפנימיות).

◆ חלופיות - מרבית מאושפזי הבית הם חלופיים לאשפוז בבית חולים. בדיונים התקבלה ההסכמה כי מדובר כיום בסדר גודל של כ-20% תוספתיות בהיקף מאושפזי הבית לעומת אשפוז בבי"ח (כלומר מטופלים שלולא התאשפזו בבית, לא בהכרח היו מתקבלים לאשפוז בפנימית, אלא מטופלים במסגרות אחרות בקהילה). חשוב לציין כי תוספתיות זו מתקיימת מעצם קיום השירות ומעבר מאושפזים מוגדרים מביה"ח - לאשפוז בית. לכך יש להוסיף את תוספתיות מילוי מיטות ביה"ח ש"התפנו" וכעת מאושפזים בהן מטופלים נוספים.

◆ עלות כספית בראיה לאומית - אשפוז בית חרף מייצר שירות איכותי למטופל ולמשפחתו, שברובו חליף לאשפוז בבי"ח וכן מגדיל את יכולת ספיקת המערכת לקליטת מאושפזים בביה"ח. עם זאת, בטווח הקצר קיום השירות אינו "משחך סכום אפס" עם אשפוז בבי"ח (כמפורט בסעיף 3) וקיומו והרחבתו מצריכים תוספת משאבים למערכת והגדלת ההוצאה הלאומית לאשפוז. המניע להובלת המהלך בטווח הקצר אינו מסיבות כלכליות. שירות זה עשוי לצמצם את הצורך בפתיחת מיטות אשפוז נוספות ויש להכלילו במסגרת תכנון מיטות האשפוז בישראל.

◆ מקורות הפניה - מקור כ-80% מאשפוזי הבית כיום הינו בקהילה. ההפנייה לאשפוז בית מהקהילה (ישירות מרופא המשפחה או ממוקדי הרפואה בקהילה) מתקרבת למיצוי הפוטנציאל שלה. הרחבה משמעותית נוספת עלולה לתת מענה לפלח אוכלוסייה גדול שאינו חליף-אשפוז. בבתי החולים יש פוטנציאל משמעותי להעברה לאשפוז בית שטרם מומש, גם ישירות מחדרי המיון וגם מהמחלקות הפנימיות. תת-מעורבות בתי החולים בפעילות עד כה קשור, בין היתר, לסוגיות עומק של אמון ושיתוף פעולה בין ביה"ח והקהילה ולתמריצים כלכליים בטווח הקצר והארוך.

◆ לצורך הרחבת השירות נדרשת מעורבות בתי החולים והמחלקות הפנימיות ושיתוף הפעולה שלהם בתהליך - הן לשם הרחבת היקף מאושפזי הבית והן לשם הגדלת תמהיל החולים המורכבים יותר מתוכם, ששיעור היותם "חליפי-אשפוז" הינו גדול יותר. חיזוק האמון והתמריצים המשותפים בין הקופות לבין בתי החולים הוא תנאי להרחבת השימושים מבתי החולים.

- ◆ תמריץ כלכלי - לנוכח תוספתיות השירות, בהיעדר תמריץ כלכלי השירות לא יתקיים. התמריץ מתבסס כיום בעיקרו על מבחני תמיכה ומניע בעיקר את הקופות, עם שיתוף פעולה מינימלי מצד ביה"ח. מבחן התמיכה אינו מייצר ודאות מספקת לפיתוח יכולות ותשתיות לאורך זמן.
- ◆ מודעות לקיום השירות - אינה אחידה בקרב מטופלים ממוגזרים שונים ובקרב מטופלים ממוסדות שונים. זוהו תת-מודעות ותת-שימוש בשירות בקרב מטופלים מהחברה הערבית.
- ◆ הכשרה - אינה מוסדרת ואחידה כיום בקרב הצוותים מהסקטורים והמוסדות השונים.
- ◆ חוק זכויות החולה - מחוייבות הצוותים כבר היום להציע אשפוז בית לחולים המתאימים.
- ◆ פיתוח אשפוז בית בתוך מוסדות גריאטריים - יש לייצר את ההסדרה הרגולטורית והכלכלית על מנת שיתאפשר לבצע אשפוזי בית "מוסדיים" בתוך מוסדות גריאטריים.

במהלך הדיונים נתגלו מחלוקות לגבי התחומים הבאים:

- ◆ מי אחראי על המטופל במהלך שהותו באשפוז בבית? צורך בחידוד חלוקת האחריות בין הקופה לבין ספקי שירות מטעמה.
- ◆ מעמד מבצעי אשפוז הבית - לא הוסכם האם נדרש רישוי ספציפי לגופים המבצעים אשפוז בית, בדומה למוסדות רפואיים אחרים.
- ◆ מורכבות תפיסת אשפוז הבית כחלק ממכלול יחסי בי"ח - קהילה (בקרות, התחשבנות).
- ◆ צומצמו אי ההסכמות בין בתי החולים לקהילה בנוגע לחשיבות מעורבות ביה"ח בטיפול במטופלים מורכבים.

המלצות מוסכמות להמשך:

- ◆ יעד מיידי מוסכם לטיפול - הרחבת השירות עבור אוכלוסיית דרי המחלקות הסיעודיות, תשושי הנפש ואשפוז גריאטרי, שיש להשאירם במקומם ולספק להם שירותי אשפוז בית בתוך המוסדות. יש להסדיר בהקדם את הרגולציה כדי לאפשר שירות זה (לאפשר גם לצוותים רפואיים חיצוניים למוסד לקחת אחריות על מטופלים לתקופות זמן קצובות בתוך המוסד), שיתרום משמעותית לבריאותם וימנע את הצורך בהעברתם למוסד חריף.
- ◆ קביעת יעד מספרי להיקף מיטות אשפוז הבית אליו יש לכוון בשנים הקרובות, כחלק מתכנון לאומי של משק מיטות האשפוז. במהלך דיוני הכנס הוסכם על הגעה ליעד של 15% מיטות אשפוז בית מכלל מיטות האשפוז הפנימיות בישראל עד 2025 (כ-600-700 מאושפזי בית בכל רגע נתון).
- ◆ הסדרה כלכלית - הגדרת תקציב יעודי לפיתוח השירות בהתאם ליעדים שיקבעו וקביעת מנגנון תקצוב שאינו מבוסס על מבחן תמיכה זמני, ובאופן הנותן מענה הן לקהילה והן לבתי החולים (הרחבה בפרק צוות 3 - "היבטים כלכליים").
- ◆ הסדרה רגולטורית לנותני השירות והגדרת אחריות ברורה למנהל אשפוז הבית - נדרש להגדיר באופן ברור מי אחראי על המטופל באשפוז הבית: מי מנהל את השירות ומה טיב ההתקשרות בינו לבין יתר השותפים במתן השירות (קהילה, בתי חולים, חברות במיקור חוץ).
- ◆ מקורות הפנייה - יש להגדיל את מקור ההפניה לאשפוז בית שמקורו מבתי החולים (מלר"ד/מחלקות), בנוסף למקור הקיים מהקהילה.
- ◆ שיתוף פעולה בי"ח-קהילה - יש להכווין ולהגדיל מרכזית (באמצעות הגדרת תהליכי עבודה וביצירת תמריצים משותפים) את מעורבות בתי החולים באשפוז הבית: הן בשיתוף פעולתם לשחרור המטופלים המתאימים והן במעורבותם הרלבנטית במתן השירות עצמו, בתיאום מול הקהילה, על פי קריטריונים מוגדרים למצבים בהם מעורבות זו נדרשת. באופן זה, שיתוף פעולתם להרחבת השירות יגדל.
- ◆ יש לוודא שהרחבת השירות, בשיתוף פעולה עם בתי החולים, אינה באה על חשבון קיום תוכניות האב לפיתוח בתי החולים, אלא משלימה אותן, כחלק מתכנון לאומי של מיטות האשפוז.

- ◆ בחינת מנגנון לדיפרנציאציה בין מטופלים באשפוז בית בהתאם למורכבות החולים ועל פי קריטריונים קליניים שיאפשרו תמחור יום אשפוז שונה, המשקף את המורכבות והתשומות הנדרשות.
- ◆ הסדרת מדידה והערכה מרכזית - פיתוח מערך מרכזי של מדידה והערכה, בקרה ומחקר מלווה - אסדרת הפעלת מדדי איכות ובטיחות (כדוגמת אשפוזים חוזרים, צריכת שירותי בריאות נילווים, אירועים חריגים, תמותה), סקרי שביעות רצון, בחינת הלימת אשפוז במבדקים עיתיים, עלויות, שיעורי שימוש באוכלוסיות שונות ומיפוי חסמים בקרב צוותים ומטופלים. מערך המדידה יאפשר בקרה לאומית מקצועית עתית על קיום איכות ובטיחות השירות (Non-Inferiority לעומת אשפוז בבי"ח) וכן יתמוך בפעולות הגברת המודעות והשיווק של השירות בקרב המטפלים והמטופלים ובהגברת אמונם בשירות.
- ◆ הסדרת הכשרה משותפת - יש לפעול להסדרת אשפוז הבית כ"שדה קליני" חדש: צורך בהוספת תכני עולם אשפוז הבית כחלק ממסלול הלמידה וההכשרה של צוותים רפואיים, סיעודיים ומקצועות הבריאות, לאורך כל מסלול ההכשרה והחינוך הרפואי (החל מהכשרת הבסיס בביה"ס לרפואה וסיעוד, דרך היכרות והתנסות בשלבי ההתמחות והעבודה השוטפת, רוטציות במסגרת ההתמחות). חשיבות להכשרה משולבת של צוותי בתי החולים והקהילה, כבסיס לפעילות משולבת בהמשך.
- ◆ הסדרת הכנסת בעלי מקצוע נוספים לתחום אשפוז הבית, כגון אחיות מומחיות, פאראמדיקים ועוזרי רופא.
- ◆ יש לפעול מרכזית להעלאת המודעות לקיום השירות, באמצעות פעולות הסברה ושיווק - הן בקרב מטפלים מהמוסדות השונים והן בקרב מטופלים ומשפחות, תוך הצגת מדדי הפעילות הנאספים מרכזית.
- ◆ יש לחתור לשוויון בין המטופלים השונים (דמוגרפית, גיאוגרפית ומגזרית) ביכולתם לממש אפשרות של אשפוז בית - באמצעות פעולות יזומות ומתקצבות להנגשתו הפיזית, השירותית והתרבותית, כדוגמת תוספת סיוע סיעודי כחלק מסל אשפוז הבית למטופלים עריריים ותמרוץ כספי לפריסת שירותים רחבה גיאוגרפית.
- ◆ הסדרת תהליכי העברת מידע דו כיווניים בין כל המטפלים השותפים לשירות (גורם חיצוני/קופה/בית חולים).

לסיכום:

הדיונים בנושא אשפוז הבית במהלך הכנס, כהמשך לתהליך ההכנה המעמיק שבוצע בשותפות כלל בעלי העניין הרלבנטיים במערכת הבריאות בישראל, הצביעו על הסכמה גורפת באשר להיות אשפוז הבית מודל טיפולי מרכזי במערכת הבריאות. בהיותו נדבך חיוני ומשמעותי, יש לתת את הדעת להשלכות של השירות על כלל המערכת ועל הצורך בדיוקו בהיבטים הקליניים, הארגוניים, הכלכליים והיבטי האסדרה. מתוך ההבנה כי מדובר בשירות משמעותי שיש לבססו ולהרחיבו, הוסכם כי יש לפעול להסדרה של היבטי הרגולציה, רישוי, תקצוב, מדידה, הכשרה והסברה של השירות.

רשימת מקורות:

- [1] Nuland SB. Doctors : the biography of medicine. Vintage. Knopf, <https://books.google.com/books/about/Doctors.html?id=T7tQAQAAIAAJ> (1995, accessed 27 November 2022).
- [2] Wolper LF, Jesus J. Pena. The history of hospitals. *Health Care Administration* 2011; 794-802.
- [3] Conway PH, Rosenblit A, Theisen. Scott. The Future of Home and Community Care. *NEJM Catal Innov Care Deliv*; 3, <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.22.0141> (2022, accessed 19 October 2022).
- [4] Acute Medical Care in the Home, https://docs.google.com/document/d/169LlbH1ir7dm4OAazCvEK0gZ_C9DTe4Zkb3ZsaEXMnY/edit (1996, accessed 19 October 2022).
- [5] Zisberg A, Shadmi E, Gur-Yaish N, et al. Hospital-Associated Functional Decline: The Role of Hospitalization Processes Beyond Individual Risk Factors. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63: 55-62.
- [6] Frvd N, Weinstein O. Cost analysis of hospital-at-home services vs. in-patient medical wards. *Res Sq*, <https://www.researchsquare.com/article/rs-2139052/latest.pdf> (2022, accessed 26 October 2022).
- [7] ברודסקי ג, רזניצקי ש, סיטרון ד. בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים; מאפייני הטיפול, עומס ותוכניות לסייע ולתמיכה. מאיירס ג'וינט מכון ברוקדייל.
- [8] Ahn M, Kwon HJ, Kang J. Supporting Aging-in-Place Well: Findings From a Cluster Analysis of the Reasons for Aging-in-Place and Perceptions of Well-Being. *Journal of Applied Gerontology* 2020; 39: 3-15.
- [9] יקוביץ א. טיפול בית בזקנים המוגבלים בתפקודם. סוגיות, שירותים ותכניות. ירושלים, www.eshelnet.org.il (2011, accessed 24 October 2022).
- [10] ורטמן א, ברודסקי ג, קינג י, et al. קשישים הלוקים בדמנטיה: שכיחות, זיהוי צרכים לא מסופקים ועדיפויות בפיתוח שירותים. המרכז לחקר הזקניה, דמ (2005).
- [11] רון נ, הורוביץ פ, קידר נ, et al. הבית כמרחב טיפול מועדף עבור קשישים- מענה ראשוני לבעיה שלישונית. משרד הבריאות.
- [12] Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2016. Epub ahead of print 1 September 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD007491.pub2.
- [13] Han B, Tiggel RB, Remsburg RE. Characteristics of patients receiving hospice care at home versus in nursing homes: Results from the National Home and Hospice Care Survey and the National Nursing Home Survey. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2008; 24: 479-486.
- [14] Halevi Hochwald I, Radomyslky Z, Danon Y, et al. Challenges in home care

at the end stage of dementia: Hospice units vs. home care units. A qualitative study. *Death Stud* 2020; 1-11.

- [15] בנטור נ, רזניצקי ש. טיפול בית רפואי במערכת הבריאות בישראל. Epub ahead of print. DOI: 02-393.
- [16] Robinson JC, Smith MD. Cost-Reducing Innovation In Health Care. *Health Aff* 2008; 27: 1353-1356.
- [17] Levine DM, Ouchi K, Blanchfield B, et al. Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: A Randomized Controlled Trial. *Ann Intern Med* 2020; 172: 77-85.
- [18] McPake B, Mahal A. Addressing the Needs of an Aging Population in the Health System: The Australian Case. *Health Syst Reform* 2017; 3: 236-247.
- [19] Callen BL, Mahoney JE, Grieves CB, et al. Frequency of hallway ambulation by hospitalized older adults on medical units of an academic hospital. *Geriatr Nurs (Minneap)* 2004; 25: 212-217.
- [20] Montalto M, McElduff P, Hardy K. Home ward bound: features of hospital in the home use by major Australian hospitals, 2011-2017. *Medical Journal of Australia* 2020; 213: 22-27.
- [21] Phelan EA, Borson S, Grothaus L, et al. Association of Incident Dementia With Hospitalizations. *JAMA* 2012; 307: 165.
- [22] Lakhan P, Jones M, Wilson A, et al. A Prospective Cohort Study of Geriatric Syndromes Among Older Medical Patients Admitted to Acute Care Hospitals. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 2001-2008.
- [23] Chia J, Eeles EM, Tattam K, et al. Outcomes for patients with delirium receiving hospital-in-the-home treatment: An Australian perspective. *Australas J Ageing* 2020; 39: e215-e219.
- [24] Eeles EEM, Hubbard RE, White S v., et al. Hospital use, institutionalisation and mortality associated with delirium. *Age Ageing* 2010; 39: 470-475.
- [25] Gual N, Morandi A, Pérez LM, et al. Risk Factors and Outcomes of Delirium in Older Patients Admitted to Postacute Care with and without Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2018; 45: 121-129.
- [26] Ostir G v., Berges IM, Kuo Y-F, et al. Mobility Activity and Its Value as a Prognostic Indicator of Survival in Hospitalized Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61: 551-557.
- [27] Fisher SR, Graham JE, Brown CJ, et al. Factors that differentiate level of ambulation in hospitalised older adults. *Age Ageing* 2012; 41: 107-1011.
- [28] Callen BL, Mahoney JE, Grieves CB, et al. Frequency of Hallway Ambulation by Hospitalized Older Adults on Medical Units of an Academic Hospital. *Geriatr Nurs (Minneap)*; 25.

- [42] Leff B, Burton JR. The Future History of Home Care and Physician House Calls in the United States. Leff, B, & Burton, J R (2001) The future history of home care and physician house calls in the United States The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 2001; 56: 603-608.
- [43] Clarke D v, Newsam J, Olson DP, et al. Acute Hospital Care at Home: The CMS Waiver Experience. NEJM Catal Innov Care Deliv; 2. Epub ahead of print 2021. DOI: 10.1056/CAT.21.0338.
- [44] Miller RK, Morgan-Gouveia MD, DeCherrie L v. Medical Training in Home Care Medicine: The Time is Now. J Gen Intern Med 2022; 37: 2302-2305.
- [45] Jeppesen E, Brurberg KG, Vist GE, et al. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. Epub ahead of print 16 May 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD003573.PUB2/INFORMATION/EN.
- [46] Shepperd S, Doll H, Angus RM, et al. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. Can Med Assoc J 2009; 180: 175-182.
- [47] Caplan GA. A meta-analysis of 'hospital in the home'. Med J Aust 2013; 198: 195-196.
- [48] Federman AD, Soones T, DeCherrie L v., et al. Association of a Bundled Hospital-at-Home and 30-Day Postacute Transitional Care Program With Clinical Outcomes and Patient Experiences. JAMA Intern Med 2018; 178: 1033-1040.
- [49] Klein S, Hostetter M, McCarthy D. Hospital at home programs improve outcomes, Lower costs but face resistance from providers and payers. The commonwealth Fund.
- [50] Melao A. Canadian INSPIRED Program Improves COPD Care, Reduces Hospital Use, <https://copdnewstoday.com/news/canadian-inspired-program-improves-copd-home-based-care-reduces-hospital-use/> (2018, accessed 7 October 2022).
- [51] Megido I. Perception of Well-Being Among Patients In Community-Based Home Hospitalization In The Israeli Public Health System. Journal of Public Administration, Finance and Law 2021; 10: 222-233.
- [52] Simon DA, Cohen IG, Balatbat C, et al. The hospital-at-home presents novel liabilities for physicians, hospitals, caregivers, and patients. Nat Med 2022; 28: 438-441.
- [53] Ellenbecker CH, Samia L, Cushman MJ, et al. Patient Safety and Quality in Home Health Care. In: Hughes R (ed) Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville, 2008, pp. 1-40.
- [29] Zisberg A, Gary S, Gur-Yaish N, et al. In-Hospital Use of Continence Aids and New-Onset Urinary Incontinence in Adults Aged 70 and Older. J Am Geriatr Soc 2011; 59: 1099-1104.
- [30] Davydow D, Hough CL, Levine DA, et al. Functional disability, cognitive impairment, and depression after hospitalization for pneumonia. Am J Med 2013; 126: 615-624.
- [31] Portegijs E, Buurman BM, Essink-Bot M-L, et al. Failure to regain function at 3 months after acute hospital admission predicts institutionalization within 12 months in older patients. J Am Med Dir Assoc 2012; 13: 569.
- [32] Federman AD, Soones T, DeCherrie L v, et al. Association of a Bundled Hospital-at-Home and 30-Day Postacute Transitional Care Program With Clinical Outcomes and Patient Experiences. JAMA Intern Med 2018; 178: 1033-1040.
- [33] Gonçalves-Bradley DC, Iliffe S, Doll HA, et al. Early discharge hospital at home. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2021. Epub ahead of print 26 June 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub4.
- [34] Balatbat C, Kadakia K. No place like home: hospital at home as a post-pandemic frontier for care delivery innovation. catalyst.nejm.org. Epub ahead of print 2021. DOI: 10.1056/CAT.21.0237.
- [35] Crosby MA, Cheng L, DeJesus AY, et al. Provider and Patient Gender Influence on Timing of Do-Not-Resuscitate Orders in Hospitalized Patients with Cancer. J Palliat Med 2016; 19: 728-733.
- [36] Levi B, Borow M, Wapner L, et al. Home Hospitalization Worldwide and in Israel. Isr Med Assoc J 2019; 21: 565-567.
- [37] Montalto M. The 500-bed hospital that isn't there: the Victorian Department of Health review of the Hospital in the Home program. Medical Journal of Australia 2010; 193: 598-601.
- [38] Klein S, Hostetter M, Mccarthy D. Case Study CARE MODELS FOR The Hospital at Home Model: Bringing Hospital-Level Care to the Patient PROGRAM AT A GLANCE. The Commonwealth Fund.
- [39] Davies L. 'Hospital at home' versus hospital care in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: prospective randomised controlled trial. BMJ 2000; 321: 1265-1268.
- [40] NHS. Moving healthcare closer to home, <https://www.gov.uk/guidance/moving-healthcare-closer-to-home> (2019, accessed 7 October 2022).
- [41] Knight T, Lasserson D. Hospital at home for acute medical illness: The 21st century acute medical unit for a changing population. J Intern Med 2022; 291: 438-457.

- [54] Eeles E, Whiting E, Tattam K, et al. Hospitals in the home for patients with delirium: No place like home? *Australasian Medical Journal* 2016; 9: 428-435.
- [55] Leff B. Defining and disseminating the hospital-at-home model. *Can Med Assoc J* 2009; 180: 156-157.
- [56] Megido I, Soudri A, Prodan A. Management of Community-Based Home Hospitalization (CBHH) in Israeli Public Health System. *Review of International Comparative Management* 2019; 20: 544-556.
- [57] Buyck J-F, Bonnaud S, Boumendil A, et al. Informal Caregiving and Self-Reported Mental and Physical Health: Results From the Gazel Cohort Study. *Am J Public Health* 2011; 101: 1971-1979.
- [58] Megido I. An Examination of Community-Based Home Hospitalization in the Israeli Public Health System. 2021.
- [59] Keeling D. Homecare user needs from the perspective of the patient and carers: a review. *Smart Homecare Technol Telehealth* 2014; 2: 63.
- [60] Fan L, Lukin B, Zhao J, et al. Cost analysis of improving emergency care for aged care residents under a Hospital in the Nursing Home program in Australia. *PLoS One* 2018; 13: e0199879.
- [61] Cryer L, Shannon SB, van Amsterdam M, et al. Costs for 'hospital at home' patients were 19 percent lower, with equal or better outcomes compared to similar inpatients. *Health Aff* 2012; 31: 1237-1243.
- [62] Arendts G, Quine S, Howard K. Decision to transfer to an emergency department from residential aged care: A systematic review of qualitative research. *Geriatr Gerontol Int* 2013; 13: 825-833.
- [63] Grabowski DC, O'Malley AJ, Barhydt NR. The Costs And Potential Savings Associated With Nursing Home Hospitalizations. *Health Aff* 2007; 26: 1753-1761.
- [64] Saenger PM, Ornstein KA, Garrido MM, et al. Cost of home hospitalization versus inpatient hospitalization inclusive of a 30-day post-acute period. *J Am Geriatr Soc* 2022; 70: 1374-1383.
- [65] Goossens LMA, Vemer P, Rutten-van Mölken MPMH. The risk of overestimating cost savings from hospital-at-home schemes: A literature review. *Int J Nurs Stud* 2020; 109: 103652.
- [66] Jacobs JM, Cohen A, Rozengarten O, et al. Closure of a home hospital program: Impact on hospitalization rates. *Arch Gerontol Geriatr* 2007; 45: 179-189.
- [67] הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תחזית אוכלוסיית ישראל עד שנת 2065.
- [68] Chua CMS, Ko SQ, Lai YF, et al. Perceptions of Hospital-at-Home Among Stakeholders: a Meta-synthesis. *J Gen Intern Med* 2022; 37: 637-650.

- [69] Patel HY, West DJ. Hospital at Home: An Evolving Model for Comprehensive Healthcare. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare* 2021; 4: 141-146.
- [70] Heggstad AKT, Magelssen M, Pedersen R, et al. Ethical challenges in home-based care: A systematic literature review. *Nurs Ethics* 2021; 28: 628-644.
- [71] Fraser KD, Estabrooks C. What Factors Influence Case Managers' Resource Allocation Decisions? A Systematic Review of the Literature. *Medical Decision Making* 2008; 28: 394-410.
- [72] Corbett S, Williams F. Striking a professional balance: interactions between nurses and their older rural patients. *Br J Community Nurs* 2014; 19: 162-167.
- [73] How Mount Sinai dramatically improved outcomes via Hospital-at-Home—and 4 ways you can do it, too, <https://www.advisory.com/daily-briefing/2018/06/29/hospital-at-home> (accessed 13 November 2022).
- [74] Lillemoen L, Pedersen R. Ethical challenges and how to develop ethics support in primary health care. *Nurs Ethics* 2013; 20: 96-108.
- [75] Tønnessen S, Nortvedt P, Førde R. Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nurs Ethics* 2011; 18: 386-396.
- [76] משרד הבריאות. אשפוזים במחלקות הפנימיות 2005-2019. www.health.gov.il/moh-info
- [77] Lim S, Island L, Horsburgh A, et al. Home first! Identification of hospitalized patients for home-based models of care. *J Am Med Dir Assoc* 2021; 22: 413-417.
- [78] Leff B. Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients. *Ann Intern Med* 2005; 143: 798.
- [79] מערכת הבריאות במבט צופה עתיד - תמו"א 49. תוכנית מתאר ארצית למוסדות הבריאות בישראל. פרק ב. תרחישים; דמוגרפיה, תחלואה ודרישה למיטות אשפוז. 2020.
- [80] Bryan AF, Levine DM, Tsai TC. Home Hospital for Surgery. *JAMA Surg* 2021; 156: 679.
- [81] Safavi KC, Ricciardi R, Heng M, et al. A Different Kind of Perioperative Surgical Home. *Ann Surg* 2020; 271: 227-229.
- [82] Cabrera López IM, Agúndez Reigosa B, Adrados García S, et al. Home-hospital care for children with acute illnesses: A 2-year follow-up study. *J Paediatr Child Health* 2022; 58: 969-977.
- [83] Traver V, Fernández C, Naranjo JC, et al. Sistemas m-Health: la solución para las necesidades de una Unidad de Hospitalización a Domicilio. 2004.

צוות 2 - צוות רפואה יועצת

יו"ר - שלמה וינקר, לאומית שירותי בריאות
יו"ר - גיל פייר, המרכז הרפואי תל אביב (איכילוב)
רכז - יואל אנג'ל, המרכז הרפואי תל אביב (איכילוב)
רכזת - אלון קדמון, משרד הבריאות

חברי הצוות (לפי סדר א'-ב')

אלכסיי בלינסקי, משרד הבריאות
רויטל בר אושר, מרכז רפואי יוספטל
איילת גרינבאום-אריזון, משרד הבריאות
אבי לוי, קופת חולים מאוחדת
עדי לייבה, בי"ח אסותא אשדוד
מיכל לרון, מכון ברוקדייל
מרינה מור שלום, מכבי שירותי בריאות
אורן מן, שירותי בריאות כללית
תמר צ'ין, משרד האוצר
אשי שלמון, משרד הבריאות

חברי הצוות מבקשים להודות גם לכל אלו אשר סייעו
באיסוף הנתונים ובכתיבת חלקים מחוברת ההכנה שלפניכם:
אילה בורגר, מכון ברוקדייל; ינאי קרנצ'לר, מכון ברוקדייל; ציונה חקלאי, משרד הבריאות;
חני לוי, משרד הבריאות; אדם קטלר, משרד הבריאות; יואל קוליק, משרד הבריאות

פרק 1: מבוא

מערכת הבריאות בישראל מתאפיינת במערך חזק של רפואה ראשונית הניתנת על ידי קופות החולים בקהילה בפריסה רחבה ובזמינות ובאיכות טובות. למערך זה תרומה משמעותית ליכולת לקבל בישראל טיפול רפואי איכותי, המשכי ומתוך ראייה כוללת, הן בבעיות נפוצות והן במצבים כרוניים, והוא ממלא תפקיד משמעותי בקידום בריאות האוכלוסייה כולה.

לעומת זאת, הרפואה השניונית (רפואה יועצת), אשר תפקידה לתת מענה לבעיות מורכבות וספציפיות, ניתנת בצורה מאורגנת פחות, הן בקהילה והן בבתי החולים. למרות רמתה הגבוהה בדרך כלל, היא מתאפיינת בבעיות קשות של זמינות, כפילויות, היעדר רציפות טיפול וחוסר יעילות.

1. הממשק שבין קופות החולים לבתי החולים בתחום הרפואה היועצת הוא גדול ומורכב וזאת בין השאר מהסיבות הבאות:

2. ההתמחויות ברוב המוחלט של מקצועות הרפואה היועצת נעשות אך ורק בבתי החולים, בעוד שמרכיב משמעותי בעבודת המומחים נעשה בקהילה. בצורה זו בתי החולים משמשים כ"פס-יצור", לא תמיד מותאם, לרופאים שיעבדו בסופו של דבר בקהילה.

3. רבים מהרופאים והרופאות הנותנים שירותי רפואה יועצת בקהילה במסגרת קופות החולים עובדים במקביל גם בבתי החולים. נוכח המחסור הכללי ברופאים בישראל, ובפרט ברופאים ורופאות מתחומי הרפואה היועצת, הרי שהקופות ובתי החולים נמצאים בתחרות על כוח אדם זה. פריחתה של הרפואה הפרטית בישראל, אשר נסמכת גם היא על אותם רופאים בדיוק, מוסיפה ממד נוסף של מורכבות ותחרות למערכת יחסים זו.

4. בתי החולים מפעילים שירותי רפואה יועצת, אשר לעיתים יש בהם ייחוד שלא ניתן למצאו בקהילה, אך פעמים רבות הם מהווים אלטרנטיבה (מיותרת אולי ויקרה יותר) לשירותי הרפואה היועצת בקהילה. לא קיימות מוסכמות ברורות באשר לאופן המועדף לאספקת שירותי הרפואה היועצת, ולא תמיד חולים מנותבים למסגרות המתאימות ביותר לבעייתם. מצב זה עלול להביא לביקורים מיותרים או כפולים ולניצול לא נכון של השירותים.

5. מטופלים המאושפזים בבית חולים נבדקים ומונהלים פעמים רבות על ידי רופאים מתחומי הרפואה היועצת בתוך בתי החולים. ישנה חשיבות רבה בהבטחת המשך מעקב וטיפול מסודרים בתפר בין השחרור מבית החולים לבין המשך הניהול האמבולטורי.

כנס ים המלח השנה הוקדש להיבטים שונים של מערכת היחסים בין בתי החולים וקופות החולים, ופרק זה יעסוק בהיבטים הנוגעים לרפואה היועצת.

לקראת הכנס גובש צוות הכנה אשר הורכב מנציגי כל קופות החולים, בתי חולים במרכז ובספר (פריפריה), משרדי הבריאות והאוצר וכן נציגי האקדמיה ממכון ברוקדייל. צוות ההכנה עבד במשותף לריכוז הנתונים הקיימים הרלוונטיים לשירותי הרפואה היועצת בישראל, תוך מיפוי הפערים וסוגיות במחלוקת בתחום זה, וגיבש שורה של שאלות מדיניות לדיון בכנס. בחלק מהמקרים, גיבש הצוות גם המלצות טנטטיביות על סמך הדיונים המקדימים.

כהכנה לכנס, צוות ההכנה יזם גם סקר ייעודי בקרב הציבור הרחב ובקרב רופאים ראשוניים בישראל, במטרה לשקף את עמדותיהם של אלו וגם אלו בדבר היבטים שונים של אספקת שירותי הרפואה היועצת, אשר שימש כבסיס לדיונים שהתקיימו בכנס.

גם השנה, עמד כנס ים המלח במשימתו לאפשר שיח ישיר ובלתי אמצעי בין השחקנים שונים במערכת הבריאות באשר לשאלות שגובשו. לצערנו, לא כל השחקנים נכחו בדיוני הצוות במהלך הכנס, וסביר כי יידרש לפחות בחלק מההמלצות דיון נוסף בפורום רחב יותר לפני הוצאתן מהכוח אל הפועל.

פרק זה כולל שני חלקים עיקריים:

בחלק הראשון מוצגים נתוני מאקרו שונים הנוגעים לתחום הרפואה היועצת בישראל, סקירה של שירותי רפואה יועצת במדינות מקבילות בעולם, ותוצאות הסקרים העדכניים הנוגעים להיבטים של הרפואה היועצת בישראל.

בחלק השני נסקרים שלושה נושאים מרכזיים, וזאת בהלימה לשלושת הדיונים המרכזיים שהתקיימו בכנס:

- א. ארגון ואופן מתן שירותי הרפואה היועצת;
- ב. ניהול ותמריצים במערך שירותי הרפואה היועצת;
- ג. היבטים שונים הנוגעים לכוח אדם רפואי במערך הרפואה היועצת.

הדיון בכל נושא כולל סקירה של הנתונים הרלוונטיים לנושאים הנדונים, ומסתיים בשאלות לדיון (השזורות גם לאורך הכנס) אשר שימשו כמצע בכנס עצמו. עם זאת, מפאת קוצר הזמן, לא כל הסוגיות אכן נדונו בכנס.

בסיומו של כל פרק מופיעות ההמלצות אשר גובשו במסגרת דיוני הכנס, לצד הערות הנוגעות למידת ההסכמה או אי ההסכמה עם ההמלצות הללו.

הממשק בין קופות החולים לבתי החולים באשר לאספקת שירותי הרפואה היועצת מכיל נושאים רבים שראוי וצריך לדון בהם. יחד עם זאת, מסגרת הזמנים בכנס אינה מאפשרת דיון והעמקה בכולם. ניסינו להתמקד בסוגיות המרכזיות ביותר בעינינו, שגיבוש המלצות מוסכמות לגביהן עשוי לקדם את מערכת הבריאות באופן המשמעותי ביותר. אנו מקווים כי הצלחנו לקלוע למטרה זו.

אנו מודים לאנשי הצוות ולכל מי שסייע בידינו, ומאחלים לכם קריאה מהנה.

שלמה וינקר גיל פייר

פרק 2: נתוני מאקרו ותוצאות סקרים בתחום הרפואה היועצת בישראל

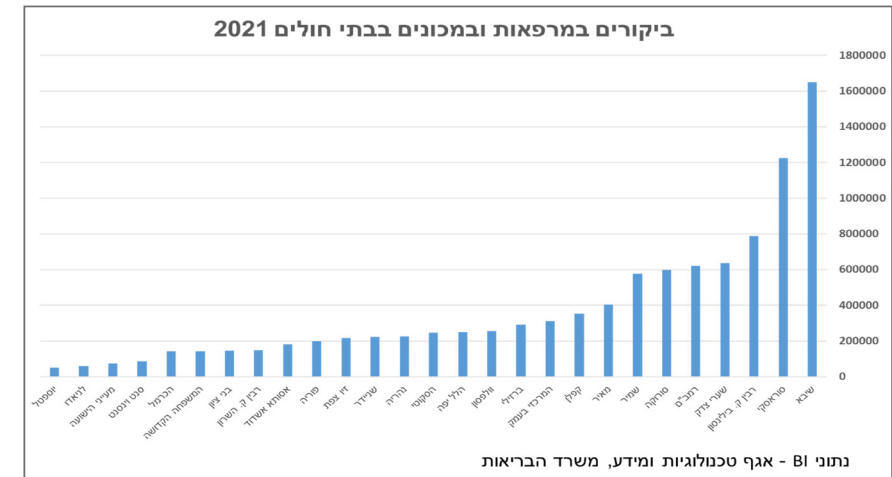
בבואנו לדון במערך הרפואה היועצת בישראל ראוי להתייחס - ככל הניתן - לנתונים המאפשרים קבלת תפיסה רחבה של התחום בישראל, והשוואתו לסטנדרט עולמי. בפרק זה נביא נתוני מאקרו על מערכת הבריאות הישראלית אשר מקורם במשרד הבריאות, קופות החולים ומקורות נוספים. לאחר מכן, נתאר את עמדותיהם ודעותיהם של בעלי העניין - דהיינו הקהל הרחב ואוכלוסיית הרופאים, באמצעות ממצאיהם של סקר חוק ביטוח בריאות ממלכתי האחרון - אשר בוצע על ידי מכון ברוקדייל, וכן ממצאיו של סקר אינטרנטי שבוצע במיוחד לטובת כנס ים המלח הנוכחי בקרב האוכלוסייה הבוגרת ובקרב רופאי המשפחה.

צריכת רפואה יועצת

על פי הנתונים המדווחים למשרד הבריאות, מתוך סך הביקורים אצל רופאים מתחום הרפואה היועצת בשנת 2021, קרוב לשליש התקיימו במסגרת בתי החולים והיתר התקיימו בקופות החולים:

במרבאות החוץ ובמכונים של המרכזים הרפואיים הכלליים (מלבד הדסה) התקיימו 10,723,000 ביקורים, כאשר 11% מסך הביקורים היו בדרום (סורוקה, ברזילי ואסותא אשדוד) ו-14% בצפון (צפונית לחיפה).

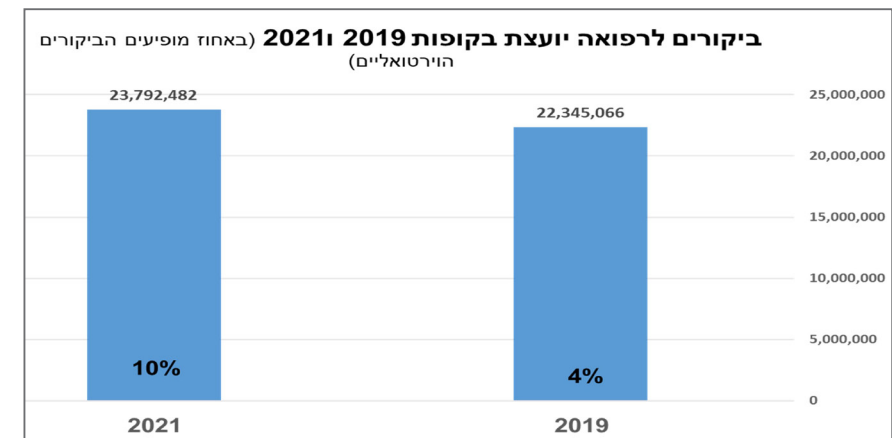
תרשים 1: ביקורים במרפאות ובמכוניו במרכזים רפואיים כלליים



מקור: נתוני משרד הבריאות

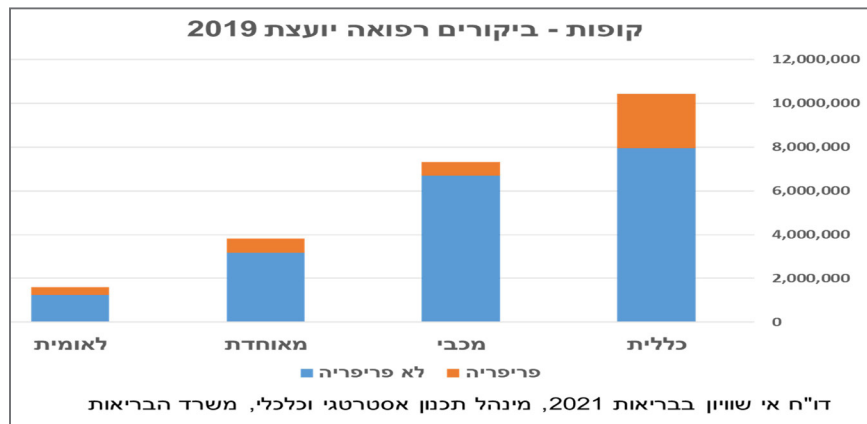
בקופות החולים, התקיימו 23,792,482 ביקורים לרפואה שניונית, מתוכם 10% היו ביקורים וירטואליים. בקופות, מספר הביקורים השנתיים, כמו גם האחוז היחסי מהם שמתקיים באופן וירטואלי, נמצא במגמת עליה.

תרשים 2: ביקורים לרפואה יועצת בקופות 2019 ו-2021



מקור: נתוני משרד הבריאות

תרשים 3: ביקורים לרפואה יועצת בקופות 2019 ו-2021 לפי קופה, פריפריה ומרכז



מקור: נתוני משרד הבריאות

הצוות לא הצליח לאתר נתונים משנים קודמות כדי לעמוד בצורה מדויקת על המגמות בצריכת כלל שירותי הרפואה היועצת בקופות החולים ובבתי החולים. מובן כי נתונים אלו משמעותיים לתכנון ארוך טווח של היצע השירותים בקופות ובבתי החולים.

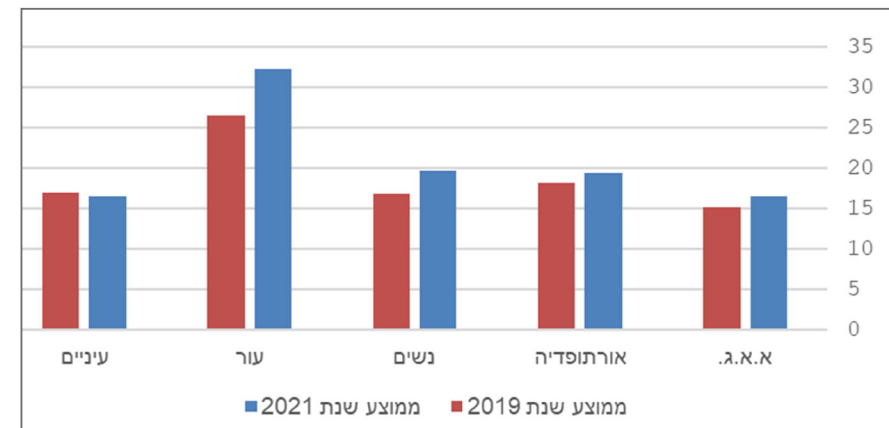
זמני המתנה לרפואה יועצת

זה מספר שנים מפעיל משרד הבריאות את המערכת הלאומית למדידה ודיווח לציבור של זמני המתנה לרופאים¹, כחלק מהתוכנית הלאומית לחיזוק הרפואה הציבורית. צוות מומחים בחטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר של משרד הבריאות, יחד עם מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות ומהאקדמיה פיתח שיטה ייחודית לחישוב זמני המתנה לרופאים יועצים בקופות החולים, על בסיס תורים פנויים רגילים המוצעים למבוססים בארבע קופות החולים.² המערכת

1 ראו <https://www.gov.il/he/Departments/Guides/waiting-time-specialists>
 2 מערכת זאת נותנת מידע ייחודי אך לא מושלם, וזאת מכיוון ויש שונות בנתונים הזמינים בין קופות החולים השונות וספקיהן. יש לציין כי כל הקופות פיתחו מנגנונים לקיצור תור לצורך מתן מענה מידי למקרים רפואיים דחופים, ואלו לא מופיעים בנתונים. בנוסף, המערכת אינה בודקת את אורך התור בפועל אלא מחשבת אותו באופן בלתי ישיר.

מנטרת את מצב התורים באופן מתמשך וסטנדרטי. יש לציין כי המידע נאסף באופן עקיף ולא ישיר, אך אלו הם כיום הנתונים הטובים ביותר הקיימים בידי משרד הבריאות באשר לזמני המתנה לרפואה יועצת.³

תרשים 4: ימי המתנה ממוצעים לתור ברפואה יועצת במקצועות נבחרים בשנת 2019 ו-2021



מקור: עיבוד מתוך נתוני מערכת מדידת זמני המתנה, משרד הבריאות

ברמה הארצית, ניכר כי ישנה מגמה מתונה של התארכות זמני המתנה לרפואה יועצת, אך ניכרת שונות רבה בזמני המתנה למקצועות השונים בין מרחבים גיאוגרפיים שונים. ראוי לציין שלעיתים השונות נצפית בחלוקה ליישובים ולא דווקא ברמת המחוזות. כך למשל, ברבעון האחרון של שנת 2021, משך המתנה הממוצע לרפואת נשים בכרמיאל עמד על כ-7 ימים בלבד, לעומת 24 ימים באזור פתח תקווה, ובאזור תל אביב זמן המתנה הממוצע לרפואת נשים היה 22 ימים, לעומת 13 ימים באזור חיפה.

לפי פילוחים שבוצעו עבור נתוני הרבעון השלישי של 2019, קיים הבדל של עד קרוב ל-100% בזמן המתנה בין רפואה לפי בחירת המטופל לבין רפואה כלשהו באזור גאוגרפי נתון. כך למשל, מטופל אשר זקוק לאורטופדית עשוי להמתין 8 ימים לתור הפנוי הראשון, אך צפוי להמתין עד 15 ימים לרפוא ספציפי.

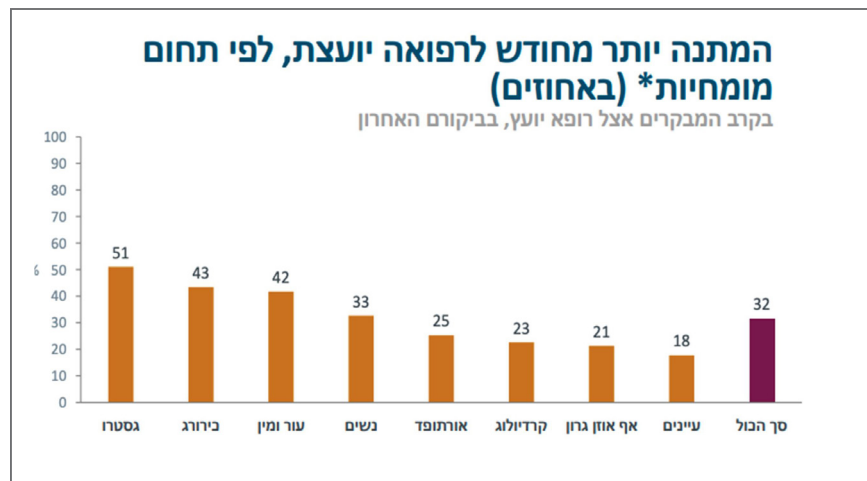
3 אורתופדיה, רפואת עור, רפואת נשים, רפואת אף אוזן וגרון ורפואת עיניים.

זמני המתנה בראי הציבור

בסקר דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל התפקוד שלה 2021-2022 אשר ביצע מכון ברוקדייל כחלק מהמעקב שלו אחר מערכת הבריאות החל מחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (ראו בהמשך פרק זה, תת חלק "סקרים" להרחבה) העידו כשליש מהנסקרים כי המתנה לתור לרפואה יועצת חודש ויותר, נתון שנמצא בעלייה מאז שנת 2012.

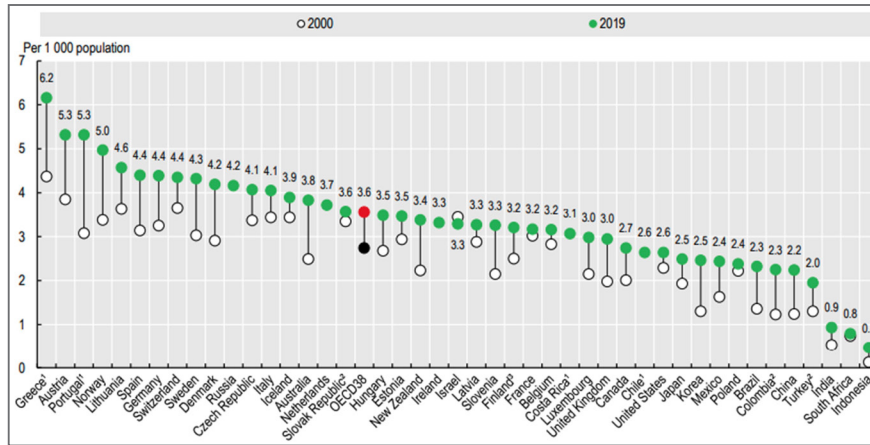
בפילוח לפי מחוזות, שיעור הממתינים חודש ויותר לרפואה יועצת היה נמוך יותר במחוזות חיפה וצפון ביחס ליתר המחוזות בארץ. המתנה ממושכת (יותר מחודש) לרפואה יועצת נפוצה יותר בתל אביב ובמרכז מאשר בפריפריה.

תרשים 5: אחוז המדווחים על המתנה של יותר מחודש לרפואה יועצת לפי תחום מומחיות



מקור: סקר מכון ברוקדייל - דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל התפקוד שלה 2021-2022.

תרשים 7: רופאים לנפש לפי מדינה בהשוואה בין שנת 2000 ל-2019

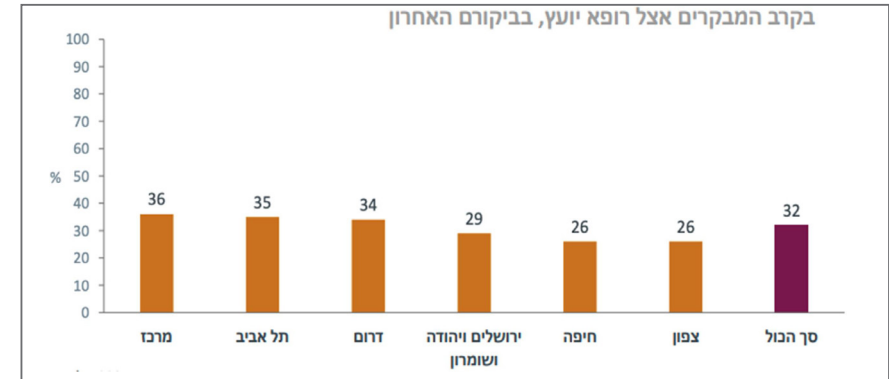


מקור: OECD Health at a glance 2021

כ-71% מהרופאות והרופאים בישראל בעלי מומחיות במקצועות שאינם רפואת משפחה, בעוד ממוצע ה-OECD לנתון זה עומד על 65% (ראו תרשים 6), אם כי לא פורסמו נתוני המדינות השונות לפי מקצועות התמחות אחרים. שאלת התמהיל הרצוי בין רופאי משפחה לרופאים יועצים לא נידונה באופן מסודר בישראל, אך נוכח הצורך להתמודד עם המחסור ברופאים נראה כי יש לשקול התייחסות אליה. במדינות סקנדינביה, לדוגמה, נקבעו לאחרונה יעדים להכשרה של רופאי משפחה, ובתוכם נקבע שמעל 50% מהמתמחים בשנים הבאות יתמחו ברפואת המשפחה.

מספר המפגשים עם רופאים (הן רופאי משפחה והן רופאים בתחומי הרפואה היועצת) עומד בישראל על 6.8 מפגשים לאדם לשנה, מספר זה לממוצע ה-OECD. עם זאת, נוכח מספר הרופאים הנמוך יחסית בישראל, נתון זה מיתרגם ל-2,491 ביקורים לכל רופא מדי שנה, מספר גבוה משמעותית ממוצע ה-OECD העומד על 2,122 ביקורים לשנה. באופן מפתיע, עומס זה על הרופאים לא מיתרגם עדיין לפגיעה ברמת השירות למטופל: לפי ה-OECD כ-96% מהמטופלים בישראל דיווחו על משך מפגש מספק עם הרופא בזמן הייעוץ, בשונה ממוצע ה-OECD שעומד על כ-82%. בבחינת נתוני תוצאה, שיעור האשפוזים בגין החמרות אסתמה, מחלת ריאות חסימתית (COPD) או מחלת לב (Congestive Heart Failure) בישראל דומה לממוצע ה-OECD. נתון זה מעיד על איכות ונגישות מערך הרפואה האמבולטורית - הן רפואת המשפחה והן הרפואה היועצת בתחומים אלו.

תרשים 6: אחוז המדווחים על המתנה של יותר מחודש לרפואה יועצת לפי מחוז



מקור: סקר מכון ברוקדייל - דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל התפקוד שלה 2021-2022.

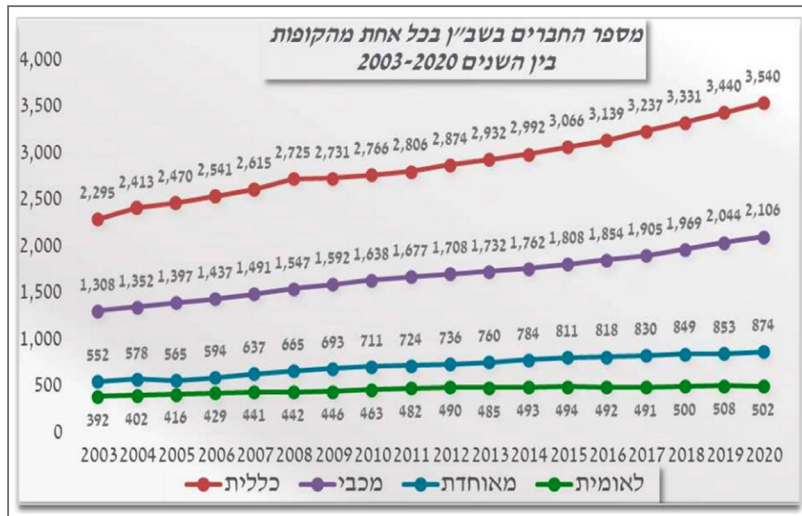
רופאים ורופאות לנפש בישראל

לפי נתוני ה-OECD נכון לשנת 2021⁴, מספר הרופאות והרופאים הכולל בישראל עמד על כ-3.3 ל-1,000 נפש, בהשוואה לממוצע ה-OECD של 3.6 ל-1,000. ראוי לציון כי שיעור הרופאים בישראל נותר קבוע יחסית מאז שנת 2000, ואף ירד במעט, וזאת במגמה הפוכה לזו שנצפית במרבית מדינות ה-OECD. זאת ועוד, שיעור הרופאים מעל גיל 65 בישראל גבוה מהמקובל במדינות ה-OECD, דבר שמעיד על צפי לפרישת רופאים מוגברת בעשור הקרוב.⁵

4 OECD Health at a glance 2021. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>
 5 לפירוט מלא בנושא זה, ראה פרק "כוח אדם רפואי" בחוברת זו.

עיקר העלייה נובעת מצמיחת הביטוחים הפרטיים המסחריים, שעולה ב-8% בשנה באופן עקבי ב-10 השנים האחרונות, וזאת לצד מגמת עליה עקבית בשיעור מבוטחי השב"ן. כך למשל, לפי הדוח הציבורי המסכם של תוכניות השב"ן בקופות החולים לשנת 2020, משנת 2003 ועד לשנת 2020 חלה עליה של 54% במספר המבוטחים בתוכניות השב"ן לעומת גידול של 33% במספר המבוטחים בקופות החולים. שיעור זה אינו מתפלג באופן אחיד, וכצפוי גבוה יותר במרכז (79%) לעומת הפריפריה (65%) ובמגזר היהודי (76%-88% ממבוטחי כל קופה מבוטחים גם בשב"ן) לעומת המגזרים הלא יהודים (25%-51% ממבוטחי כל קופה מבוטחים גם בשב"ן).

תרשים 10: מספר החברים בשב"ן בכל אחת מהקופות בין השנים 2003-2020



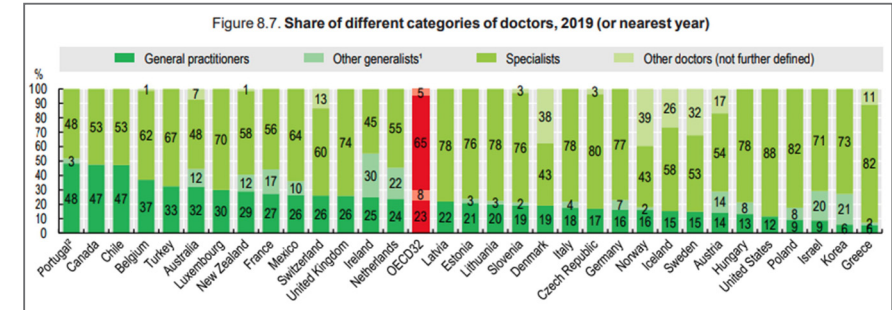
מקור: דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים, דצמבר 2021.

כאמור, שוק הבריאות הפרטי בישראל מפותח באופן יחסי, וקיים גידול בצריכת שירותי הרפואה הפרטית לאורך זמן. גידול זה מחריף את התחרות על רופאים ומייצר מוטיבציה כלכלית לאנשי צוות רפואי לעבוד במסגרת השוק הפרטי תוך צמצום היצע ברפואה הציבורית. זאת, לצד רגולציה מתונה יחסית על השוק

6 דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים - שב"ן של קופות החולים לשנת 2020, האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, משרד הבריאות, דצמבר 2021.

תרשים 8: התפלגות רופאים בין קטגוריות רפואה, לפי השוואה בין מדינות ה-OECD

בשנת 2019

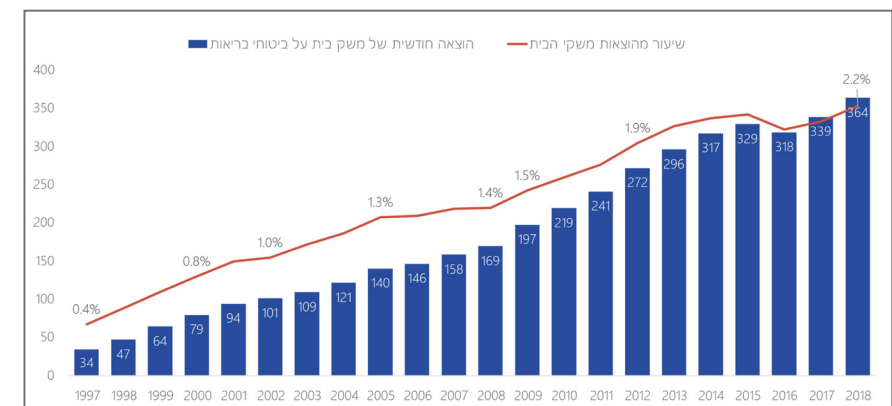


מקור: OECD Health at a Glance, 2021

מימון פרטי ברפואה יועצת

שיעור ההוצאה הפרטית על בריאות בישראל מתוך סך ההוצאה על בריאות גבוהה - 35% בישראל לעומת 29% במדינות ה-OECD. מגמה זו מתעצמת בשנים האחרונות, כאשר הוצאות משקי בית על שירותי בריאות פרטית, בין אם דרך ביטוחים מסחריים שמשווקים על ידי חברות הביטוח ובין אם על ידי כיסוי שב"ן של קופות החולים, גדלו פי 10 ב-25 השנים האחרונות, ושיעור ההוצאה הפרטית על בריאות כאחוז מהוצאות משקי הבית הכפיל את עצמו.

תרשים 9: שיעור וגובה ההוצאה הפרטית על בריאות לפי שנים



מקור: סקר הוצאות משקי בית, למ"ס.

הפרטי ועל האפשרות לעבוד במקביל במערכת הציבורית והפרטית, מקטינים עוד יותר את הזמינות במערכת הציבורית. כל אלו מביאים למצב בו עבור אלו המבוטחים בביטוח בריאות פרטי (שב"ן או מסחרי), קיים היצע נרחב של שירותי רפואה שונים, ביניהם רפואה יועצת, בזמני המתנה קצרים ביחס למתאפשר במערכת הציבורית. בהינתן הנגישות והזמינות הגבוהים למערכת הרפואה הפרטית, קיים קושי להניע את המערכת הציבורית, המבוטחים והעובדים בה להרחיב את היקף שירותי הרפואה היועצת במסגרת הציבורית.

סקרים

1. סקר דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל תפקודה 2021-2022

מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי עוקב מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל אחר תפקוד מערכת הבריאות באמצעות מחקר המבוסס על סקרים דו-שנתיים העוסקים בדעת הציבור על תפקוד המערכת. מטרת המחקר היא לספק מידע לקובעי מדיניות כדי לשפר את שירותי הבריאות בישראל. במחקר נעשת הערכה מנקודת המבט של המבוטחים כדי לאפשר ביטוי לתחושותיהם, לעמדותיהם ולרצונותיהם בתהליך קביעת המדיניות. את המחקר מלווה ועדת היגוי הכוללת נציגים ממשד הבריאות, ממשד האוצר, מן המוסד לביטוח לאומי, מקופות החולים, מארגוני חולים ומן האקדמיה.

המדגם בסקר עבור השנים 2021-2022 הוא מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 22 ומעלה). רואיינו טלפונית 2,536 איש בשלוש שפות (עברית, ערבית ורוסית). שיעור ההיענות עמד על 52%. מאפייני המדגם קרובים למאפייני האוכלוסייה לפי נתוני הלמ"ס, משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי. נעשה שקלול לפי מאפייני רקע כדי להגיע לייצוג מדויק של האוכלוסייה הכללית במדגם.

הסקר בחן את תפקוד מערכת הבריאות בכמה נושאים מרכזיים: רפואת המשפחה, רפואה יועצת, רפואה מרחוק, קופות החולים, רפואה דחופה, אמון במערכת הבריאות, ויתור על שירותי בריאות ופניה אל מחוץ למערכת הציבורית. איסוף הנתונים לסקר התקיים בין אוקטובר 2021 למרץ 2022.

להלן יוצגו עיקרי הממצאים בנוגע לתחום רפואה יועצת. ממצאיו העיקריים של הסקר זמינים באתר מכון ברוקדייל⁷ נכון לשעת כתיבת שורות אלו, ודוח הסקר המלא צפוי להתפרסם בעתיד הקרוב.

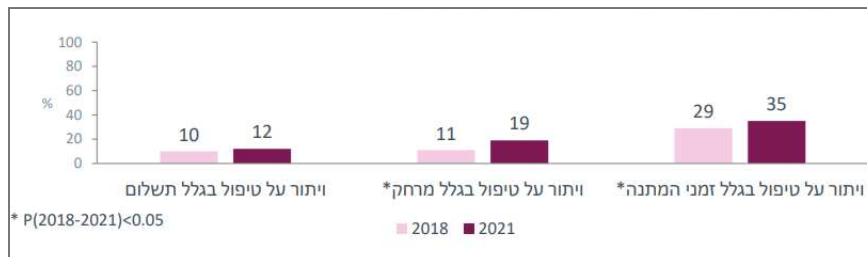
ממצאי הסקר - מערכת הבריאות

68% מהמשיבים לסקר דיווחו כי הם מרוצים או מרוצים מאד ממערכת הבריאות, עלייה לעומת 58% ב-2018. 62% מהמשיבים בטוחים מאד או די בטוחים שיקבלו את הטיפול הטוב והמועיל ביותר ממערכת הבריאות בישראל.

עם זאת, 75% מהמשיבים מאמינים שיש צורך בהפעלת קשרים כדי לקבל טיפול טוב ומהיר יותר. ל-82% מן המשיבים יש שב"ן ול-49% מן המשיבים יש ביטוח בריאות מסחרי.

35% מהמשיבים דיווחו כי ויתרו על טיפול רפואי בגלל זמני המתנה, 19% בגלל מרחק ו-12% בגלל תשלום. 42% מאלה שוויתרו על טיפול בגלל מרחק, ו-52% מאלה שוויתרו על טיפול בגלל זמני המתנה פנו לקבלת שירות פרטי. כל שלושת המדדים הראו עליה מנתוני 2018.

תרשים 11: אחוזי עונים אשר וויתרו על טיפול רפואי על רקע תשלום, מרחק או זמני המתנה בשנת 2018 ושנת 2021

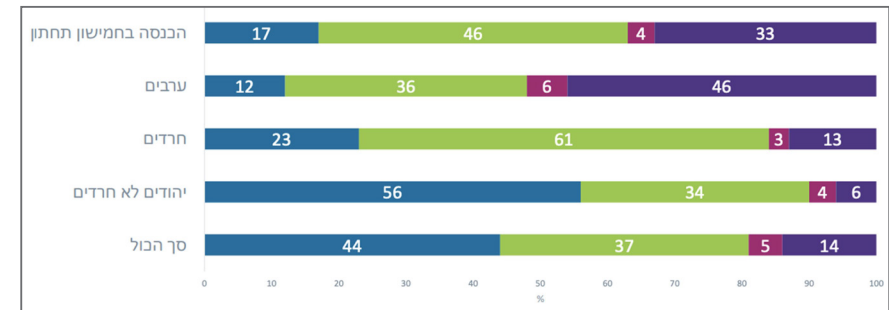


מקור: סקר מכון ברוקדייל - דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל התפקוד שלה 2021-2022.

7 https://brookdale.jdc.org.il/publication/public-opinion-level-service-performance-healthcare-system_2021-22/ ראו

בפילוח לפי קבוצות אוכלוסייה (חרדים, יהודים שאינם חרדים וערבים) ולפי חמישוני הכנסה - נצפתה שונות בלתי מבוטלת במענה על רבות מהשאלות. לדוגמה - 46% מקרב הערבים דיווחו שאין להם ביטוח וולונטרי לעומת 6% מקרב היהודים הלא חרדים.

תרשים 12: בעלות על ביטוח בריאות פרטי לפי מגזרים וקבוצות הכנסה (ממוצעים ארציים)

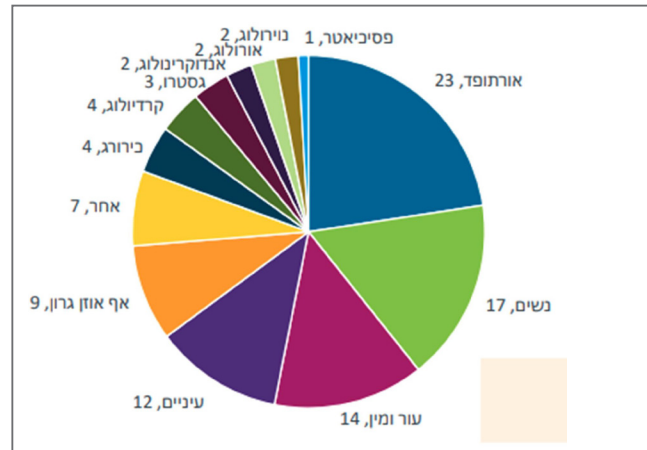


מקור: סקר מכון ברוקדייל - דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל התפקוד שלה 2022-2021.

שימוש בשירותי הרפואה היועצת

כ-65% מהמשיבים לסקר ביקרו אצל רופא. מתחום הרפואה היועצת בשנה שקדמה לסקר, בהתפלגות דומה בין קופות החולים השונות. התחומים העיקריים עבורם פנו הנסקרים כללו אורתופדיה, גניקולוגיה, עור ומין, עיניים ואף אוזן וגרון, שהם גם המקצועות בהם במרבית הקופות אין חובה בקבלת הפניה מרופא המשפחה לפני הפנייה לרופא היועץ.

תרשים 13: פניה לרפואה יועצת בשנת 2021 לפי תחום (באחוזים)



מקור: סקר מכון ברוקדייל - דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל התפקוד שלה 2022-2021.

שביעות הרצון משירותי הרפואה היועצת בקרב הציבור⁸ הייתה גבוהה, אך נמוכה משביעות הרצון מרופאי המשפחה. 83% מכלל המשיבים דיווחו כי היו מרוצים או מרוצים מאד מהרופאים והרופאות היועצים בקופת החולים ו-75% דיווחו על חוויית טיפול חיובית אצל הרופא. היועץ. (גם כאן, חוויית הטיפול המדווחת אצל רופאות ורופאי המשפחה טובה יותר - ראו תרשים 14). לא בוצע פילוח באשר לצריכת שירותי רפואה יועצת בקהילה לעומת במרפאות החוץ של בתי החולים.

8 שקלול של ארבע השאלות שבחנו את חוויית הטיפול בביקור האחרון: הרופא הקדיש מספיק זמן; הרופא הסביר דברים בדרך קלה להבנה; הרופא נתן הזדמנות לשאול שאלות ולהביע חששות; הרופא שיתף בקבלת החלטות הנוגעות לטיפול.

הסקר בקרב רופאי המשפחה בוצע בשיתוף פעולה עם מכון ברוקדייל באמצעות שאלון אינטרנטי שהופץ דרך איגוד רופאי המשפחה לכלל חברי האיגוד. הסקר נערך בין התאריכים 3-21 לנובמבר 2022. לסקר זה הגיבו 251 משיבים⁹.

סקר בקרב הציבור הרחב

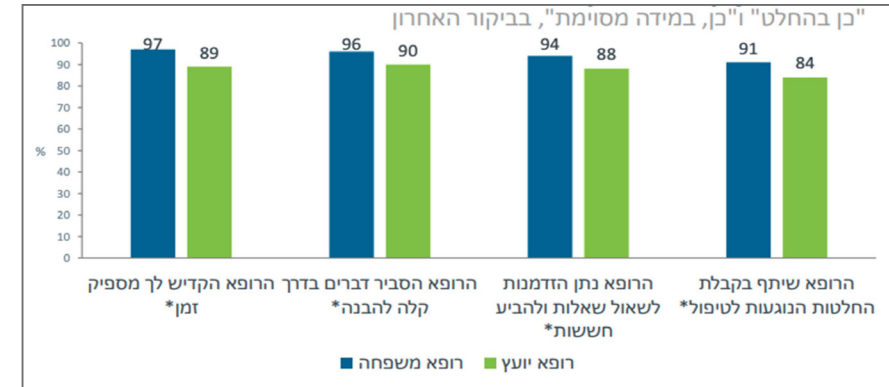
לסקר השיבו 616 משיבים. שיעור המענה היה 40% בקרב האוכלוסייה היהודית ו-27% בקרב האוכלוסייה הערבית. מבין המשיבים, 305 (49.5%) היו גברים ו-311 (50.5%) נשים. הגיל הממוצע היה 44 ± 14 שנים. במדגם היה תת ייצוג של האוכלוסייה החרדית (25 משיבים, 4.1%) וייצוג יתר של המגזר היהודי שאיננו חרדי (462 משיבים, 75%). ל-361 (58.5%) הייתה השכלה אקדמאית. 359 (58.2%) דיווחו כי הכנסתם נמצאת בין מעט מתחת למעט מעל ההכנסה הממוצעת בישראל.

החלטה על זהות הרופא המטפל

מתוצאות הסקר ניתן לראות כי זמן ההמתנה לתור הינו הגורם המשמעותי ביותר בהחלטה על זהות הרופא. היועץ. ת אליהם ייקבע התור. עדות נוספת לכך ניתן לראות בכך שמעל 40% מהציבור מוכן יהיה לשלם באופן פרטי ולא להידרש לזמני ההמתנה לרפואה יועצת הקיימים ברפואה הציבורית.

9 לא ניתן לחשב את שיעור המענה המדויק בשל אופן ההפצה הפתוח. לפי דוח "כוח אדם במקצועות הבריאות 2021" (משרד הבריאות. אגף המידע, חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר, אגף למקצועות רפואיים, מערך הפסיכולוגיה ומנהל הסיעוד. נובמבר 2022) בישראל ב-2021 היו 2,155 רופאים מומחים ברפואת המשפחה עד גיל 67. 210 מבין מי שהגיבו לסקר העידו כי הם מומחים ברפואת המשפחה, כך שניתן לשער שמדובר בכ-10% מאוכלוסיית המומחים ברפואת המשפחה.

תרשים 14: חוויית הטיפול בביקור האחרון, לפי רופא משפחה או רופא יועץ (באחוזים)



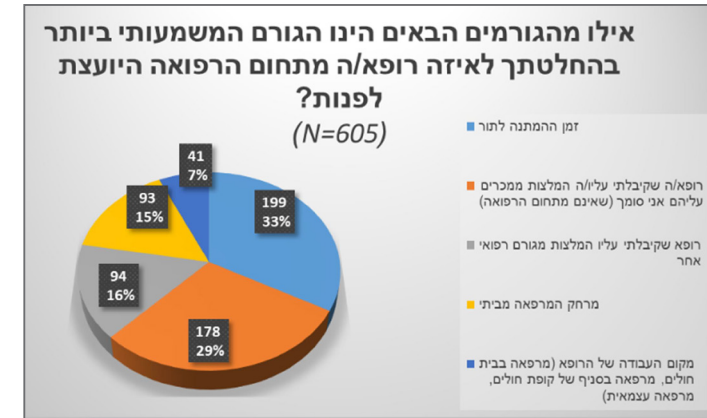
מקור: סקר מכון ברוקדייל - דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל התפקוד שלה 2021-2022.

2. סקר ייעודי לקראת כנס ים המלח

לקראת כנס ים המלח, יזם צוות ההכנה שני סקרים אשר נגעו בשאלות שעלו בשלבי ההכנה לכנס: סקר בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הכללית וסקר בקרב רופאים ראשוניים. שאלות הסקרים תוכננו להשלים את הנתונים שנאספו בסקר ברוקדייל ולתת מידע נוסף בנוגע להיבטים של שימוש יעיל ברפואה היועצת, ובפרט בהיבטים הנוגעים לשונות בין הרפואה היועצת בבתי החולים ובקופות החולים.

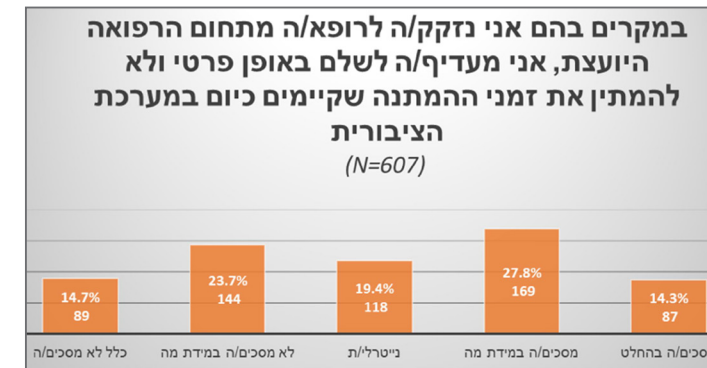
הסקר בקרב האוכלוסייה הכללית בוצע על ידי מכון "תובנות" באמצעות שאלון אינטרנטי, ונערך בין התאריכים 6-13 לנובמבר 2022 בקרב מדגם של 616 משיבים מעל גיל 22 אשר מייצגים את האוכלוסייה הבוגרת בישראל.

תרשים 15: הגורמים המשפיעים על ההחלטה לאיזה רופא מתחום הרפואה היועצת יפנה המטופל, באחוזים ובמספרי משיבים



מקור: סקר מכון "תובנות" לקראת כנס ים המלח 2022.

תרשים 16: נכונות משיבים לשלם באופן פרטי על מנת להימנע מהמתנה ממושכת לתור רפואה יועצת במערכת הציבורית

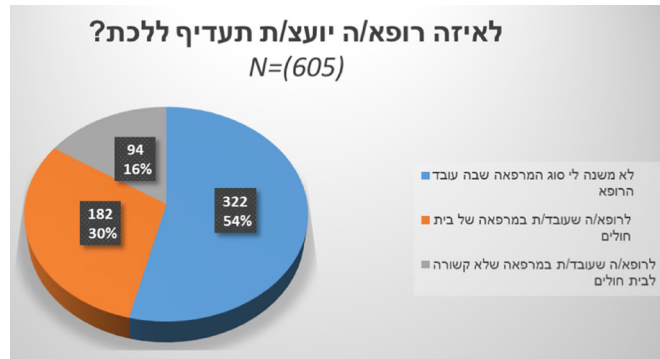


מקור: סקר מכון "תובנות" לקראת כנס ים המלח 2022.

המלצה ממכרים (29%) או מגורם רפואי (16%) היא הגורם השני בחשיבותו בהכרעה על זהות הרופא היועץ אליו יפנה הציבור, ואכן כשני שלישים מהמשיבים יבררו פרטים על הרופא ועל תחומי התמחותו טרם הפנייה.

השיוך של הרופא.ה (בית חולים/קהילה) הינו גורם פחות משמעותי בהחלטה על זהות הרופא.ה היועץ.ת.

תרשים 17: העדפת רופא.ה יועץ.ת לפי שייכות בית חולים/קהילה

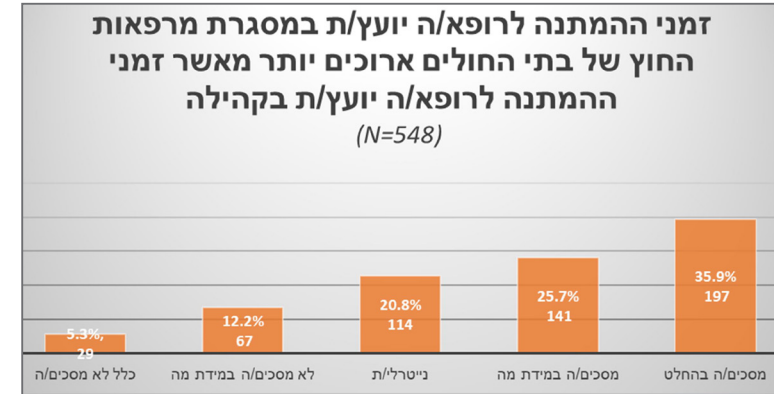


מקור: סקר מכון "תובנות" לקראת כנס ים המלח 2022.

רפואה יועצת בין בתי החולים לקהילה

כ-30% מהמשיבים יעדיפו להיבדק בידי רופא.ה יועץ.ת במרפאת חוץ בבית חולים, כ-15% יעדיפו להיבדק בקהילה, ולכ-55% אין העדפה. לצד זאת, כ-60% מהציבור מאמין שהתורים לרפואה יועצת בבתי החולים ארוכים יותר מאשר התורים בקהילה.

תרשים 18: אמונת המשיבים באשר לזמני ההמתנה בבתי החולים לעומת הקהילה, ברפואה היועצת

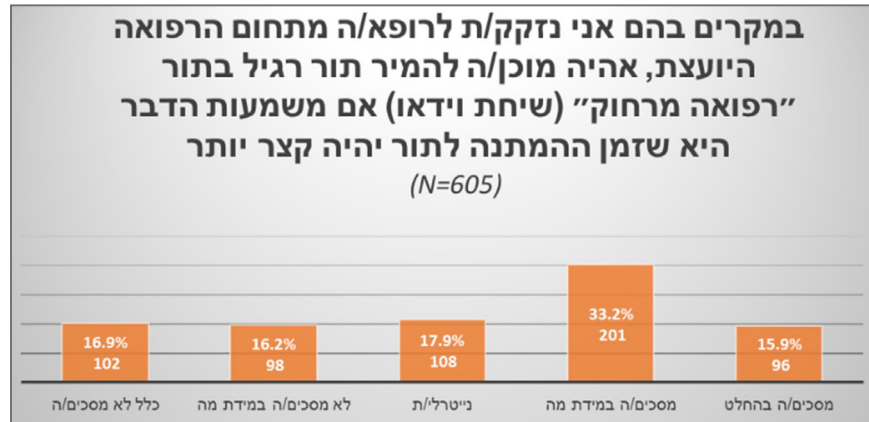


מקור: סקר מכון "תובנות" לקראת כנס ים המלח 2022.

קרוב למחצית מהציבור יהיה מוכן לקיים מפגש בטלרפואה אם הדבר יקצר את ההמתנה לתור. בפילוח לפי מגזר, הנכונות לשימוש בטלרפואה גבוהה יותר בקרב המגזר היהודי שאיננו חרדי לעומת המגזרים החרדיים והערביים (53% לעומת 43-44%),¹⁰ ניתן לראות שהנכונות בקרב האוכלוסייה מעל גיל 70 עומדת על כ-70%, לעומת כ-40% ביתר קבוצות הגיל.¹¹

10 לא בוצעו מבחנים סטטיסטיים לבחון מובהקות הבדל זה בין המגזרים. הדבר נכון גם לכל ההתייחסויות בהמשך המסמך המשוות בין מגזרים שונים.
11 ראוי לציין כי בשל אופן הפצת הסקר, סביר כי ישנה הטיה בקרב המשיבים לטובת אלו עם אוריינות טכנולוגית ו/או העדפה לשימוש בשירותי טלרפואה.

תרשים 19: נכונות המשיבים להמיר תור פסי בתור רפואה מרחוק כדי לקצר זמני המתנה ברפואה היועצת



מקור: סקר מכון "תובנות" לקראת כנס ים המלח 2022.

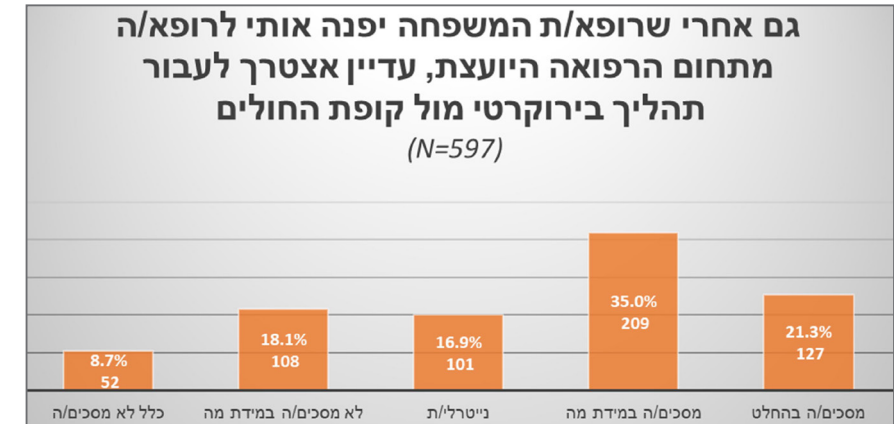
פניה אל הרופא היועץ

מעל מחצית מהציבור מאמין שהפניה לרפואה יועצת תהיה כרוכה בנטל בירוקרטי משמעותי מול קופת החולים.

כ-42% מהמשיבים יעדיפו להיבדק בידי רופאת המשפחה טרם הפנייה לרפואה יועצת, גם אם ביכולתם לקבוע תור ישירות לרופא היועץ, ושיעור דומה יעדיף לפנות ישירות לרופא היועץ. התפלגות בימודלית זו עשויה לשמש גם כסמן לאמון הציבור ביכולתם ומיומנותם של רופאי המשפחה לתת מזור לבעיותיהם ו/או להפנותם הלאה באופן הולם.

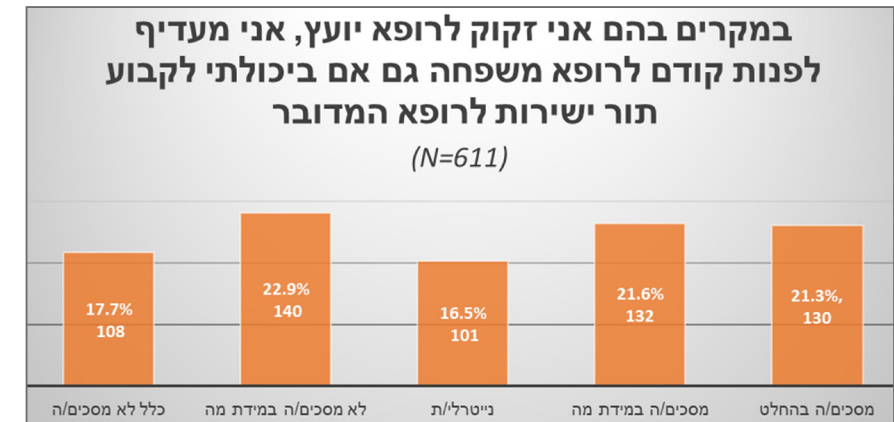
בפילוח לפי מגזר, שיעור ההעדפה להיבדק בידי רופא המשפחה עומד על כ-60% במגזרים החרדי והערבי לעומת כ-37% במגזר היהודי שאיננו חרדי. בפילוח לפי גיל, כ-70% מהמשיבים מעל גיל 70 יעדיפו להיבדק תחילה בידי רופאת המשפחה לעומת כ-40% ביתר קבוצות הגיל.

תרשים 20: אמונת המשיבים בדבר הנטל הבירוקרטי עליהם בקביעת תור רפואה יועצת בעזרת הפנית רופא משפחה



מקור: סקר מכון "תובנות" לקראת כנס ים המלח 2022.

תרשים 21: העדפת המשיבים בדבר פניה לרופא משפחה טרם קביעת תור רפואה יועצת



מקור: סקר מכון "תובנות" לקראת כנס ים המלח 2022.

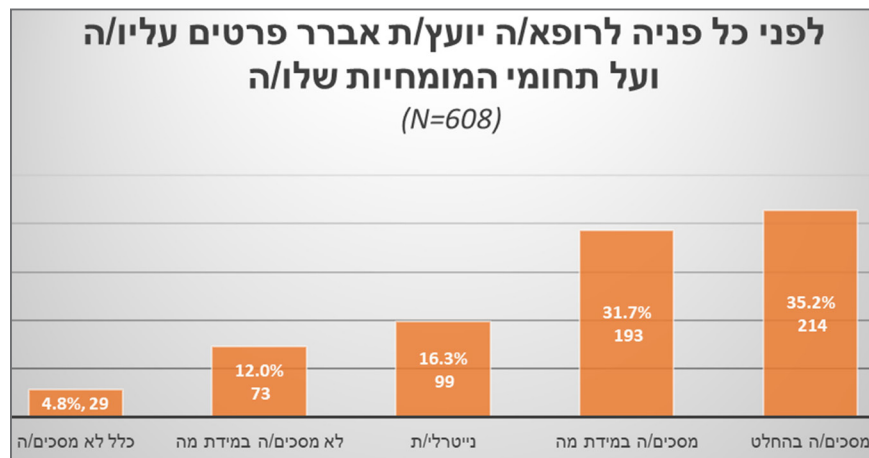
רובם המכריע של המשיבים הצהירו כי יעדיפו שהרופא שמטפלת בהם יהיה בעל הכשרה רחבה במקרים מורכבים, גם כאשר בעייתם פשוטה יחסית.

תרשים 22: העדפת המשיבים בדבר הכשרת הרופא היועצת אליהם פונים



מקור: סקר מכון "תובנות" לקראת כנס ים המלח 2022.

תרשים 23: דיווח המשיבים בעניין הבירור שהם מבצעים לפני פניה לרופא יועצת.



מקור: סקר מכון "תובנות" לקראת כנס ים המלח 2022.

חשוב לי שהרופא/ה שיטפל בי מתחום הרפואה היועצת יעבור הכשרה במקרים המורכבים ביותר בתחום ההתמחות המסוים, גם אם הבעיה שלי הינה פשוטה יחסית.
(N=603)

גם אחרי שרופא/ת המשפחה יפנה אותי לרופא/ה מתחום הרפואה היועצת, עדיין אצטרך לעבור תהליך בירוקרטי מול קופת החולים
(N=597)

לפני כל פניה לרופא/ה יועצת/אברר פרטים עליו/ה ועל תחומי המומחיות שלו/ה
(N=608)

במקרים בהם אני זקוק לרופא יועצ, אני מעדיף לפנות קודם לרופא משפחה גם אם ביכולתי לקבוע תור ישירות לרופא המדובר
(N=611)

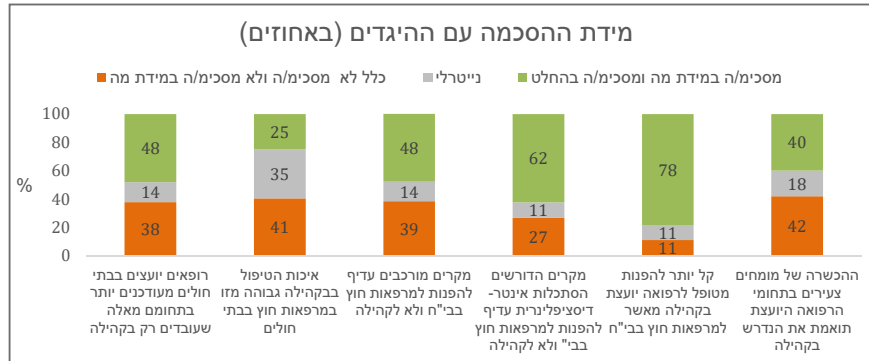
סקר בקרב רופאי משפחה

לסקר השיבו 251 משיבים. בשל שיטת ההפצה הפתוחה לא ניתן לחשב את אחוז המענה. 120 (48.2%) היו גברים ו-127 (51%) נשים. הגיל הממוצע היה 52 ± 12 שנים. במדגם השתתפו רק 9 משיבים מהחברה החרדית (3.7%) ורק 15 משיבים מהאוכלוסייה הערבית (6.1%), כך שנראה כי קיים ייצוג יתר של המגזר היהודי שאיננו חרדי (210 משיבים, 86.1%), וזאת על אף שלא קיימים נתונים בנוגע לחלוקה המגזרית של רופאי המשפחה הפעילים בישראל. 27.7% מהעונים עובדים במחוז צפון וחיפה, 48.6% עובדים במרכז הארץ, 13.3% בירושלים וי"ש ו-10.4% בדרום. מבין המשיבים, 95% (235) דיווחו שמקום העבודה העיקרי שלהם הוא קופת חולים או מרפאה עצמאית. 83.7% (210) התמחו ברפואת המשפחה. 65.6% (164) סיימו את לימודי הרפואה לפני 16 שנים ויותר. 36.7% (92) עובדים בתפקיד ניהולי.

משיבי הסקר נתבקשו לענות בנוגע לרפואה יועצת בבתי החולים ובקהילה, באיזו מידה הם מסכימים עם סדרה של היגדים (בסולם ליקרט של 5 דרגות). 47.9% (114) מסכימים בהחלט או במידת מה שרופאים יועצים שעובדים גם בבתי חולים מעודכנים יותר בתחומם מאשר רופאים יועצים שעובדים רק בקהילה. 40.6% (97) לא מסכימים כלל או במידת מה עם הקביעה שאיכות הטיפול הניתן למטופלים במרפאות רפואה יועצת בקהילה גבוהה יותר מאיכות הטיפול הניתן במרפאות החוץ בבתי החולים. במקרים מורכבים, 47.4% (119) מעדיפים להפנות מטופלים למרפאות חוץ בבתי חולים ולא לרפואה יועצת בקהילה, ובמקרים הדורשים הסתכלות אינטר-דיסציפלינרית - 62.3% (152) מעדיפים לעשות זאת. יותר רופאים בתפקידים לא ניהוליים מעדיפים זאת לעומת רופאים בתפקידים ניהוליים, ובמרכז יותר ממחוזות אחרים בארץ. 78.2% (194) מן המשיבים דיווחו שיותר קל להם להפנות מטופל לרפואה יועצת בקהילה מאשר למרפאת חוץ בבית חולים.

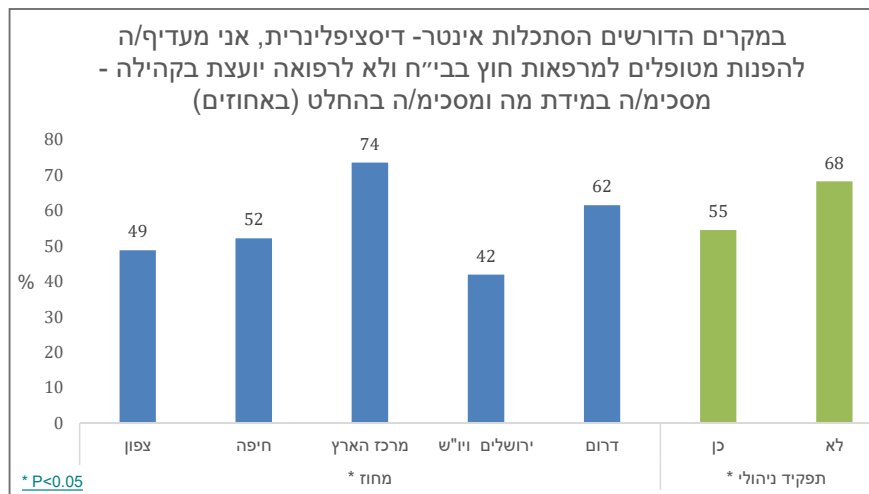
בנוגע לשאלה האם ההכשרה של רופאות ורופאים מומחים צעירים בתחומי הרפואה היועצת תואמת את תמהיל המקרים (מבחינת אבחנות, דרגות חומרה של המחלה, מורכבות המטופל) להם הם נותנים מענה בקהילה, הדעות היו חלוקות: 42.1% (96) היו בדעה שההכשרה מתאימה ואילו 39.9% לא הסכימו שההכשרה מתאימה (18% היו ניטרליים).

תרשים 24: מידת הסכמה של רופאי משפחה עם היגדים הנוגעים לאיכות הטיפול במטופלים ברפואה היועצת בבתי החולים ובקהילה



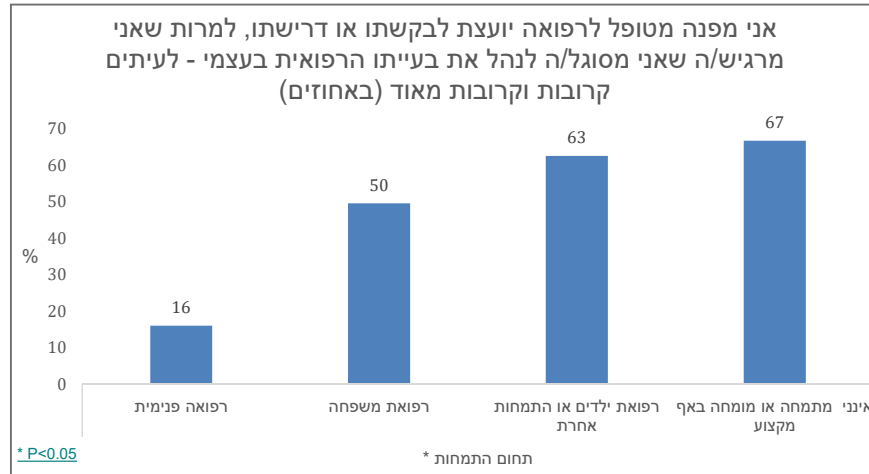
מקור: סקר מכון "ברוקדייל" בקרב רופאי משפחה, לקראת כנס ים המלח 2022.

תרשים 25: מידת העדפה של רופאי משפחה לשלוח מטופל הדורש הסתכלות אינטר-דיסציפלינרית למרפאות חוץ בבתי חולים



מקור: סקר מכון "ברוקדייל" בקרב רופאי משפחה, לקראת כנס ים המלח 2022.

תרשים 27: מידת ההשפעה של רצון המטופל על ההחלטה של רופאי משפחה להפנות לרפואה יועצת לפי מקצוע התמחות הרופא המפנה



מקור: סקר מכון "ברוקדייל" בקרב רופאי משפחה, לקראת כנס ים המלח 2022.

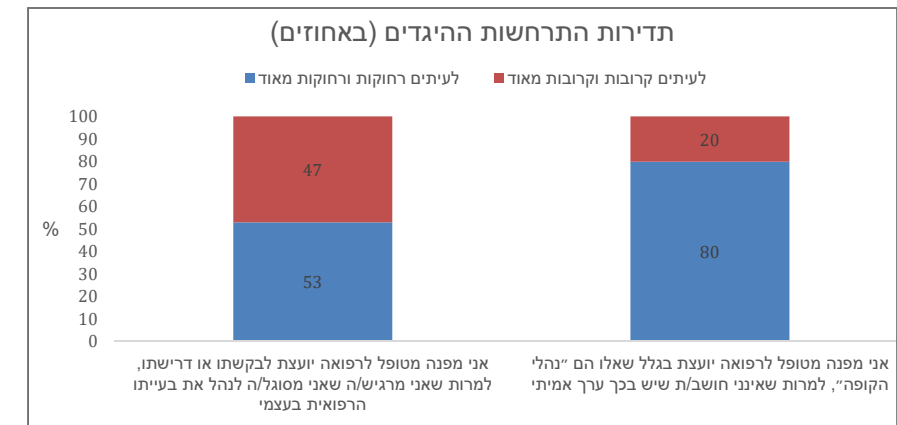
סיכום

הנתונים שהוצגו לעיל מציירים תמונה מורכבת של מערכת הבריאות בישראל ובתוכה מספר מגמות. ראשית, שיעור הרופאים לנפש בישראל נמוך ביחס למקובל בעולם וצפוי להמשיך ולהצטמצם נוכח הצפי לפרישת רופאים רבים בד בבד עם הגידול באוכלוסייה והזדקנותה. מחסור זה ברופאים מביא לעומס על שירותי הרפואה היועצת, להתארכות זמני המתנה, וכתוצאה מכך להסטת פעילות למערכת הפרטית. מגמה זו מזינה את עצמה, שכן לצוותים הרפואיים תמריץ כלכלי לעבוד ברפואה הפרטית ולא בציבורית ובכך מצטמצם עוד יותר ההיצע במערכת הציבורית. באותה השעה, מגמות אלו מגדילות את שיעור ההוצאה הפרטית על בריאות (קרי, הנטל הכלכלי על הציבור) ומחמירות את אי השוויון בנגישות לשירותי בריאות בכלל ושירותי רפואה יועצת בפרט בין מטופלים בני מגזרים שונים, אזורים גיאוגרפיים שונים ורקע סוציו-אקונומי שונה, מגמה מטרידה שיש לתת עליה את הדעת.

שנית, שתי מגמות עולמיות בתחום הבריאות משפיעות גם הן על אופי צריכת שירותי הרפואה היועצת: ההתמקצעות ההולכת וגוברת בתחומי הרפואה השונים מגדילה דה פקטו את מספר תחומי ההתמחות ובד בבד מצמצמת את מספר הרופאים

המשיבים נשאלו באיזו תדירות הם מפנים מטופלים לרפואה יועצת בנסיבות שונות (לפי סולם ליקרט של 4 דרגות). 47% (116) דיווחו שלעיתים קרובות או קרובות מאוד הם מפנים מטופל לרפואת יועצת לבקשתו או דרישתו, למרות שהם מרגישים שהם מסוגלים לנהל את בעייתו הרפואית בעצמם - יותר רופאים ללא התמחות עושים זאת לעומת רופאים עם התמחות ברפואת ילדים, רפואת משפחה או רפואה פנימית. 80% (194) דיווחו שלעיתים רחוקות או רחוקות מאוד הם מפנים מטופל לרפואה יועצת בגלל "נהלי הקופה" למרות שאינם חושבים שיש בכך ערך אמיתי.

תרשים 26: מידת ההשפעה של רצון המטופל ונהלי הקופה על ההחלטה של רופאי משפחה להפנות לרפואה יועצת



מקור: סקר מכון "ברוקדייל" בקרב רופאי משפחה, לקראת כנס ים המלח 2022.

המומחים הזמינים ליעץ בכל אחד מהם; ומגמת ה-Consumerism מדגישה את חוסר נכונותם של מטופלים להתפשר ועל רצונם בהגעה לרופאים מסוימים בהתאם להמלצות ולתפיסתם את מידת מקצועיותם.

מהסקרים שבוצעו לקראת כנס ים המלח עולה כי אופן הפנייה לרפואה היועצת הוא מרכיב משמעותי בתהליך ובבניית האמון בין המטופל לרופא ולכלל המערכת. עם זאת, ניכר כי קיים חוסר בהירות בחלוקת העבודה בין בתי החולים והקהילה בתחום הרפואה היועצת. בנוסף, הנתונים מראים כי אוכלוסיות שונות צורכות בריאות באופן שונה - לא רק היקף הצריכה משתנה בין מרכז ופריפריה, ובין מגזרים ורמות הכנסה שונות, אלא גם הגישה לצריכת הבריאות.

רמת הרפואה בישראל, ומידת אמון הציבור במערכת הבריאות הציבורית, נותרו גבוהות - אך אין ערובה שהדבר יישאר כך בעתיד. המגמות הללו מדגישות את הצורך בניהול מדויק של מערך הרפואה היועצת בדגש על מספר הרופאים, תחומי התמחותם ופיזורם הגיאוגרפי, לצד קידום מהלכים לניצול אופטימלי של משאבי הרפואה היועצת הקיימים, ומיצוי היתרונות היחסיים של הרפואה היועצת בקהילה ובבתי החולים.

לסוגיות אלו ונוספות התייחסנו בשלושת מושבי הכנס ובהמשך הפרק שלפניכם.

פרק 3: סקירה עולמית

שירותי רפואה יועצת הם נדבך מרכזי בטיפול הרפואי המוצע לאזרחים בכל העולם. מקובל כי הרופאים היועצים הם מומחים המוכרים בתחומם (דרך רישוי או חברות באיגוד מתאים), ומסורתית הם פועלים במסגרת יחידנית. בשנים האחרונות התפתחה גישה של מרפאות רב תחומיות בהן פועלים זה לצד זה מספר בעלי מקצוע, לצורך אבחנה מדויקת והתאמת טיפול מיטבית. הרפואה היועצת יכולה להינתן במסגרת הקהילה - במרפאות פרטיות או בקליניקות המשותפות למספר רופאים; במרפאות חוץ בקמפוס בתי החולים; או במתקנים ייעודיים לרפואה יועצת. מימון הייעוץ יכול להתבצע ישירות על ידי המטופל, אשר יתבע החזר מהגוף המבטח, או בתשלום ישיר של המבטח, עם או ללא השתתפות עצמית מצד המטופל. בנוסף לכך, ישנם מקומות בהם המדינה מממנת ישירות את מתן השירות. נביא סקירה קצרה של דוגמהות לאספקת שירותי רפואה יועצת ולמימוןם בארבע מדינות: אנגליה, גרמניה, צרפת וארה"ב.

שירותי רפואה יועצת באנגליה

כל תושבי אנגליה מבוטחים בביטוח בריאות לאומי - ה-NHS (National Health Service) ומקבלים את שירותי הבריאות דרכו. ה-NHS ממומן על ידי המדינה, באמצעות מיסים כלליים, והוא כולל מרפאות, בתי חולים ומכוני בריאות. רוב רופאי המדינה מועסקים דרכו.

1. אופן אספקת הרפואה היועצת

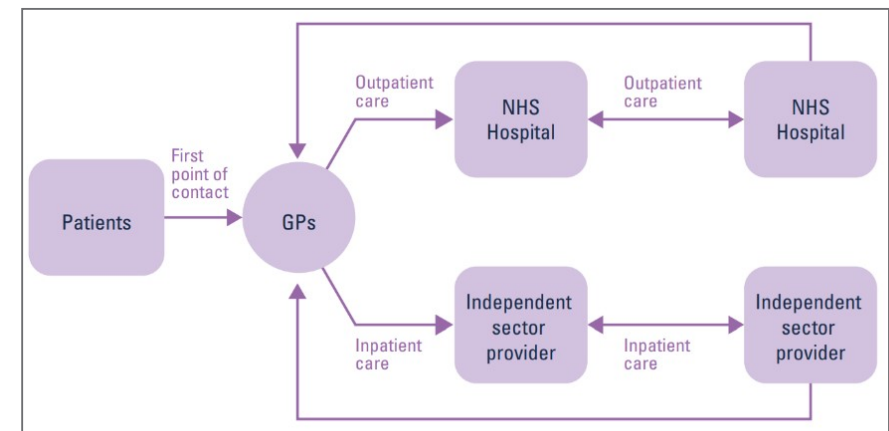
שירותי רפואה יועצת ניתנים באופן ציבורי בקהילה ובבתי החולים. מעט רופאים יועצים עובדים באופן פרטי, במסלול נפרד מה-NHS.

2. אופן קבלת שירותי רפואה יועצת

למטופל אין אפשרות לקבוע עצמאית תור לרפואה יועצת. השלב הראשון בקבלת שירות מרופא יועץ הוא פנייה לרופא המשפחה (GP - general practitioner), אשר משמש כ"שומר סף" (Gatekeeper) ומפנה את המבוטח לרופא מקצועי לפי

העניין.¹² מרבית הרפואה היועצת באנגליה מתבצעת בתוך או מטעם בתי חולים של ה-NHS. בעת הביקור אצל רופא המשפחה מוצעת למטופל האפשרות לפנות למספר אפשרויות זמינות בבתי חולים בסביבתו. בבתי החולים המשוויכים ל-NHS ישנן מרפאות אמבולטוריות, וחלק מבתי חולים אלו אף מפעילים מרפאות לוויין בסמוך למרכזי אוכלוסייה, אך רוב המפגשים עם רופאים יועצים הכוללים תהליכי אבחון והכנה לניתוח מתבצעים במרפאות חוץ. שירותי רפואה שלישונית ניתנים בעיקר במרפאות מרכזיות הממוקמות באזורים מרובי אוכלוסייה, לרוב בבתי חולים המסונפים לבתי ספר לרפואה.

תרשים 28: סכמת הגישה לרפואה היועצת הציבורית באנגליה



מקור: European Observatory on Health Systems and Policies, United Kingdom: health system review 2022.

לשם הגדלת התחרות ובשל זמני המתנה ממושכים, החל משנת 2000 ניכרת מגמה של הרחבת האפשרות של מטופלים לפנות לרופאים יועצים פרטיים בתחומים מסוימים במרפאות שבהסדר. בשנים 2018-2019 כ-6% משירותי הרפואה היועצת האלקטיבית סופקו על ידי רופאים יועצים פרטיים (ישנם תחומים, כגון החלפת מפרק ירך, בהם חלקם היחסי של הרופאים הפרטיים היה גבוה הרבה יותר).

¹² <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-review-2022>, page 111

לשם טיפול חירום, המבוטחים יכולים לגשת ישירות למחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים של ה-NHS, בין אם יש בידם הפניה מרופא משפחה או רופא יועץ, ובין אם אין. ניתן להיעזר במוקד חירום טלפוני או בצוות המאייש את האמבולנס כדי להחליט האם מדובר בטיפול דחוף (שאינו חירום) ומצריך הפניה או בטיפול חירום שלא מצריך הפניה. כך, רופא המשפחה (ה-GP) מתפקד כשומר הסף העיקרי, אך נושאים בתפקיד גם מלר"דים, מרפאות, אמבולנסים ורופאי שיניים. אין גורם מתכלל אחד המנתב את הביקוש.

3. מימון ותשלום עבור הרפואה היועצת

עבור המטופל, אין תשלום במעמד קבלת השירות ואין מרכיב של השתתפות עצמית. מימון שירותי הבריאות נעשה באמצעות תשלום מיסים כלליים למדינה.

הרוב המוחלט של הרופאים היועצים הם שכירים. רופאים המועסקים על ידי בתי חולים רשאים לעבוד גם בצורה פרטית לאחר שעות העבודה הסטנדרטיות שלהם: רופאים המועסקים במשרה מלאה רשאים להרוויח עד 10% יותר ממשכורתם ב-NHS, ואילו לרופאים המועסקים במשרה חלקית אין מגבלה של השתכרות פרטית אך עליהם להחזיר 1/11 ממשכורתם ב-NHS.

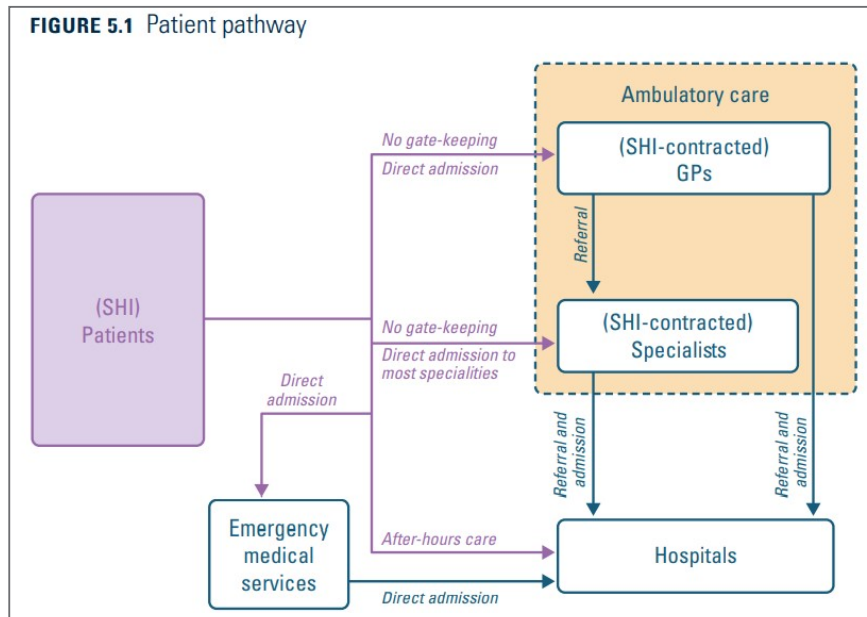
משכורתם של רופאים יועצים מהווה חלק מה-DRG (Diagnosis-related groups) ומתעדכן מדי שנה. התקציב הכולל המיועד לרפואה יועצת מועבר על ידי המדינה ל-NHS והוא מחלק את הכסף לפי החלטתו ליועצים השונים. גובה השכר נקבע על ידי שקלול של מספר פרמטרים, בהם תחום המומחיות, שנות הניסיון, הכנסה נוספת ומצוינות אקדמית ומקצועית.

4. מדדי תהליך ותוצאה בתחום הרפואה היועצת

זמני המתנה: באנגליה זמני המתנה ארוכים עבור שירותי רפואה יועצת. בין 11 המדינות בעלות ההכנסה הגבוהה, אנגליה דורגה במקום ה-7 ביכולת לספק שירותי רפואה יועצת תוך זמן קצר, כשב-19% מהמקרים זמני המתנה נמשכו חודשיים או יותר.¹³

¹³ <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-states-health-system-review-2020>, p. 344

תרשים 29: סכמת הגישה לרפואה היועצת הציבורית בגרמניה



מקור: European Observatory on Health Systems and Policies, Germany: health system review 2020.

מבוטחי קופות החולים (SHI Patients) רשאים לבחור בחופשיות הן את רופאי המשפחה והן את הרופאים היועצים (וכן לעבור בין רופאי משפחה לפי שיקול דעתם) כל עוד רופאים אלו שייכים להסדר עם הגורם המבטח. פנייה לרפואה יועצת יכולה להיות דרך רופא המשפחה באמצעות הפנייה, או ישירות מול הרופא היועץ.

טיפול שלישוני מתקיים בדרך כלל רק במסגרות אשפוז. בשעות בהן המרפאות אינן פעילות ולשם טיפול חירום, מבוטחי קופות חולים יכולים לגשת ישירות לבית חולים לפי בחירתם (למעט במספר תחומי רפואה, למשל רדיולוגיה), בין אם יש בידם הפניה מרופא משפחה או מרופא יועץ, ובין אם אין.

אין במערכת הבריאות הכללית גורם שמתפקד כשומר סף ואין גורם המנתב את הביקושים.

יחד עם זאת, מדיניות התשלומים לטיפול, כגון DRG אמורה למקד טיפול ולרסן ביקושים.

נגישות לשירותים: קיימים חסמים לצריכת שירותי רפואה יועצת, כמו נגישות גיאוגרפית נמוכה באזורים פריריאליים, במיוחד בתחומים מסוימים (כגון רפואה פליאיטיבית, אונקולוגיה ועור). אספקת שירותי רפואה יועצת מרחוק מהווה חסם עבור אוכלוסיות ספציפיות, כגון מבוגרים, ואספקת שירותים באמצעות רפואה פרטית מהווה חסם עבור אוכלוסיות ממעמד סוציו-אקונומי נמוך.

רצף טיפולי: בסקר שנעשה בקרב 11 מדינות בעלות הכנסה גבוהה,¹⁴ נמצא שבאנגליה ברוב המקרים (79%) לרופאים היועצים הייתה נגישות לרקע הרפואי - דירוג גבוה לעומת הממוצע. עם זאת בכמחצית מן המקרים (53%) לרופאים הראשוניים לא היה מידע על תוצאות הביקור אצל הרפואה היועצת - השני מלמעלה בדירוג המדינות.

השפעות מערכתיות: משנת 2003 המערכת פועלת לקבוע מחירים בהתאם לתוצאות טיפוליות, אבל בעקבות הטענה שתעריפים אלו אינם משקפים את עלות הטיפול, במיוחד עבור שירותי רפואה יועצת לאוכלוסייה עם צרכים מורכבים, החל ניסיון לקבוע תעריף המורכב מעלויות השירותים בשילוב עם התוצאות הטיפוליות.

שביעות רצון: 64% מהאוכלוסייה באנגליה הביעו שביעות רצון גבוהה משירותי האשפוז, 54% מהשירותים האמבולטוריים, ו-60% הביעו שביעות רצון כללית מהמערכת הציבורית (לעומת 29% שביעות רצון משירותים חברתיים אחרים).

גרמניה

תושבי גרמניה מבוטחים באחת ממעל מאה קופות חולים ציבוריות הקיימות במדינה, בשיטה המכונה SHI (Statutory Health Insurance). כ-11% מהתושבים מבוטחים בביטוחי בריאות פרטיים בנוסף או במקום הביטוח הציבורי.

1. אופן אספקת וקבלת שירותי הרפואה היועצת

שירותי רפואה יועצת ניתנים במסגרת ציבורית בקהילה, במרפאות ציבוריות, בתחומים מוגדרים גם בבתי החולים וכמו כן באופן פרטי.¹⁵

14 <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-states-health-system-review-2020>, p.349

15 <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2020> Page 147

2. אופן התשלום של המבוטח לרפואה היועצת

מבוטחים רשאים לפנות ליועצים שאינם במסגרת הכיסוי הביטוחי, אך החזר מן המבוטח יתקבל רק אם יש בידם הפנייה של רופא מטעם המבוטח. למבוטחים עם כיסוי ביטוחי פרטי ניתנת בחירה חופשית של רופאים והם אינם מוגבלים לרופאים המצויים בהסדר עם קופת החולים שלהם. חברת הביטוח הפרטית מהווה גורם המגביל צריכה. קיימת השתתפות עצמית.

3. מנגנוני התשלום לרופאים היועצים

בגרמניה רוב הרופאים היועצים שעובדים בקהילה הם עצמאיים, מתקשרים בהסדרים שונים עם המבוטחים (קופות חולים וביטוחים פרטיים) ומתוגמלים לפי שיטת תשלום עבור פעולה (Fee For Service (FFS). בבתי החולים, לעומת זאת, רוב הרופאים היועצים שכירים, ומקבלים את משכורתם על בסיס DRG.

הגופים המבוטחים משלמים עבור שירותי הבריאות על בסיס FFS בהתאם לשתי תוכניות תעריפים שונות שנקבעו מראש על ידי ועדות ארציות - אחת עבור מבוטחים בביטוחי חובה בקופות החולים ואחרת עבור מבוטחים באופן פרטי. התעריפים נקבעים מראש ואחידים לכל קופות החולים.

4. תוכניות ייחודיות

♦ תוכנית לניתוב הטיפול (GP-centred model of care (Hausarztzentrierte Versorgung - HZV.

♦ תוכנית אשר נוצרה בעיקר עבור חולים כרוניים. מטרתה של התוכנית היא לסייע למטופל, לרופא ולמערכת לבנות תוכנית טיפול מוסדרת, לשם הבטחת יעילות הטיפול ותוך התחשבות בהעדפות המטופלים. המטופלים המשוכים לתוכנית זו נדרשים להתייעץ תחילה עם רופא המשפחה שלהם לשם קבלת הפניה לרופא יועץ בטרם יקבעו תור לרפואה יועצת. ההשתתפות בתוכנית היא וולונטארית הן לרופאים והן למבוטחים. התוכנית אחידה בין כל סוגי המבוטחים וספקי השירות, עם הבדלים בין מחוזות. מודל זה קיים החל משנת 2003, והחל משנת 2004 קופות החולים מחויבות להציע למבוטחים אפשרות להירשם אליו. כמחצית מרופאי המשפחה (כ-17,000) ו-5.4 מיליון מבוטחים השתתפו בתוכנית זו ב-2020. יחד

עם זאת, מרבית המבוטחים בגרמניה בחרו שלא להצטרף לתוכנית.

♦ בעקבות זמני המתנה ארוכים בפריפריה, הוקם מוקד לזימון תורים הזמין מסביב לשעון, ופעיל טלפונית ואינטרנטית. קביעת התורים באופן זה מחייבת קבלת הפניה קודם לכן (למעט בקביעת תור לרופאי משפחה, ילדים, עיניים ונשים). המוקד אמור לתת מענה לפונה תוך שבוע ממועד הפנייה, ומתחייב כי תקופת ההמתנה לפגישה עם הרופא לא תעלה על ארבעה שבועות, ובמרחק סביר מכתובת מגורי המטופל. כאשר מרכז השירות לתורים אינו יכול לקבוע תור בפרק הזמן הנקוב, עליו להציע תור לטיפול חוץ בבית חולים מורשה. מוחרגים מכלל זה בדיקות שגרתיות שניתן לדחות או מחלות קלות. במקרה חירום (אך כזה שאינו מסכן חיים) יוערך מצב הפונה על סמך סט מדדים קליני ארצי אחיד, והוא יופנה לטיפול רפואי מידי ללא צורך בהפניה.

5. מדדי תהליך ותוצאה בתחום הרפואה היועצת

המדדים הבאים הם תוצאה של מכלול אספקטים במערכת הבריאות הגרמנית, אך קשורים ומעידים על תחום הרפואה היועצת:

זמני המתנה: ב-3% מהמקרים, זמני ההמתנה לרפואה היועצת נמשכו מעבר לחודשיים, השיעור הנמוך ביותר מתוך 11 המדינות שנסקרו, וירידה משיעור של 10% בשנת 2013. עם זאת, 10% ממחזיקי ביטוח ציבורי, ו-7% ממחזיקי ביטוח פרטי, טענו שחיכו זמן רב מידי לשירותי בריאות.

נגישות לשירותים: גרמניה דורגה במקום השמיני מתוך 35 מדינות אירופאיות ביכולת לספק שירותי רפואה יועצת ללא תלות ברפואה הראשונית, ובמקום השביעי בנגישות לניתוחים אלקטיביים. יחד עם זאת, קיים הבדל בנגישות לרפואה היועצת על בסיס גיאוגרפי, כשהנגישות נמוכה יותר באזורים כפריים. בכדי לחזק את איכות הרפואה באזורי צורך, המדינה ואיגוד הרופאים מציעים תמריצים לכלליים ומקצועיים לרופאים הפועלים בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית, וכן מווסתים פתיחה של מרפאות ותקני רופאים לפי צורך האוכלוסייה - מצמצמים את ההיצע באזורים עתירי מרפאות ומרחיבים תקנים ומרפאות באזורי צורך.

לשם קיצור זמן ההמתנה והרחבת אפשרויות הפנייה לרפואה ראשונית ויועצת ננקטו צעדים רבים:

- ◆ אנשי מקצוע מתחום הרפואה שאינם רופאים רשאים לתת שירותים רפואיים שונים השייכים לתחום התמחותם.
 - ◆ בתי חולים מקומיים רשאים להציע טיפול במרפאות חוץ.
 - ◆ גורמים מוניציפליים רשאים להקים מרכזי שירות רפואי מקומיים בניהולם, המאגדים תחת קורת גג אחת מומחים מתחומים שונים ושירותים רפואיים מגוונים, כך שניתן לתכלל את הטיפול ולצמצם למינימום בדיקות ופרוצדורות מיותרות.
 - ◆ הקמה ומיסוד של שירותי רפואה מרחוק (טלרפואה) בטלפון ובווידאו.
 - ◆ העלאת מספר התקנים עבור תחומי מומחיות נדרשים (למשל רפואת ילדים).
- רצף טיפולי: ב-81% מהמקרים, לרופאים היועצים הייתה נגישות לרקע הרפואי, מהגבוהים (שלישית) מבין 11 המדינות שנסקרו. לעומת זאת, רופאים ברפואה הראשונית קיבלו מידע לאחר הביקור ברפואה היועצת רק ב-61% מהמקרים, ורק בשלושה מתוך עשרה מקרים ספק הרפואה הראשונית קיבל עדכון אודות שינויים בטיפול ו/או בתרופות בעקבות הרפואה היועצת - הנמוך בין 11 המדינות. ייתכן שהדבר נובע מהיעדר מנגנון שמירת סף, אשר מוביל לפרגמנטציה של הטיפול ולחוסר התאמת שירותים, או למבנה התיק הרפואי הממוחשב שלא מאפשר קישוריות בין נותני השירות הרפואי השונים.

השפעות מערכתיות: השימוש ברפואה יועצת נמצאת במגמת עלייה, כאשר כיום כ-60% מהשירותים האמבולטוריים הם בתחומי הרפואה היועצת, לעומת 40% בשנת 2000.

נגישות לטיפול ושביעות רצון: קיימת שביעות רצון גבוהה משירותי הרפואה בגרמניה. לדוגמה, בסקר בשנת 2016, רק 7% העידו על חסמים כלכליים לנגישות לשירותי רפואה, וב-2018, 0.2% מהאוכלוסייה העידו על כך שלא קיבלו מענה רפואי בעת הצורך.

צרפת

תושבי צרפת מבוטחים בקופות חולים הקיימות במדינה, בשיטה המכונה SHI (Statutory Health Insurance). חלקם מבוטחים גם בביטוחי בריאות פרטיים.

1. אופן אספקת וקבלת שירותי הרפואה היועצת

רוב שירותי הרפואה היועצת ניתנים באופן ציבורי, בקהילה, ורק מעט מן השירותים ניתנים במרפאות בבתי החולים. כן ישנה אפשרות לרפואה יועצת פרטית. ישנה מסורת חזקה ועמדה ברורה של איגודי הרופאים המשמרת דומיננטיות של משרדים פרטניים (solo practice) של הרופא בקהילה.

המטופל יכול לפנות לרופא יועץ לפי בחירתו או לפנות תחילה לרופא המשפחה וממנו לקבל הפנייה. בכל מקרה, בידי המטופל האפשרות לפנות לרופא יועץ פרטי או ציבורי, לבחירתו.

לא קיים מנגנון המגביל את אפשרויות הבחירה בין מגוון הרופאים היועצים, למעט התמריץ הכלכלי לקבל הפנייה. מתקיימת בקרה על הוצאות הבריאות ברמת הרופא הבודד וחברות הביטוח הפרטיות מהוות מתווך שמגביל צריכה. מדיניות התשלומים לטיפול, כגון DRG (Diagnosis-related groups) אמורה גם היא למקד טיפול ולרסן ביקושים.

2. אופן התשלום של המבוטח לרפואה היועצת

עלות הביקור מכוסה חלקית על ידי קופת החולים, כתלות במסלול הפניה. אם המטופל קיבל הפניה מרופא המשפחה, שיעור ההשתתפות העצמית יהיה 30% מהעלות הטיפול (השתתפות שלרוב מכוסה על ידי הביטוח הפרטי של המטופל, אם קיים). לחילופין, אם המטופל פנה ישירות אל הרופא היועץ, שיעור ההשתתפות העצמית יהיה 70% מעלות הטיפול. גם גובה התגמול עבור הביקור עצמו, ואופן התשלום בפועל, שונה בין פנייה עם וללא הפנייה מרופא המשפחה. מנגנון זה הינו ייחודי בעולם, ומייצר תמריץ גם לרופא היועץ וגם למטופל לקבל הפניה מרופא המשפחה (gatekeeping) לפני הביקור אצל הרופא היועץ, ובכך אולי מצמצם מעט את השימוש בשירותי הרפואה היועצת.

3. מנגנוני התשלום לרופאים היועצים

כ-40% מן הרופאים היועצים הם עצמאיים, ו-13% נוספים מועסקים במודל מעורב (עובדים בבתי חולים וכן רואים מטופלים עצמאית). בקהילה, רוב הרופאים היועצים הם עצמאיים אך גם בבתי חולים (הן במחלקות והן במרפאות החוץ) שיעור ניכר מן הרופאים היועצים הם עצמאיים ומקבלים תשלום ישיר על בסיס מנגנון תשלום עבור פעולה (FFS).

רמת השכר לרופאים היועצים נקבעת בהתאם לגורמים כגון מספר שנות הניסיון והמוסד המעסיק. גובה השכר עבור רופאים שכירים ותעריף ה-FFS הלאומי נקבעים בהסכם קיבוצי ברמה הלאומית, ומתעדכנים בצורה תדירה (אך לא בעיתוי קבוע) על ידי ה-NHIF (French National Health Insurance Fund) בשיתוף עם איגודי רופאים יועצים או גורמים השייכים לבתי החולים.

4. תוכניות ייחודיות

- ◆ תוכנית "הרופא המועדף": בניסיון ליצור מנגנון ריסון עבור שימוש ברפואה יועצת, החל משנת 2005, לכל מטופל מעל גיל 16 אפשרות למנות רופא (משפחה או מומחה) כרופא המועדף שלו. רופא זה מתפקד כאיש הקשר הראשוני בין החולה למערכת הבריאות - מטפל ו/או מעניק הפנייה. המטופל זכאי לשנות את בחירתו ברופא המועדף ככל שיבחר. כאשר מטופל שלא בחר במסלול זה פונה לרופא כלשהו, לרופא האפשרות לגבות ממנו תשלום עודף (מלבד במקרה של טיפול חירום), והמטופל אף עלול לקבל החזר הוצאות מופחת עבור פנייה זו.
- ◆ בניסיון להתמודד עם העלויות הגבוהות של ההשתתפות העצמית בשירותי רפואה יועצת, הממשל הגביל את העלות המותרת לגביה נוספת מהמטופל ברפואה יועצת ל-150% מהתעריף הלאומי עבור אותו שירות, ובשנת 2011 מחירי הטיפול החלו לרדת.
- ◆ בניסיון לשפר את הרצף הטיפולי בין בית החולים לקהילה, ישנן כיום מספר תוכניות ניסיוניות (פיילוטים) בנושא זה, במיוחד עבור האוכלוסייה המזדקנת.

5. מדדי תהליך ותוצאה בתחום הרפואה היועצת

המדדים הבאים הם תוצאה של מכלול אספקטים במערכת הבריאות הצרפתית, אך קשורים ומעידים על תחום הרפואה היועצת:

זמני המתנה: ב-4% מן המקרים זמני המתנה לרפואה יועצת היו חודשיים ומעלה, השני מהנמוך בין 11 המדינות. עם זאת, זמני המתנה בתחומים ספציפיים (כגון אופתלמולוגיה) התאפיינו בזמני המתנה ארוכים יותר בעקבות מחסור במכשור וצוות באזורים גיאוגרפיים מסוימים.

נגישות לשירותים: ההשתתפות העצמית עבור רפואה יועצת מורידה את נגישות השירותים. אפילו בקרב מי שמחזיק בביטוח משלים (כ-90% מהאוכלוסייה), נמצא ש-48.5% טוענים שהם נדרשים לשלם השתתפויות עצמיות משמעותיות לרפואה יועצת. כמו כן, קיימת פריסה לא שוויונית של שירותי הרפואה היועצת. מתוך סקירת מדינות ה-OECD ב-2012, צרפת (וספרד) נמצאו כבעלות אי השוויון הגבוה ביותר מבחינת היכולת לענות על צורכי טיפול ותדירות הביקורים ברפואה היועצת. כמו כן, נמצא שלמהגרים יש נגישות נמוכה יותר לרפואה היועצת.

רצף טיפולי: ב-75% מהמקרים, לרופאים במסגרת הרפואה היועצת הייתה נגישות לרקע הרפואי, שישיית מבין 11 המדינות שנסקרו. הרופאים ברפואה הראשונית קיבלו מידע לאחר הביקור ברפואה היועצת ב-80% מהמקרים, וב-94% מהמקרים קיבלו עדכון אודות שינויים בטיפול ו/או בתרופות בעקבות הרפואה היועצת - השיעור הגבוה ביותר מבין 11 המדינות.

השפעות מערכתיות: למרות המאמצים להגבלת ההוצאה על שירותי בריאות, תקציב הבריאות הלאומי חורג באופן קבוע מן היעד, בין השאר עקב מתן אישור לחריגה מסוימת מן התקציב (תוך כדי הפעלת תמריצים מצד אחד ואיזונים ובלמים מצד שני - שיטת המקל והגזר). כך למשל, כל רופא נדרש להשתייך לאחד משלושה סוגי התקשרות ("סקטורים") עם המדינה: רופא מסקטור 1 בוחר לחתום על הסכם התקשרות עם המדינה. רופא מסקטור זה יגבה תעריף קבוע עבור הביקורים אצלו, ו-65% מן העלות תוחזר למבוטח על ידי המדינה (ביטוח לאומי). רופא מסקטור 2 חתום גם הוא על הסכם עם ביטוח לאומי, אך לא מוגבל בתעריפי הגבייה. המדינה מחזירה למבוטח סכום קבוע על כל ביקור, ללא תלות בעלות למבוטח (ויתרת התשלום לרופא תהיה "מכיס המטופל", אם כי חלק מן הביטוחים הפרטיים ישתתפו בהחזר הפרש העלות). רופאים מסקטור 3, אשר אינם חתומים על כל הסכם עם

הביטוח הלאומי, רשאים לקבוע את התעריפים עבור ביקורים במרפאותיהם, והמבוטח מקבל החזר סמלי בלבד עבור הוצאותיו.

שביעות רצון: קיימת שביעות רצון כללית גבוהה (71%) משירותי הבריאות בצרפת ומכיסוי השירותים, בדומה לממוצע ב-OECD.¹⁶

ארצות הברית

"America's health care system is neither healthy, caring, nor a system."

Walter Cronkite

מערכת הבריאות בארצות הברית אינה מערכת מוסדרת אלא למעשה אוסף של הסדרים ברמה פדרלית וברמת המדינות, במגוון שוק קפיטליסטי, וללא מנגנון המבטיח שירותי בריאות אוניברסליים. מערכת הבריאות בארה"ב ידועה לשמצה בעלויות הגבוהות (ההוצאה על בריאות בארה"ב הינה כ-17% מהתמ"ג, מקום ראשון ב-OECD בפער גדול, ובמגמת עלייה) לצד תוצאי בריאות נחותים מאשר מדינות מקבילות. על כן, השוואה של מערכת הבריאות בישראל לזו שבארצות הברית הינה מוגבלת מטיבה. ראוי בכל זאת לסקור את עיקרי מבנה המערכת ותוצאה.

בארה"ב קיימות שלוש שיטות עיקריות למימון אספקת שירותי בריאות:

- ◆ שירותי בריאות ניתנים במסגרת ביטוח פרטי שגורכש בתיווך המעסיק ו/או באופן עצמאי.
- ◆ ביטוח בריאות ציבורי הניתן לאוכלוסיות מסוימות: Medicare (אוכלוסיית +65), Medicaid (לבעלי הכנסה נמוכה) ו-CHIP (ילדים).
- ◆ שירותי בריאות הניתנים ישירות, בתשלום Out of Pocket ללא כיסוי ביטוחי, או בתיווך פילנתרופי או ציבורי.

1. אופן אספקת וקבלת שירותי הרפואה היועצת

למבוטחים בביטוחים פרטיים יש נגישות לשירותי רפואה יועצת בקהילה או בבתי חולים. למבוטחים בביטוח הציבורי לרוב הנגישות לרפואה היועצת היא בבתי

החולים. למטופלים ללא ביטוח רפואי הגישה העיקרית היא דרך מלר"דים, בקהילה או בבתי חולים. בנוגע לילדים, הן בפרטי והן בציבורי, הרפואה היועצת ניתנת לרוב בבתי החולים או במרפאות בקהילה המשתייכות לבתי החולים.

קבלת השירותים:

◆ פרטי: בביטוח מסורתי (HMOs - Health Maintenance Organizations), הרפואה הראשונית מפנה ליועצת. כיום הסדרי ביטוח רבים (Preferred Provider Organizations - PPOs) מאפשרים הגעה ישירה ללא תיווך.

◆ ציבורי: רפואה ראשונית מפנה לרפואה יועצת. במסגרות כגון Accountable Care Organizations¹⁷, החלטות בנוגע לניתוב מתקבלות על ידי קהילות מקצועיות אינטר-דיציפלינריות ו/או Case Managers.

◆ למי שאינו מבוטח (כ-8% מאוכלוסיית ארה"ב): המפגש עם מערכת הבריאות הוא לרוב אקראי (לדוגמה, במלר"ד או במסגרת פילנתרופית) והניתוב לרפואה היועצת מוגבל בהתאם לזמינות ועלויות הטיפול.

מנגנוני ניתוב (שומרי סף):

◆ פרטי: ב-PPOs הפרטיים ולמי שמשלם "Out of Pocket", ניתן לפנות לרפואה יועצת ללא תיווך. ב-HMOs הרפואה הראשונית פועלת כשומרת סף. איגודים מקצועיים שמציעים ביטוח בריאות לחברים בהם משמשים אף הם כמתווכים בין האוכלוסייה לרפואה היועצת.

◆ ציבורי: Medicare, Medicaid וב-CHIP, הרפואה הראשונית פועלת כשומרת הסף באופן חלקי.

◆ למי שאינו מבוטח: המוסד הרפואי אליו האדם הגיע (מיון, מרפאה וכד') מהווה שומר הסף.

◆ תוכניות לניהול טיפול נועדו לייעל ולצמצם צריכה (לדוגמה Advanced Practice Nurses בבתי חולים).

◆ בנוגע לילדים, עבור מי שמכוסה בביטוח פרטי ובציבורי, הרפואה הראשונית פועלת, לרוב, כשומרת סף.

¹⁷ <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO>

¹⁶ ראו: <https://www.oecd.org/france/health-at-a-glance-France-EN.pdf>

- ◆ חברות הביטוח מהוות גורם שמגביל את הצריכה.
- ◆ מדיניות התשלומים לטיפול, כגון DRG (Diagnosis-related groups) אמורה גם למקד טיפול ולרסן ביקושים.

אופן התשלום של המבוטח לרפואה היועצת:

תשלום מועבר מחברת הביטוח ו/או המטופל לבית החולים/המרפאה על פי הסדרי תשלום שנקבעו מראש. עבור טיפול במטופלים ללא ביטוח וללא יכולת תשלום, בית החולים יכול להפנות בקשה למימון פדרלי או פילנתרופי.

2. מנגנוני התשלום לרופאים היועצים

בארצות הברית, רוב הרופאים היועצים שעובדים בקהילה הם עצמאיים, מתקשרים בהסדרים שונים לרוב עם ביטוחים פרטיים, ומתוגמלים לפי שיטה של FFS. בבתי החולים, הרפואה היועצת מוסדרת לרוב בחוזים אישיים, שלעתים מתווכים על ידי איגודים מקצועיים, והתשלום נקבע במשא ומתן עם הגורמים המבטחים (פרטי או ציבורי). למי שאינו מבוטח: בתי החולים יכולים להגיש בקשות להחזר מקרן ה-Charity Care. רפואה יועצת עבור ילדים מתקיימת, לרוב, באמצעות בתי החולים, ומשום כך התשלום עבור הטיפול משולם לבית החולים דרך הביטוח, ומבתי החולים לרופאים היועצים המעסיקים אותם.

3. תוכניות ייחודיות

- ◆ רפואה יועצת נגישה יותר עבור מחלות נפוצות ו/או מצבי בריאות שזוכים למימון פדרלי ו/או מקומי - לדוגמה, בניו ג'רזי קיימים תמריצים לבתי החולים שמציעים במסגרת Medicaid שירותי טיפול בהתמכרויות ותחלואה נפשית ומניעת תמותת אימהות.¹⁸ כמו כן, בתי חולים כיום מחויבים לבצע תסקירי בריאות קהילתיים¹⁹ ויכולים למקד רפואה יועצת בהתאם.

¹⁸ <https://qip-nj.nj.gov/>

¹⁹ <https://www.irs.gov/charities-non-profits/community-health-needs-assessment-for-charitable-hospital-organizations-section-501r3#:~:text=Assessing%20Community%20Health%20Needs%20To%20assess%20the%20health,as%20identify%20resources%20potentially%20available%20to%20address%20them>

- ◆ תוכניות לניהול טיפול (Case Management) בבתי חולים ובקהילה (באמצעות ארגוני חברה אזרחית) במטרה לטייב את הטיפול ולנתב מימון ציבורי/פילנתרופי עבור רפואה יועצת למי שמודר ממנה.
- ◆ קיימים מיזמים רבים למקד ביקושים ולהנגיש שירותים בהתאם לצורך. לדוגמה: Accountable Care Organizations,²⁰ Chronic Care Management,²¹ Maternal and Child Health Consortia.
- ◆ כלים כמו Health Information Exchanges²² ומתן Master Patient Index מאפשרים ניהול טיפולי כולל.
- ◆ רפואה יועצת לילדים באזורים כפריים ו/או מרוחקים ממוסדות רפואיים גדולים ניתנת באמצעות הגעה שבועית של שירותי הרפואה היועצת.

4. מדדי תהליך ותוצאה בתחום הרפואה היועצת

המדדים הבאים הם תוצאה של מכלול אספקטים במערכת הבריאות האמריקאית, אך קשורים ומעידים על תחום הרפואה היועצת:

זמני המתנה: במערכת הפרטית, זמני המתנה הם בין הקצרים בעולם (מקום 2 או 3 בתחומים השונים).²³ במערכת הציבורית, זמני המתנה ארוכים יותר - ב-2017, 34% ממבוטחי ה-Medicaid - המתינו מעל חודש עבור שירותי הרפואה היועצת. בעקבות מחסור ברפואה יועצת לילדים, זמני המתנה הם ארוכים יותר, ויכולים להיות שישה חודשים ואף יותר, הן בשוק הפרטי והן בציבורי.

²⁰ Ham, C. (2010). The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Health Economics, Policy and Law, 5(1), 71-90. doi:10.1017/S1744133109990120

²¹ <https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/consortia.shtml>

²² <https://www.healthit.gov/topic/health-it-and-health-information-exchange-basics/health-information-exchange>

²³ European Observatory on Health Systems and Policies, Thomas Rice, Pauline Rosenau, Lynn Y. Unruh, Andrew J. Barnes, United States: health system review 2020, Health Systems in Transition, Vol. 22 No. 4, 23 December, 2020 <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-states-health-system-review-2020>

נגישות לשירותים: עלויות וחוסר זמינות יוצרים פערים בנגישות לרפואה יועצת. מרפאות רבות לא מכירות בביטוח הציבורי, והתשלום Out of Pocket הוא גבוה. למי שאינו מבוטח, אין הסדר המאפשר רפואה יועצת. קיימים גם פערים על בסיס גיאוגרפי, עם רפואה יועצת מוגבלת באזורים כפריים, בשכונות ברמה חברתית-כלכלית נמוכה, ועבור מי שמוגבל בתחבורה. העלות משתנה בהתאם להסדר ביטוחי, ותשלום באופן פרטי/מחוץ לביטוח הוא גבוה במיוחד. עלות ביטוח פרטי, במיוחד עבור מי שעובד במסגרת עצמאית ו/או קונה ביטוח דרך ה-Healthcare Marketplace²⁴, גבוהה. עבור ילדים, קיימת נגישות מבחינה כלכלית - כ-96% מהילדים בארה"ב מכוסים בביטוח פרטי או ציבורי - אך זמני המתנה הארוכים ומחסור בשירותים באזורים מסוימים יוצרים פערים בנגישות.

רצף טיפולי: מערכת הבריאות בארצות הברית מתאפיינת בפרגמנטציה. בעקבות זאת, ב-69% מהמקרים, אין לרופאים ברפואה יועצת נגישות לרקע הרפואי של המטופל (השיעור הנמוך ביותר מבין 11 מדינות שנסקרו), ורק ב-62% מהמקרים ספקי הרפואה הראשונית היו מעודכנים בשינויים שהתבצעו בעקבות הטיפול ברפואה היועצת (מקום שלישי מהסוף מבין 11 מדינות שנסקרו).

השפעות מערכתיות: עבור מי שאינו מבוטח, הדרך העיקרית לקבל טיפול היא הגעה למלר"ד בבית חולים, גם כשלא מדובר במצב חירום רפואי. מאחר שלפי חוק, אסור לבית החולים לשחרר אדם עד לייצוב מצבו הרפואי, נדרשת לעתים מעורבות של הרפואה היועצת. כשאין למטופל יכולת לשלם, הכיסוי מוגדר כ"Uncompensated Care", והוא מכוסה באמצעות מקור תקציבי ציבורי כללי (Charity Care). בגלל המחסור ברפואה יועצת במערכת הציבורית, מספר רב של טיפולים מתבצעים במיון ומעמיסים עליו. מהצד השני, בשוק הפרטי יש רפואה יועצת עודפת הנמצאת במגמת עלייה על חשבון רפואת המשפחה/רפואה כללית, כך שצפוי מחסור עתידי ברפואה הראשונית.

שביעות רצון: בארה"ב, שביעות הרצון ממערכת הבריאות היא מהנמוכות בעולם.²⁵

²⁴ <https://www.healthcare.gov/>

²⁵ Hero, Joachim O., et al. "Understanding What Makes Americans Dissatisfied with Their Health Care System: An International Comparison: Health Affairs Journal." Health Affairs, 1 Mar. 2016, https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2015.0978?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed.

לדוגמה, כ-22% מן האוכלוסייה בארה"ב הביעו שביעות רצון ממערכת הבריאות באופן כללי. עם זאת, למרות הביקורת הכללית על מערכת הבריאות, 57% מהאוכלוסייה בארה"ב הביעו שביעות רצון משירותי הבריאות שלהם, ו-60% הביעו שביעות רצון מהביקור האחרון לבית החולים.

לסוגיות אלה ואחרות יתייחסו הפרקים שלפניכם.

פרק 4: ארגון ואופן מתן שירותי הרפואה היועצת

ארגון שירותי הרפואה היועצת בקופות החולים בקהילה

1. רקע

שירותי רפואה יועצת בקהילה

מרבית שירותי הרפואה היועצת הניתנים במסגרת קופות החולים בישראל מתבצעות במרפאות ציבוריות המנוהלות ומופעלות על ידי הקופות (במישרין או עקיפין) או במרפאות וקליניקות המופעלות ומתוחזקות באופן פרטי. קיימות עוד צורות הפעלה רבות אחרות, פחות שכיחות.

מרפאות המופעלות בצורות אלו מעניקות מגוון שירותים ברפואה הראשונית והיועצת. מספרן של מרפאות הקהילה, תמהיל השירותים שהן מציעות, הבעלות עליהן וההתמחויות שלהן משתנה בין מרכז ופריפריה, וכן בין הקופות השונות.

העסקת הרופאים

הרופאים היועצים מתקשרים עם קופות החולים כשכירים או כעצמאים, כאשר כללי ההשתכרות כשכירים מוסדרים ברוב המוסדות המעסיקים על ידי הסכמים קיבוציים, המרכזי בהם הוא ההסכם בין ההסתדרות הרפואית למוסדות המדינה, הכללית ובתי החולים של הדסה, והוא מהווה בפועל קו מנחה להשתכרות רופאים שכירים בכלל השוק. השתכרות רופאים עצמאים בקופות מתבססת, בעיקרה, על אחד משלושה עקרונות - תעריף שעותי, תעריף המשקף את נפח הפעילות או תעריף

המשקף את מספר הביקורים. בחלק מהמקצועות, ללא תלות באופן ההעסקה, קיים תגמול משתנה על ביצוע של פעולות (למשל ביצוע בדיקת PAP לאיתור מוקדם של סרטן צוואר הרחם בגניקולוגיה או צריבת יבלות באמצעות חנקן נוזלי ברפואת עור).

חלק מקופות החולים נוקטות בשיטות העסקה עקיפות של "השאלת תקנים" למחלקות בבית החולים, תמורת שליחת רופאים למרפאות הקהילה. במקרים האלו, הרופא מועסק כרופא שכיר בבית החולים, אך מקדיש חלק ממשרתו לעבודה בקהילה, ולעתים משרתו בבית החולים תלויה במימון התקן על ידי קופת החולים.

תחומי העיסוק ברפואה יועצת

עם הקדמה המדעית והאקדמיזציה של הרפואה בעשור האחרון, מתקיימים כיום יותר ויותר תחומים בתוך מקצועות המומחיות השונים, אשר למרות שאינם מוכרים כמומחיות נפרדת בתקנות, מהווים בפועל מקצועות שונים זה מזה בתכלית. כך למשל, המטולוג המתמחה בהשתלות מח עצם שונה מאד מהמטולוגית המתמחה בהפרעות קרישה, וקרדיולוגית העוסקת בצנתורים איננה דומה לקרדיולוג העוסק במחלות מסתמים. התקדמות מקצועית זאת יוצרת מצד אחד מצוינות בקרב רופאים, אך מצד שני יוצרת מצב בעייתי שבו רופאים מעדיפים לעסוק רק בתחומים צרים, מצב שפוגע ביכולת של הקהילה לגייס רופאים למרפאות המספקות שירותי רפואה יועצת שניוניים רחבים.

מרביתם של המומחים בתחומים אלו מועסקים במסגרת מרפאות החוץ בבתי החולים (ראו להלן) אך המנגנונים הקיימים כיום לצורך הפניית מטופלים לייעוץ אינם מכירים בתתי תחומים אלו, כך שלעתים נדרש המטופל לעבור אצל אחד או יותר רופאים מומחים מתחום ההתמחות הכללי (בדוגמה זו - המטולוגיה או קרדיולוגיה) לפני שהוא מנותב אל המומחה בתחום הספציפי לו הוא נדרש. מובן שמנגנון זה מייצר חוסר יעילות, בזבוז משאבים, עיכוב בטיפול ופגיעה ברמת השירות למטופל.

מן הצד השני, התפתחות התמקצעות-העל של רופאים יועצים מביאה באופן פרדוקסלי למחסור ברופאים יועצים בתחומים ה"כלליים" של המקצוע. היות וצפוי קושי להגביל את מידת ההתמקצעות של רופאים יועצים, נדרשים פתרונות יצירתיים למגבלה זו: בין אם חיוב מומחים בתחומי-על לעסוק גם כמומחים "כלליים" בתחומם, שיפור מנגנוני הניתוב לתחומי העל ועוד.

העסקת רופאות ורופאים

קופות החולים מקיימות תמהילים משתנים של העסקת רופאים מול התקשרות עם רופאים עצמאים. בשנת 2021 במכבי 56.8% מנתח הוצאות השכר הקופה שולמו לרופאים עצמאים, בעוד השיעור במאוחדת עמד על 74.7%, בלאומית על 40% ובכללית על 15.2%.²⁶ ההוצאה על שכר רופאים עצמאיים מאפשרת גמישות רבה יותר בתשלום דיפרנציאלי לרופאים שונים, והיא גם גבוהה מההוצאה על רופא שכיר, בין היתר כי עליה לגלם את הוצאות המנהלה והשכירות של הרופא.

בשנים 2015-2020 גדל מספר הרופאים והרופאות השכירים המועסקים בקופות החולים ב-21.7%, שיעור גבוה מגידול האוכלוסייה. שיעור הגברים המועסקים כרופאים כמעט זהה לשיעור הנשים (51% לעומת 49%).²⁷

2. פניה לרפואה היועצת - בין הפניית רופאת המשפחה לפניה עצמית

לפי ההסדרים הקיימים כיום, פניה לרפואה היועצת כרוכה בתשלום השתתפות עצמית בהתאם לגובה תעריפים וכללי ההתחשבות המשתייכים מעת לעת ומפורסמים אחת לשנה על ידי האגף לפיקוח על קופות החולים והשב"ן במשרד הבריאות, זאת בניגוד לפניה לרופא ראשוני שאינה כרוכה בתשלום. ההשתתפות העצמית עבור פנייה לרפואה יועצת עומדת על סכום משתנה בין קופות החולים בכפוף להנחות ולתקרת גבייה. כלומר, ישנו חסם כלכלי, אם כי מאוד צנוע, בפניה לרופא היועץ במסגרת הרפואה הציבורית. מטבע הדברים, מטופלים מרקע סוציו-אקונומי נמוך מושפעים יותר מחסם זה לעומת מטופלים משכבות מבוססות.

בחמישה מקצועות מקובלת פניה ישירה לרופא ללא צורך בהפניה: אורתופדיה, אף אוזן וגרון, גניקולוגיה ומיילדות, רפואת עור ורפואת עיניים. ראוי לציין כי מקצועות אלו הינם המקצועות בהם המספר הגדול ביותר של ביקורים (כ-70% מתוך כלל ביקורי הרפואה היועצת), אם כי קשה להפריד בין הסיבה והמסובב למצב זה. עקרון הפניה הישירה בתחומים אלה משותף לכל הקופות ומקורותיו בהסדרים היסטוריים

26 האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, משרד הבריאות, דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2021, ספטמבר 2022.

27 דיון וחשבון על הוצאות השכר במערכת הבריאות הציבורית לשנת 2020, דוח 20, אגף השכר והסכמי עבודה במשרד האוצר דצמבר 2021.

ותחרותיים ולא דווקא מתוך ייחוד של תחומים אלה בהשוואה לתחומים אחרים ברפואה היועצת בקופות החולים. בהתאם לכך יש לחלק מהקופות מדיניות שונה בהקשר לפניה ישירה ליועצים מתחומים אחרים. במקצועות בהם קביעת תור לא מחייבת הפניה מרופא, אין קדימות בקביעת תור עבור מטופל עם או בלי הפניה, וזאת למעט מקרים בהם הרופא הראשוני מתערב באופן אקטיבי על מנת להקדים את מועד הייעוץ (בין בכתב ובין בעל פה). בתחומים בהם נדרשת הפניה, המטופל לא יכול לקבוע תור לרופא היועץ (בדרך כלל) בלי שבתוך המערכת הממוחשבת של הקופה יש מכתב הפניה תקף מהרופא הראשוני.

הצוות לא הצליח לאתר נתונים בדבר היקפה של תופעת "פניות הסרק" (דהיינו, פנייה של מטופל לרופא יועץ בנושא שנכון יותר היה לפנות בעטיו לרופא המשפחה או לרופא יועץ מתחום אחר), אך יש להניח כי תופעה זו שכיחה יותר במקרים בהם הפנייה לרופא היועץ מתבצעת באופן ישיר וללא gatekeeping על ידי הרופא הראשוני.

3. יחסי הגומלין בין הרפואה הראשונית והרפואה היועצת בתוך ומחוץ לקופות החולים

בכל קופות החולים קיים תיק רפואי מרכזי אליו חשופים הרופאים היועצים והרופאים הראשוניים בתוך מסגרת הקופה, ובו כלל המידע הרפואי של המטופל המשוך לקופה. רופאים יועצים חיצוניים לקופה, בין אם במסגרת מרפאות החוץ של בתי החולים או במסגרת הפרטית, אינם חשופים לרשומות אלו (אלא אם דואג המטופל להמציא להם עותק - לרוב פיזי - של התיק הרפואי).

כחלק מתהליך הייעוץ, בדרך כלל מצופה מהרופא המפנה לציין את סיבת הפניה ואת השאלה הנשאלת ומצופה מהרופא היועץ שיענה לרופא הראשוני על השאלה שנשאלה. קיימת מחלוקת רבת שנים בדבר אחריות הרופא היועץ והרופא הראשוני על הטיפול והמשכיות הטיפול. כך למשל: האם היועץ "ממליץ" לרופא המשפחה על המשך הטיפול והבירור, או שמא חובתו להפנות את המטופל, בירוקרטית ורפואית, ולהמשיך לעקוב אחר התוצאות? לחילופין, חובתו של מי מהצדדים לעקוב באופן הדוק ופרואקטיבי במקרים מורכבים או לא ברורים?

שימוש יעיל במשאבי הרפואה היועצת וניתוב נכון בין ובתוך הקהילה ובתי החולים

איזו רפואה יועצת נדרשת להתבצע בקהילה ואיזו בבתי החולים, וכיצד נכון לנתב את המטופלים למסגרת הנכונה כדי להביא לשירות המיטבי למטופלים ולעלות המינימלית למערכת הבריאות?

- ◆ כיצד מנהלים את ניווט המטופלים למסגרת הנחוצה להם (בי"ח/קהילה)? האם בשלה העת להגדרת רשימת אבחנות מחייבת לייעוץ בקופה ו/או לייעוץ בבי"ח?
- ◆ כיצד ניתן לנווט מטופלים לרופא יועץ בתת התחום הספציפי לו הם נזקקים?
- ◆ האם יש לרענן את מדיניות ה-Gate Keeping הקיימת כיום כדי למנוע פניות סרק או בזבוז משאבים? (למשל: הרחבת ה-gate keeping גם על חמשת המקצועות הנפוצים; הרחבת סמכות רופא המשפחה להחלטה על הפנייה לרפואה יועצת בקופה או בבתי החולים).
- ◆ האם נכון, וכיצד, לבצע offloading לרופאים היועצים, למשל על ידי הרחבת סמכויותיהם של מטפלים ממקצועות הבריאות, הכנסת אנשי מקצוע נוספים (עוזרי רופא, אחות מומחית) או מתן הכשרות נרחבות יותר בתחומים נבחרים לרופאים הראשוניים?
- ◆ כיצד יש לנהל את המעקב אחרי חולים כרוניים ומצבים מתמשכים אחרים בקהילה מול העומס הקיים ברפואה היועצת וברפואת המשפחה?
- ◆ מה צריך להיות תפקידו של רופא המשפחה כ-case coordinator מול הרופאים היועצים?

יחסי הגומלין בין הרפואה היועצת בקופות החולים ובבתי החולים

הרגולציה על מערך הרפואה היועצת בבתי החולים הינה חלקית, כפי שיפורט בפרק "ניהול ותמריצים במערך הרפואה היועצת" להלן. בקצרה, הפער החקיקתי והרגולטורי מביא לפתיחה בלתי מבוקרת של מרפאות בבתי חולים. הטיבו לתאר זאת ד"ר יובל וייס, ד"ר יאיר בירנבאום ופרופ' שלמה מור יוסף, בסיכום כנס ים המלח החמישי: "המציאות היא שבתי החולים חופשיים לפתח שירותי רפואה מתקדמים (ויקרים) תוך קיום תחרות ביניהם ופיתוח מקביל של שירותים דומים/זהים במספר

בתי חולים. תהליך זה מואץ במקרים רבים מטעמי יוקרה ותחרות, ללא מגבלה של סל שירותי הבריאות, בעוד שקופות החולים מנסות ככל יכולתן, לשמור על התקציב".

יתרה מכך, ישנו נתק בין פתיחת מרפאות בבית החולים ופתיחת מרפאות בקהילה. לכאורה ניתן היה לדמיין מצב שבו ישנה תקשורת למשל בין מומחים בבית החולים ובקהילה, תקשורת המייצרת רצף טיפול, מניעת כפילויות, דיונים על מקרים מורכבים או שילוב רופאים מומחים מהקהילה בבית החולים ולהיפך. אך לא זה המצב במרבית המקרים. המצב לאשורו הינו כזה בו "התקשורת בין קופת החולים ובית החולים לוקה בחסר והחולה המטופל בבית החולים נאלץ להתמודד גם עם בעיות של חוסר מידע ואי וודאות"²⁸.

לא לחינם בעיקרי הליקויים של דוח מבקר המדינה מ-2019 על משרד הבריאות בנושא פתיחת מחלקות, יחידות ומרפאות בבתי החולים הכלליים, מצוין סעיף "כפל שירותי בריאות בין הקהילה לבין בתי החולים" - "פתיחת מכונים ומרפאות בקהילה שמקימות הקופות נעשית בהחלטה של הקופה ובהתאם לצרכי המטופלים באזור, על מנת לקרב את השירות ולהנגישו ולא נדרשת לאישור המשרד. באופן הזה ייתכן שתיווצר כפילות בתשתיות ואי מיצוי של תשתיות קיימות... הקופות אינן מכירות את תוכנית המשרד ואינן מעודכנות בתמונת המצב שעשויה לסייע להן להחליט החלטות בראייה כוללת". דוח מבקר המדינה מביא דוגמהות קונקרטיות: "קופות החולים פתחו בטבריה מרפאת עור, מרפאה לבריאות הנפש ומרפאת סוכרת, ובעקבות זאת הפסיקו להפנות מבוטחים למרכז הרפואי הממשלתי בעיר. מהלך זה גרם למרכז הרפואי להפסיק להפעיל אצלו את המרפאות האלה". למעשה, פתיחת השירות בקהילה עדיפה עבור תושב ישראל כיוון שמקרבת ומנגישה את השירות ליד ביתו. יחד עם זאת, סגירת מרפאות בבתי חולים (למשל מרפאת עור) עלולה לפגוע בשירות הרפואי המלא שאמור להינתן למי שמתאשפז בבית החולים, ולהביא ליצירת חוסר יעילות בכוח האדם, כאשר לרופא היועץ בבית החולים יש פחות עומס עבודה על אותו נפח משרה בה בעת שרופא חדש מועסק בקהילה.

28 היחסים בין שירותי הרפואה בקהילה ומערכת האשפוז, יובל וייס, יאיר בירנבוים, שלמה מור יוסף, כנס ים המלח החמישי: "בית החולים, החולה, הקהילה ומה שביניהם".

1. מגוון המרפאות בבתי החולים

בתי החולים הכלליים השקיעו בפתיחת מרפאות שהרווח השולי שלהן הוא הגבוה ביותר, כך לדוגמה מרפאה לרפואה משלימה. שירותי רפואה משלימה אינם כלולים בסל שירותי הבריאות, ולפיכך אין גם מגבלה לבתי החולים להציעם ישירות למטופלים תמורת תעריפים שאינם טעונים כל אישור ממשלתי. בצורה זו חלה הרחבה סלקטיבית של מרפאות חוץ בבתי החולים, הכוללות רפואה אלטרנטיבית או הוליסטית, מרפאות כאב, מרפאות לגיל המעבר וכו'.

ריבוי מרפאות החוץ בבתי החולים מביא לכך שרופאים מומחים בבתי חולים מטפלים לעתים בבעיות של רופאי המשפחה ולרופאים היועצים בקהילה יש את הידע היכולת והאמצעים לטפל בהן. הניתוק בין השירותים בקהילה לבין השירותים בבתי החולים פוגע ברציפות הטיפול ומעודד ביצוע חוזר ומיותר של בדיקות אבחנתיות, דבר המעלה את ההוצאות במערכת הבריאות ללא תוספת ערך רפואי.

2. זמינות ונגישות

קבלת טיפול במרפאות בתי החולים בדרך כלל כרוך בקשיים עבור המטופלים. לרבים מהם בעייתי או בלתי ישים להגיע בתחבורה ציבורית לבתי חולים, בין אם בשל מצב רפואי, מיקום לא נגיש של בית החולים או תחבורה ציבורית לא תואמת. ההגעה ברכב כרוכה לעיתים קרובות בפקקים, במיעוט מקומות חניה ועלות חניה גבוהה, ובקושי בניידות והתמצאות בתוך בתי החולים. זאת ועוד, העבודה במרפאות החוץ מתקיימת בדרך כלל בשעות הבוקר והצהריים, ולעיתים היא מופרעת על ידי מצבים רפואיים דחופים המתרחשים בבית החולים, כך שמטופל נדרש פעמים רבות להפסיד שעות עבודה ולהמתין זמן משמעותי במרפאה. במרפאות רבות השירות ניתן על ידי מתמחים אשר בין היתר מציגים את המטופלים למומחה, מה שמאריך את משך הביקור, ולבתי החולים נטייה להאריך את משך המעקב אחר חולים ולא לשחרר אותם להמשך מעקב בקהילה. העדפה זו נובעת הן ממורכבות החולים (תמחיל שונה מהקהילה) והן משיטת התשלום לבתי החולים (fee for service).

לעומת זאת מרבית מרפאות המומחים בקהילה נמצאות בקרבה למקום המגורים של המטופלים, ופועלות גם בשעות אחה"צ והערב ולעיתים גם בימי שישי, זמנים המועדפים על ידי חלק ניכר מהמטופלים. ואמנם, ניתן לראות כי התורים למרפאות

החוץ של בתי החולים בדרך כלל ארוכים יותר ביחס לתורים לרפואה היועצת בקהילה.²⁹

שת"פ בית חולים - קהילה

כיצד ובאילו היבטים ניתן לחזק את שיתוף הפעולה בין בתי החולים וקופות החולים בתחום הרפואה היועצת כדי להביא לשירות המיטבי למטופלים ולעלות המינימלית למערכת הבריאות

- ◆ כיצד ניתן לחזק את רציפות הטיפול בין הרפואה היועצת בבתי החולים לבין הקופה?
- ◆ באיזו מידה קיימות כפילויות בשימוש ברפואה היועצת בקופה מול בית החולים וכיצד מונעים אותן? (למשל: הימנעות מצורך בביקור אצל רופא בקהילה רק לצורך הפניה לרופא בבי"ח).
- ◆ האם רופא יועץ שעובד במסגרת השב"ן או בתי החולים יכול וצריך לעבוד בתוך התיק הרפואי הממוחשב של הקופה?
- ◆ כיצד ניתן לחזק עוד את שיתוף הפעולה בין הרופאים בקהילה ובבית החולים, המתקיימות כיום כמעט "בשני עולמות מקבילים"? למשל, האם נכון לפתח מסלול "יועץ ליועץ" בו תתאפשר היועצות ישירה בין מומחים באותו תחום בקהילה ובבית החולים?

אי-שוויון בנגישות לרפואה היועצת

שירותי הבריאות בישראל מתאפיינים במידה בלתי מבוטלת של אי-שוויון בין פלחי אוכלוסייה שונים: מרכז ופריפריה, מטופלים משכבות סוציו-אקונומיות שונות, מגזרים שונים ועוד. כך למשל, קיים הבדל של כ-7 שנים בתוחלת החיים בין נשים יהודיות וגברים ערבים; הבדל של כ-11.3 שנים בין גברים שלמדו עד 11 שנות לימוד ובין נשים בעלות השכלה על-תיכונית או אקדמאית; והבדל של כשנתיים בין תושבי מחוז הדרום ומחוז המרכז.³⁰ מגמה דומה נצפית גם במדדי תוצאה נוספים כגון תמותת

29 היחסים בין שירותי הרפואה בקהילה ומערכת האשפוז, יובל וייס, יאיר בירנבוים, שלמה מור יוסף, כנס ים המלח החמישי: "בית החולים, החולה, הקהילה ומה שביניהם".

30 שנתון סטטיסטי לישראל, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

תינוקות, שיעורי תחלואה ותמותה מנגיף הקורונה וכיוצא באלו. אי-שוויון ניכר לא רק במדדי תוצאה אלא גם במדדי תהליך: קיימת שונות רבה בשיעור ביצוע בדיקות סקר (ממוגרפיה וקולונוסקופיה), בשיעור התחסנות כנגד שפעת ובביצוע בדיקות שיניים תקופתיות לפי מגזר, מצב חברתי-כלכלי, גיל ואזור מגורים לפי מגזר; ושיעור הימצאות מחלת סוכרת, ובפרט סוכרת בלתי מאוזנת, שונה גם הוא מאד לפי מדד חברתי-כלכלי.

אי-שוויון בנגישות לשירותי רפואה יועצת מהווה דוגמה בולטת לאי השוויון בכל מערכת הבריאות הישראלית, וקרוב לוודאי שמהווה אחת מהסיבות המובילות לפערים הגדולים במדדים שנסקרו לעיל.

1. הקשיים הנחווים בתחום הרפואה היועצת בפריפריה הקיצונית של מדינת ישראל: העיר אילת כמקרה בוחן

מרחב אילת של שירותי בריאות כללית כולל את המערך האשפוזי של ביה"ח יוספטל ואת המערך הקהילתי המכיל את העיר אילת וכל יישובי הערבה הדרומית. אוכלוסיית העיר כוללת כ-65,000 תושבים, ויישובי חבל אילות - כ-5,000 תושבים נוספים. בנוסף, בכל זמן נתון נופשים בעיר עוד כ-100,000-180,000 איש להם ניתן מענה טיפולי במידת הצורך, בעיקר בתחום הרפואה הדחופה.

מרחב אילת מבודד ורחוק מאוד מיישובים עירוניים אחרים בהם יש שירותי רפואה (כ-250 ק"מ). כל טיפול שאינו קיים באילת, מחייב את המטופל בנסיעה צפונה למענה טיפולי רחוק מהעיר, והמשמעות של כך היא הפסד יום עבודה, עלויות רבות וקושי בנגישות, ומטופלים רבים מוותרים על טיפול רפואי בשל כך. עם שינוי תוואי שדות התעופה בשנת 2019 וסגירה של שדה התעופה בעיר אילת ושל שדה דב, חלה הרעה בנגישות של תושבי האזור לקבלת שירותי רפואה במרכז הארץ. כדי להגיע לשדה התעופה רמון יש להרחיק 20 ק"מ צפונה מהעיר, ולנחות בנמל התעופה בן גוריון המרוחק מתל אביב רבתי (עד אז הנחיתה הייתה בשדה דב).

באילת והערבה הדרומית קיימים שירותי בריאות הניתנים על ידי ארבעת הקופות (56% כללית, 33% מכבי, 11% לאומית ומאוחדת). בשל הקושי להביא שירותים רפואיים למקום מרוחק זה, התחרות בין הקופות לעיתים מחמירה את המצב בשל הביקוש הקשיח והמעמד של המטופלים המאפשר להם להעמיד דרישות גבוהות באופן משמעותי ביחס למקובל באזורים גיאוגרפיים אחרים. בעוד שבמרכז הארץ

אנו מודעים לשוק הקשיח והדרישות הכספיות הגבוהות של הרופאים, באילת יש להוסיף על כך את הדרישה לתשלום עבור ביטול זמני הסעה וסידורי לינה לצוותים המגיעים לעבוד מרחוק. חישובים עיתיים של תכלול שעת עבודה למטפלים מגיעים לעלות גבוהה משמעותית משאר הארץ, הסיבות העיקריות לכך הן תגמול "ביטול זמן" (הנסיעה לאילת שוות ערך למינימום 4 שעות לכל כיוון, דבר שגורם להפסד יום עבודה של 8 שעות), והלנת הצוותים הרפואיים (ציפיית המטפלים למימון ושדרוג רמת ההלנה והשהיה בשל הריחוק והטרחה בהגעה לאילת, ומחירי המלונות הגבוהים, בעיקר בתקופות השיא, מביאים להוצאה משמעותית עבור המממן).

הקושי להביא רופאים לאילת גורם לעיתים להתפשרות על איכות. היות והאוכלוסייה במרחב נוטה גם כך לוותר על שירותי בריאות, הבאת נותני שירות רפואי ברמה נמוכה גורמת להפחתת הסיכוי לשיקום וחזרתו של המטופל למעגל הבריאות והחיות במהרה.

שירות הריפוי בעיסוק ושיקום

שירות הריפוי בעיסוק (רב"ע) בתחומי השיקום במרחב אילת בכללית לא היה קיים כלל למעט שירות עצמאי ON CALL (אחת לחודש במוצע) של מרפאה בעיסוק מומחית נגישות לצורך התאמות דיור. עובדה זאת אילצה כל מטופל שנזקק לטיפול ברב"ע, על כל רקע שהוא, לצאת מהעיר לצורך קבלת הטיפול, דבר שבפועל הוביל לויתור על שירות זה. עד מרץ 2021 לא ניתן באילת שירות שיקומי כוללני והמטופלים נאלצו להתאשפז/להגיע למרכזים מחוץ לאילת לקבלת מענה הולם. אלו שהתקשו מסיבות שונות לצאת מאילת, נותרו ללא טיפול מקצועי לשיקום והסתפקו במענה של מרפאות ראשוניות בלבד - רפואה וסיעוד, היות ומקצועות הבריאות לא נכללים כצוות מרפאה ראשונית.

כתוצאה ממצב דברים זה הוקמה היחידה להמשך טיפול לצורך מתן טיפול אופטימלי בתוכנית שיקום כוללנית המקיפה את המטופל ומשפחתו, צמצום מיסוד, ומניעת אשפוזים חוזרים אשר תהיה חלק מרצף טיפול בית חולים - קהילה. מרגע הקמת היחידה טופלו בה כ-800 מטופלים, כרבע מהם קיבלו שירות שיקום ביתי כוללני. עד כה, נעשו כ-2,000 ביקורי בית של מקצועות הבריאות הכוללים הערכה, טיפול, התאמת דיור ואביזרי נייחות. זאת בנוסף לביקורי אחות ורופא. הקמת היחידה הובילה לצמצום עלויות, מיקוד בתהליכי עבודה איכותיים וממוקדים המובילים להצלחה בשיקום. כל פתיחת שירות כזה מלווה בעבודה אינטנסיבית של איתור, שכנוע, מציאת מקום ודרך להעסיק, תגמול ייחודי ומתן ערך מוסף למטפל. במקרה

זה מרפאה בעיסוק מדהימה שהחליטה לעזוב את בילינסון על מנת לפתוח את השירות שלא היה קיים כלל ועשתה מהפך ענק.

ש.ס. הינו מטופל בן 74 אשר עבר אירוע מוחי ב-10.2020, אושפז בב"ח יוספטל והועבר במסוק להמשך טיפול בב"ח סורוקה, לאחריו עבר שיקום באשפוז בבית לוינשטיין עד 12.2020. עם שחרורו וחזרתו לאילת החל לקבל טיפולי פיזיותרפיה (1.2021) ללא שום מענה טיפולי נוסף על ידי מקצועות הבריאות. כמו כן, לא סודר נושא התאמת והנגשת המגורים עבורו לצרכיו התפקודיים הנוכחיים. רק עם הקמת היחידה להמשך טיפול ולאחריה שירות הרב"ע (כחצי שנה לאחר האירוע המוחי) - ש.ס. החל לקבל טיפול שיקומי רב-מקצועי כוללני במסגרת הבית, הכולל בין היתר יעוץ להנגשת הבית, הזמנת ציוד רפואי מותאם הנדרש לצורך תפקודו היומיומי, מענה סוציאלי, פסיכולוגי שיקומי ועוד.

לעומתו, המטופל א.י., בן 71, עבר ניתוח קטיעה מתחת לברך בב"ח יוספטל ב-06.01.2022. אחות היחידה להמשך טיפול ראתה אותו עוד באשפוז במחלקה האורתופדית והמליצה על התחלת שיקום ביתי במסגרת היחידה. במסגרת הטיפול, המטופל הופנה ליעוץ במסגרת המרפאה השיקומית באילת בה נבנתה עבורו תוכנית שיקומית מותאמת לצרכיו, הכוללת מספר אפיזודות שיקומיות פרוסטטיות במסגרת בית לוינשטיין, בשילוב מענה שיקומי רב-מקצועי באילת במסגרת היחידה להמשך טיפול בין האשפוזים. א.י. מהווה דוגמה למטופל שזכה לקבל טיפול שיקומי הוליסטי, מותאם צרכים ורב-מקצועי במסגרת הפלטפורמות הטיפוליות שקיימות כיום בעיר.

רופאים מומחים במקצועות היועצים הופכים יותר ויותר למומחים בתחומים "נישתיים", דבר המקשה עוד יותר בהבאתם לפריפריה הרחוקה, וחוק המספרים הקטנים אף הוא פועל לרעת הפריפריה. רופא שקיבל על עצמו להיות מומחה בנישה מסוימת, לא יאהב את המענה הרפואי בתחומים "הכלליים".

בפרט יש להזכיר את החוסר במקצוע הפסיכיאטריה, תחום בחסר בכל המדינה, אשר הופך להיות יותר קשה להשגה מצד אחד, אך מצד שני בשל הריחוק ומורכבות האוכלוסייה באילת הצורך עולה מאד. מטופל שנאלץ לנדוד למרכז לאשפוז פסיכיאטרי מוצא את עצמו חסר משאבים להתמודד עם הקושי שלו.

רבות מהבעיות שמאפיינות את העיר אילת רלוונטיות גם לפריפריות האחרות בישראל - מחסור קשה יותר ברופאים, חוסר במסגרות המשך וריחוק מאזור המגורים של המטופל המקשה עליו את הנגישות לשירות המותאם עבורו ובאיכות גבוהה.

2. שירותי הרפואה היועצת ברפואה הפרטית

שירותי הרפואה היועצת במסגרת השב"ן של הקופות - חוות הדעת השנייה

תקנון השב"ן של ארבעת קופות החולים מאפשר קבלת חוות דעת שניה מרופא יועץ בתנאים דומים בין הקופות. שירות זה ניתן במסגרת מרפאות פרטיות אשר מטבע הדברים פועלות ללא ממשק ישיר לרשומה הרפואית הממוחשבת של הקופה, וההמלצות הניתנות במסגרת מפגשים אלו אינן המלצות המחייבות את הקופה עצמה.

מספר הייעוצים השנתי הכלול נע בין 1-6 ייעוצים במגוון רחב של תחומים. קיימים שני מסלולי תשלום עבור ייעוצים -

- ♦ החזר - הפונה משלם את מלוא הסכום לרופא היועץ, כאשר גובה הסכום מסוכם בין המטופל לרופא. המטופל מגיש קבלות ומקבל החזר מהשב"ן עד לגובה התקרה הנקובה בפוליסת השב"ן, המחושבת לפי סכום קבוע או אחוזים מגובה התשלום.

- ♦ הסדר - הפונה משלם את ההשתתפות העצמית לרופא היועץ ואין התחשבנות נוספת בין המטופל והקופה. ההשתתפות העצמית נעה בין 150-300 ש"ח לייעוץ. מסלול זה נותן יתרון למטופל דל האמצעים שמתקשה לשלם את כל הסכום ולהמתין להחזר מהקופה. לקופה יש גם יתרון בכך שיכולה במשא ומתן לצמצם את העלות הכוללת של הייעוץ, ובכך להקטין את חלקו של השב"ן בעלות הייעוץ.

בשנת 2020 מבוטחי מכבי שילמו 54,671,000 ש"ח כהשתתפות עצמית בחו"ד שניה, מבוטחי מאוחדת שילמו 76,841,000 ש"ח ומבוטחי לאומית שילמו 16,642,000 ש"ח, (בדוח לא מצוינים נתוני כללית). נציין כי מדובר במספרים נמוכים מעט מאלו של שנת 2019, בדומה לכלל נתוני השימושים במערכת הבריאות בשנתה הראשונה של מגפת הקורונה.³¹

עולה השאלה האם חוות הדעת השנייה בשב"ן משמשת למטרתה המקורית, או כחלופה לחוות דעת ראשונה במקרים שבהם ההיצע ברפואה הציבורית מוגבל?

31 משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים - שב"ן של קופות החולים, לשנת 2020, דצמבר 2021.

מסלולי השב"ן בקופות השונות מציעים לחברי הקופות אלפי רופאים יועצים. אין צורך בנייתו מעמיק של שמות נותני השירות והרקע המקצועי שלהם על מנת להבין שלא בהכרח מדובר במובילים בתחומם (למשל מנהלי מחלקות ומנהלי יחידות) או בבעלי התמחויות על ספציפיות, אלא ברופאים יועצים מן השורה.

בהינתן אורכי התורים כיום, ערוץ זה מהווה אפשרות להשתכרות גבוהה יותר עבור הרופא היועץ עצמו, מה שמגביר את התחרות בין המערכת הציבורית לשב"ן הן בהיבט של הסטת כוח אדם מהמערכת הציבורית למערכת הפרטית והן בתרומה להעלאת התעריפים במערכת הציבורית על מנת לשמר רופאים יועצים בתוך המערכת הציבורית ולמנוע מהם מעבר למערכת הפרטית.

השירות הניתן במסגרת חוות הדעת השנייה בשב"ן של קופות החולים מהווה במקרים רבים מסלול פרטי, עוקף, ויקר יותר (למערכת - החזרים, ולפרט - הוצאה ישירה מהכיס) ממערכת הרפואה הציבורית, ובכך מעקר מתוכן את עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. חשוב להבין האם הערוץ הזה הפך ל"רפואה ציבורית לעשירים" בניגוד לכוונה המקורית של "חוות דעת שניה".

מאידך, השימוש הנרחב מאוד בחוות הדעת השנייה במסגרת השב"ן מחייב גם חשיבה מחודשת על אופן מתן השירות ויחסי הגומלין בינו לבין השירות הניתן במסגרת ציבורית.

תחרות המערכת הציבורית אל מול המערכת הפרטית

בעיה שהופכת למרכזית בזמינות הרפואה היועצת במערכת הציבורית נובעת מהתחרות הקשה על רופאים מומחים וסחרור השכר שנוצר בין השאר מתחרות זו. מבנה השוק הפרטי, הן מצד ההיצע (שיטת ההתחשבנות בין חברות הביטוח לרופאים) והן מצד הביקוש (הפוליסות הקיימות שקובעות מספר ביקורים מותרים בשנה ללא עלות, או בעלות נמוכה יחסית) משפיע על זמינות הרפואה היועצת במערכת הציבורית. עומק ההשפעה הזו לא נבחן עד היום באופן שיטתי למיטב ידיעתנו.

מספר צעדים ננקטו בשנים האחרונות לצמצום העברת מטופלים מהמערכת הציבורית למערכת הפרטית. אחד המרכזיים שבהם שמשפיע ישירות על שירותי הייעוץ הינו "חוק הצינון": במסגרת "חוק ההסדרים" של שנת 2016 נכנס לתוקף תיקון בפקודת בריאות העם שהסמיך את שר הבריאות לקבוע תקופת צינון לרופאים

שמעניקים טיפול או ייעוץ למטופלים במסגרת הרפואה הציבורית, כך שלא יוכלו לראות את אותו המטופל במערכת הפרטית לתקופה שלאחר הביקור במערכת הציבורית. בשנת 2017 קבע שר הבריאות כי הצינון יארך 6 חודשים, כך שכל רופא שראה מטופל במסגרת ציבורית לא יוכל לראות את אותו המטופל במסגרת פרטית (למעט חריגים).³² כך, הייתה אמורה להימנע כל אפשרות של רופא להפנות מטופל לעצמו, מהשירות הציבורי לפרטי, ולקבל תשלום גבוה יותר עבור אותו השירות. המהלך הרגולטורי לקביעת "צינון" בין ביקור ברפואה הציבורית לביקור ברפואה הפרטית (כולל השב"ן והשר"פ) החל בקול תרועה רמה אך בפועל לא ברור עד כמה נאכף כיום. צעדים נוספים כגון רפורמת הסדר-החזר והתוכנית לקיצור תורים שיצרה תמריץ לקופות החולים להסיט פעילות ממימון פרטי למימון ציבורי התמקדו בעיקר בניתוחים וייעוץ לקראת ניתוח, אך לא נגעו ישירות לרפואה היועצת.

צד היצע: שיטות התחשבות בשוק הפרטי (הסדר-החזר)

כפי שהוזכר לעיל, ישנן שתי שיטות להתחשבות בין המבוטח, חברת הביטוח או הקופה והרופא - שיטת החזר ושיטת ההסדר. במודל התחשבות של החזר, המבוטח שמבקש לפגוש רופא יועץ ולקבל על כך החזר מחברת הביטוח המסחרית או מהשב"ן מנהל בעצמו, לכאורה, משא ומתן על גובה עלות הביקור ישירות מול הרופא שברצונו לבקר. לאחר קביעת התעריף, המבוטח משלם בעצמו לרופא - ומקבל החזר בדיעבד מחברת הביטוח (עד לתקרת החזר הקבועה בהסדרי הפוליסה). להבדיל, במודל שיטת ההסדר, כל חברת ביטוח או שב"ן מגדירה רשימת רופאים סגורה שנמצאים איתה בהסדר, מולם החברה ניהלה משא ומתן וקבעה תעריף שחברת הביטוח או השב"ן משלמת לאותו הרופא עבור כל ביקור. למבוטח נותר רק לבחור רופא מתוך רשימת הרופאים שנמצאים בהסדר עם המבטח שלו. המבוטח משלם סכום קבוע ונמוך יחסית לרופא, ויתרת התשלום מועברת ישירות מחברת הביטוח לרופא.

שיטת החזרים, שנאסרה לשימוש על ידי חברות הביטוח והשב"נים ב-2016 עבור מנתחים, קיימת עדיין בשירותי הרפואה היועצת ומשמרת את השפעתם את פערי המידע בין המטופל לרופא על שכרם של הרופאים. הרפורמה ב-2016 חייבה את

32 בתקנות בריאות העם (כללים לעניין המשך טיפול רפואי שלא במימון ציבורי לאחר טיפול רפואי במסגרת שירות מרפאה ציבורי או שירות מרפאה קהילתי), תשע"ז-2017.

חברות הביטוח והשב"ן לשלם למנתחים רק בשיטת "הסדר" ולא אפשרה יותר את שיטת ה"החזר", מיתנה את הזינוק בשכר המנתחים בבתי החולים הציבוריים, ולצד רפורמות נוספות שיושמו באותם שנים - הגדילה את זמינות הניתוחים ברפואה הציבורית.

מחקר של הכלכלנית הראשית מ-2018 מצא כי רפורמת הסדר-החזר שינתה את הסדרי התשלומים עבור ניתוחים במימון פרטי כך שהמבטח משלם ישירות למנתח (ולא בית החולים הפרטי או המטופל), מה שהגדיל משמעותית את כוח המיקוח של המבטחים, צמצם את השפעתם של פערי המידע שהיו קיימים בשוק והביא לירידה במחירי הניתוחים. ירידה זו, לצד שינויים מבניים נוספים שיושמו באותם שנים, הביאה לירידה בפרמיות הן בשב"ן והן בביטוחים המסחריים, ואף סייעה כאמור לבלימת עליית השכר גם במערכת הציבורית.³³

בתחום הרפואה היועצת שיטת ה"החזר" נפוצה, בקרב חלק מהקופות, אך בעיקר בקרב חברות הביטוח המסחריות, מה שמסייע לסחרור השכר של רופאים יועצים גם בקופות החולים, שנאלצות להתחרות אל מול השכר שמוצע לרופאים היועצים בשוק הפרטי.

צד הביקוש: מבנה הפוליסה

מרבית הפוליסות שמכסות שירותי ייעוץ, הן בחברות הביטוח המסחריות והן בשב"ן של הקופות, כוללות כיסוי עלות של שלושה עד שישה ביקורים אצל רופא מומחה בשנה. סף שירותי זה ייתכן ומעלה את צריכת שירותי הרפואה היועצת ברפואה הפרטית, בין אם יש בכך צורך רפואי ובין אם לאו - ללא כל יכולת של המערכת או המבטח לנהל את הביקוש לשירותי הרפואה היועצת בהתאם לצורך ובאופן שוויוני.

המחסור ברופאים יועצים מייצר צורך בניצול מיטבי של זמן הרופאים בישראל. כמו שנכתב מעלה, רופאים מומחים רבים עובדים במקביל באופן ציבורי ופרטי, כך שיש להסיק כי כל הגדלת פעילות ברפואה הפרטית בהכרח תבוא על חשבון הציבורית.

33 בן נאים גלית, בלינסקי אלכסיי, "ניתוח שכר רופאי בתי החולים הממשלתיים מרפואה ציבורית ופרטית - על רקע רפורמת "הסדר-החזר", פרסום אגף הכלכלנית הראשית 2019. https://www.gov.il/he/departments/publications/reports/article_13082019

במידה והביקור המבוצע אצל הרופא הפרטי חוסך טיפול מקביל אצל הרופא הציבורי, לא קיים בזבוז של זמן רופא במערכת ככלל. עם זאת, ככל שהמערכת הפרטית מעודדת ביקורי רופא מיותרים, הדבר יבוא בהכרח על חשבון זמן הרופאים ברפואה הציבורית, וככל שיותר שירות יינתן במסגרת הפרטית על חשבון הציבורית, כך יועמקו הפערים בנגישות לשירותי בריאות בין אזרחים מבוטחים בביטוחים פרטיים לאלו שלא.

שויוניות והמשק הציבורי - פרטי

כיצד ניתן לחזק את השויוניות בזמינות ובנגישות של הרפואה היועצת?

- ◆ כיצד ניתן להרחיב את הזמינות והנגישות לשירותי הרפואה היועצת בפריריה?
- ◆ אילו שינויים נדרשים כדי להביא לצמצום השימוש ברפואה היועצת הפרטית (אשר מתבססת על אותם הרופאים, פוגעת בשויוניות ותורמת להפחתה של זמינות הרפואה היועצת במערכת הציבורית)?
- ◆ האם יכולה להיות השפעה להחלת רפורמת הסדר-החזר גם על ייעוצים?
- ◆ האם יש לבחון קידום הגבלה או תמרוץ שלילי של מספר הייעוצים המתאפשרים במסגרת הביטוחים הפרטיים? לדוגמה, האם יש לבחון הגדרה מחדש של הפוליסה בחברות הביטוח המסחריות ובשב"נים, כך שייכללו רכיב השתתפות עצמית גבוה יותר על ביקור ייעוץ שני ומעלה?
- ◆ באיזו מידה וכיצד נכון לאפשר לרופאים לעבוד במקביל במערכות השונות (בתי חולים, קופות חולים, שב"ן ורפואה פרטית)?
- ◆ מה ההשפעה של גידול הפעילות בשב"ן (יותר יעוצים בשנה, מנגנון התייעצות חוזרת או מעקב אצל אותו היועץ בתעריף מופחת ומבוקר) על המערכת הציבורית והזמינות בה, ועל שכר הרופאים היועצים? כיצד צריך להשתנות יחס הרגולטור לשב"ן כתוצאה מכך?

ארגון ואופן מתן שירותי הרפואה היועצת: המלצות הצוות

חיזוק יכולת ה-Gate-keeping וצמצום שימוש עודף ברפואה היועצת

בראש ובראשונה, ממליץ הצוות לחזק את מעמדם של רופאות ורופאי המשפחה, את מידת האמון בהם מצד הציבור, את זמינותם וסמכויותיהם:

1. יש לבחון ולהרחיב את מיומנותיהם של רופאי המשפחה כך שיוכלו לתת בהצלחה מענה איכותי למטופלים במקרים נפוצים בהם אין צורך בפניה לרופא יועץ.
2. יש להבטיח כי מירב זמנם של רופאי המשפחה מושקע במתן טיפול למטופלים ולא במשימות אדמיניסטרטיביות ואחרות. יש להשקיע מאמצים מערכתיים בהורדת משימות מיותרות מרופאי המשפחה (למשל: אישורי מחלה על סמך הצהרה, מתן מרשמים קבועים לטווחים ארוכים יותר ועוד).
3. יש לבחון מנגנונים (כלכליים, רגולטוריים ואחרים) לעידוד הציבור לבצע התייעצות מקדימה עם רופא המשפחה טרם הפנייה לרפואה היועצת.
4. יש לשכלל את מנגנוני הפניה הקיימים כיום בידי רופאי המשפחה ולאפשר להם להפנות את המטופלים באופן ישיר לרופאים ספציפיים, לרופאים בתתי-תחומים ספציפיים או לבחור בין מרפאות החוץ בקופות החולים לבין מרפאות הקהילה.
5. יש לפתח מנגנוני התייעצות ישירים בין הרופא הראשוני לרופא היועץ (ובפרט מנגנוני ייעוץ א-סינכרוניים או וירטואליים) כדי לאפשר "סגירת מעגל קצר" במקרים מתאימים ללא צורך בהגעה בפועל של המטופל לרופא היועץ, או למצער להתכונן כמות לביקור אצל הרופא היועץ. לצורך אלו יהיה צורך בפיתוח פתרונות מחשוביים, אדמיניסטרטיביים ולהבנות מסגרת תמריצים לרופא המשפחה ולרופא היועץ אשר תתמוך בפתרונות אלו.
6. בכל הפתרונות שיגובשו, יש לתת את הדעת על מנגנונים למניעת פניות עודפות לרופאי המשפחה לצורך קבלת הפניה ללא תרומה רפואית אמיתית לביקור הראשוני.

רפואה יועצת בהסתכלות כלל מערכתית

1. יש להקטין את התחרות בין מרפאות הרפואה היועצת בבתי החולים ובין הקהילה על אותם מצבים רפואיים, ולקבוע הגדרות ברורות וקריטריונים אובייקטיביים למקרים הדורשים טיפול במסגרת מרפאת חוץ של בית חולים לעומת הקהילה. דוגמהות למקרים אלו כוללים צורך במסגרת מולטי דיסציפלינרית, מעקב מומחה בתחומים נדירים, רצף טיפולי ועוד.
2. כפעולה משלימה אך הכרחית לקביעת תפקיד שונה למרפאות האמבולטוריות בבתי החולים מול הקהילה, יש לחזק את שיתוף הפעולה הקליני בין הרפואה היועצת בקופות ובבתי החולים וזאת מתוך תפיסה של הטיפול בבית החולים כהמשך הטיפול בקהילה ולא במקומו. יש לייצר מנגנונים המאפשרים ומעודדים שיתופי פעולה אלה, כגון שיתוף ברשומה הרפואית של הקופה גם במערכות בית החולים; מנגנוני השאלת רופאים מהקהילה לבית החולים ולהפך; ישיבות מקצועיות בין רופאי הקהילה לבית החולים ועוד.
3. יש לקדם אפשרות של ייעוץ בין מומחה למומחה, במקרים הדורשים התמחות מיוחדת בתחום מסוים, וכדאי להימנע מהצורך להפנות המטופלים לרופאים רבים כשאין בכך הכרח.
4. צפוי כי יידרשו פתרונות ייחודיים עבור המטופלים בישוים פריפריאליים, בהם זמינות הרפואה היועצת בקהילה מצומצמת יותר ומספר המומחים המועסקים באזור קטן יותר, ותפקידן של מרפאות החוץ כמסגרת רפואה יועצת אמבולטורית - משמעותי יותר. ייתכן ובפריפריה יש מקום לעודד פתיחת מרפאות רב-תחומיות על-קופתיות (group practices) אשר ישמשו נותני שירות לכלל הקופות ובכך לייעל את זמנם של הרופאים המומחים שהינו משאב במחסור.
5. מול התחרות הגוברת על כוח אדם רפואי בכלל ורופאים יועצים בפרט (מצד המערכת הפרטית והשב"נים), יש צורך לנקוט בצעדים כדי לעודד רופאים לעבודת הקהילה ובמתן כלים ותמריצים להישאר בה. בין היתר, יש לשקול יצירת תמהיל מקצועי שיאפשר לרופא הקהילה עניין ואתגר, וזאת על ידי גיוון משרות ומרפאות בשיתוף פעולה בין קהילה ובתי החולים, עידוד מחקר בקהילה והקצאת משאבים לכך, הכשרה מקצועית מתמשכת ועידוד מרפאות משולבות.

סוגיות שנתרו במחלוקת

1. בדיוני הצוות לא היה קונצנזוס בנוגע לצורך בהחלת Gatekeeping ב"חמשת המקצועות" (אורתופדיה, עור, נשים, אף אוזן וגרון ורפואת עיניים).
2. במהלך הדיונים עלתה הצעה דווקא להסיר את ה-Gatekeeping מנותני שירות פארא-רפואיים (כגון פיזיותרפיסטים) שעשויים לתת מזור לבעיות נפוצות ולהפחית את העומס על חלק מהרופאים היועצים. הצוות ממליץ לבחון הצעה זו ו/או לצאת לפיילוט מוגבל לגביה במסגרת המאמץ הכללי להפחית את העומס על שירותי הרפואה היועצת.
3. בדיוני הצוות הועלתה הצעה להחיל רגולציה על פתיחת שירותים אמבולטוריים בבתי החולים כדי לנהל באופן מיטבי את ההיצע והביקוש בתחום הרפואה היועצת. הצוות לא הגיע לקונצנזוס בנושא זה.
4. בדיוני הצוות נשמעו קולות אשר תמכו בהחלת רגולציה המונעת מעבר של רופאים מהמערכת הציבורית לפרטית כדי להפחית את ההשפעות הצולבות בין מערכות אלו, אולם הנושא לא עלה לדיון מקיף ולא התקבלה לגביו המלצה בקונצנזוס.

פרק 5:

ניהול ותמריצים ברפואה היועצת

תשלום לרופאים ברפואה היועצת

קיימות צורות התקשרות שונות בין רופאות ורופאים יועצים המועסקים בבתי החולים לבין אלו הפועלים בקהילה. ישנה חפיפה משמעותית בין קבוצות אלו, ונפוץ לראות רופאים הפועלים במקביל בבית חולים וברפואת הקהילה בקופת חולים.

בבתי החולים, העסקת רופאים מומחים מתחום הרפואה היועצת מתבססת על תגמול כמקובל לפי הסכמי השכר, הכולל שכר בסיס (לפי דירוג) ותגמול עבור עבודה נוספת (כוננויות ולפעמים גם תורנויות). במקצועות מסוימים קיימים גם רופאים המועסקים דרך תאגידי הבריאות - לרוב בתגמול עבור פרוצדורות כגון ניתוחים, צנתורים וכיוצא באלה.

בתוך בתי החולים לא משולם רכיב תגמול דיפרנציאלי עבור יועצים לחולים מאושפזים או אמבולטוריים. במילים אחרות, בעוד שלבתי החולים עצמם קיים תמריץ ברור להגדלת תפוקות שירותי רפואה יועצת אמבולטוריים (בכפוף לקאפ), לרופאים המבצעים יועצים אלו בפועל לא קיים תמריץ כלכלי דומה להגדלת התפוקה.

בקופות החולים, המודלים השכיחים לתשלום הם שכר קבוע - משכורת (salary), קפיטציה פסיבית (מספר מבוטחים רשומים - מודל רלוונטי לרפואה ראשונית), תגמול לפי פעולה (Fee For Service) לפי פעילות או ביקורים, תגמול לפי שעה, תגמול על פי תוצאה, בדרך כלל של מדד איכות מוגדר (pay for performance) ושילובים שונים בין שיטות התגמול. חלק מהרופאים המתוגמלים בשיטות אלו הם שכירים וחלקם עצמאים.

להלן יפורטו הסוגים השונים של התגמול הקיימים בקופות החולים בקהילה. כל קופה מאופיינית בתמהיל כזה או אחר של סוגי התגמולים. בקופת חולים מכבי ומאוחדת בהשוואה לכללית או לאומית בדרך כלל שיעור גבוה יותר של רופאים שניוניים העובדים במודל עצמאי - רבעוני.

1. תגמול לפי שכר משכורת - הרופא מקבל בסיס שכר חודשי קבוע ללא קשר לפעילותו או למספר המטופלים שברשימתו. סוג זה שכיח יותר בקרב רופאים ראשוניים ורופאים ביחידות לטיפול בית ופחות שכיח בקרב רופאים יועצים. יתרונות - ריסון עלות הוצאה על רופאים, יכול לאפשר העמקה וביורור נרחב יותר במפגש רופא מטופל. חסרונות - עלול להביא לתפוקות נמוכות, אין תמריץ להגדיל מספר מטופלים/ביקורים, זמינות נמוכה יותר.

2. רבעוני עצמאי - תגמול לביקור ראשון ברבעון + פעולות/נקודות, לפי הסכם עם הוועד/ארגון רופאים עצמאיים בהתאמה - סוג התגמול השכיח ביותר בקרב רופאים מתחומי הרפואה היועצת ורופאים ראשוניים עצמאיים. יתרון - תמריץ להגדיל פעילות ומספר מבוטחים מה שעשוי לשפר זמינות, שיפור יחס ושירות רפואי. חסרון - עלול להביא ל-cream skimming של מטופלים, הפניות מיותרות לבדיקות/יועצים לרפואה עודפת. תגמול על פי ביקורים בלי שום רכיב של תגמול על איכות או מורכבות המטופלים גורם להטרוגניות רבה באיכות הטיפול, מודל זה שכיח יותר במכבי ובמאוחדת בקרב כלל הרופאים ובלאומית ברפואה היועצת. בנוסף, ראוי לציין כי התגמול בשיטה זו הינו זהה הן עבור מטופלים "מזדמנים" והן עבור מטופלים כרוניים המצויים במעקב מתמשך אצל הרופא היועץ, עובדה שעשויה להביא לעתים לתמריצים בלתי יעילים (למשל ביקורות תכופות מהדרוש למטופל כרוני על מנת ליהנות מתגמול מקסימלי).

3. עצמאי לפי קפיטציה פסיבית - התשלום ניתן לרופא לפי מספר המטופלים הרשומים אצלו גם אם לא היו ביקורים באותו חודש או רבעון. רלוונטי בעיקר לרפואה ראשונית - רופאים שניתן לשייך אליהם מטופלים לצורך מעקב וטיפול רפואי ארוך טווח כגון: משפחה, פנימית, ילדים ועשוי להתאים גם לרפואת נשים. יתרונות: בהשוואה לשכיר - נותן תמריץ לרופא להגדיל מספר מטופלים ולתת טיפול ושירות רפואי לשיעור רצון מטופלים על מנת שימשיכו להיות משויכים אליו. לכן, שיטה זו עשויה לשפר זמינות, איכות בעיקר בתחום השירות. בהשוואה לתגמול הרבעוני - יש פחות תמריץ להפניות וביקורים מיותרים רק כדי להגדיל מספר ביקורים ראשוניים ברבעון ולכן יש אפקט מרסן רפואה עודפת והוצאות. חסרון: עלול לעודד cream skimming. שכיח יותר בכללית בקרב רופאים עצמאיים.

4. תגמול לפי שעה - "ססיונר" - תשלום לפי תעריף קבוע לשעה. יתרונות וחסרונות דומים לתגמול לפי משכורת, אך סוג זה של תגמול שכיח יותר בקרב רופאים

יועצים עצמאיים העובדים במספר נמוך יחסית של שעות בשבוע, בעיקר במקצועות במצוקה כגון התמחויות-על בילדים, רפואת נשים בעיקר בפריפריה וכן בתחומים בהם המפגש הבודד ארוך יחסית ומצריך זמן. (דוגמה בולטת לכך היא פסיכיאטריה ופסיכיאטרית ילדים, בהם מוגדר משך מינימלי לביקור).

5. תגמול לפי פעילות - fee for service - תגמול ניתן עבור ביקור/פעולה/שניהם. יתרון - מגדיל זמינות רופא ומקצר תורים לפרוצדורות. חסרון - מייצר תמריץ להגדלת נפח פעילות שלא לצורך ברור, רפואה עודפת ועלייה בהוצאות. אם אין הגבלה ואין בקרה יעילה עלול להביא לגידול בפעילות/פרוצדורות שלא לצורך על מספר קטן יחסית של מבוטחים (לדוגמה צריבת יבלות, בדיקת רופא עיניים עם הרחבת אישונים).

6. רופא משולב - הסכמי שילוב בין בית חולים לקהילה. הסכמים אלה צוברים תאוצה משמעותית בשנים האחרונות. הרופא מועסק על ידי ב"ח, תגמול לרופא ניתן על ידי בית החולים המעסיק אותו בהתאם לסוג העסקתו (בדרך כלל מתמחים בביה"ח, אך גם מומחים) וקופת החולים משלמת לבית החולים בהתאם להסכם ההתקשרות (מספר השעות, מיקום המרפאה, התמחות הרופאים וכו'). בעזרת הסכמים אלה ניתן לשלב רופאים מבתי החולים בעבודה בקהילה ולתרום להתנסות של המתמחים במהלך ההתמחות, ולהנגיש לפריפריה חברתית/גאוגרפית או במקצועות במצוקה מומחים מובילים מבתי החולים. הסכמים מסוג זה מאפשרים למנהלי המחלקות בבתי החולים להגדיל את מספר הרופאים במחלקותיהם בפועל ובכך לשפר את הטיפול גם בבית החולים.

7. "הבטחת הכנסה" - הקופה משלמת לרופא העצמאי לפי מינימום מטופלים ברבעון על פי מספר השעות השבועיות להן הרופא מחויב. במידה והרופא עובר את מספר המטופלים המינימלי, הוא יתוגמל על פי מספר המטופלים שראה בפועל, אך אם הרופא מקבל מספר מטופלים נמוך יותר, הוא מתוגמל על פי המספר המינימלי לו התחייבה הקופה. הסדרים מסוג זה מהווים מעין "רשת בטחון" כאשר מדובר ברופאים חדשים, מענה באזורי פריפריה, מרפאות או אזורים חדשים או שכונות וערים בשלבי אכלוס. אולם שימוש בטווח ארוך בשיטת תגמול זו עלול להביא לפריצת מגבלות התשלום המקסימלי המקובל במקצוע/אזור והוא נפוץ יותר באזורי פריפריה חברתית, פריפריה גאוגרפית, אזורי צמיחה ובמקצועות במחסור. לאחרונה יצאו הנחיות של משרד הבריאות המגבילות את השימוש במנגנון הזה.

8. מימון תקן התמחות - התקשרות עם רופאים בתהליך התמחות ראשונה או התמחות על (או התמחות נוספת), מימון תקן ההתמחות בבית החולים, תמורת התחייבות לפעילות בקופה עם סיום ההתמחות ו/או במהלכה, בהתאם לתחום ההתמחות וההתקדמות בותק ובניסיון במהלך ההתמחות.

9. התקשרות עם גופים המספקים שירות רפואי - יזמים פרטיים, מכונים פרטים, חברות המספקות שירותים רפואיים - בעיקר שכיח בפריפריה גיאוגרפית או חברתית במקצועות במצוקה. אך כמעט ולא בשימוש ברפואה הפרונטלית. ישנן התקשרויות כאלה בתחום השירות הרפואי שמעבר לשעות הפעילות ובתחום הרפואה מרוחק.

10. תשלום עבור ביצועים Pay for performance - תגמול על תוצאה רצויה שהוגדרה מראש על ידי המעסיק או על פי מדדי איכות מוגדרים מראש (בדרך כלל בנוסף לסוג תגמול בסיס). יתרון - יכול לשפר איכות טיפול. חסרון - cream skimming של מטופלים בריאים וצעירים במצב סוציו-אקונומי גבוה. עלול לפגוע באוכלוסיות מוחלשות, להסיט טיפול רפואי לטובת מיקוד במדדים הנמדדים ולא בהכרח לפי הצרכים הרפואיים של המטופלים באזור. כדי להשיג תוצאות רצויות חשוב להגדיר היטב את מדדי האיכות ולהפריד בין מדדי תהליך/תוצאה שתלויים ברופא לבין אלו שתלויים במטופל וברקע הסוציו-אקונומי שלו. בקהילה, בחלק מהקופות, יש מספר דוגמהות לתשלום בנקודות לפי מדדי תהליך: לדוגמה - תוספת "נקודה" (כ-20 שקלים) על הפנייה (+ מימוש וביצוע) לדם סמוי בצואה לעידוד רפואה מונעת, מספר נקודות על "ביקור גיל הזהב" - ביקור ארוך של רופא משפחה הכולל הערכה גריאטרית מלאה ועוד. נעשו גם ניסיונות לתגמול על פי עמידה בתמהיל של מדדי תוצאה ותהליך שלא בהכרח הניבו תוצאות לטווח הארוך.

11. רפואה פרטית - היקף לא מבוטל של רפואה יועצת מתבצע במסגרת הרפואה הפרטית. המימון לכך מתבצע באמצעות הביטוחים המשלימים, הביטוחים המסחריים או לעתים בתשלום ישיר של המטופל. שיטת התגמול בשוק הפרטי מגוונת ונקבעת על ידי כל רופאה ורופא, אם כי המודל המקובל הוא תשלום עבור ביקור ו/או פרוצדורה. גובה התשלום גם כן אינו כפוף לרגולציה כלשהי, אם כי קיימת תקרת החזר על ידי הביטוחים המשלימים והמסחריים אשר ברוב המקרים מרסנת את התעריפים.

השפעת המחסור ברופאים על שכרם ופיזורם

נוכח המצוקה במספר הרופאים המומחים בישראל, בפרט במקצועות מסוימים בהן אורכי התורים ארוכים במיוחד, נוצר כשל שוק המביא למצב של "שוק של מוכרים", דהיינו כוח מיקוח עודף לרופאים. בניסיון לצמצם את משך התור, קיים סחרור מעלה של שכר רופאים יועצים בקופות החולים, כאשר התחרות על הרופאים מול המערכת הפרטית כמובן מעצימה סחרור זה. נתונים מראים כי שכר הרופאים בקהילה עולה בקצב גבוה מקצב העלייה בשכר הממוצע במשק.

כך למשל, קיימים דיווחים מהקופות על רופאים יועצים המנהלים מ"מ עם מספר קופות במקביל כדי לקבל את התגמול האטרקטיבי ביותר, ונצפית עלייה בתעריפי שעות ססיה, בעיקר באזורי ריחוק ופריפריה גיאוגרפית או חברתית.

"השמיכה הקצרה" של הרופאים בישראל מייצרת קושי בפיזור השירות הרפואי באופן שוויוני בין הפריפריה והמרכז, מכיוון וכאשר הקופות מציעות שכר תחרותי לרופאים במרכז כמו גם בפריפריה, רופאים נוטים להעדיף השתקעות במרכז. זאת ועוד, השכר המאמיר מייצר קושי לייצר תמרוץ כלכלי אפקטיבי לרופאים למעבר לאזורי חסר בפריפריה. אל מול המחסור הצפוי בעשור הקרוב (כפי שיפורט בהמשך) בעיה זו צפויה להחריף, כל עוד הפיזור של רופאים מומחים במקצועות הרפואה היועצת בין אזורים גיאוגרפיים שונים או בין מודלי העסקה שונים ימשיך ויתבצע ללא תכנון מרכזי מכוון כלשהו.

צריכת הרפואה היועצת

העומס על מערך הרפואה היועצת נגרם לא רק מהיצע מצומצם של שירותים, אלא גם מאי יעילות בצד הביקוש.

ראשית, לא ברור מה היקפה של תופעת צריכה עודפת של רפואה יועצת (דהיינו, צריכה שלא מביאה לשיפור בתוצאות הרפואיות). ישנם מספר תרחישים לצריכה עודפת שכזו:

- ◆ פנייה לרופא יועץ עבור בעיה רפואית שניתן היה לטפל בה במסגרת הרפואה הראשונית (למשל: בעיות עור שכיחות) או שלא הצריכה מענה רפואי מלכתחילה.
- ◆ פנייה למספר רופאים יועצים באותו התחום - בין אם ביוזמת המטופל או בעקבות הפנייה.

- ◆ פנייה למסגרת בלתי מתאימה (למשל: פנייה למרפאות חוץ של בי"ח עבור בעיה שניתן היה לטפל בה בקהילה, או לחילופין פנייה כפולה גם לרפואה יועצת בקהילה וגם בבית"ח).

שנית, החרפת מצוקת זמינות הרפואה היועצת במערכת הציבורית נגרמת גם משיעור המבוטחים שקובעים תור אך לא מגיעים אליו - ללא כל הודעה מוקדמת. תופעה זו מכונה "No-Show" והיקפה (אשר לא נבדק עד היום באופן מדויק) מוערך ב-20%-25% מסך התורים שנקבעים לרפואה יועצת במוצע, בקופות החולים ובמרפאות החוץ בבתי החולים. להבדיל מהרפואה הפרטית, במערכת הציבורית ההשתתפות העצמית נגבית מהמבוטח רק אחרי הביקור, כך שמרגע קביעת התור אין למבוטח כל אחריות על מימושו - ואין כל עלות מבחינתו לאי-הגעה לתור. המשמעות של ה-No Show היא בזבוז משמעותי של משאבי הרפואה היועצת הציבורית, וצמצומה יכול לעזור בקיצור תורים והרחבת השירות למבוטחים. בחלק מהמוסדות ההתמודדות עם תופעת ה-No-Show מתבצעת באמצעות קביעת תורים ביתר (over booking), אך חסרונה של שיטה זו בכך שהיא מייצרת פיזור לא אחיד של תורים ומביאה לעומס רב על הצוותים ולפגיעה בשירות למטופלים.

1. ניהול תשתיות בריאות ציבוריות

מדיניות ממשלת ישראל לדורותיה היא לבסס את מערכת הבריאות בישראל על תשתית ציבורית, ברוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. הגורמים המקצועיים העוסקים בניהול ועיצוב מדיניות בריאות מעודדים את קובעי המדיניות להגדיר כי תשתיות המערכת יהיו תחת פיקוח ויוקמו על בסיס הצורך של האוכלוסייה בישראל. כלל בסיסי בכלכלת הבריאות קובע כי, בשונה מכללי השוק הרגילים ביחס להיצע וביקוש, בשירותי הבריאות הגדלת ההיצע יוצרת ביקוש והגדלת שימושים, לעתים שלא לצורך ובאופן שאינו עולה בהכרח בקנה אחד עם טובת הציבור. כתוצאה מכך, מומחים במדיניות מערכת בריאות וכלכלת בריאות קובעים כי חוסר פיקוח על תשתיות הבריאות השונות מביא ליצירת מערכות ושירותים רפואיים מקבילים ועודפים, ולבזבוז של משאבי הציבור. אחת הסיבות לכך היא קיומו של כשל שוק בדמות פערי אינפורמציה וידע משמעותיים בין נותני השירותים לבין המטופלים המקבלים את השירות, הגורם לכך שהמטופל אינו מסוגל להעריך נכונה את התועלת לבריאותו הצפויה לו מהשירות המוצע ואת עלותו האמתית של השירות. סיבות נוספות כוללות השתתפויות עצמיות נמוכות, שיווק אגרסיבי של שירותים חדשניים ועוד. גידול מלאכותי בהיקף שירותים שאינם נחוצים ובמחירים מביא לעליה גדולה בהוצאה הלאומית לבריאות וביצירת פערי נגישות בשירותים הנחוצים.

2. הרגולציה על הרפואה היועצת בבתי החולים

שנים רבות לא היה כל פיקוח על הקמת מרפאות בבתי חולים. פקודת בריאות העם המנדטורית (1940) הגדירה "יחידה מקצועית" כיחידה בבית חולים לרבות מכון או מרפאה, ובתיקון משנת 2018 מובאת ההגדרה המדויקת: "שירות מרפאה ציבורי-שירות הניתן במרפאת חוץ הפועלת במסגרת בתי חולים כלליים, לרבות מרפאת בריאות הנפש בבתי חולים כלליים וכן מכון המבצע אבחון בבית חולים כללי ולמעט שר"פ, זאת להבדיל מ"שירות מרפאה קהילתי", שירות שמציעה קופת החולים כחלק מסל שירותי הבריאות".

מגבלות ראשונות על היצע עודף הופיעו ב-2003 בשירותים ייחודיים - השתלות למיניהן, מערכים כירורגיים מתקדמים (כירורגית חזה ולב, כירורגית פה ולסת, כוויות, נויורוכירורגיה), ובשלושה תחומים לא כירורגיים בלבד - אונקולוגית ילדים, מרכז טיפול באיידס, ותא לחץ.³⁴ בחלק מהתחומים שלא הוגבלו נראתה עלייה חדה בהיצע,

34 התוספת החמישית-2003, פקודת בריאות העם מספר 40 לש' 1940.

תמריצים לאנשי המקצוע ולציבור

- אילו שינויים נדרשים בתמריצים לרופאים ולציבור על מנת להביא לזמינות, לאיכות ולשימוש אפקטיבי יותר בשירותי רפואה יועצת במערכת הציבורית?
- ◆ כיצד ניתן לרסן את התחרות על כוח האדם ואת סחרור השכר בשירותי הרפואה היועצת?
- ◆ כיצד נכון לתגמל את הרופאים היועצים בקופות החולים? (תגמול רבעוני/קפיטציה פסיבית/שכר קבוע Pay for Performance/Fee For Service)
- ◆ אילו תמריצים נדרשים כלפי רופאי המשפחה על מנת להגביל את השימוש בשירותי רפואה יועצת על ידי מטופליהם, או להגביר את השימוש של רופאי המשפחה עצמם ברפואה יועצת וירטואלית מרחוק מתוך התיק הרפואי כדי לסגור מעגל טיפולי?
- ◆ אילו תמריצים (חיוביים ושלייליים) ניתן להחיל על ציבור המטופלים כדי להפחית את שימוש היתר בשירותי הרפואה היועצת, את תופעת ה-No Show ואת הפניה לרפואה הפרטית?

רפואה יועצת במרפאות החוץ ובמרפאות מתמחות בבתי החולים (מרפאות ציבוריות בבתי חולים)

בישראל פועלים 47 בתי חולים כלליים, חלקם בבעלות ממשלתית (או עירונית-ממשלתית), חלקם בתי חולים של קופות החולים (רובם המוחלט בבעלות הכללית) וחלקם בתי חולים ציבוריים בבעלות מסיונים וארגונים שונים נוספים. בתי החולים מפעילים מגוון רב של שירותים אמבולטוריים במסגרת מרפאות, אשפוז יום, מכונים אונקולוגיים ומכוני דיאליזה. בסקירה זו ננסה להתמקד במרפאות הציבוריות בבתי החולים (מרפאות חוץ).

מאיסוף הנתונים עולה כי קיים פער משמעותי של היעדר רישום ותיעוד של מספר המרפאות, סוגיהן ופיזורן הגיאוגרפי.

כאשר בין שנת 2005 ל-2010 הכפיל את עצמו קצב הגידול של המרפאות הכירורגיות בישראל (בתוך ומחוץ למערכת הציבורית). בין השנים 2010 עד 2014 הוקפא כמעט לחלוטין אישור מרפאות כירורגיות חדשות לשם בחינת המצב והפתרונות האפשריים, ומאז 2010 הוגשו למעלה מ-25 בקשות לפתיחת חדרי ניתוח נוספים במרפאות כירורגיות קיימות ולהקמת מרפאות חדשות, באופן שעשוי היה להעלות הן את מספר חדרי הניתוח הפרטיים במדינה והן את חדרי הניתוח הציבוריים. בהמשך לכך, לתקופה מוגבלת ניתנו במשורה אישורים להקמת מרפאות, בעיקר לכירורגיה קטנה וכן לכירורגיה בינונית, ובעיקר מחוץ לאזור תל אביב והמרכז (עד כה רק חלקן הוקמו בפועל). אף שהמוטיבציה העיקרית בהפעלת המגבלות הייתה מניעת הצפת השוק בחדרי ניתוח במגזר הפרטי, הייתה למהלך רגולטורי זה השפעה ראשונית גם על היכולת להחיל רגולציה במרפאות החוץ הציבוריות בבתי החולים.

מרפאות כירורגיות ו"מרפאות חוץ" בבתי חולים ככלל, הן התשתית הרפואית המשמעותית היחידה לגביה. אין כיום לקובעי המדיניות מדדים מוגדרים המאפשרים להגביל את הרחבתה על בסיס הצרכים. לשם מתן מענה חלקי וראשוני לפער זה נחקקו תקנות בריאות העם מ-2016: "אמות מידה לאישור הקמה למרפאות". במילים אחרות, רק לפני פחות מעשור הובן הצורך להכניס את ההחלטה על פתיחת מרפאות בבתי חולים למסגרת חוקית המאפשרת שיקול דעת, בדומה למגבלה הקיימת כיום על פתיחת בתי חולים, מחלקות אשפוז וחדרי ניתוח בבתי חולים, יחידות מקצועיות ומכשירים רפואיים (במיוחד עקב התפתחות טכנולוגית בשנים האחרונות המאפשרת ביצוע פעולות כירורגיות רבות יותר במסגרת אמבולטורית או יומית, בעוד שבעבר חייבו פעולות אלה אשפוז של מספר ימים). תקנות אלה עוסקות במרפאות שהקמתן טעונה אישור מראש של מנכ"ל משרד הבריאות, עוד בטרם תחילת הקמתן. התקנות מגדירות אילו סוגים של מרפאות יהיו טעונות אישור כזה, בהגדרת "מרפאה הטעונה אישור הקמה" שבתקנה 1, ובתוספת הראשונה, ובהמשך מגדירות את השיקולים שישקול המנהל בבואו לאשר או לדחות מתן אישור כאמור.

מרפאות אשר טעונות אישור הקמה מראש הן:

- 1 כל המרפאות החייבות היום ברישום (רישיון הפעלה) מכוח תקנות בריאות העם (רישום מרפאות) התשמ"ז-1987;
- 2 שני סוגי מרפאות שכיום אינן חייבות ברישום: מרפאות לפעולות אנדוסקופיות בתחום הגסטרואנטרולוגיה, ומרפאות לביצוע פעולות רגישות - הטעונות בידוד או לביצוע טיפול בתאים ורקמות חיים.

מרפאות בבעלות קופות החולים מוחרגות מחובת אישור ההקמה בתנאי שהן מיועדות לשרת רק את מבוטחי אותה קופה, או מבוטחי קופת חולים אחרת על פי התקשרות עם אותה קופה. החרגה זו נקבעה שכן מרפאות של קופות החולים מוחרגות כיום גם מחובת רישום, ומתקיים מעקב נפרד על הקמת מרפאות חדשות בקופות החולים במסגרת הפיקוח על תקציבי ותוכניות הפיתוח של הקופות, מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

למען הסר ספק מובהר כי רק מרפאות מסוגים שמפורטים לעיל טעונות אישור הקמה מראש, ובכלל זה לא נדרש אישור הקמה למרפאות וקליניקות שלא מבוצעות בהן פעולות כירורגיות כלל, או מבוצעת כירורגיה זעירה בלבד, או לא מבוצעים בהן טיפולי דיאליזה או טיפולים אונקולוגיים או בדיקות ופעולות אנדוסקופיות בתחום הגסטרואנטרולוגיה (כגון קולונוסקופיה וגסטרוסקופיה).

השיקולים שהרגולטור מנסה לקדם בתהליך החלטה לפתוח מרפאה בבית חולים הם בראש ובראשונה שיקולים רפואיים, ובנוסף להם שיקולים מתחום מדיניות הבריאות וכלכלת הבריאות, המביאים בחשבון את צרכי האוכלוסייה למול משאבי מערכת הבריאות. ככלל, מוטל על המבקש להקים מרפאה להראות כי המרפאה תועיל לבריאות הציבור והיא נחוצה, תשפיע לטובה על שירותי הרפואה הציבוריים או לא תפגע בהם, לא תשפיע לרעה על כלל ההוצאה הלאומית לבריאות ועל החלוקה בין הוצאה פרטית לציבורית במערכת הבריאות בישראל, ותוכל לשרת גם את מערכת הבריאות הציבורית. כמו כן, תידרש התייחסות לפריסת השירותים (הציבוריים והפרטיים) באזור בו מבוקש להקים את המרפאה, ולנגישות הציבור לשירותי הרפואה מאותו סוג, באופן שיאפשר, למשל, מתן עדיפות לפריפריה והכוונת יזמים לאזורים בהם קיים מחסור בשירותים מסוימים. שיקול אחרון מתייחס למגבלה כמותית ביחס למשאב מרכזי נוסף: כוח האדם הרפואי במערכת הבריאות, אשר מהווה גורם הייצור העיקרי, ומצוי במחסור, בפרט בחלק מן המקצועות. פירוט מלא על סוגיה זו ניתן לראות בפרק "כוח אדם" בהמשך חוברת זו.

אף שניסוחים אלו אכן משקפים היגיון נכון של מתן שירותי בריאות, אין המחוקק מפרט או מכמת את ההיצע הרצוי, ואין לו דרך או יכולת כיום לבצע רגולציה אפקטיבית אחר פתיחת "מרפאות יועצות" בבתי חולים. יוצא דופן אחד היא ההתייחסות למפתח לעמדות ניתוח לכירורגיה בינונית שנקבע ל-0.045 לאלף נפש (ציבוריות ופרטיות כאחד).

3. מבנה התמריצים לקופות החולים ולבתי החולים: מעבר מ-win-lose ל-win-win

לקופות החולים ולבתי החולים כיום אינטרסים סותרים בשאלת הביקורים אצל הרופאים היועצים מבחינת בתי החולים, המתוגמלים עבור כל ביקור בשיטת תשלום "ביקור עבור פעילות" (FFS), קיים תמריץ מובנה לייצר ביקורים במרפאות האמבולטוריות, ולהמליץ על ביקורים חוזרים במרפאת בבית החולים עבור מטופלים הפוקדים את המרפאות או משתחררים מאשפוז בבית החולים. זאת, גם במקרים בהם הרפואה היועצת בקופה יכולה לתת מענה זהה או אפילו עדיף למצבו הרפואי המסוים של המטופל.

לקופות, לעומת זאת, יש תמריץ כלכלי ברור להפנות מטופלים לרפואה היועצת בקהילה ולצמצם את ההפניות לבתי החולים. לעתים, נוצר בקופה מנגנון Gatekeeping משני: גם כאשר בעייתו של המטופל מחייבת הפנייתו למרפאת חוץ בבית חולים, ההפניה לבית החולים תנופק רק אחרי ביקור אחד או יותר אצל רופא יועץ בקהילה.

בתווך שבין שני אינטרסים סותרים אלו, נמצא המטופל, אשר מוצא עצמו לעתים מופנה למסגרת שלא מתאימה לו, נדרש לביקורים מיותרים או לתהליכים בירוקרטים מתישים מול הקופה. נראה כי מערך התמריצים הקיים לא מעודד מרכז הדיון סביב טובתו של המטופל: קיום קשר בין הרופאים השונים המטפלים בו בבית החולים והקופה, הפנייה מדויקת למסגרת הרפואית המתאימה לו, וקיום מעקב, ככל הניתן, בידי איש מקצוע מתאים בקרבת מקום מגוריו. על כן, יש מקום לחשוב על מבנה אחר של תמריצים בין בתי החולים וקופות החולים בכל הנוגע לביקורים יועצים. כך לדוגמה, ניתן לייצר מערך התקשרות כלכלי בין הקופה ובית החולים שהינו אדיש להיקף הפעילות בכל אחת מהמסגרות (כגון תשלום קפיטציוני) ועודד מיצוי היתרון היחסי של כל אחת מהן תוך הימנעות מתמריצים לביקורים לא הכרחיים.

תמריצים לקופות החולים ולבתי החולים

אופן התגמול עבור שירותי רפואה יועצת בקופות החולים ובבתי החולים כיום מביא לתחרות, לכפילויות ולעתים לטיפול תת מיטבי. כיצד ניתן לעודד שיתוף פעולה ואיחוד כוחות בין בתי החולים וקופות החולים, תוך ניצול היתרון היחסי של כל אחד מהם?

- ◆ אילו תמריצים עשויים להבטיח הפנייה של מטופלים למסגרת המתאימה בהתאם לסוג ולמורכבות הבעיה?
- ◆ מהו אופן התשלום הנכון לבתי חולים עבור שירותי רפואה יועצת? (האם נכון להמשיך בשירותי Fee for service תחת הקאפ הכללי? האם נכון לשלם בנוסחת קפיטציה אזורית? האם יש להחיל cap נפרד עבור שירותים אלו? לתגמל עבור bundled care?)
- ◆ כיצד ניתן לנטר ולפקח על היקף שירותי הרפואה היועצת במסגרות השונות, על זמינות השירותים ועל ניצול יעיל של המשאבים? מי נכון שיבצע פיקוח זה?

מקומה של רפואה וירטואלית/מרחוק במתן שירותי רפואה והשלכותיה על זמינות ואיכות הטיפול

בשנים האחרונות ובעיקר מאז מגפת הקורונה, אנו עדים לעלייה בשימוש בתשתיות של רפואה מרחוק, טלה-רפואה או טלמדיסין. במיוחד במקרה של קשיים בקיום מפגש מטופל-רופא, שירותי טלרפואה יכולים לאפשר הגדלת היצע שירותי רפואה וזמינותם, לצמצם את הפערים בין אזורי מגורים שונים ולחזק את הרפואה הציבורית. נותני השירותים, בעיקר הקופות אך גם בתי החולים, הקימו תשתיות לרפואה מרחוק בעידוד משרד הבריאות שמפרסם לטובת הנושא תמריצים כגון כספי תמיכה או מענקים,³⁵ מתוך מטרה לאפשר לארגוני הבריאות לספק רפואה יועצת אלקטיבית בתחומים שונים על בסיס תקשורת דיגיטלית ועזרים, להגדיל את היצע שירותי הרפואה הניתנים לאזרחים ולצמצם את הפערים בין פריפריה גיאוגרפית וחברתית לבין המרכז.

35 ראו לדוגמה באתר משרד הבריאות <https://www.health.gov.il/Subjects/DigitalHealth/Activity/Projects/Pages/TelMedicine.aspx>

אין כל ספק כי הציבור מצפה לקבל שירותי רפואה מרחוק בהיקף הולך וגדל, בדומה למגמה בתחומים אחרים (למשל - בנקאות). מאידך, מתן שירותי בריאות שונה מהותית ממתן שירותי בנקאות, ואת המעבר יש לבצע בשום שכל ותוך רגולציה. זאת ועוד, המעבר לשירותי רפואה מרחוק לאו דווקא מוזיל עלויות ביחס לשירותי רפואה פרונטליים, עלול לעודד ניצול יתר (moral hazard) ולגרום לשחיקה מואצת של הצוות הרפואי. כל אלו מחייבים מענה מתוכנן היטב ורב-ממדי למגמה זו.

א. סוגי הביקורים שתשתית טלמדיסין מאפשרת

1. פניות וירטואלית א-סינכרונית לרופא: המטופל פונה לרופא המשפחה, למשל בבקשה לחדש מרשם, בשאלות או בבעיות רפואיות לא דחופות, והרופא נותן מענה תוך מספר ימי עבודה. ערוץ זה קיים היום בכל הקופות, כך לדוגמה במכבי ניתן לפנות כך לרופאים ראשוניים: משפחה/פנימית, ילדים ונשים. שיעור הפניות הדיגיטליות הולך וגדל בעיקר מאז מגפת הקורונה, וכיום עומד על בין 30%-40 מסך הביקורים. היתרון בפרקטיקה זו הוא היותה מאפשרת זמינות ונגישות לרופאים ראשוניים מעבר לשעות העבודה במדריך השירותים. מאידך, קיימת סכנה לבטיחות ואיכות הטיפול שניתן מרחוק, כאשר מטופלים מתרגלים לקבל מענה מרחוק ומתפתחת ציפייה למענה גם במקרים הדורשים בדיקה פיזית. בנוסף, השימוש בערוץ זה מעודד שחיקה בקרב הרופאים עקב העומס ושעות העבודה מהבית שתורמות לטשטוש גבולות בין העבודה והחיים האישיים של הרופא, וקיים חשש כי טלרפואה בכלל, ורפואה א-סינכרונית בפרט, הם כר פורה להתפתחות שחיקה מקצועית נוכח המעבר מאינטראקציה אנושית ישירה לעבודה משרדית מול עמדת מחשב בלבד. נתונים מראים שמהעת שהתאפשרו ביקורים א-סינכרוניים סך הביקורים ברפואה ראשונית עלה, ועומס העבודה של רופא המשפחה גדל: ישנה עליה בסך הביקורים הכולל, חלקם א-סינכרוניים וקצרים יותר, אך משך הזמן המוקדש למטופל גדל בכ-5%.

ברפואה היועצת, מענה א-סינכרוני מעורר בעיות בתחום האיכות והבטיחות. בניגוד לרופא המשפחה, שהוא בדרך כלל הרופא המכיר את המטופל הפונה, הרופא היועץ שיקבל פניה א-סינכרונית לרוב מכיר פחות את המטופל הפונה ובכך המפגש חשוף יותר לסיכונים ולפגיעה באיכות הטיפול. פיתוח שירותים מסוג זה בתחום הרפואה היועצת מחייב הגדרות ברורות של המקרים המתאימים לסוג זה של טיפול רפואי, בקרת איכות, מעקב שימושים נאותים ושימושים לא נאותים וכו'.

2. ביקור טלפוני: מטופל קובע תור טלפוני לרופא, הביקור סינכרוני. בהתאם לשיקול

הדעת הרפואי המטופל יכול להידרש לביקור פיזי משלים, או שמלכתחילה הרופא מחליט שהביקור לא מתאים להיות ביקור טלפוני וקובע ביקור נוסף, והדבר עלול לייצר בזבוז משאבים. היתרונות של ביקור טלפוני הם העלאת זמינות ונגישות לטיפול רפואי, בעיקר למתגוררים בפריפריה או למתקשים בניידות שיוכלו בדרך זו לשפר את הנגישות לרפואה היועצת ממרכז הארץ ומבתי החולים השלישוניים (דרך הסכמים עם קופות החולים). בנוסף, היתרון היחסי של ביקור טלפוני על פני שירותי בריאות אחרים מרחוק (כגון צ'אט) הוא הזמינות שלו גם עבור אוכלוסיות בעלות אוריינות דיגיטלית נמוכה. בין החסרונות של ביקור טלפוני הם פגיעה אפשרית באיכות ובטיחות טיפול (מובן כי לא ניתן לבצע בדיקה גופנית במהלך ביקור טלפוני), ביצוע בדיקות ופעולות מיותרות בשל "רפואה מתגוננת", "זילות" זמן רופא (מטופלים קובעים תורים בקלות יתר ושוכחים שקבעו תור/שוכחים לבטלו בשיעור גבוה יותר לעומת ביקור פיזי), כפילות ובזבוז משאבים במידה שהביקור הטלפוני לא חוסך ביקור פיזי או שמהווה מעקב לא חיוני אחרי ביקור פיזי.

היתרונות והחסרונות האפשריים שתוארו מעלה קיימים גם ברפואה הראשונית וגם ביועצת. באופן ספציפי, ברפואה היועצת הביקור הטלפוני עשוי לייצר שימוש גבוה במיוחד במשאבי רפואה יועצת על חשבון רפואת המשפחה, מכיוון וניתן בקלות רבה יותר להמשיך מעקב ברפואה היועצת באופן טלפוני, במקום להחזיר את המטופל למעקב אצל רופאו האישי.

3. ביקור וידאו/ביקור באמצעות טכנולוגיה לבדיקה גופנית מרחוק כגון Tyto:

האפשרות למפגשי וידאו קיימת בכל הקופות, והשימוש בטכנולוגיות לבדיקה גופנית מרחוק קיימת כיום במרבית הקופות. עם זאת, הביקורים בוידאו והטכנולוגיות לבדיקה מרחוק הם טכנולוגיה שהן הרופאים והן המטופלים לא ממהרים לאמץ ולמרות הנגישות הגבוהה, בקופות כמו מאוחדת ולאומית עדיין ישנה דומיננטיות מוחלטת למפגשים סינכרוניים בטלפון על פני שיחות וידאו. התופעה הזו לא ייחודית רק לישראל ונצפתה במקומות נוספים בעולם במהלך מגפת הקורונה ולאחריה. קרוב לוודאי שמבחינת המטופל במרבית המקרים הערך המוסף של מפגש הווידאו על פני הביקור הטלפוני נתפס כקטן ולא מצדיק את המאמץ. מפגשים בוידאו רלוונטיים גם לרפואה היועצת, הן בקהילה והן ביעוץ ממרפאות החוץ של בתי החולים. לעומת זה הבדיקה הפיזיקלית מרחוק בטכנולוגיות כגון Tyto משיתה עלויות ניכרות על המטופל שנדרש לרכוש בפריסה מוקדמת ורחבה של מכשירי הניטור, תחזוקה שוטפת שלהם, רישיונות, עדכון גרסאות וכו'. הרלוונטיות שלה בתחום הרפואה היועצת יכולה להיות בהתוויות מוגבלות ומוגדרות היטב במעקבים מסוימים

מאוד ולא בפריסה רחבה או כתחליף לביקור הכולל בדיקה פיזיקלית.

4. רפואה מרחוק בשילוב תשאול דיגיטלי או מבוסס בינה מלאכותית: השימוש באלגוריתמים אלו מסייע לרופא המרוחק בצמצום האבחנה המבדלת ובהחלטות על הקדימות הרפואית של הטיפול. דוגמה למערכות מסוג זה הינן KMD - אפליקציית K (מכבי) וטכנולוגיה של דיאגנוסטיק רובוטיקס (לאומית). למיטב ידיעתנו לא קיימות היום אפליקציות מסוג זה בתחום הרפואה היועצת והן מוגבלות לרפואה ראשונית ולרפואה דחופה (טריאז').

ההערכה על פי נתוני אחת מקופות החולים היא שכ-30% מהמטופלים שפנו למוקד הרפואי המקוון פנו לרופא המשפחה שלהם עוד באותו השבוע בגלל אותה הסיבה, וייתכן וחלק מהפניות למוקד המקוון לא היו מתרחשות לולא הייתה קיימת המערכת. טרם הוכח כי השימוש במערכות אלו אכן חוסך זמן רופא או מאפשר סגירת מעגל טיפולי. במכבי מתבצע פיילוט במסגרתו מתבצע תשאול דיגיטלי בעת תיאום תור לרופא אורתופד, במקרים המתאימים מופנה ליעוץ מקדים של פיזיותרפיסט המומחה לבעיות שריר ושלד. נמצא כי מרבית המטופלים מעוניינים בטיפול הפיזיותרפיסט באם הוא מוצע מוקדם יותר, ואף מסיימים את הטיפול בכך. תוצאות אלו עשויות להצביע על כוונים נוספים להרחבת המענה הרפואי על ידי מקצועות הבריאות במקרים המתאימים לכך.

5. יעוץ וירטואלי בין רופאים: מאפשר יעוץ מתוך תיק המטופל בין רופא ראשוני לרופא יועץ. שיטה זו יכולה למנוע לחלוטין את הצורך בביקור פיזי (בעיקר בתחומים בהם התור לביקור פיזי הוא ארוך), להכין טוב יותר ולייעל את הביקור הפיזי, ולשמש כביקור מעקב, וכל זאת בזמן שניהול המקרה נשאר בידי רופא המשפחה והעומס על הרופא היועץ קטן. הייעוץ מרחוק חוצה גבולות בין ערים ומחוזות ויכול לשפר את זמינות רפואה היועצת בפריפריה ובמטופלים מוגבלי ניידות. מאידך, השיטה מעמיסה יותר על רופא המשפחה. כדאי לציין כי כדי להגביר שימוש של רופאי משפחה ורופאי ילדים בערוצים אלה יהיה צורך לבנות מודלים כלכליים נכונים המתמרכים אותם לכך, וכיום השימוש בפלטפורמה זו מתבצע לפי שיקול דעת הרופא המטפל. עוד ראוי לציין כי פלטפורמה זו משמשת כיום להתייעצות בין הרופאים הראשוניים לבין הרופאים היועצים בקופות השונות, אך לא משמשת להתייעצות בין רופאים יועצים לבין רופאים יועצים אחרים. כך, במקרים בהם רופא יועץ חושב שעל מטופל לקבל מענה מרופא יועץ נוסף בעל מומחיות בתת-תחום מסוים, עליו להפנות את המטופל אליו באופן פיזי.

6. ביקור אשפוז - אשפוז ביתי: חלק מבתי החולים או ספקי השירות לאשפוז בית מספקים ביקורים מרחוק של רופא בזמן האשפוז הביתי, כאשר הביקור ראשון הוא פיזי (בבית, או הביקור במיון) והשחרור הוא פיזי. יתרון: מאפשר במקרים מסוימים אשפוז בבית במקום בי"ח תוך מניעת פוטנציאל סיבוכי האשפוז בבי"ח, וכך מוריד עליות תשומות ביקור פיזי של רופא. באשפוז פסיכיאטרי מדובר ביתרון משמעותי. חסרון: סיכון לבטיחות הטיפול בביקור מרחוק, מגביל את השימוש למקרים פחות מורכבים.

ב. תמהיל השירות הרפואי

בשנים האחרונות חלה עליה בשימוש בערוץ הטיפול מרחוק. אם בעבר החלק הארי של הביקורים התבצע פרונטלית, בתקופת הקורונה וגם לאחריה חלה הסטה לטובת הביקורים מרחוק. בניתוח הנתונים מאחת הקופות, שיעור הביקורים הדיגיטליים מסך הביקורים ברפואה ראשונית בשנה האחרונה היה 35%, 30%, 32% בקרב רופאי משפחה, ילדים ונשים בהתאמה. שיעור הביקורים הטלפוניים מסך הביקורים ברפואה ראשונית היה 9%, 9%, 4% בקרב רופאי משפחה, ילדים ונשים בהתאמה.

בשימוש ובהטמעה מושכלים הרפואה מרחוק יכולה לשמש ככלי לצמצום פערי בריאות בין מגזרים אזוריים ומעמדות סוציו-אקונומיים. אך ללא הכוונה, תעדוף והטמעה התוצאה עלולה להיות הפוכה, כאשר דווקא במחוזות מרכז ושרון שמאופיינים במצב סוציו-אקונומי גבוה יותר שיעור השימוש בביקור הטלפוני/וידאו מרחוק הוא גבוה יותר, ובאזורי הפריפריה המטופלים מעדיפים להגיע לביקור פיזי לרופאים הראשוניים. תופעה דומה נצפתה גם בעת ניסיונות הטמעה של שירותי רפואה מרחוק במדינות אחרות כגון ארה"ב.³⁶

36 Mehrotra & Uscher-Pines, Informing the Debate about Telemedicine Reimbursement - What Do We Need to Know?, N Engl J Med 2022 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2210790>

ניהול ותמריצים ברפואה היועצת: המלצות הצוות

1. הצוות ממליץ לבחון שינויים במבנה התמריצים הנוכחי של הרופאים על מנת לשנות דפוסי תעסוקה, שכן תוספת שכר כשלעצמה ללא צעדים לתמרוץ רופאים ופעילות לפינוי זמנם, לא צפויה להביא לשינוי באף אחת מהבעיות שנידונו - סחרור שכר, ביקורים מיותרים או שיפור השירות. כהצעה קונקרטית, מציע הצוות לבחון החלת מנגנון תשלום דיפרנציאלי לרופאים יועצים עבור מטופלים כרוניים המטופלים על ידם באופן קבוע, כך שעבור מטופלים שיסומנו על ידי היועץ כמטופלים כרוניים (ובכפוף לאישור הקופה), יינתן תגמול קפיטציוני ולא תשלום לפי ביקור, על מנת להבטיח תגמול ראוי לרופאים לצד הפחתת התמריץ ליצירת ביקורים עודפים של המטופלים.
2. יש לבחון שינוי בתקנות כדי לאפשר גביית קנס ממטופלים שאינם מגיעים לתור מוזמן ללא התראה מראש, ייתכן באמצעות הפקדת פיקדון מוקדם במועד קביעת התור ("מודל המסעדות"). ניתן לשקול מדיניות של התראה באירוע הראשון וגביית הקנס רק במקרים חוזרים.
3. הצוות ממליץ על עידוד צריכה נבונה של שירותי רפואה ראשונית ויועצת בידי הציבור באמצעות קמפיינים תקשורתיים והסברה, על מנת לצמצם ככל הניתן פניות סרק או פניות כפולות ולייעל את ניצול המשאבים הקיימים.
4. הצוות ממליץ על בניית מודל כלכלי המתגמל שיתופי פעולה פנים מערכתיים, כגון ייעוץ רופא לרופא בין רופא ראשוני למומחה או בין מומחה בקהילה למומחה בבית החולים, וזאת כדי להפחית שימוש שלא לצורך בשירותי רפואה יועצת.
5. הצוות ממליץ לבחון דרכים לשיפור אופן השימוש בטלרפואה בידי המטופלים כדי לצמצם את תופעת שימוש היתר/moral hazard מצד המטופלים תוך הבטחת רפואה איכותית ורמת שירות גבוהה. בין היתר, יש לפרסם קווים מנחים לשימוש בטוח ונכון בשירותי רפואה יועצת, ולבחון מנגנונים לריסון וכיוון הפניה לרפואה היועצת בטלרפואה בצורה יעילה יותר, בין אם על ידי רשימה סגורה של שירותים הניתנים בטלמדיסין, קביעת נהלים ברורים וניתוב לתור מתאים על ידי בעל מקצוע כמו עוזר רופא ועוד. לצורך זאת מומלץ לקחת כמודל את אופן השימוש ברפואה מרחוק בעיר אילת: חובת קיום מפגש ראשון פרונטלי כתנאי להמשך מפגשי מעקב מרחוק, שמירה על רצף טיפולי (מפגשים פרונטליים רק מול אותו הרופא), הגבלת מספר הפניות הווירטואליות בתקופת זמן, והגבלת המקצועות

מיצוי משאב הטלרפואה בשירותי הרפואה היועצת

- אילו שינויים מבניים ורגולטוריים יש להחיל על שירותי הטלרפואה כדי להביא לשירות המיטיב למטופלים ולעלות המינימלית למערכת הבריאות?
- ♦ באיזו מידה, ואיך נכון, לשלב טלרפואה בתוך מערך הרפואה היועצת?
- ♦ כיצד ניתן להתמודד עם האתגרים הכרוכים בשימוש טלרפואה ברפואה יועצת, למשל שמירה על בטיחות ואיכות הטיפול מרחוק (פספוס באבחנה, היענות לטיפול/שימוש יתר ו/Moral Hazard)?
- ♦ כדי להבטיח איכות וזמינות הטיפול הרפואי - האם נדרש להגדיר את תמהיל שירות הרצוי - יחס בין שעות רופא פיזית/שעות רופא טלרפואה - לפי תחום הייעוץ/פריפריה/מרכז/זמינות קיימת?
- ♦ האם נדרש לחזק את תשתית היעוץ הווירטואלי בין הרופא הראשוני בקהילה לרופא שינוי?
- ♦ האם פיתוח תשתיות טלרפואה ועידודן בא על חשבון תקציבים שיכלו לעבור לטובת הגדלת תקני רופא פיזיים ושירותים רפואיים אחרים?
- ♦ לצד היתרונות הרבים שרפואה מרחוק מאפשרת, היא גם הגדילה את הביקוש לשירותי רפואה יועצת. לאור זאת האם נכון לקבוע הגבלות על הפנייה לתורי רפואה מרחוק באפליקציות במקומות ובמקצועות בהם השימוש גדל ללא תועלת רפואית גבוהה בשל הנגישות? (לדוגמה קביעת מספר פניות מקסימלי ברבעון, תשלום על פנייה מעל למספר קבוע או קנס על no show טלפוני).
- ♦ האם נכון להגביל את השימוש בטלרפואה לצורך חוות דעת שנייה? ניהול ותמריצים ברפואה היועצת: המלצות הצוות.

והאינדיקציות לגביהם ניתן לקיים רפואה מרחוק (למשל - פסיכיאטריה, סוכרת, נוירולוגיה).

6. הצוות ממליץ לבחון קביעת סטנדרט של תמהיל השירות הרצוי מצד הרופאים - מספר הרופאים הראשוניים והיועצים הנדרש לכל 100 תושבים, יחס בין שעות פרונטליות וטלרפואה מצד הרופא, בפילוח לפי תחום המומחיות, פריפריה מרכז זמינות השירותים. זאת, כדי לתת קיום מנחים לקופות עבור מתן זמינות שירותים גבוהה דיה בשני אפיקי השירות, ותוך בניית התמהיל באופן שמתייחס גם לשחיקה הגוברת בקרב הרופאים הראשוניים.

7. יש לבחון את מבנה התמריצים ואת תכולת פוליסות השב"ן על מנת לצמצם את השימוש העודף בשירותי רפואה יועצת דרך השב"ן ולהסיט פעילות בחזרה למערכת הציבורית. בפרט, יש לתת את הדעת על השימוש ב"חוות הדעת השנייה" בשב"ן במקרים רבים כחוות הדעת הראשונה בתשלום. עם זאת, מובן כי הטלת מגבלות לבדה לא תספק ויש ללוותה בעיבוי מערך הרפואה היועצת הציבורי.

נושאים שנתרו במחלוקת

1. בדיוני הצוות הועלתה הצעה לשינוי מן היסוד של מבנה התמריצים המורכב בין קופות החולים לבתי החולים בכל הנוגע לטיפול במטופלים הדורשים רפואה יועצת, לשם מעבר ממשחק "סכום אפס" בין הקופות לבתי החולים למצב של "win-win" ולעודד ניתוב נכון של המטופלים בין הקהילה ובית החולים. מנגנונים שכאלו יכולים להיות, למשל, החלת מנגנון קפיטציוני אזורי המתחלק בין בתי החולים וקופות החולים, תשלום עבור מטופלים כרוניים כ-Bundle Payment Pay for Performance. עם זאת, הצוות לא גיבש המלצה ברורה בנושא זה ויש מקום להמשיך ולבחון אותו בהמשך.

2. בעוד שהצוות תומך בהחלת מנגנונים לריסון השכר השעתי של הרופאים היועצים בקופות החולים (ובפרט אלו המועסקים כעצמאיים), לא קיימת הסכמה לגבי אופן הריסון המוצע.

3. בדיוני הצוות הועלתה הצעה להפוך מינויים קליניים בכירים (מנהלי יחידות ומחלקות) לקצובים בזמן, בליווי מגבלה על עבודה פרטית על המועסקים בתפקידים אלו (המודל ההולנדי). מימוש הצעה זו עשוי להפחית את ההשפעות

הצולבות בין המערכת הפרטית והציבורית ולהפחית את ניגודי האינטרסים של המנהלים במערכת הבריאות. עם זאת, לא הגיע הצוות לכדי הסכמה בנושא ויש מקום להמשיך דיונים בהצעה זו.

4. בדיוני הצוות הועלתה הצעה לבחון החלת מנגנוני רגולציה ו/או תמריצים כדי לצמצם שימוש יתר בבדיקות עזר ומעבדה בידי רופאים יועצים בבתי חולים (אשר אינם כפופים לפיקוח של קופת החולים ולרוב אדישים לעלויות של בדיקות אלו). בנוסף, הועלתה הצעה לבצע עבודת מטה לצמצום הפניות בקהילה המתבצעות על ידי גורמים שאינם רפואיים (למשל הפנייה לבדיקת עיניים בידי אחיות בי"ס או לנוירולוג התפתחותי בידי גננות). מפאת קוצר הזמן הנושא לא נדון לעומק ולא התקבלו לגביו המלצות קונקרטיות.

5. הועלתה הצעה להציב תמריצים חיוביים לרופאים הראשוניים להשלים טיפול בבעיות שגרתיות ופשוטות באופן יחסי מבלי להפנות את המטופל לרפואה יועצת. יתרונו של תמריץ כזה מובן, אך עלולה להיות לו גם השפעה בלתי רצויה על איכות השירות למטופלים (במקרים בהם הרופא הראשוני ירהיב עוז וינסה לטפל עצמאית במקרים הדורשים מעורבות מומחה). ההצעה לא נדונה לעומק בכנס, ויש מקום להמשיך ולדון בה ו/או לקיים עבודה פיילוט מוגבל.

6. מפאת קוצר הזמן לא נדונה השאלה כיצד נכון לנטר ולפקח על היקף שירותי הרפואה היועצת במסגרות השונות, על זמינות השירותים ועל ניצול יעיל של המשאבים, ומי נכון שיבצע פיקוח זה.

פרק 6:

תכנון כוח האדם הרפואי בתחום הרפואה היעצת

"Human resources are the most important of the health system's inputs. The performance of health care systems depends ultimately on the knowledge, skills and motivation of persons responsible for delivering services."

The WHO report 2000- Health systems: improving performance.

ארגון הבריאות העולמי - WHO - טבע את המושג "אין רפואה ללא כוח-אדם רפואי" - "No health without a health workforce" ואכן, על אף המהפך הטכנולוגי שחל בעשורים האחרונים והשפיע על כל תחום כמעט, לרבות תחום הבריאות, נראה שהקדמה הטכנולוגית לא הובילה עדיין ליתירות של מטפלים והמשאב האנושי נותר עמוד התווך של שירותי הרפואה בישראל ובעולם. מנגד, חל גידול מתמיד בביקוש ובמודעות הציבור לצריכת שירותי רפואה, כך שנדרש מאמץ משמעותי להגדיל את כוח האדם הרפואי כדי לעמוד בביקוש.

היקף כוח האדם הרפואי במדינת ישראל ואיכותו משפיעים בצורה ישירה על בריאותם של תושבי ישראל ועל כלכלת ישראל. חרף חשיבות העניין, לא נקבעו מעולם נוסחה, נורמה או יעדים למספר הרופאים היועצים הנדרשת בכל תחום. כמו כן, לא נבחן ולא נקבע מהו התמהיל האופטימלי של רופאות ורופאים העובדים בבית החולים ביחס לרפואת הקהילה.

בישראל מוגדרים 54 מקצועות התמחות שונים, בנוסף לרפואת המשפחה ורפואת ילדים. התמחות ביילוד וגניקולוגיה משויכת כיום לרפואה היעצת, אם כי קיימת טענה שיש לראות גם בה חלק מהרפואה הראשונית. כמו כן, חלק מהמומחים ברפואה פנימית בישראל משמשים בפועל כרופאי משפחה בקהילה ועל כן נכון לראות בהם כחלק מהרפואה הראשונית. דוח של משרד הבריאות משנת 2018 הראה שמתוך 5,321 רופאי משפחה בישראל, 1,047 (19.7%) היו מומחים ברפואה פנימית

ו-1,698 (32%) היו מומחים ברפואת המשפחה. הרוב המכריע של השאר (48.3%) לא התמחו.³⁷

על פי דוח "כוח אדם במקצועות הבריאות"³⁸ (2021), בסוף שנת 2020 היו 22,323 רופאים מומחים בישראל, מהם 16,817 עד גיל 67. רופאים בתחומי הרפואה היעצת היוו כ-70% מכלל הרופאים עד גיל 67. מקצועות ההתמחות בהם התמחו מספר הרופאים הגדול ביותר במדינת ישראל הם מקצועות הרפואה הראשונית: רפואה פנימית (3,584 רופאים); רפואת ילדים (2,495 רופאים); רפואת המשפחה (2,089 רופאים); יילוד וגניקולוגיה (1,250 רופאים).

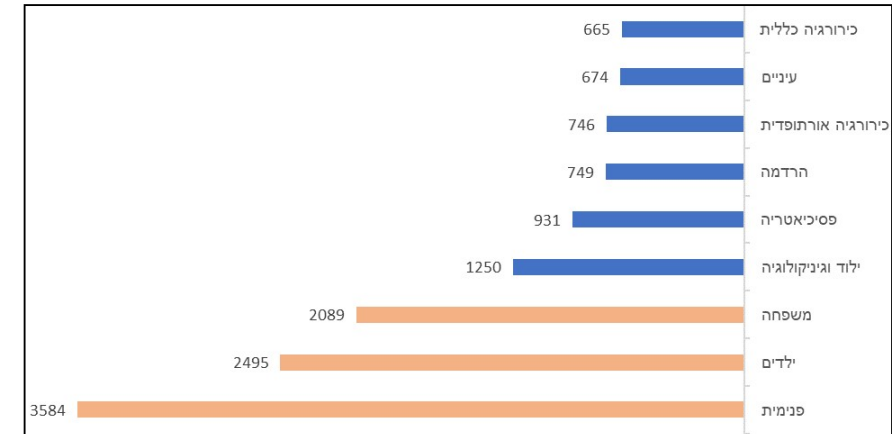
המקצועות בתחומי הרפואה היעצת בהם מספר הרופאים הרב ביותר הם פסיכיאטריה (931 רופאים); כירורגיה אורתופדית (746 רופאים); מחלות עיניים (674 רופאים); הרדמה (749 רופאים); רדיולוגיה אבחנתית (629 רופאים) וכירורגיה כללית (665 רופאים). מנגד, תחומי ההתמחות עם מספר הרופאים הקטן הם: אלרגולוגיה ואימונולוגיה קלינית (79 רופאים); גנטיקה רפואית (89 רופאים); נירוכירורגיה (99 רופאים) ורפואה לשיכור כאב (86 רופאים).

37 אמציה גינת, "עוסקים ומומחים ברפואת המשפחה - 2018", מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות.

https://www.gov.il/BlobFolder/reports/manpower-familydocs-2018/he/publications_man-power_FamilyHealth_2018.pdf

38 "כוח אדם במקצועות הבריאות 2020", משרד הבריאות, יולי 2021.
<https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/manpower2020.pdf>

תרשים 30: 9 מקצועות ההתמחות בהם מספר המומחים הגבוה ביותר עד גיל 67. בכחול - מקצועות רפואה יועצת



מקור: כוח אדם במקצועות הבריאות 2020, משרד הבריאות, יולי 2021.

חרף המגמה החיובית במספר המומחים החדשים כל שנה, הדוח מראה כי קיימת מגמת ירידה מזדקנת בעשור השנים 2010-2020 בשיעור המומחים עד גיל 67 לנפש, בחלק גדול ממקצועות הרפואה היועצת.³⁹ בשנים הבאות צפוי מחסור לאומי ברופאים, ובכלל זה רופאים יועצים בכל התחומים. המחסור מושפע ממספר גורמים - יציאת רופאים לגמלאות (ובפרט רופאים שהיגרו ארצה בתחילת שנות ה-90), הגירת רופאים, ירידה בשיעור הרופאים העולים, גידול באוכלוסייה והזדקנותה המשפיעים על הצורך בשירותי רפואה, ועזיבה (או אי השתתפות מלכתחילה) של בוגרי בתי ספר לרפואה את המקצוע בשל חלופות תעסוקה כדאיות יותר (כגון הייטק וביוטכנולוגיה). נוסף על אלו, קיים קושי להשפיע על מגמה זו בקבועי זמן סבירים בשל עלות ובעיקר משך ההכשרה הארוך הנדרש לרופאים.

מחסור זה צפוי אף לגדול עקב תוכניות שיישומן כרוך בהעסקת מומחים נוספים רבים: כך לדוגמה, הקמת בית החולים פרס בנגב, תוכניות לחיזוק המחלקות הפנימיות

39 רפואה תעסוקתית, קרדיולוגיה, נפרולוגיה, כירורגיה כללית, מחלות א.א.ג. וכירורגיה ראש וצוואר, ניאונטולוגיה, אלרגולוגיה ואימונולוגיה קלינית, בריאות הציבור, מחלות עור ומין, אנטומיה פתולוגית, כירורגיה כלי דם, מחלות ריאה, רפואה גרעינית, כימיה קלינית, פסיכיאטריה, מחלת ריאה ילדים, כירורגיה ילדים, כירורגיה חזה ולב, כירורגיה אורולוגית, פרמקולוגיה קלינית, אימונולוגיה קלינית ילדים, מיקרוביולוגיה קלינית ואלרגולוגיה ילדים.

בבתי החולים ויעדי קיצור תורים לשירותים רפואיים - כולן מחייבות גידול במספר הרופאים בכל תחום התמחות ביחס לקיים, גם בהתעלם מהגידול הצפוי באוכלוסייה ובביקוש הטבעי לשירותים רפואיים. ראוי לציין כי חלק מהתוכניות האלו נועדו להגדיל את מספר השדות הקליניים וכך להגדיל את מספר הרופאים בטווח הארוך, אך עלולות כאמור להחמיר את המחסור בטווח הקצר והבינוני. גם יישום אפשרי של התוכנית לקיצור משך התורניות בחלק מהמקצועות יביא בהכרח לקיצור שהיית המתמחה בבית החולים, וכך לירידה בתשומות כוח האדם הרפואי לטובת "מרפאות החוץ" בבתי החולים (אשר מופעלים, בין השאר, על ידי רופאים מתמחים).

המחסור הקיים והצפי להחמרתו בעתיד מחייבים תכנון ארוך טווח, קביעת יעדים ברורים וגיבוש ותקצוב תוכנית עבודה להשגתם. במסגרת הכנס השנה, בחרנו להעמיד לדיון שלושה נושאים מרכזיים בקשר לתכנון כוח אדם הרפואי ברפואה היועצת.

1. תכנון מספר הרופאים - המטרה העיקרית בתכנון של כוח אדם היא להבטיח ניצול יעיל של המשאב האנושי בענף. תכנון כוח אדם חייב להיות שיטתי, מקיף, מתמיד וגמיש, מונחה על ידי ראייה אסטרטגית ארוכת טווח.

2. הכשרת רופאים בתחומי הרפואה היועצת - לאור תקופת ההכשרה הממושכת הנדרשת להכשיר רופאים לעיסוק ברפואה היועצת, קיימת חשיבות לתאום ולשיתוף פעולה הדוק בין משרדי הממשלה, מערכות ההשכלה הגבוהה, האיגודים המקצועיים והמעסיקים.

3. התפתחות מקצועית ושמירה מתמשכת על מיומנות - יצירת הלימה בין המידע והידע הרפואי המצטברים לבין הפעילות הקלינית של הרופאים לאורך השנים, למניעת סטגנציה מקצועית ושחיקה.

תכנון מספר הרופאים

1. רקע

מערכות מוצלחות מתבססות לרוב על תשתיות פיזיות וארגוניות מצוינות יחד עם כוח אדם מוכשר בהיקף מספק אשר מתומרץ ומתוגמל באופן מותאם. על אף החידושים הטכנולוגיים אשר מוטמעים בה חדשות לבקרים, מערכת הבריאות בישראל צפויה להישאר מערכת עתירת כוח אדם אשר הצלחתה תלויה באופן משמעותי באיכותם ובמספרם של אנשי המקצוע המועסקים בה, ובדינמיקה ביניהם.

נושא קריטי זה עלה פעמים רבות לדיון בהקשרים שונים. ראויות לציון כמה ועדות שהתמודדו באופן ישיר עם בעיית תכנון כוח האדם הרפואי במערכת הבריאות, ובין היתר נתנו המלצותיהם על שינוי מספר הרופאים המוכשרים, אופי ההכשרה וחוסר התכנון ברפואי במערכת הבריאות. להלן חלק מהוועדות, אשר עסקו בנושא זה בהיקף כזה או אחר:

שם	שנה
ועדת נתניהו	1990
ועדת אמוראי	2002
ועדת פזי	2002
דוח מבקר המדינה 53ב'	2003
ועדת בן נון	2007
ועדת חורב	2010
ועדת אנדרון	2012
דוח גלזר ישראלי	2012
ועדת גרמן	2014
ועדת מרום הלפרין	2018
דוח מבקר המדינה 68ג'	2018
היערכות ל-2040 רופאים	2019
ועדת גמזו	2021
ועדת ביאר-הלוי	2022
דוח OECD על ישראל	2023

2. שיטת התכנון כיום: תכנון תגובתי מעגלי

לא קיימת שיטה מרכזית לתכנון כוח אדם רפואי במערכת הבריאות, אלא מעין מערכת כיבוי שרפות: לאחר זיהוי חוסר/קושי מוקמת ועדה אשר ממליצה על תוכנית פעולה, ולאחר יישומה החלקי או המלא, המערכת עוברת להתמודד עם החוסר הבא. שיטה מעגלית זו אינה צופה מראש קשיים ומונעת אותם, אלא מגיבה אליהם.

נכון לכתיבת שורות אלה, אין בישראל מערך לאומי אחוד האמון על תכנון כוח אדם בכל המקצועות ברמה הלאומית תוך עמידה בכל הרכיבים הנדרשים לתהליך תכנון

סוגיית כוח האדם במערכת הבריאות ייחודית במורכבותה.⁴⁰ ראשית, ההכשרה של כוח האדם המקצועי אורכת שנים ארוכות באופן יחסי, כך שלאחר זיהוי חוסר או צורך ייחודי באנשי מקצוע במערכת הבריאות לוקח זמן ארוך עד לתיקונו. שנית, הכשרת אנשי המקצוע דורשת השקעה גבוהה של משאבים, רובם המוחלט בדרך כלל ציבוריים. שלישית, בתהליך ההכשרה מעורבים גורמים רבים, כאשר רופא מומחה, לדוגמה, עובר במהלך הכשרתו דרך מוסדות משרד החינוך, בתי החולים, משרד הבריאות, המועצה המדעית, ובמקרים רבים גם קופות החולים וארגונים נוספים. רביעית, עם השנים הרפואה נהיית משוכללת, מורכבת ומקצועית יותר ויותר ומחייבת התמקצעות. מספר ההתמחויות והתמחויות העל עולה, וכך גם התמחויות משנה בתחומים רבים שאינם מוכרים בהכרח על ידי המועצה המדעית. התפקידים המסורתיים של הרופאה, האחות, והצוותים הרפואיים הנוספים משתנים ומשתכללים בעוד תפקידים אחרים, כגון עוזר רופא, מנהלנים ופלבוטומיסטים מוטמעים במערכת כדי לבצע את המשימות שבעבר ביצעו הרופאים והאחים. בתוך מערכת זו מבני כוח האדם הישנים כבר אינם רלוונטיים, והפרקטיקה של ביצוע משימות מנהלתיות, טכניות ואחרות על ידי רופאים מומחים, אינה ישימה ואינה תומכת בטיפול במחסור בכוח אדם במערכת הבריאות, בעיקר באזורי הפריפריה. התמודדות עם הבעיה דורשת השקעת משאבים ותכנון למילוי הפונקציות המנהליות על ידי אנשי צוות חליפיים, ניתוב אנשי מקצוע אל מוקדי החסר, וגם הסתכלות רחבה על מערכת הבריאות וכוח האדם בה במקום התמודדות נפרדת עם כל מגזר מקצועי לחוד.

לאור המורכבות, מנגנון השוק לא מצליח להתמודד עם סוגיית כוח האדם בקצב וביעילות הרלוונטיים ומדובר בסוגיה אסטרטגית שדורשת תשומת לב מיוחדת של הרגולטור. זאת ועוד - מדינת ישראל עוברת שינויים דמוגרפיים משמעותיים אשר מחייבים התמודדות גוברת עם בעיית המחסור בכוח אדם רפואי - גדילה משמעותית במספר האזרחים המזדקנים אשר מעלה את צריכת שירותי הרפואה, לצד גדילה מקבילה באוכלוסייה הכללית כתוצאה מילודה, ושינויים בפרקטיקות רפואיות ובטכנולוגיות שונות, כל אלו מחייבים מחשבה ארוכת טווח על מספר הרופאים המוכשרים בכל מקצוע מבעוד מועד.

40 מספר הרופאים בישראל: מגמות והצעות מדיניות. נעם שפירו, אור קיים, ענבל קובץ, אלכסיי בלינסקי, רייצ'ל ברנר שלם. פברואר 2021.

יסודי: נתונים, מודל תחזית, המלצות מדיניות, הוצאה לפועל ופיקוח. לא קיים כיום גם כלי מרכזי הממפה את הצרכים בישראל הקיימים והעתידיים בישראל, אם כי חלק מהקופות פועלות מול משרד הבריאות להקמתו של כלי שכזה.

3. סטודנטים לרפואה

מספר הסטודנטים לרפואה בישראל נקבע דה פקטו על ידי דיקני בית ספר לרפואה ומל"ג-ות"ת, זאת במנותק מהצורך של מערכת הבריאות. סטודנטים אלו מהווים 40 אחוזים בלבד מזרם הרופאים החדשים השנתי.

שיעור מספר הסטודנטים לרפואה הלומדים בחו"ל נקבע על ידי ביקוש של הסטודנטים הישראלים ללימודים אלו וביחס לנכונותם וליכולתם לעמוד במחיר הגבוה ובהשלכות של לימודים בחו"ל. מספר הלומדים בחו"ל אינו ידוע וקיימים פערי הכשרה משמעותיים בין המדינות השונות.

4. הכשרת מומחים

בניגוד לתפיסה הרווחת, תקינת גולדברג לא מגדירה את מספר ה"תקנים" של המתמחים, אלא את המספר המינימלי של הרופאים הנדרשים בכל מחלקה. לא קיימת "צביעת תקנים" עבור מתמחים, לא בבתי חולים הממשלתיים, לא בבתי חולים של כללית ולא בבתי חולים העצמאיים, כך שהמדינה אינה קובעת כמה מהתקנים/ משרות הרופא במערכת הבריאות הציבורית יאוישו על ידי מתמחים, ובכך למעשה לא משפיעה על זרם הרופאים המומחים החדשים הצפוי למערכת.

בתי חולים לא מפרסמים באופן מרוכז את מספר מקומות ההתמחות לאיוש ואין תוכנית עבודה סדורה של תכנון מקומות ההתמחות בכל תחום. השיבוץ והקבלה להתמחות אינם שקופים למועמדים וקיימת שונות רבה בתהליך הקבלה בין מוסדות השונים. בתי חולים רבים מעסיקים מתמחים גם באמצעות תאגידי בריאות או בהסדרים עם קופות חולים וגופים נוספים. כך, מספר הרופאים המתמחים בישראל אינו נקבע לפי הצורך הצפוי במומחים בכל מקצוע, אלא נובע במידה רבה מצרכים תפעוליים של מוסדות המעסיקים מתמחים (למשל הסכמי העבודה בדבר מספר התורנויות של המתמחים), מיכולתם להעסיק רופאים בצורה גמישה ומהביקוש למקצוע בקרב הרופאים המחפשים התמחות. כתוצאה מכך, קיים נתק כמעט מוחלט בין היקף המומחים הנדרש לצורך מתן שירותי רפואה יועצת במערכת הבריאות, לבין מספר המתמחים הנמצאים בהכשרה.

זאת ועוד, למרות שמרבית השירות הרפואי הנדרש לתושב ישראלי הנו במסגרת רפואה בקהילה, ורק במקרי קיצון הוא מגיע להזדקק לשירות רפואי בבית החולים, הרי שבאופן הפוך מרביתה המכרעת של הכשרת הרופאים המומחים מבוצעת בבתי החולים, ללא שילוב כלל של רוטציות בקהילה, ובמקרים שבהם מתקיימות רוטציות הן מצומצמות מאד. כך, אין התאמה בין צרכי הציבור במרבית זמן חיי התושבים, ובין פריסת כוח האדם הרפואי במערכת הבריאות הציבורית.

ההסכם הקיבוצי האחרון של הרופאים משנת 2011 אפשר חלוקת מענקים למקצועות במצוקה כניסיון להתמודד עם חוסר האיזון המתואר, ואלו הצליחו לתמרץ, אם כי באופן לא מספק, את ההתמחות במקצועות בחסר חריף. עם זאת, כדאי להכיר בכך שהיצע הרופאים המחפשים התמחות הוא בעיקרו "משחק סכום אפס" בו עבור כל מקצוע במצוקה שמגייס עוד מתמחה קיים מקצוע אחר ממנו נגרע מתמחה. בנוסף, מערכת תמריצים זו מגיבה במידה רבה לצרכים התפעוליים של בתי החולים במתמחים ויכולתה לצפות ולפעול לאיזון צרכים עתידיים במומחים מכל מקצוע מוגבלת מאד בשל פערי המידע.

רישום פנקסי ההתמחות מנוהל בידי המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית ועד כה לא התבצע בו שימוש לצורך פיתוח מודל תחזית ותכנון של מספר הרופאים היועצים בישראל. בין השנים 2020-2022 בוצעו במשרד הבריאות מספר פעולות לאיסוף נתונים ושיטות לתכנון מיטבי של כוח אדם בישראל, והחל משנת 2023 הוחלה חובת דיווח למשרד הבריאות על תחילת התמחות, אך המצב רחוק מקבלת תמונה מלאה של מצב הרופאים המומחים והחוסר בהם. היעדר המידע, הנובע בין היתר מפזורה בין ריבוי הגורמים הקיימים במערכת, מקשה על הבנת החוסר ברופאים בכל מקצוע רפואי כמו גם על תכנון מרכזי של מספר הרופאים, ולא קיימים מנגנונים לאשרור ועדכון המידע. כך, לדוגמה, אין מידע לגבי מספר הרופאים הפועלים היום בכל מקצוע התמחות, פיזורם והיקף עבודתם.⁴¹

בהיעדר תכנון מרכזי, לבתי החולים החזקים במרכז עדיפות בגיוס רופאים, בדגש על רופאים איכותיים, על פני בתי החולים בפריפריה שפעמים רבות נאלצים להתנהל במצב מתמשך של מחסור כוח אדם ובפרט כוח אדם איכותי.

41 ראו, לדוגמה, דוח מבקר המדינה משנת 2018 העוסק בין היתר בנושא זה.

5. היעדר תהליך רישוי חוזר, ומשמעותו על תכנון כוח אדם

סוגיית היעדרם של מנגנוני רישום חוזר ורישוי מחדש של רופאים ככלים לתכנון כוח אדם רפואי זכתה בעבר להתייחסותו של מבקר המדינה כמו גם לתשומת ליבם של ועדות ושל גורמי מקצוע רבים אשר המליצו על הקמתם של מנגנונים אלה, כפי שמקובל במדינות רבות בעולם.

תכנון כוח אדם רפואי מצריך תשתית נתונים מעודכנת ומהימנה של הרופאים המועסקים במערכת הבריאות. רישום של רופאים המועסקים במערכת הבריאות במאגר מידע ארצי, המתעדכן מדי פעם בפעם, הוא מנגנון הנהוג בתצורות שונות במדינות רבות בעולם. המאגר שנוצר על בסיס הרישוי החוזר מספק מידע חשוב, עדכני ושימושי על מספר הרופאים ושיעור העוסקים בפועל ברפואה ועל התפלגותם הגיאוגרפית, המגזרית (בית חולים או קהילה), תחומי מומחיות וכיוצא בזה.

6. שיטות התכנון בחו"ל

ברוב מדינות ה-OECD קיים גוף תכנון לאומי המתמודד עם שאלות כוח האדם במערכת הבריאות.⁴²

בשנת 2013 פרסם הארגון מסמך המסכם מנגנוני תכנון כוח אדם ברפואה ב-26 מדינות.⁴³ ובשנת 2021 פרסם האיחוד האירופי מסמך המסכם מדיניות תכנון וסמכויות גופי התכנון השונים ב-28 חברות האיחוד.⁴⁴ בהולנד, לדוגמה, המלצות גוף התכנון מתורגמות למכסות התמחויות במקצועות השונים ומשפיעות באופן ישיר על מספר הרופאים המתחילים התמחות בכל שנה. במדינות שונות התכנון מתורגם להגבלה בפועל של מספר המתמחים בכל מקצוע.

42 ניתן ללמוד על המאמצים והגופים המוקדשים לתכנון כוח אדם רפואי בעולם בדוח מכון ברוקדייל: "גופים וקבוצות עבודה לתכנון כוח אדם במקצועות הבריאות סקירה בין-לאומית" נורית ניראל, אדר שץ, אריאל טראוב, אוקטובר 2010 <https://brookdale.jdc.org.il>

43 https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-workforce-planning-in-oecd-countries_5k44t787zcwd-en;jsessionid=DjvkxTM0BvvoDNB_FBK011Cjb__2HKzHxj0tJ-P-.ip-10-240-5-5

44 https://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2021/02/D4_Final-study-report_EB-02-20-972-2A-N.pdf

7. אתגרים בתכנון כוח אדם בישראל

תכנון כוח אדם יסודי מצריך עמידה במספר משימות עיקריות:

1. איסוף של נתונים מקיפים ממקורות מגוונים אודות כוח האדם הנמצא בשלבים שונים של הקריירה: הכשרה, תעסוקה, עזיבה/פרישה.
2. זיהוי של מגמות סטטיסטיות ובנייה של מודלים לתחזית של היצע וביקוש של כוח אדם.
3. הגדרת יעדים אסטרטגיים בשיתוף עם השחקנים הרבים המעורבים בהכשרה/השמה של כוח אדם רפואי.
4. בנייה של תוכניות עבודה ארוכות טווח ורתימת כלל השותפים לעמידה ביעדים תוך הקצאת משאבים לקהילה ולבתי החולים בהתאם.
5. יישום התוכניות.

בהיעדר כל אלה, התכנון יישאר תגובתי, ad hoc וקצר טווח, והמערכת תסבול מפערים חוזרים ונשנים במקצועות השונים. כך למרות שבמשך שנים פעלו ועדות שונות בתחום, משרד הבריאות נתן בעיקר מענה נקודתי ונאלץ להתמודד עם עיוותים השונים שהיעדר תכנון יצר.

תכנון כוח האדם ברפואה יועצת

כיצד ניתן לנהל ולתכנן בצורה טובה יותר את המשאב האנושי, אשר הינו המרכיב החשוב ביותר במערך הרפואה היועצת?

- ◆ באיזו מידה וכיצד יש לתכנן את תחום כוח האדם ברפואה היועצת באופן מרכזי?
- ◆ מי נכון שיעשה זאת ולאור אילו שיקולים?
- ◆ מי אחראי לקבוע את הצרכים?
- ◆ מהו המנגנון האידיאלי לתכנון ולהתאמת היצע הרופאים היועצים במדינה?
- ◆ כיצד מנתבים את הרופאים הצעירים להתמחויות המבוקשות ובאזורים הגיאוגרפיים הנדרשים?
- ◆ כיצד מנתבים את המומחים לעבודה במסגרות ובאזורים הנדרשים?

הכשרת רופאים בתחומי הרפואה היועצת - אתגר תכנוני

תהליך ההכשרה של רופא מומחה הוא ארוך ומורכב - לימודים אקדמאים לאורך 4-6 שנים ולאחריה שנת סטאז'. עם סיום הסטאז', כל רופא המעוניין להתמחות בתחום מסוים נדרש להשלים מסלול התמחות של 4-6 שנים, ובמהלך יבחן בשתי בחינות בנושא ההתמחות, ועבור מומחה בתחום התמחות על, יש צורך בתקופת התמחות בת כשנתיים נוספות לפחות. יוצא אפוא, שעל מנת להכשיר רופא מומחה יש צורך בלימודים ובתקופת הכשרה של 10-14 שנים לפחות.

ישנה טענה לפיה מנגנון ההכשרה של רופאים מומחים הינו בלתי יעיל ביחס לתפקידים ולמשימות המוטלים על הרופא בסיום תהליך ההכשרה. כך למשל, רופא מומחה באורתופדיה יבלה כ-6 שנים בהכשרה שחלק ניכר ממנה יתמקד בפיתוח כישוריו הכירורגיים, ועליו להשלים מספר רב של ניתוחים כחלק מסילבוס ההתמחות, ברם מרביתם של הרופאים האורתופדים מועסקים אך ורק כרופאים יועצים בקהילה ולא עוסקים כלל בניתוחים לאחר סיום ההתמחות. נוכח המחסור המחמיר והגלובלי ברופאים בתחומים שונים, קשה לקבל היצמדות למנגנוני הכשרה בלתי יעילים שכאלו.

בבתי החולים מתמחים כיום כ-6,500 רופאים בכ-56 מקצועות התמחות, מהם 30 מקצועות בסיס ו-26 מקצועות-על (שההתמחות בהם נעשית לאחר התמחות באחד ממקצועות הבסיס). הביקוש של הרופאים הצעירים למקצועות השונים אינו שוויוני ויש בהם מקצועות מבוקשים יותר ופחות. כך למשל קיימים תורים של מתמחים לקראת התמחויות במקצועות כמו ילדים וגניקולוגיה בעוד מקצועות אחרים כמו גריאטריה ופסיכיאטריה סובלים ממחסור במתמחים חדשים, למרות קיומם של תקנים פנויים. קיימת גם שונות גיאוגרפית רבה: כך למשל, בעוד שבבתי"ח גדולים במרכז קיימת תחרות על מקומות התמחות ברפואה פנימית, בבתי"ח פריפריאליים רבים ישנם תקנים פנויים בתחום זה.

בחירת ההתמחות על ידי רופאים מונעת משיקולים רבים: יוקרה - "מקצועות בעלי מעמד", אורך ההתמחות, מספר התורנויות וכפועל יוצא איכות החיים בזמן ההתמחות, יכולת לשלב חיי משפחה, תגמול ואופציות השתכרות עתידיות, יכולות קידום ואופק מקצועי-פלושיפי, מקום מגורים וזמינות התמחות באזור המגורים וכיוצא בזה.

תהליך הקבלה להתמחות מתחיל באופן עקרוני עם תחילתו של הסטאז' בה עובר

הרופא במסלולים שונים בבית החולים. הלכה למעשה חלק גדול מהרופאים מגיע לשנת הסטאז' עם רצון וידע מוקדם על סוג ומקום ההתמחות המועדף עליהם ובתקופת הסטאז' מבצעים סבבי בחירה (אלקטיביים), תורנויות חוץ ופעילויות שונות במסגרת המחלקה המבוקשת בכדי להעלות את סיכוייהם להתקבל להתמחות. הקבלה להתמחות היא על סמך תקינה פנויה - מספר המתמחים נקבע על ידי המחלקה כפועל יוצא מהתקנים שהוקצו לה בבית החולים, תוך כפיפות לתמהיל מומחים-מתמחים רצוי אשר נחוץ לצורך הפעלה תקינה של המחלקה ומתן הוראה קלינית.

ישנם מספר סוגי תקנים עיקריים המאפשרים השתלבות בהתמחות במחלקה:

- ◆ תקנים אורגניים של המחלקה - מספר קבוע של תקנים המשויכים למחלקה מסוימת (ולרוב זהה בין מחלקות באותו תחום ובאותו בית חולים). כאמור, החלוקה בין מתמחים ומומחים בכל מחלקה תלויה באופן איש התקנים בה, שנקבע על ידי מנהל המחלקה.
 - ◆ תקני תאגיד - תקנים שאינם חלק מתקינת הבסיס של המחלקה, ואשר ממומנים מכספי תאגיד הבריאות של בית החולים. המשך קיומם של תקנים אלו מותנה ביכולת התאגיד לממןם ובהחלטת הנהלת בית החולים להמשיך ולהקצותם.
 - ◆ תקנים מושאליים/משולבים - תקן חיצוני לתקינה האורגנית של בית החולים המתקבל מהסכמי השאלה של קופות חולים, משרד הבריאות, צה"ל, מרכזים ועמותות שונות. בתמורה למימון התקן תינתן "תקופת השבה" של המומחה לארגון שממן את התקן, תשלום כספי של הגורם הממן ישירות לבית החולים, או לחילופין יינתנו שירותי רופאים מומחים מתוך המחלקה כשירות לארגון המממן.
- הקבלה להתמחות הינה לפי שיקול דעת מנהל/ת המחלקה ונהלי בית החולים. במוסדות רבים, ובעיקר מול ביקוש הגדול מהיצע התקנים, יש לעבור ועדת קבלה מקצועית במחלקה המבוקשת ועדת קבלה להתמחות בבית החולים-המוסד הקולט. סילבוס ההתמחות מורכב מפירוט הנושאים הנלמדים, הפעולות אותן הרופא נדרש ללמוד לבצע, רשימת ניתוחים במקצועות כירורגיים, סוגי הרוטציות והקורסים הנדרשים במהלך ההתמחות ומשכה, בהתאם לכל מקצוע. ככלל, המועצה המדעית היא הגוף המופקד על פי חוק על התמחות והתמקצעות הרופאים בישראל. תפקידי המועצה המדעית כוללים: קביעת מסלול התמחות, הסילבוס המורחב והמיומנויות הנדרשות (רשימת ניתוחים, פעולות) בכל אחת מ-57 ההתמחויות בישראל ועדכוןם

המתמיד; הכרה ובקרה של כ-1,500 המחלקות/מרפאות המוכרות לצורך התמחות, על פי קריטריונים מובנים; עריכת בחינות התמחות בכתב ובעל פה ובדיקה מתמדת של איכותם. המועצה אף מופקדת על ייזום ובקרה של תוכניות השתלמות עמיתים להתמקצעות נוספת לאחר ההתמחות ועל קידום התעדכנות רפואית מתמדת, CME, לרופאי ישראל (ראו בהמשך).

כיום, הרוב המוחלט של לימודי הרפואה ומסלולי ההתמחות בישראל מתבצעים בבתי החולים. העבודה הקלינית בבתי החולים היא בעלת אופי שונה מאוד מזו שברפואת הקהילה - מורכבות המקרים, האקוטיות, והשאלות הקליניות העולות מהם הן אחרות; ואין הכרה ראויה למקומה של רפואת הקהילה או לחשיבות הכנת המומחה העתידי לעבודה בקהילה. כלומר, עבודת הרופא בקהילה נתפשת על ידי מקבלי ההחלטות כדילול של עבודת בית החולים ולא כפעילות בעלת אופי אחר במובהק, כשהנחת הבסיס היא התמקדות בתחלואה קשה ומסוכנת. כעדות לכך, לא קיימים במרבית הסילבוסים תחומי הכשרה הנוגעים למעקב אחר החולה הכרוני, הטיפול בריבוי מחלות, רפואה מונעת, חינוך לבריאות ועוד. בשנים האחרונות, תוכנית ההתמחות ושינוי מבנה ההתמחות נדונו במסגרת מספר ועדות מקצועיות וניירות עמדה שיזם משרד הבריאות. משם, התקבלו המלצות מפורשות להרחבת ההכשרה הקלינית בקהילה, להתאמתה ולקידום באמצעותה תוכנית להגדלת מספר המתמחים בתחומי הרפואה היועצת ולחיזוק מערך רפואת הקהילה.

ראוי לציין כי רוב המפגשים הרפואיים בחייו של מטופל מתבצעים בקהילה כאשר בית החולים הוא בדרך כלל אפיזודה אקוטית חולפת בחייו הבריאים. תמהיל המטופלים שמגיע לרופא בקהילה שונה מזה שמגיע לרופא באותו תחום מומחיות בביה"ח בפרופיל התלונות, בחומרתן ובאבחנות ובשל כך, יש חשיבות גדולה להכשרה מתאימה של הרופאים בבתי החולים לרפואת הקהילה. עם זאת, ברוב המכריע של מקצועות ההתמחות, ההתמחות מתרחשת כולה במחלקות ביה"ח ותוך חשיפה מינימלית לבעיות רפואיות שגרתיות. כך למשל, בוגרת התמחות ברפואה פנימית יכול וצברה ניסיון משמעותי בניהול החייה, אירוע לא נדיר בין כותלי בית החולים, אך לא נתקלה מעולם במטופל עם דלקת גרון שגרתית או בהסתמנות מוקדמת של מחלה מורכבת. בחלק מהמקצועות קיימות רוטציות בחירה בקהילה (ילדים, כירורגיה אורתופדית, גניקולוגיה) אך קיים קושי לממשן עקב חסר במחלקות מוכרות להתמחות בקהילה ותמריץ שלילי של מנהלי המחלקות בביה"ח לשלוח את המתמחים לרוטציה מחוץ לביה"ח. זאת ועוד, חסמים בירוקרטיים וטכניים מקשים על ביצוע הרוטציות בקהילה - בגניקולוגיה, ניתן כאמור לבצע רוטציה בקהילה, אולם

רוטציה כזאת יכולה להתבצע אך רק במרכז לבריאות האישה שאושר והוכר על ידי ועדה מטעם המועצה המדעית. תהליך ההכרה של המרכזים בירוקרטי מאוד ולוקח זמן רב ופוגע אף הוא בהצלחתו של שילוב המקצוע בקהילה.

נתוני בחינות ההתמחות, המתבצעות הן על ידי בוגרי הארץ והן על ידי בוגרי חו"ל שכבר עברו את הבחינה ההתחלתית לקבלת רישיון, מעלים כי בניגוד לבוגרי הארץ, שיעור ניכר מבוגרי חו"ל מתקשים להתמודד עם הסטנדרטים המוצבים על ידי מערכת הבריאות הישראלית. בנתונים שהוצגו במועצה הלאומית לכלכלה בשנת 2019, בעוד ששיעורי המעבר של בוגרי הארץ את בחינת אמצע ההתמחות (שלב א') עומדים על כ-95%, שיעורי המעבר של בוגרי חו"ל נמוכים משמעותית, ועומדים על כ-45% בממוצע בעשור האחרון. מגמה זו ממשיכה גם בבחינת סיום ההתמחות (בחינת שלב ב'). גם בסוף ההתמחות ניכר הפער בין רופאים בוגרי מוסדות בארץ - אשר שיעורי המעבר שלהם עומדים על כ-90%, לבין רופאים בוגרי חו"ל - המאופיינים בשיעורי מעבר של כ-60%.

מגמה זו מציבה אתגר לא פשוט בפני מערכת הבריאות. מחד, אין ספק שרופאים בוגרי לימודי רפואה בחו"ל מהווים מרכיב חשוב והכרחי בכוח האדם הרפואי הישראלי, וכי לימודי הרפואה בחו"ל מאפשרים תוספת משמעותית והכרחית לכוח האדם הנדרש לעסוק ברפואה בישראל. אך לצד זאת, חלק ניכר מבוגרי חו"ל הם בעלי הכשרה באיכות נמוכה. מכיוון שמדינת ישראל מסתמכת במידה רבה על בוגרי מוסדות מחו"ל, נוצרת שונות רבה ברמתם המקצועית של הרופאים המועסקים בישראל, אשר פוגעת באופן לא פרופורציונלי בשירותי הרפואה בפריפריה. באופן טבעי בתי חולים במרכז הארץ הינם אטרקטיביים יותר בעיני הרופא הצעיר, ועל כן מסוגלים לגייס את כוח האדם האיכותי ביותר, לעומת בתי החולים בפריפריה שמגייסים שיעורים ניכרים מקרב בוגרי מוסדות חו"ל. מהסתכלות על נתוני הניגשים למבחני סיום ההתמחות עולה כי בבתי חולים במרכז שיעור בוגרי מוסדות לימוד ישראלים גבוה מאשר בבתי חולים בפריפריה. ככל שגדלה השונות ברמה המקצועית של כוח האדם החדש, כך הרפואה בפריפריה עתידה להיחלש עוד יותר. עם זאת, כחלק מהרפורמה ברישוי רופאים שאותה הוביל פרופ' שאול יציב ("רפורמת יציב")⁴⁵ בוגרי בתי ספר לרפואה שהוגדרו כחלק מהרפורמה כבעלי רמה מקצועית לא מספקת, אשר התחילו לימודיהם לאחר 2019, לא יוכלו לגשת למבחן רישוי בישראל. כפועל

45 https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessages/Pages/21012019_03.aspx

יוצא, החל משנת 2025 צפויה ירידה בשיעור הרופאים החדשים מחו"ל בעלי רמה מקצועית נמוכה במיוחד, ועליה הדרגתית במספר וברמה המקצועית של הרופאים החדשים מחו"ל באופן כללי.

כמו שצוין מעלה, בחלק ממקצועות הרפואה היועצת חלה בעשור האחרון ירידה בשיעור המומחים לנפש, מה שמבשר על מספר התחלות נמוך מהרצוי של מתמחים בכל שנה. עם זאת, ככל ואין נורמה מקובלת באשר לשיעור המיטבי של מומחים לנפש בכל מקצוע, ולא קיימת מערכת תכנונית מתאימה הצופה את היצע הרופאים לנפש בעשור הקרוב, לא ניתן כמעט לתקן עוותים אלה ולהבטיח היצע רפואה מקצועית התואם את הצורך ברופאים היועצים.

ברפואה היועצת קיים חשש גבוה במיוחד לחוסר הלימה בין מספר המומחים המוכשרים (כלומר, המתמחים של היום) לבין הצורך העתידי ברופאים היועצים, וזאת מכיוון ומספר המוכשרים נקבע על ידי צורך המחלקות בבתי החולים במתמחים, שבסוף התמחותם "נעלמים" לקהילה, כאשר לא קיים גורם המשכי המסתכל באופן כולל על המערכת באופן הוליסטי.

הכשרת המומחים בתחומי הרפואה היועצת

נוכח השינויים הקיימים במבנה מערכת הבריאות, בציפיות הציבור ובאופי הרפואה, אילו התאמות נדרשות למערך ההכשרה של מומחים בתחומי הרפואה היועצת?

- ◆ באיזו מידה וכיצד נכון להתאים את ההתמחויות בתחומי הרפואה היועצת למיומנויות הנדרשות בקהילה?
- ◆ האם נכון לתקנן באופן נפרד תקני מתמחים ותקני מומחים כדי להבטיח את זרם הרופאים החדשים בכל תחום התמחות?
- ◆ באיזה היקף יש מקום להחיל רוטציות חובה בקהילה?
- ◆ האם יש להסיט חלק מההתמחות לקהילה, או להתוויית מסלול "קהילה" מול "בית חולים" במהלך ההתמחות?
- ◆ האם נכון לחייב מומחים צעירים בבית חולים לקיים חלק מפעילותם הקלינית בקהילה במסגרת משרתם בבית החולים, ובכך להשלים גם את הפער שנוצר בהכשרתם שהייתה רובה ככולה בבית חולים?

התפתחות מקצועית מתמשכת, שמירה על רמה מקצועית גבוהה ועדכניות הידע הרפואי במהלך שנות העבודה בארגוני הבריאות ובבתי החולים

שני המקצים הקודמים התרכזו בבעיות ובהצגת שאלות בקשר להתאמת מספר וסוג הרופאים היועצים לצרכי האוכלוסייה בעתיד. אך ההתייחסות לסוגיות אלה - לא די בה.

באופן מסורתי, בעוד רפואת הקהילה מהווה את הבסיס האיתן של מערכת הבריאות ושל שירותי הבריאות בישראל, בתי החולים מהווים את חוד החנית של הרפואה בהם מטופלים המקרים המורכבים ביותר, הקשים ביותר, באמצעות הטכנולוגיות המתקדמות ביותר. גם החלק הארי של המחקר הקליני מתבצע במסגרת בתי החולים ולא במסגרת רפואת הקהילה.⁴⁶ לאור זאת, ולאור תפקודם גם כ"בתי הספר" של המומחים בישראל, בתי החולים פיתחו מנגנונים לשימור ואף העלאת רמתם המקצועית של הרופאים והרופאות העובדים בהם: עבודה בצוותים מגוונים, ישיבות אקדמיה עיתיות, מנגנוני תמרוץ עבור מחקר וכיו"ב, בעוד בקופות החולים פעמים רבות נותרים הרופאים המומחים בתחומי הרפואה היועצת לעבוד באופן עצמאי וללא מנגנונים להבטחת למידת עמיתים או התעדכנות בידע רפואי חדש.

בעידן המודרני, מקצוע הרפואה מחייב למידה והתעדכנות לאורך חייו המקצועיים של הרופא. סכומי עתק, המושקעים על ידי גורמים פרטיים ועל ידי רשויות בעולם לטובת שיפור ושימור בריאות האדם מביאים לכך שהאגושות מבינה, כל יום יותר, את ההתפתחות של מחלות נחקרות, ופותרונות חדשים וטובים יותר לבעיות רפואיות שונות מומצאים, מפותחים ומיוצרים. קצב הגידול האדיר בידע ובמידע רפואי מהווה אתגר רציני עבור מערכת הבריאות והרופא עצמו, שנדרש להתעדכן ולברור את המידע הרלוונטי מתוך השפע הקיים, בד בבד עם מתן שירות שוטף למטופליו, כדי להמשיך ולספק טיפול באיכות גבוהה.

מדובר באתגר משמעותי במיוחד. אם לצורך הערכת המחסור הצפוי בכוח אדם רפואי ניתן לאמץ מודלים קיימים, בתחום הידע הרפואי, לעומת זאת, לא קיימים מודלים מעשיים לניבוי הנזק מסטגנציה מקצועית. לכן, אין מודעות לסיכון הממשי לבריאות

46 מנגד עולה השאלה כיצד ניתן לשמר את כוחה של קופת החולים כשומר הסף על שימוש במשאבי בריאות, לרבות בדיקות והפניות נוספות?

שנובעת מכך שרופא ממשיך לטפל לאורך שנים על בסיס הידע שרכש עד לקבלת תעודת המומחה - ולא עוד. סיכון זה אינו נמדד ואינו מוכח ולפיכך, לא מוקצים די משאבים להקטנתו.

דוגמה פשוטה להבנת הבעיה ניתן להביא דרך נושא קצב כניסתן של תרופות חדשות לשימוש. בשנות ה-30, אישר ה-FDA שתי תרופות חדשות בשנה במוצא, וכיום קצב אישור תרופות חדשות לשימוש עומד על כ-30 בשנה.⁴⁷ המשמעות היא שיותר ממחצית התרופות העיקריות המשמשות את הרפואה כיום, אושרו לשימוש לאחר שנות ה-80, ורופאים שהשלימו את תקופת הכשרתם הפורמלית קודם לכן, נדרשים להכיר לצורך עבודתם השוטפת, מבלי שעומד לרשותם מנגנון מסודר שיטתי ואחראי שינגיש להם את המידע, ובפועל ההיכרות של הרופאים עם התרופות החדשות מושפעת יתר על המידה מהיקף תקציב השיווק שמחליטה כל חברת תרופות להקצות להחדרת תרופות כאלה ואחרות לשימוש.

נדגיש כי לא מדובר רק על הסכנה שבאי היכרות עם חידושים רפואיים, אלא גם בהיכרות עם מידע חדש על טיפולים קיימים, כאשר במספר מקרים טיפולים שהיו מקובלים מאוד בעבר, התבררו עם הזמן לבעלי ערך טיפולי נמוך ולעתים אף מסוכנים לשימוש, או חסרי תועלת קלינית בעקבות התפתחות בבדיקות עזר שונות (דימות, מעבדה וכו').

לצורך בעדכון הידע המקצועי של הרופא, מצטרפים שינויים לא מבוטלים נוספים המחייבים שינוי בדרך העבודה של הרופא: שינויים דמוגרפיים, שינויים בסוגי התחלואה ובציפיות המטופלים, הגידול בביקוש לשירותי רפואה בכלל, אך גם הגברת השימוש ברפואה מרחוק, רפואה מולטי-דיציפלינרית, ניהול סיכונים וכו'. לשינויים הללו יש השלכות על הגישה הרפואית המקובלת - החל במניעת תחלואה, עבור באבחון וכלה בטיפול ובמעקב אחר המטופלים. רופא שלא יתעדכן ייצר רפואה פחות איכותית, יפגע בשביעות רצון המטופלים, ייחשף לתביעות רשלנות, וברמת העל - יקשה על מערכת הבריאות לייעל את שירותי הבריאות שהיא מספקת ולמצות את המשאבים שלה בצורה מיטבית. חוסר ידע מביא לפגיעה בביטחון הקליני - ביצוע בדיקות וטיפולים מיותרים, עיכוב בזיהוי מצבים רפואיים וגרימת נזק של ממש.

47 kinch MS, Haynesworth A, Hoyer D. An overview of FDA approved new molecular entities: 1827-2013. *Drud Discov Today*. 2014;19(18):1033-1039.

העדכון המקצועי הסדור והבחינה העיתית של הידע והמיומנות, מעבר ליתרונם בשיפור איכות הרפואה, מאפשרים רישום מסודר של הרופא הפעיל/המבוגר, תחומי התמחותו ותחומי עיסוקו העכשוויים. לרישום זה חשיבות מכרעת ביכולת לתכנן כוח אדם רפואי ארוך טווח ויעיל.

זאת ועוד: כיום, לימוד מתמשך לאורך כל תקופת הפעילות המקצועית נחשב אחריותו האישית של הרופא. מדובר בגישה מיושנת ותחרותית, שאינה מוכיחה את עצמה כיעילה ברמה מערכתית וממלכתית. דהיינו, המציאות שבה כל רופא ורופאה בוחרים עד כמה להתעדכן ולהשקיע בלמידה, היא לרועץ ברמה הציבורית, ונכון לבחון תהליך סדור ונגיש לרופאים ללמידה אגב שירות.

דוגמה מוצלחת למציאות טובה יותר היא בבתי חולים אקדמיים, העוסקים באופן מובנה ושיטתי בהכשרה. כתוצאה מכך, כוח האדם הרפואי בבתי החולים נחשף לידע חדש ולשיטות טיפול עדכניות ללא מאמץ מיוחד, אגב השירות השוטף למטופלים. בקהילה, תרבות זו של למידה שוטפת תוך כדי עבודה מאפיינת בעיקר את הרפואה הראשונית (בעיקר השכירה - בה כחלק מהסכמי השכר מוקצות שעות עבודה לצרכי השתלמות מתמשכת) וכמעט ואינה מתקיימת ברפואה היועצת. היות ורפואת הקהילה מבוזרת ובודדה באופייה, על פניו קיים קושי נגישות לרופאים אלו להגיע להכשרות, אולם תקופת הקורונה לימדה אותנו את היכולת להעביר את מירב הלמידה המתמשכת לאמצעים מקוונים.

בעיית הסטגנציה המקצועית אינה תופעה ייחודית לישראל. מדינות רבות מתמודדות עם אתגר השמירה על מיומנות מקצועית במקצועות הבריאות בדרכים שונות, כתלות גם במבנה הארגוני של מערכות הבריאות שלהם, ובתרבות ההסדרה המקומית, כלומר - מה מידת המעורבות של הרשויות ברגולציה מקצועית.⁴⁸

ברוב המדינות קיימת ציפייה של הרשויות ושל האיגודים המקצועיים כי כוח האדם הרפואי ייקח חלק בהכשרות שוטפות, אך ההשתתפות לרוב אינה מנדטורית ואינה כוללת בהכרח סנקציות על בחירה שלא להתעדכן (כמו שלילת רישיון).

48 Merkur S, Mossialos E, Long M et al. Physician revalidation in Europe. *Clin Med* 2008;8:371-6.

סוג העדכון מתחלק לשניים⁴⁹-

א. לימודי המשך רפואיים (Continued Medical Education - CME) למטרת שימור ופיתוח של מיומנות קלינית.

ב. פיתוח מקצועי המשכי (Continued Professional Development - CPD) הכוללת התייחסות גם למיומנויות חברתיות, בין-אישיות וארגוניות.

במדינות שונות באירופה קיימת מודעות רחבה לחשיבות ההכשרה המתמשכת. בחלקן (אוסטריה, פינלנד, אסטוניה, ספרד וגרמניה) האחריות להכשרה מוטלת על עובדי רפואה, והם נדרשים להוכיח לרשויות כי מילאו אותה; באחרות, נקבעו דרישות רגולטוריות והוקמו מנגנונים פורמליים להוכחת מיומנות מקצועית מתמשכת. מנגנונים אלו חלים לעתים רק על חלק מסוים של כוח-האדם הרפואי - רופאי בתי חולים, עובדים העוסקים בפעילות קלינית, רופאים שפועלים במסגרת אמבולטורית בלבד, למשל, וחלקם על כלל העובדים במערכת.⁵⁰

ישנה שונות גם באופן ההוכחה - במדינות גרמניה, הונגריה וסלובניה די לספק אישור להשתתפות בפעילות של לימודי המשך רפואיים או של פיתוח מקצועי המשכי על מנת לעמוד בדרישות, כאשר בהולנד מופעל מערך של ביקורת עמיתים - Peer Review בנוסף לדיווח מוסדר על השתתפות בפעילות התעדכנות מקצועית מינימלית.

המנגנון המופעל בבריטניה, לעומת זאת, הוא חריג בהיקפו ובקיפוניותו. בשנת 1999 פרסם ה-NHS הבריטי הצעה בשם "Supporting Doctors, Protecting Patients" לתהליך הערכה מקצועית עתית לרופאי משפחה.⁵¹ ההערכה הופעלה בתחילה בדרך של "למידת עמיתים" חסויה, שנועדה לתת לרופאים היזון חוזר על איכות

49 Peck C, McCall M, McLaren B, Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ* 2000;320:432-5.

50 Sole M, Panteli D, Rizzo-Gill I et al. How do medical doctors in the EU demonstrate that they continue to meet criteria for registration and licencing. *Clin Med* 2014;14(6):633-639.

51 Department of Health. Supporting Doctors, Protecting Patients: a consultation paper. London 1999.

עבודתם, לחזק את הידע הקליני שלהם ולהגביר את תחושת הביטחון המקצועי, אך תוך חמש שנים עבר התהליך אסקלציה חדה וההערכה הפכה למנדטורית עבור כל רופאי המשפחה. ב-2012 היא הוחלה על כל הרופאים הרשומים במועצה הרפואית הכללית של הממלכה (General Medical Council - GMC), ונכון להיום ההערכה מתבצעת במתכונת של תיקוף (Revalidation) אחת לחמש שנים, והיא כוללת סקר קולגות ומטופלים; מעקב אחר תלונות והשתתפות בתוכניות למידה מאושרות.⁵² התיקוף נועד לוודא שרופאים פועלים בהתאם לציפיות ולקווים המנחים של המועצה הרפואית לגבי Good Medical Practice וביחס לארבעת העקרונות הבאים:⁵³

1. ידע מקצועי, כישורים ומיומנות קליניים;

2. איכות ובטיחות;

3. תקשורת בין-אישית ושיתוף;

4. בניית אמון הדדי עם המטופל.

תוכנית התיקוף בבריטניה נמצאת באחריות משרד הבריאות הבריטי, ומופעלת באמצעות ה-GMC. כל רופא פעיל שם נדרש להגיש בקשה לתיקוף והיא מבוצעת על ידי "גורמים ממליצים" מוסמכים מטעם הרשויות. רופא שאינו עובר תהליך תיקוף מסתכן בשלילת רישונו לעיסוק ברפואה.

לסיכום, ניתן לחלק את מערכות התיקוף של ידע רפואי במדינות השונות לשתי קבוצות עיקריות:⁵⁴

א. מערכות מחייבות - אלו קיימות במדינות כמו בריטניה, בלגיה וגרמניה. המערכת מחייבת עדות ברורה של מיומנות מקצועית עתית וכוללת מאגר מידע ומעקב מוסדר. במדינות בהן פועלת מערכת מחייבת, מופעלת גם מערכת כלשהי של סנקציות או תמריצים על מנת לעודד התעדכנות מקצועית שוטפת.

52 General medical council UK revalidation programme board. Implementing revalidation. www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/managing-your-registration/revalidation/introduction-to-revalidation

53 General Medical Council - Good Medical Practice. www.gmc-uk.org/-/media/documents/good-medical-practice---english-20200128_pdf-51527435.pdf

54 Sole M

ב. מערכות לא מחייבות - אלו קיימות במדינות כמו ספרד, אוסטריה ופינלנד. בהן, יש עידוד תרבותי לקיום תהליכי למידה ופיתוח מקצועי אך אין חובה סטטוטורית להשתתף בהן, או חובת דיווח רגולטורית, אם כי מעסיקים רבים מחייבים את עובדיהם לכך כנגזרת מיישום אחריותם הכוללת לאיכות רפואית.

לשיטת ההפעלה הנבחרת יש כמובן השפעה מערכתית ולא רק על איש הרפואה. כך, לפי מחקר איכותני שבוצע בבריטניה ב-2016, השיטה הבריטית נתפשת על ידי הרופאים כחסרת ערך מקצועי אמיתי, ולכן - בירוקרטית, בלתי-גמישה ומייצרת עומס מיותר על הרופאים, שגם כך עמוסים מאוד. לפי מחקר זה, התהליך גורם לדה-מורליזציה ולעקה בקרב העובדים, וגרם לגידול בהצהרות רופאים על כוונה לנטוש את המקצוע.⁵⁵

היבט חשוב נוסף הוא שאלת המימון של תוכניות הכשרה כאלה. עלותן הגבוהה גורמת באופן טבעי לחיפוש מקורות מימון, אם ההכשרה אינה ממומנת על ידי המדינה, וכך נעשה שימוש לא מבוטל בתעשייה הרפואית ששמחה להקצות משאבי שיווק לטובת הדרכות מסוג זה. למעורבות התעשייה יש כמובן השפעות שליליות פוטנציאליות לגבי תוכן ההדרכות, ולפיכך בחלק מהמדינות חל איסור מוחלט לשלב חברות תרופות, ציוד ומכשור רפואי בהליכי ההכשרה ומימוןם. מדינות אחרות בוחרות בגישה יותר פרגמטית שתומכת בשותפות עם התעשייה תוך הצבת מסגרת רגולטורית ברורה.⁵⁶

המצב במדינת ישראל

כיום, אין בארץ התייחסות רגולטורית להכשרות המשך. אין חובה כזו שחלה על כוח האדם הרפואי, אין תוכנית לאומית מובנית, אין גוף מפקח, אין רישום ואין מעקב. ישראל חריגה בהקשר הזה בעולם. עוד על רישוי חוזר ניתן לקרוא בדוח של מבקר המדינה בנושא.⁵⁷

55 Dale J, Potter R, Owen k et al. The general practitioner workforce crisis in England: a qualitative study of how appraisal and revalidation are contributing to intentions to leave practice. BMC Family Practice (2016)17:84.

56 ESC Board. The future of continuing medical education: the roles of medical professional societies and the health care industry. Eu Heart J (2018)00, 1-8.

57 לוי ברוך, רישום חוזר ורישוי מחדש של רופאים ככלים לתכנון כוח אדם רפואי - מדוע לא בישראל? מראות - עיונים בביקורת המדינה ובבירור תלונות הציבור, חוברת 64 - 2022.

לא משרד הבריאות, לא המועצה המדעית ולא ההסתדרות הרפואית בישראל - עורכים תהליך כלשהו של תיקוף רישיון מומחה ולא מתנים את תוקפו בהתעדכנות מקצועית כלשהי. האיגודים המקצועיים, בתי החולים וקופות החולים אמנם עורכים כנסים מקצועיים במגוון תחומים מקצועיים וארגוניים, אך אין תוכנית הכשרה סדורה שמוודאת בין היתר עדכון לכל תחומי המומחיות, ובאיזו תדירות, אין חובת השתתפות, וממילא ואין רישום, מעקב ודיווח לגבי השתתפות כזו. זאת, למרות שבתפיסה, רופאי ישראל דווקא מבינים את החשיבות של הכשרה שוטפת ורוצים בה. כך עולה מסקר שבוצע במסגרת התוכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה.⁵⁸ שם נמצא שמבין המשאבים הארגוניים שיש לחזק בלטו: "תפיסת מערכת הבריאות כמקדמת ומטפחת את המקצוע שלי".

כחלק מהסכם הרופאים שנחתם עם קופות החולים, רופאים העובדים כשכירים זכאים למספר ימי השתלמות בשנה בהתאם להיקף משרתם, אך אין חובה לנצלם, ואין תגמול עודף לעובד שעבר הכשרות שוטפות לעומת אחר שלא.

למעשה, התמריץ הקיים בישראל כיום להכשרת המשך הוא שלילי: שכר הרופאים היועצים בקהילה מבוסס על הכנסות לפי תפוקות - כך שכל שהרופא בודק יותר מטופלים ומבצע יותר בדיקות, כך הוא מתוגמל יותר. התוצאה היא שהיעדרות של הרופא מהמרפאה לטובת השתתפות בכנסים ובהשתלמויות פוגעת בו כלכלית. המצב חמור עוד יותר בקרב רופאים עצמאיים אשר כל הכנסתם תלויה בפעילות הקלינית במרפאה והם אינם זכאים לשעות השתלמות בתשלום - בכלל.

58 התוכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה: תמצית ממצאים ראשוניים מהסקר הלאומי, 2021.

שימור ופיתוח כוח האדם ברפואה היועצת

אילו שינויים נדרשים במערך הרפואה היועצת על מנת להפחית את שחיקת הרופאים בתחומים אלו (בעיקר בקהילה), לשמר כוח אדם מיומן ולהעלות את רמת שירותי הרפואה היועצת לציבור?

- ◆ האם ואיך יש לפתח את תחום ה-CME - הפיתוח המקצועי, בפרט לרופאים יועצים בקהילה? (למשל, שת"פ מקצועי בין רפואה יועצת בקהילה ובבתי החולים)
- ◆ האם יש מקום להחיל רגולציה של אשרור מחדש של מומחיות (fit to practice) ואם כן מי נכון שיעשה זאת?
- ◆ כיצד מרחיבים את האתגר המקצועי ברפואת קהילה (למשל הרחבת המחקר בקהילה)?
- ◆ באיזו מידה וכיצד צריך לרתום את הקהילה ואת בתי החולים לשימור כשירותם המקצועית של הרופאים - בין אם הם עובדים בקהילה, בבתי החולים או בשילוב?
- ◆ באיזו מידה שיתוף פעולה בין בית חולים לקהילה יכול לצמצם ולמנוע את תופעת השחיקה הקיימת בקרב רופאים יועצים?

תכנון כוח האדם הרפואי ברפואה היועצת: המלצות הצוות

1. הצוות ממליץ להמשיך ולהרחיב את כל שדרת הכשרת הרופאים המומחים (החל מ"כיסאות" באוניברסיטה, עבור בשדות קליניים בלימודים, וכלה בתקני סטאז'רים ומתמחים), וזאת ללא תלות בהמלצות הנוספות אשר עוסקות בצורך לייעול השימוש במשאב האנושי.
2. הצוות ממליץ לקדם שינוי סילבוס ההתמחות במקצועות היועצים בהם רוב הפעילות נעשית בקהילה, וזאת לצורך הכשרה מותאמת יותר לעבודה זו. במצב הקיים, מרבית הסילבוסים מוכוונים עבודת בית חולים ואינם מכינים את הרופאים לעבודת הקהילה, שהיא בעלת אופי שונה. שוני זה מייצר אכזבה, העדפה של בתי החולים ושחיקה של מטפלים.
3. הצוות ממליץ להרחיב משמעותית את רכיב הרוטציות בקהילה בהתמחויות

הקיימות. בכך יושגו שתי מטרות: תשופר החשיפה המקצועית של מתמחים למקרים בהם סביר שייתקלו לאחר סיום התמחותם ויעובה מערך הרפואה היועצת בקהילה באופן משמעותי.

4. הצוות ממליץ לשקול שכלול התמחויות רלוונטיות לכדי "מסלולים" ייעודיים לרופאים המתעדים לעבוד בקהילה. בדיון עלו שתי הצעות מובילות - פיצול ל"מסלולים" בתוך ההתמחות לאחר תקופת בסיס מסוימת (מסלול קהילה ומסלול בית חולים), או הוספת התמחות מיועדת קהילה במקצועות רלוונטיים - לדוגמה התמחות בנוירולוגיה קהילתית. בכך ניתן יהיה להתאים טוב יותר את הכשרתם של רופאים מומחים למשימות שצפויות להיות מוטלות עליהם בעתיד, לצד קיצור תקופת ההכשרה הנדרשת מהם.
5. הצוות מברך את משרד הבריאות על העיסוק הגובר בתכנון כוח אדם רפואי ומעודד אותו להמשיך בכך: לאסוף מידע מכלל רכיבי מערכת הבריאות, ליצור תחזיות בנוגע למספרי הרופאים היועצים (ובכלל) ולגבש המלצות בנוגע למספר המתמחים בהתמחויות השונות בתגובה לצרכים של השטח. על התכנון להתבצע שנים קדימה, נוכח משך הזמן הנדרש להכשרת רופאים מומחים והזמן הנדרש לביצוע שינויים במערכת מורכבת ורבת שחקנים זו.
6. הצוות ממליץ לבחון מנגנוני רישום/רישוי חוזר למומחים כדי להבטיח בסיס נתונים עדכני לתכנון וכדי להבטיח את רמתם המקצועית לאורך זמן. המנגנונים שיתגבשו לצורך כך חייבים לקחת בחשבון ולנסות לצמצם ככל הניתן את ההשלכות השליליות שעלולות להיווצר מכך, כגון שחיקה או הגברת עומס בירוקרטי.
7. הצוות ממליץ לבחון הפרדת תקני מתמחים ומומחים בקהילה ובקופות החולים. תקינת המתמחים היא הקובעת את זרם המומחים החדשים בישראל, ולא נכון להותיר את ההחלטה על כך לגורמים מקומיים הפועלים בעיקר משיקולים תפעוליים של המחלקות בהם עובדים המתמחים.
8. הצוות ממליץ לקדם שקיפות במספר התקנים הפנויים ובהליכי קבלה להתמחות בבתי החולים ובמחלקות השונות במאמץ לשפר את השפעתם של תמריצים שונים על איוש המשרות בפועל.
9. הצוות ממליץ להרחיב את העסקתם של רופאים תחומיים במחלקות יועצת בבתי החולים ולמסד את מקומם של "רופאי בתי החולים" (הוספיטליסטים),

ולבחון תמריצים ומנגנוני העסקה אטרקטיביים עבורם, כפתרון לפער הקיים בין מספר הרופאים המתמחים הנדרש לצורך תפעול מחלקה ובין זרם הרופאים המומחים הרצוי.

10. הצוות ממליץ לגבש רגולציה, מנגנונים ותמריצים לעידוד הכשרת רופאים מתמשכת לאורך חייהם המקצועיים גם בקהילה. יש לכך חשיבות רבה הן בהבטחת רמתם המקצועית לאורך זמן, והן בצמצום השחיקה הנובעת מאופי העבודה המונוטונית והמבודדת יחסית מבעלי מקצוע אחרים. מהלך שכזה יחייב שיתוף פעולה הדוק בין משרד הבריאות, ההסתדרות הרפואית והמעסיקים כדי להבטיח גיבוש פתרון שיהלום את צרכי השטח, ייצור תמריצים ברורים למעסיק וגם לרופא לעבור הכשרה מתמשכת, ויצמצם ככל הניתן את העול הבירוקרטי הכרוך ברגולציה על כך.

11. הצוות ממליץ על בניית מנגנונים ומודלי תמרוץ לעידוד לימוד מתמשך של רופאים מומחים בתחומי הרפואה היועצת, בפרט אלו המועסקים כעצמאיים בקהילה. במצב הדברים הנוכחי לא קיים תמריץ להמשך לימוד, ובמקרה של הרופאים העצמאיים וחלק מהשכירים אף קיים תמריץ שלילי ברור להשתלמות מתמשכת על פני עבודה קלינית נוספת.

12. הצוות ממליץ כי בכל רפורמה או מהלך יילקחו בחשבון השינויים הקיימים והצפויים בדפוסי ההעסקה של דור הרופאים הצעיר, בדגש למשל על ההעדפות לחלקיות משרה, הצורך המוגבר באיזון בית-עבודה ואי התפשרות על שכר גם במערכת הציבורית.

פרק 7: נתונים נדרשים להמשך קבלת החלטות מושכלת

בסיומו של הכנס, מצא הצוות לנכון להצביע גם על נתונים שאינם קיימים כיום בידי מקבלי ההחלטות ואשר עשויים לסייע בידיהם בעת ביצוע שינויים ותכנון המערכת לעתיד. אנו קוראים למשרד הבריאות ולגופי המחקר והאקדמיה בישראל, ובפרט למכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות, לפעול לאיסוף נתונים אלו ולהנגישם לציבור.

1. מספר הרופאים אשר עוסקים כיום ברפואה - בקהילה ובבתי החולים, בפרטי ובציבורי, מומחים ומתמחים, בקרב דורות רופאים שונים. קיימת מורכבות באיסוף נתונים אלו בשל ריבוי משרות ותפקידים לכל רופאה ורופא, אולם הם מהווים בסיס הכרחי לתכנון כוח האדם הרפואי בישראל.
2. השוואת איוש מול תקינת רופאים כיום בקהילה ובבתי החולים.
3. כמה מהרופאים אינם עוסקים ברפואה בישראל ומדוע בחרו כך.
4. מספר הרופאים העובדים במסגרת הפרטית ודפוסי מעבר רופאים מהסקטור הציבורי לפרטי.
5. היקף שירותי הרפואה הניתנים במסגרת הפרטית.
6. היקף שעות עבודה בפועל של רופאים כיום, בשילוב כל המשרות ובפילוח לפי מקצוע ואזור גיאוגרפי.
7. שכר הרופאים המצרפי כיום (מכל מקורות ההכנסה, ובפילוח לפי תחום מומחיות, אזור גיאוגרפי ומקורות ההכנסה השונים לכל רופא).
8. מספר הרופאים המומחים המשמשים כיום כמומחי תוכן ו/או מחזיקים כיום בתחומי התמחויות-על שאינם טעוני רישיון (ובעיקר בוגרי Fellowship).
9. מספר הסטודנטים הישראלים לרפואה בחו"ל בפילוח גיאוגרפי ודמוגרפי.
10. מספר הרופאים אזרחי ישראל הפועלים בחו"ל בפילוח גיאוגרפי ודמוגרפי.
11. הערכת היקף פניות סרק, שימוש עודף ושימוש כפול ברפואה היועצת.

צוות 3 - היבטים כלכליים

יו"ר - דן גרינברג, אונ' בן-גוריון
 יו"ר - רועי רייכר, משרד האוצר
 רכזת - נריה שטאובר, משרד הבריאות

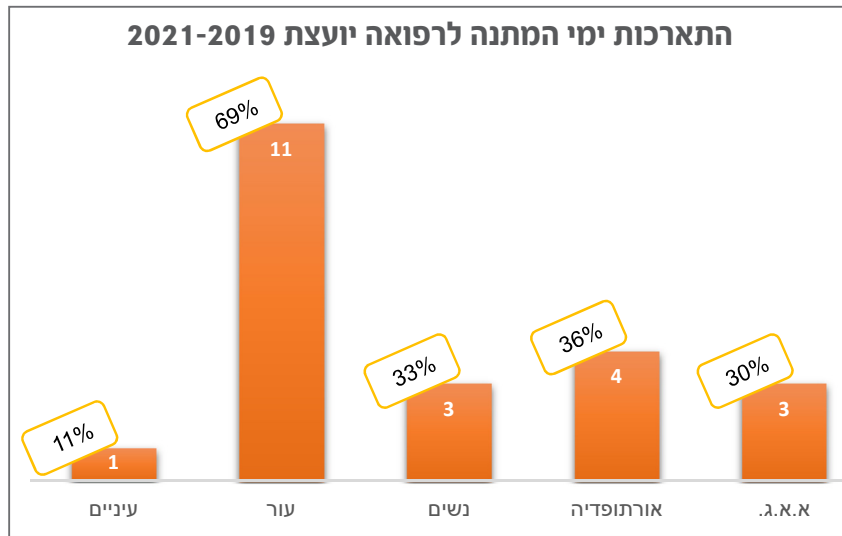
חברי הצוות (לפי סדר א'-ב')

מוריס דורפמן, מכבי שירותי בריאות
 דרור דיקר, שירותי בריאות כללית
 רות וייצברג, מכון ברוקדייל
 גאיה עופר, משרד האוצר
 ודים פרמן, בית חולים אסותא
 שלמה פשקוס, בית חולים רמב"ם
 רועי קאהן, שירותי בריאות כללית

חברי הצוות מבקשים להודות לכל אלו אשר סייעו באיסוף הנתונים ומתן הערות על חוברת ההכנה שלפניכם:
 אור קיים, משרד האוצר; הדר אלעד, משרד הבריאות; ישראל בן-דוד, משרד הבריאות; ציונה חקלאי, משרד הבריאות; מוריה מליחי, משרד הבריאות

12. הערכת היקף ודפוסי שימוש בטלרפואה בקרב הציבור בפילוח תחומי, גיאוגרפי ודמוגרפי.

13. שכלול ופיתוח מפתחות הביקוש לשירותי רפואה בתחומים השונים על סמך מאפיינים דמוגרפיים וגיאוגרפיים.



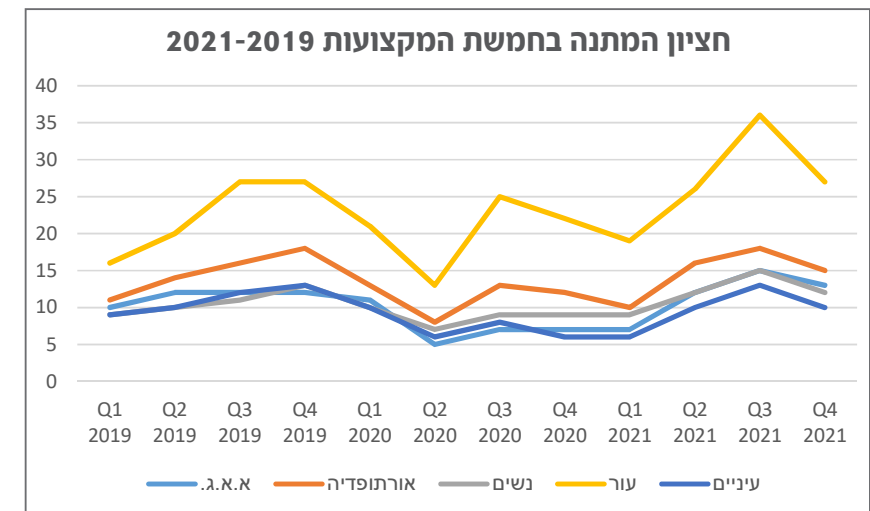
נתוני משרד הבריאות; נתוני חציון ימי המתנה; הגרף מציג את התארכות ימי המתנה לפי מקצועות מתחילת 2019 ועד לסוף 2021 וכן את שיעור הגידול של חציון ימי המתנה באחוזים.

זמני המתנה ההולכים ועולים, אשר נובעים בין השאר ממחסור משמעותי ברופאים באופן כללי, וברופאים יועצים בפרט, מביאים לתחרות הולכת וגוברת בין מוסדות הבריאות הציבוריים השונים על כוח האדם הרפואי וכפועל יוצא מכך לעליית שכר משמעותית. על פי הדוח הציבורי המסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2021, ההוצאה על שכר במגזר הקהילה הגיעה ל-26% מכלל ההוצאה של הקופות, הנתון הגבוה ביותר בשנים האחרונות.

רפואה יועצת בישראל - איך להתנהל במציאות של מחסור?

1. רפואה יועצת - רקע

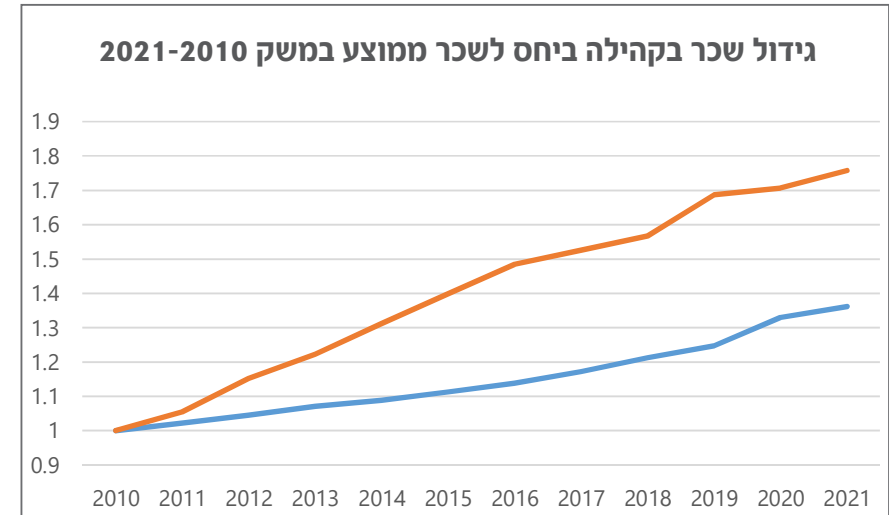
זמני המתנה לרפואה יועצת נמצאים בשנים האחרונות במגמת עלייה. משרד הבריאות מפרסם את זמני המתנה הממוצעים בחמשת המקצועות הנפוצים ביותר (מהווים כ-80% מהביקורים ברפואה היועצת): אף אוזן גרון, אורתופדיה, נשים, עור ועיניים. מנתונים אלה עולה כי זמן המתנה החציוני לרופא יועץ ברבעון האחרון של שנת 2021 עמד על 15.5 יום, לעומת 11 יום בתחילת שנת 2019, עלייה של כ-40% במשך המתנה. זמן המתנה החציוני הארוך ביותר הינו לרופא עור, ועמד על 27 יום בסוף 2021, לעומת 16 יום בתחילת 2019. זמן המתנה החציוני לאורתופדיה עמד על 15 יום בסוף שנת 2021, זמן המתנה לאא"ג עומד על 13 יום, זמן המתנה לרופא נשים עמד על 12 יום וזמן המתנה לרופא עיניים עמד על 10 ימים (חציון).



נתוני משרד הבריאות

ככלל, חלה עלייה בזמני המתנה בכל חמשת המקצועות: העלייה החדה ביותר כאמור היא במשך המתנה לרופא עור, עלייה של 69% בין תחילת 2019 לסוף 2021. גם ביתר המקצועות חלה עלייה של 3-4 ימי המתנה בממוצע, למעט ברפואת עיניים שם חלה עלייה של יום אחד בלבד.

גם הגידול לאורך שנים מראה כי שיעורי גידול השכר בקהילה גבוהים משמעותית מעליית השכר הממוצע במשק בשנים 2010-2021:

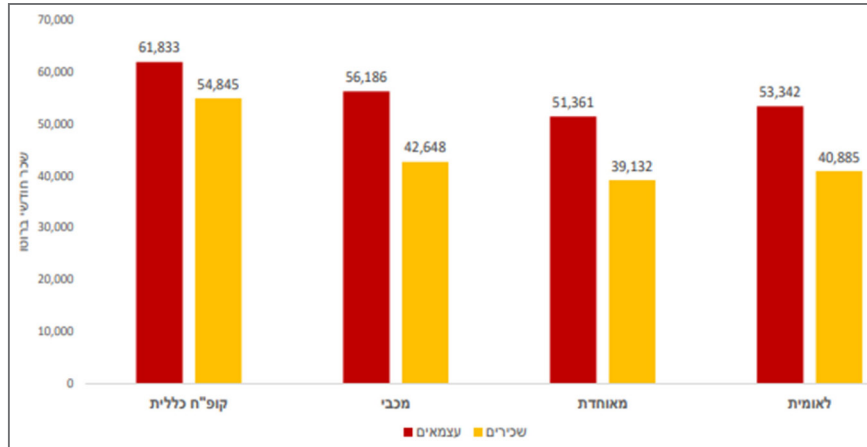


נתוני הכלכלנית הראשית, נתוני למ"ב.

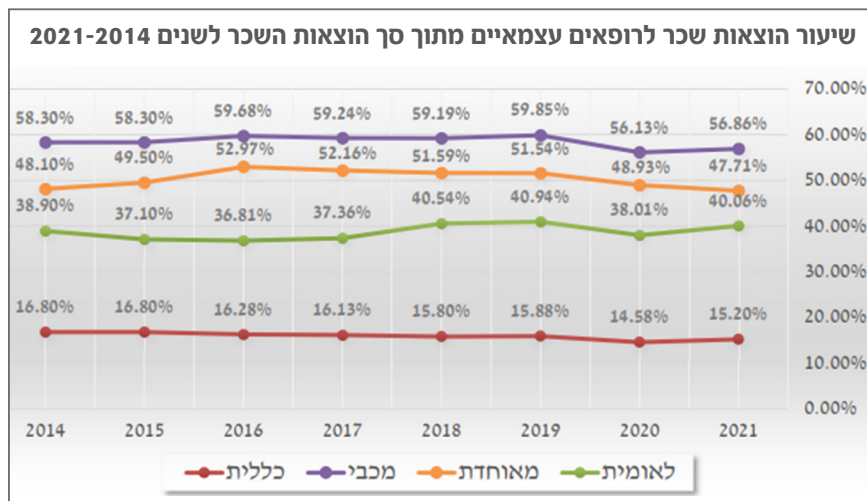
לצד נתונים אלו קיימת תופעה מתרחבת של תשלומים חסרי תקדים של 1,000-1,500 ש"ח לשעה ורופאים רבים שמקבלים שכר או תגמול של מעל 100 אלף ש"ח לחודש בקהילה. תגמולים אלה קיימים הן עבור רופאים שכירים והן עבור רופאים עצמאיים, אך ניתן לראות כי באופן עקבי ובכלל הקופות התגמול של הרופאים העצמאיים עולה על התגמול של הרופאים השכירים (הנתונים הם על רופאי משפחה, אך ניתן להניח כי המצב אינו שונה ואף חריף יותר ברפואה היועצת).¹

1 "שכר רופאי המשפחה בקופות החולים - עצמאיים לעומת שכירים, 2010-2018", אגף הכלכלנית הראשית, משרד האוצר, ספטמבר 2018.

שכר רופאי משפחה בקופות החולים לפי מעמד תעסוקתי "ראשי" וקופת חולים "ראשית" 2018

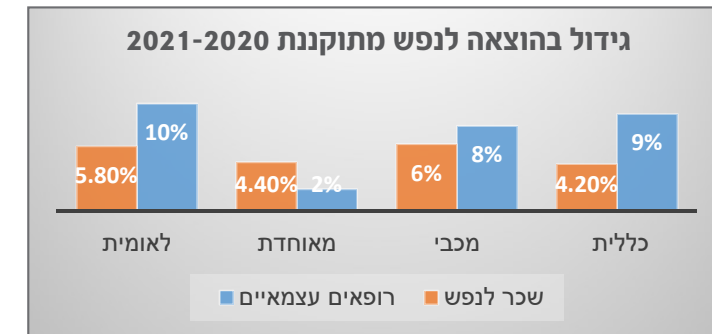


הפיקוח על השכר עבור רופאים שכירים אינו אחיד בין כלל הקופות, כאשר כלל השכירים נמצאים תחת הפיקוח של הממונה על השכר, אולם במודלי העסקה המשתנים מקופה לקופה. ישנן קופות שמשקל ההעסקה של רופאים עצמאיים גבוה משמעותית ממשקל השכירים, ושכר הרופאים העצמאיים אינו מפוקח כלל, מה שמאפשר לקופות להתחרות על הרופאים ולהציע תגמולים גבוהים יותר ביחס לרופאים השכירים בקופות האחרות.²



2 דוח מסכם על פעילות קופות החולים 2021, האגף לפיקוח קופ"ח ושב"ן, משרד הבריאות.

ההוצאה על רופאים עצמאיים לנפש בין השנים 2020-2021 גדלה בין 8%-10% בכלל הקופות למעט, במאוחדת שם נצפה גידול של 2% בלבד. יש לציין כי כלל הוצאות השכר לנפש גדלו באופן חריג בתקופה זו, בשל תשלומי שכר גבוהים ותגמולים שונים שנתנו בתקופת הקורונה, וככלל תקופה זו אינה מייצגת מגמה בהקשרי עליית שכר. עם זאת, ניתן לראות כי הגידול בהוצאה לנפש בגין רופאים עצמאיים גבוה באופן ניכר מהגידול הכולל בהוצאה לנפש בכלל הקופות למעט בקופת חולים מאוחדת, דבר העשוי ללמד על שינוי בדפוסי התגמול וגידול במספר הרופאים העצמאיים או על עליית התגמול עצמו של הרופאים העצמאיים.



מתוך דוח הציבורי המסכם על קופות החולים לשנת 2021.

תנאים אלו, בשילוב כאמור עם המחסור הקיים ברופאים והתחרות ההולכת וגוברת על המשאב האנושי, גורמים להתייקרות השכר, אשר אינה מביאה בהכרח תוספת של תוצאי בריאות ואף לא תוספת תפוקות (ייתכן שאף גורמת לירידה בהיקף הפעילות בשל העדפת פנאי). ההוצאה ההולכת ועולה על שכר הרופאים היועצים עלולה לפגוע ביכולת של הקופות לספק הן את שירותי הרפואה היועצת והן שירותים נוספים בצורה נרחבת, נגישה ואיכותית. לאור זאת יש להידרש לסיבות שמובילות לתחרות זו ולכלים שעשויים לסייע לשיפור המצב הקיים. את הסיבות לבעיית התורים ואת כלי הפתרון ניתן לחלק לשני עולמות עיקריים - כלים להתמודדות עם עליית הביקושים ברפואה היועצת וכלים לניהול מיטבי של ההיצע.

2. סקירה עולמית

סקירה זו נועדה לספק רעיונות והשראה לנקיטת מדיניות לשיפור הנגישות לשירותי בריאות, בשים לב למגבלת היצע הרופאים היועצים בישראל. הסקירה עושה זאת על ידי הצגת תשעה מקרים של מדינות שנבחרו בדגימה מכוונת. עבור כל מדינה, הסקירה ניסתה לענות על השאלות הבאות:

- ◆ איזו מדיניות מיושמת כדי לעודד טיפול ראשוני (רופאי משפחה וילדים), אשר יכולה לתת מענה ולהוריד את העומסים ברפואה השניונית (מומחים לרפואה יועצת)?
- ◆ במדינות שבהן שיעור המומחים גבוה - כיצד להסדיר את מתן הספקת השירות כדי למנוע מתן טיפול יתר?
- ◆ במדינות בהן שיעור הרופאים נמוך - איך לענות על צרכי האוכלוסייה?
- ◆ מהם מנגנוני תשלום השכר לרופאים מומחים בכל אחת מהמדינות?

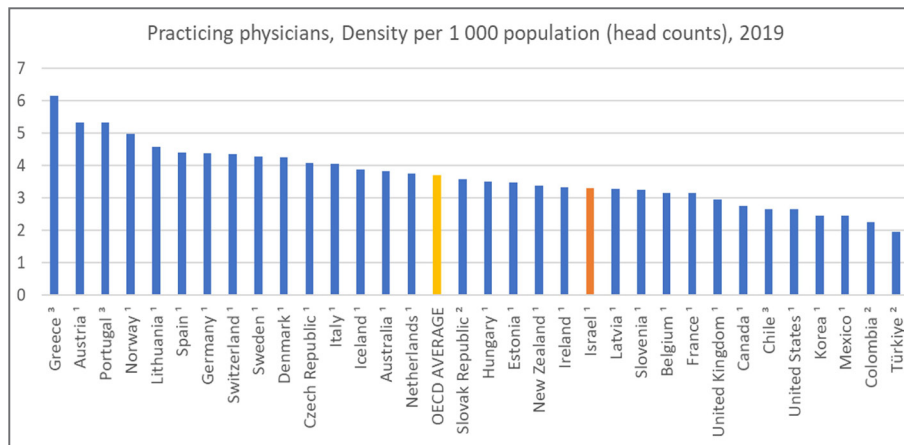
בחירת מדינות להשוואה

המדינות שנבחרו מהוות מקרי בוחן דומים לישראל מבחינת ההוצאה על בריאות והיצע הרפואה היועצת. הקריטריונים לדגימת מדינות ברות השוואה היו: הוצאה לבריאות כ-10% מהתמ"ג והוצאה לבריאות לנפש; חלקה של ההוצאה הציבורית מכלל ההוצאה על בריאות, ושיעור רופאים לאוכלוסייה (ראה טבלה 1 עם מדדים עיקריים). המדינות הרלוונטיות שנבחרו הן: צ'כיה, אסטוניה, יוון, הונגריה, אירלנד, לטביה, ליטא, פולין וסלובניה. מדינות אלו מתאימות כמקרי בוחן, כיוון שהן מתמודדות עם אתגרים דומים לאלו שמתמודדת איתן המערכת הישראלית שכן הן אינן עתירות מימון ולרבות מהן יש שיעור נמוך יחסית של רופאים ביחס לאוכלוסייה. בנוסף, באירלנד, ביטוח בריאות וולונטרי (VHI) ממלא תפקיד חשוב במימון ובמתן גישה מהירה יותר ומבחר רב יותר של שירותים ברפואה יועצת, בדומה לישראל. גם בסלובניה VHI מכסה חלק ניכר מהעלויות.

השוואה בין ישראל לעולם בהיצע הרפואה היועצת

האיוורים והלוחות הבאים מציגים נתונים על שיעור רופאים ל-1,000 נפש, שיעור הרופאים היועצים מכלל הרופאים ומספר ביקורים אצל רופא לנפש בשנה במדינות ה-OECD. מהנתונים עולה כי שיעור הרופאים לאוכלוסייה בישראל נמוך משמעותית מהממוצע במדינות ה-OECD, ואילו שיעור הרופאים ברפואה יועצת גבוה מעט מהממוצע. למרות השיעור הנמוך יחסית של רופאים לאוכלוסייה בישראל, מספר הביקורים השנתי אצל רופא גבוה בישראל בהשוואה לממוצע במדינות ה-OECD.

בהשוואה למדינות המוצגות בטבלה, שיעור רופאי המשפחה בישראל נמוך משמעותית - 0.29 רופאי משפחה ל-1,000 נפש לעומת שיעור הנע בין 0.60 ל-1.33 במדינות האחרות).



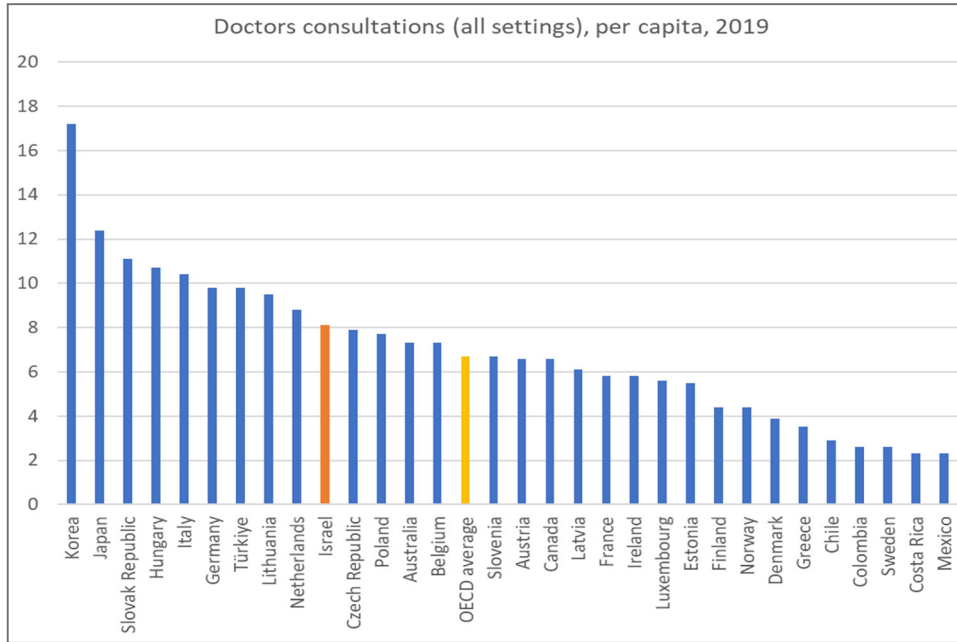
Source: OECD, 2022.

Table 1: Health system indicators for sampling country comparators for this paper, 2019 (or latest year)

Country	CHE, % of GDP	Public funding, % of CHE	VHI, % of CHE	Physicians/ 1,000	Main payment method to specialists
Czechia	7.6	85	4	4.1	Capped FFS
Estonia	6.7	75	1.6	3.5	Capitation + FFS
Greece	7.8	61	5	6.2	Capped FFS
Hungary	6.3	69	3.5	3.5	Capped FFS
Ireland	6.7	75	14	3.3	
Israel	7.5	65	11	3.3	Contact capitation + FFS
Latvia	6.5	61	3.6	3.3	Flat rate per episode of illness, FFS - capped
Lithuania	7.0	67	1.3	4.6	Episode of care
Poland	6.4	72	8.1	2.4	Case-based (~DRG)
Slovenia	8.5	73	15.6	3.3	Salary based on a basket of "equivalent hours"; health care programmes
OECD average	8.8	74	4.9 (EU)	3.7	

Notes: CHE = current health expenditure; GDP = gross domestic product; VHI = voluntary health insurance; FFS = fee-for-service; DRG = diagnosis-related groups. Sources: Eurostat, 2021; OECD, 2022.

Figure 3: Israel has above the average doctor consultations per capita



Source: OECD, 2022.

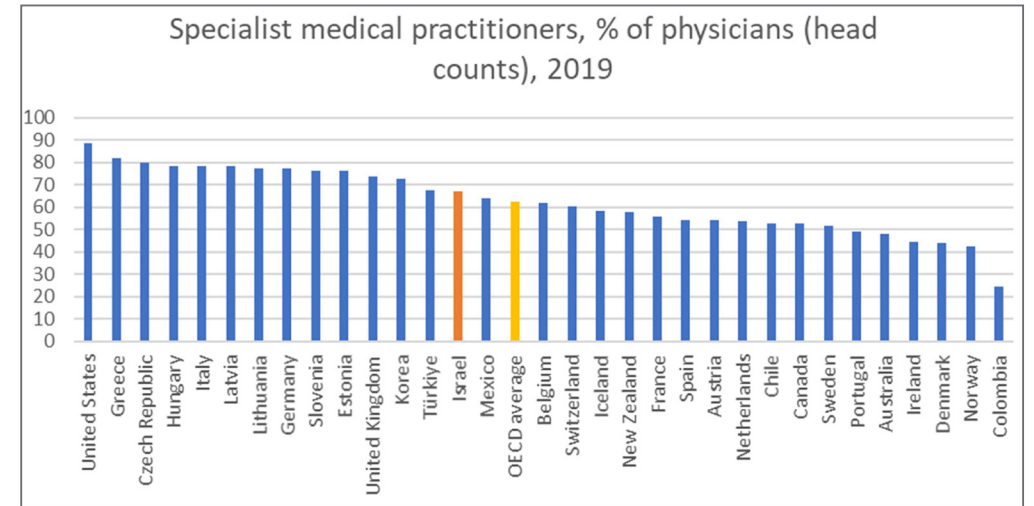
Table 1
Primary care features in 12 countries with patient registration, most recent OECD data.

Jurisdictions	Health system type ¹	Main type of GP-led primary care ²	Current health spending (per capita, USD PPP) ³	Public or compulsory expenditure (% THE) ³	Number of GPs per 1000 ³	Ratio of primary care physicians to all physicians ³
Netherlands	ESHI	Private group	5765	82.7	0.73	23.9
United Kingdom	NHS	Private group+	4653	77.8	0.75	26.0
Israel	ESHI	Public clinics	2932	64.7	0.29	8.1
Sweden	NHS	Public clinics+	5782	85.2	0.64	14.9
Ireland	NHI	Private group+	5276	74.3	0.84	24.8
Denmark	NHS	Private group	5568	83.8	0.60	22.4
Italy	NHI	Private group+	3649	74.1	0.71	17.7
Switzerland	SHI	Private group	7732	64.5	0.71	18.7
Norway	NHS	Private group	6647	85.4	0.79	16.1
Canada (all)	NHI	Private group	5418	70.4	1.33	47.6
France	ESHI	Private group	5376	83.7	0.89	28.0
Germany	SHI	Solo	6646	85.0	0.71	16.5

Notes: Countries are sorted by year of introduction of primary care registration (see Table 2). + refers to private group or clinic practices involving health disciplines beyond GPs. It should be noted that there is a significant discrepancy between the OECD figures and Israel's Ministry of Health figures for the number of GPs per 1000 (0.6) and the ratio of primary care physicians to all physicians (13.1).

Sources: ¹ Based on Böhm et al. [10], OECD [16] and OECD [17]. ² the typology of primary care practices originally used in the OECD 2016 [16] survey except for more accurate country data used for Denmark and the Netherlands [20] and Switzerland [21] where the majority of practices have shifted very recently from solo to private group practices; and ³OECD 2020[17] for data on expenditures and GP supply.

Source: Marchildon, et.al, 2021.



Source: OECD, 2022.

מקרי בוחן

טבלה מסכמת

Physicians/ 1,000	איך לענות על צרכי האוכלוסייה	מדיניות מיושמת כדי לעודד טיפול ראשוני	שיטת תשלום עיקרית ליועצים	Country
4.1		הרחבת סמכויות רופא משפחה + שומר סף.	FFS עם תקרה	Czechia
3.5		שירותים ניתנים במרפאות משולבות, בעיקר על ידי רופאי משפחה, שומרי סף.	קפיטציה + FFS	Estonia
6.2	קאפ על מספר מטופלים.	רופאי משפחה, שומרי סף, נותנים את רוב הטיפול במרפאות משולבות.	FFS עם תקרה	Greece
3.5	המדינה יכולה לקבוע את מקום העבודה של הרופא; אסור ליועצים לעבוד גם באופן פרטי.	הרחבת סמכויות רופאי משפחה + עלייה בשכר.	FFS עם תקרה	Hungary
3.3	אין השתתפויות עצמיות ואין בחירת רופא במערכת הציבורית, רק בפרטי.	רופאי משפחה שומרי סף גם ליועצים פרטיים.		Ireland

המשך

Physicians/ 1,000	איך לענות על צרכי האוכלוסייה	מדיניות מיושמת כדי לעודד טיפול ראשוני	שיטת תשלום עיקרית ליועצים	Country
3.3			קפיטציה פעילה + FFS	Israel
3.3		כל התושבים חייבים להירשם אצל רופא משפחה; הרחבת סמכויות + הקמת מרפאות משולבות עם זמינות טובה.	אפיזודת טיפול (חבילה של טיפולים וביקורים לפי אבחנה + FFS עם תקרה).	Latvia
4.6		רופאי משפחה עם הרבה סמכויות, שומרי סף.	אפיזודת טיפול	Lithuania
2.4	רופאים עובדים מעבר למשרה מלאה, הרבה טלה-רפואה.	כל התושבים חייבים להירשם אצל רופא משפחה, שהוא שומר סף.	אפיזודת טיפול (DRG~)	Poland
3.3	סמכויות הועברו לאחיות, שיכולות לספק חלק מהרפואה הראשונית. רופאי משפחה עם חלק מהסמכויות של יועצים.	הקמת מרפאות משולבות עם זמינות טובה.	שכר לפי חבילת טיפולים ומינימום שעות.	Slovenia

יוון

השיעור הגבוה ביותר של רופאים לנפש בקרב מדינות ה-OECD, עם היחס הנמוך ביותר בין רופאים מומחים לרופאי משפחה/ לא מומחים בקרב מדינות האיחוד האירופי (7% לעומת 26%, בהתאמה). מדיניות להסדרת היצע טיפול מומחים: (1) מאז 2012 מגבלות (קאפ) על מספר ביקורי המטופלים שבגינם מקבלים החזרים כספיים על ידי EOPYY (ה-NHS היווני). (2) הכשרת רופאי משפחה נוספים, הקמת מרפאות טיפול ראשוני עם טיפול משולב.³

תשלומים: רופאים העובדים במגזר הציבורי (למשל בתי חולים, מרכזי בריאות, ניתוחים בפריפריה) הם עובדי מדינה ומקבלים משכורת. רופאים העובדים בבתי חולים ציבוריים מקבלים משכורת חודשית ואינם מורשים לעסוק ברפואה פרטית, אך הם רשאים להציע טיפול למטופלים פרטיים המבקרים במרפאות חוץ של בתי חולים ציבוריים אחר הצהריים על בסיס FFS. רופאים המועסקים על ידי ה-EOPYY (ביטוח ציבורי) מקבלים תשלום FFS. תקרות מגבילות את מספר ההתייעצויות ואת ההוצאה על שירותים (HiT). שכר ותשלומי FFS נמוכים, יחד עם היעדר מנגנוני בקרה יעילים ומטופלים המחפשים גישה מהירה יותר או איכות טובה יותר של שירותים, עשויים לתרום לרמות גבוהות מתמשכות של תשלומים בלתי פורמליים (Liaropoulos et al., 2008; Kaitelidou et al., 2013; Souliotis et al., 2016; Kyriklidis et al., 2016).

הונגריה

הונגריה סובלת מחוסר היצע של אנשי מקצוע בתחום הבריאות, אשר מיוחס לרוב להגירה ומשכורות נמוכות. כתוצאה מכך, ישנם זמני המתנה ארוכים, תופעה נפוצה של moonlighting (רופאים העובדים הן במגזר הציבורי והן במגזר הפרטי), ותשלומים לא פורמליים כדי לקבל גישה מהירה יותר לטיפול. כדי להעביר את כובד המשקל מהרפואה היועצת לרפואה הראשונית הממשלה מתכננת להרחיב סמכויות ולנצל את הידע שבידי רופאי משפחה - במיוחד על ידי הסרת מגבלות מסוימות על הפניות ורישום מרשמים.⁴

3 <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/greece-country-health-profile-2021>

4 <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/hungary-country-health-profile-2021>

כדי להתמודד עם המחסור בכוח אדם, נדרשו כל עובדי הבריאות לחתום על חוזים חדשים המאפשרים למערכת הבריאות 'לפרוס' אותם מחדש למקומות אחרים. החוזה הוא חוק, שהתקבל ב-6 באוקטובר 2020, על פיו העסקת עובדי הבריאות נעשית תחת שליטה מרכזית קפדנית על ידי הכנסת מעמד העסקה חדש דומה לזה של כוחות צבאיים. החוק גם מספק לרופאים תוספת שכר חסרת תקדים של 120% וקובע כי תשלומים בלתי פורמליים הם פליליים. החוק גם אוסר על moonlighting (לרופאים העובדים במגזר הציבורי אסור לעבוד גם במגזר הפרטי). כ-5% מהרופאים לא חתמו על החוזה החדש, ויישום החוק כלל אתגרים רבים. כמו כן, לחוק עשויות להיות תוצאות שליליות שונות ובלתי מכוונות.⁵

תשלומים: מומחים מקבלים תשלום FFS מבוססים על פרוצדורה/ הליך רפואי (לכל הליך מוקצות מספר נקודות על בסיס המורכבות והמשאבים הנחוצים). FFS מוגבל בתקרה, וספקים זכאים להחזר מלא רק עבור 98% מהביצועים שלהם בשנה הקודמת. מעבר למגבלה זו, הם אינם מקבלים תשלום. עם זאת, מערכת הבריאות מתקשה לפעול במסגרת מגבלות התקציב שנקבעו, ולכן צבירת חובות ופיגורים בתשלומים הם בעיה שרווחת. המחסור הכרוני בכוח אדם, יחד עם מגבלות על מימון והיקף פעילות, החמירו את חסמי לנגישות לשירותים ואת איכותם.⁶

לטביה

שיעור נמוך של רופאים ואחיות. כדי שמור על המטופלים ברפואה הראשונית (במקום היועצת), כמעט כל הלטבים רשומים אצל רופא כללי (GP), המשמש כנקודת הכניסה העיקרית למערכת הבריאות וכשומר הסף למרבית הטיפול האמבולטורי. הרפואה היועצת קיימת הן בקהילה והן בבתי החולים. כדי לחזק את הרפואה הראשונית, הוקמו מרפאות רבות. הקרנות המבניות של האיחוד האירופי סייעו לתמוך בהקמת מרכזי טיפול ראשוני רב-מקצועיים גדולים עם שעות פתיחה מורחבות.

תשלומים: יועצים בקהילה מקבלים תשלום לפי מטופל בתעריף קבוע לכל אחד משבע סוגי "אפיזודות" מחלה (מעין DRG/ PRG). אפיזודת מחלה היא למשל מחלה אקוטית או טראומה חריפה, אבחנה ראשונה של מחלה כרונית, או אפיזודות מניעה.

5 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851021001123>

6 <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/hungary-country-health-profile-2021>

לכל קבוצת אפיזודת מחלה יש תעריף משלה המחושב על ידי ה-NHS. תשלום אחד על אפיזודה מכסה את כל הביקורים/השירותים המבוצעים על ידי מומחה תוך 30 יום. עבור אפיזודות ארוכות יותר (למשל מחלות כרוניות), כל חודש נחשב לאפיזודה חדשה. לאחר מכן, קיימים תשלומי FFS עבור רשימה של שירותי מניעה, אבחון, טיפול ושיקום, עם מחירים קבועים לכל שירות. עם זאת, התשלום הכולל מוגבל בתקרה, המגבילה הן את מספר השירותים שיסופקו והן את סכום הכסף הכולל.

פולין

השיעור הנמוך ביותר של רופאים באיחוד האירופי, שיעור נמוך של רופאי משפחה (9% מכלל הרופאים, בהשוואה לממוצע באיחוד האירופי של 21%). יש זמני המתנה ארוכים למומחים. רופאי משפחה עובדים משכי זמן ארוכים ושעות נוספות על ייעוץ מרחוק כדי לענות על הצורך. שיעור גבוה של מיטות אשפוז לאוכלוסייה, משך שהייה ממוצע באשפוז ארוך מאוד. מדיניות להסדרת טיפול מומחים לאור הביקוש הרב: דרישה להיות רשום לרופא משפחה שהוא שומר סף. ביקורים אצל רופאי משפחה הם ללא תשלום, אך ישנה זמינות נמוכה של רופאי משפחה - כך שאנשים הולכים למומחים במגזר הפרטי.⁷

תשלומים: התייעצות עם רופאים מומחים משולמת על בסיס ביקור, כאשר גובה התשלום תלוי בשירותים הניתנים במהלך הביקור. מאז 2011, זה התחיל להידמות לתשלום מבוסס מקרה: כל השירותים קובצו לקבוצות הומוגניות מבחינה כלכלית. שילוב השירותים הניתנים במהלך הביקור קובע את סיווג הביקור לאחת מהקבוצות המוגדרות מראש, ובכך גם את התשלום עבור הביקור. מספר סוגי הביקורים גדל עם השנים על מנת לשקף ביתר שאת את עלות הטיפול הניתן (HiT).

סלובניה

שיעור נמוך של רופאים, שיעור גבוה של אחיות. משימות רבות מואצלות מרופאים לאחיות. כדי לתת מענה במסגרת הרפואה הראשונית במקום הרפואה היועצת: (1) ישנם שיעורים גבוהים של רופאי משפחה ביחס למספר הרופאים (20%), הפועלים כשומרי סף.

7 <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/poland-country-health-profile-2021>

(2) רופאי משפחה מספקים גם טיפול מומחים במרפאות של רפואת משפחה, שם ניתן טיפול משולב וטיפול מתואם בחולים כרוניים. ובכל זאת, זמני המתנה הארוכים מהווים דאגה, מכיוון שהם גורמים לצרכי בריאות שלא נענים (Un-met need).⁸

תשלומים: עובדי בריאות הן ברפואה הראשונית והיועצת יכולים לעבוד בשלושה אופנים:

1. על בסיס חוזה עבודה (כעובד של ספק שירות ציבורי).

2. שכירים המקבלים שכר באמצעות זיכיון (כספק פרטי במסגרת מערכת הבריאות הציבורית).

3. כספק פרטי (מחוץ למערכת הציבורית).

רמות השכר של שכירים (אפשרות 1) מנוהלות בין האיגודים המקצועיים לבין משרד הבריאות. מומחים מקבלים בדרך כלל שכר עבור מספר שעות קבוע והיקף עבודה מסוים (למשל מספר מסוים של בדיקות הערכות אנדוסקופיות); עם זאת, שיטה של "שעות שוות ערך" מאפשרת למומחים שעובדים במהירות לקבל תשלום עבור שעות עבודה רבות יותר מאשר בוצעו בפועל. בעוד שמערכת זו מספקת גמישות להסכמים מקומיים וחוזי עבודה שניים, היא מאוד לא שקופה, ולעתים קרובות מובילה להיעדרות של רופאים ממקום העבודה העיקרי שלהם (Albrecht et al., 2016).

זכיינים (אפשרות 2) מקבלים תשלום על סמך סוג, נפח וערך של תוכניות בריאות ספציפיות, אשר נקבע בחוזים שלהם עם ZZS (המבטח הציבורי) על פי תקן שנקבע. יש לציין כי מערכת הענקת הזיכיון אינה מבוססת על מטרות מערכת הבריאות או בריאות הציבור הכוללת והיא מאופיינת בחוסר שקיפות כללית, הפוגעת בתפקוד הרכש של ה-ZZS. ספקים פרטיים ללא הקלות זיכיון משולמים על ידי האזרח שמשלם מכיסו (OOP) או על ידי VHI משלים. הלשכה הרפואית אחראית על קביעת המחירים עבור שירותים הניתנים על ידי ספקים פרטיים מחוץ למערכת הבריאות הציבורית, אשר מאושרים לאחר מכן על ידי משרד הבריאות (HiT).

8 <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/slovenia-country-health-profile-2021>

3. ניהול מיטבי של ההיצע ברפואה היועצת

הצעד הראשון האפשרי להתמודדות עם המחסור הקיים כיום ברפואה יועצת הינו הגדלת ההיצע. לאור זאת נעשים צעדים משמעותיים לטובת הגדלת מספר הרופאים וכן לטובת תכנון ההתמחויות וניהול ההיצע כך שייתן מענה מיטבי למקצועות במחסור ולאזורים במחסור. על כך נכתב רבות בפרק 6 של צוות רפואה יועצת בנושא תכנון כוח האדם הרפואי בתחום הרפואה היועצת.

לאור העובדה שהליך הכשרת רופא עומד על כ-12 שנים - הפירות ממהלכי הגדלת היצע הרופאים ייקטפו בעוד שנים רבות ועל כן יש לדון בכלים אפקטיביים להתמודדות עם עליית השכר גם בתקופת הביניים.

כיוון משמעותי שניתן לפעול בו בתקופת הביניים הוא הסדרת התחרות ההולכת וגוברת למול המערכת הפרטית, כאשר התגמול הממוצע בה עולה לאין שיעור על התגמול במערכת הציבורית. ההערכות הן כי רופא מתגמל בין 1,500-1,000 ש"ח עבור ביקור ברפואה הפרטית, לעומת 400-700 ש"ח עבור ביקור בשב"ן וכ-150 ש"ח עבור ביקור במסגרת הסל. ככל ויימצאו הכלים להביא לכך שחלק ניכר מן ההיצע יוסט מהמערכת הפרטית למערכת הציבורית, ממילא התורים במערכת הציבורית יתקצרו וייתכן כי השכר הכולל לביקור ירד.

מנגנון רלוונטי נוסף לתקופת הביניים הוא הפיקוח על השכר. בעוד שכר הרופאים השכירים מפוקח בכל קופות החולים, אם כי במודלים שונים, שכר הרופאים העצמאיים אינו מפוקח כיום כלל. במסגרת מסמך זה נרצה לדון בהיבטים המקצועיים של היתרונות והחסרונות ביצירת כללים אחידים לתגמול הן בקרב שכירים והן בקרב עצמאיים בין הקופות השונות. בתוך כך נרצה לבחון את אופן התגמול של רופאים יועצים. שיטות התגמול השונות מפורטות בפרק 5 של צוות רפואה יועצת. השיטות הרווחות ביותר עבור רופאים יועצים הן תגמול רבעוני (ביקור ראשון ברבעון), תגמול לפי FFS, תגמול שעתי וכן תגמול באמצעות שכר משכורת (רווח בעיקר בכללית). גם תגמול באמצעות שכר עשוי להיות באופן של תגמול לפי פעולות, או תגמול משולב (שכר בסיס ומעליו רובד של תגמול לפי פעולות). באופן תיאורטי שיטות תגמול שונות מעודדות תפוקות באופן שונה, ובמסגרת מסמך זה נרצה לדון בשאלה האם שיטות התגמול עשויות להוות כלי אפקטיבי להגדלת ההיצע הקיים ברפואה יועצת.

במסגרת תגמול לרופאים עצמאיים, מאחר והיחסים במודלים אלה בין קופת חולים והרופא אינם יחסי עובד מעביד אלא דומה יותר הדבר לרכישת שירותים,

נכון להיום אין כל פיקוח על תעריפים שמשולמים במסגרות אלה. עם זאת, בחלק גדול מהמקרים רופאים אלה מאוגדים והתגמול מתבצע במסגרת הסכם קיבוצי. משמעות הדבר היא שמתקיים מעין "פיקוח עצמי" כאשר קופת החולים מחויבת לתנאי תשלום אחידים לכלל הרופאים המאוגדים, אך יכולות לסטות ממנו כלפי מעלה, אם כי באופן מוגבל (רק באופן רוחבי לכלל הרופאים). חשוב להדגיש כי קיים קושי מהותי להשוות בין המודלים השונים ובין שכירים לעצמאיים בפרט. ברמה הבסיסית ביותר השוואה בין עצמאי לשכיר דורשת להפחית כ-30% מתגמול עצמאי על מנת לאפשר השוואה לשכיר, מכיוון שרופא עצמאי נדרש לשכור מרפאה, מזכירה ולרכוש ציוד רפואי שנדרש לו וכן לשלם על נסיעות במידת הצורך.

תגמול רבעוני - המודל השכיח ביותר הוא תגמול רבעוני שמהווה למעלה מ-60% מהרופאים העצמאיים. מודל זה מוסדר בקופות החולים באמצעות הסכמים קיבוציים וישנם פערים לא משמעותיים ברמת התגמול בין קופות החולים.

תגמול שעתי - המודל השני לפי שכיחותו הוא תגמול שעתי. חלק לא מבוטל מהרופאים שעובדים במודל זה מועסקים במוקדי קופות החולים. ללא המוקדים, סדר גודל של 10% מהרופאים העצמאיים מועסקים במודל זה. בחודשים אחרונים התפתח שיח ער במערכת הבריאות סביב תגמול חריג לרופאים עצמאיים. מדובר על תגמול בהיקפים של 800-1,200 ש"ח לשעה שמשולם לרוב על ידי קופות חולים הקטנות לרופאות נשים בישובים ספציפיים באמצעות מודל זה.

מודל משולב - ישנם מודלים נוספים בהם ניתן תגמול במודל משולב (כ-10%) ורופאים שמתוגמלים לפי פעולות (6%-8%).

שאלות לדיון

◆ **האם ישנה צורת תגמול עדיפה לרופאים יועצים מבחינת מדדי התוצאה - העסקה של שכירים, העסקה של עצמאיים במודל שעתי, מודל רבעוני, העסקה מבוססת תשלום פר פעולה או ביקור?**

◆ תגמול פר פעולה מעודד ביצוע פעולות מרובות בפרק זמן קבוע ומתמרץ יעילות שמאפשרת קיצור תורים. יחד עם זאת, מודל זה עשוי לצמצם את אחריות הרופא לביצוע הפעולה המתוגמלת, כשמצידה נדרשות לעתים פעולות משלימות שאינן נושאות גמול, כך שתעלה דרישה עבור כל פעולה נוספת שמבוצעת במסגרת הטיפול או לחילופין יצומצמו הפעולות שאינן מזכות בתגמול. מצד שני, תגמול שעתי עלול להיות לא יעיל גם ברמת המערכת, במקרים שבהם לקופות חולים קטנות אין היקף מספק של פעילות באזור מסוים והרופא השעתי לא ממצה את פוטנציאל הביקורים. יש לקחת בחשבון שדווקא במקומות בהם נתח השוק של הקופות קטן רופאים מבקשים שכר שעתי וזאת כדי להבטיח שאי וודאות בכל הנוגע לתגמול כפי שהיא במודל מבוסס תפוקות לא תושט עליהם. דוגמה מוכרת להשוואה בין רופאים שעתיים לרופאים שעובדים במודל רבעוני היא ברפואת נשים בהם רופא שעתי רואה בממוצע לפי ההערכות כ-70% ממספר הביקורים שרואה רופא רבעוני.

◆ כיום למעלה מ-80% מהרופאים העצמאיים של מכבי עובדים גם עם מאוחדת וההפך. האם יש צורך לתמרץ העסקה של רופאים יועצים שנותנים שירות לכלל קופות החולים? האם יש לקדם מערכת זימון תורים משותפת, שתייצר לרופא חוויה חלקה במעבר בין הקופות ותספק מענה לצורך במזכירה וסידור הלו"ז? האם קיום תור במרפאה של הקופה הוא חסם לאספקת שירותים למספר קופות חולים, ויש לעודד הקמת "בתי רופאים" שישמשו את כל הקופות?

◆ האם יש השפעה למיקום הגיאוגרפי (פריפריה/מרכז) על היקף וצורת התגמול?

◆ **מה הם היתרונות והחסרונות של קביעת תקרת שכר לשעת עבודה של רופא או לביקור?**

◆ באילו תחומים ומקצועות לחצי השכר משמעותיים יותר? יש להבחין בין רופאים יועצים שהם גם מנתחים לבין רופאים שהם יועצים בלבד, מאחר ורופאים שהם גם מנתחים יכולים להסכים לתעריף ייעוץ נמוך יותר אם יקבלו שכר גבוה יותר

על הניתוח, כשהייעוץ הוא גם כלי בשביל הבטחת פעילות ניתוחית, אך ככל שיומן הניתוחים פנוי יותר הם יעברו ליעץ. מאותה סיבה הם עשויים להימנע מייעוץ במערכת הציבורית בשל חוק הצינון; האם העלייה בדרישות השכר היא תופעה נקודתית שיש סביבה הד תקשורתית (רופאות נשים) או שמדובר בסחרור שכר רוחבי וגורף?

◆ האם הגבלת שכר עשויה לפגוע בסך ההיצע של ייעוצים במערכת הציבורית והפרטית יחד? מצד אחד, הגבלת השכר לא אפקטיבית אם במקביל יש אלטרנטיבה לא מוגבלת בשכר במערכת הפרטית שתוביל להגברת לחצי שכר במסלולים הפרטיים והשב"נים ותרחיב את פערי ההשתכרות בין המערכת הפרטית והציבורית ותגרום להסתת כוח אדם למערכת הפרטית. לחלופין, האם שחיקת השכר של הרופאים עשויה להשפיע על העדפות פנאי בקרב רופאים שיקטינו את שעות העבודה בעקבות המהלך? או לחילופין עצם עליית השכר מביאה חלק מהרופאים להעדיף את הפנאי על פני תוספת שעות עבודה?

◆ איך מביאים לידי ביטוי את ההבדלים בין קופות החולים, כאשר קופות חולים שבבעלותן תשתיות אשפוז יכולות למנוף זאת על מנת לסכם על תנאי שכר טובים יותר בתמורה להכללתם ברשימות מנתחים בתשתיות הפרטיות או מודל העסקה משולב של אשפוז וקהילה שמאפשר תשלום שכר גבוה יותר?

◆ איך מביאים לידי ביטוי הבדלים בין קופות קטנות לגדולות בשים לב לכוח המיקוח של כל קופה, היקפי הפעילות שהיא יודעת להציע לרופא והפריסה הגיאוגרפית השונה?

◆ איך אוכפים הגבלת שכר על רופאים עצמאיים, כאשר לכל אחד מהשחקנים יש תמריץ מובהק לסטות מה"חוזה"?

◆ האם יש דרכים רכות למיתון עליות השכר ששייגו את המטרות בצורה אפקטיבית? איך ישפיע הגדרת בנצ'מרק לשכר לשעה/לביקור של רופא שסיים התמחות מסוג Y לפני X שנים, תוך התייחסות לשונות בין המקצועות (למשל פסיכיאטר שפוגש מטופל אחד בשעה לעומת רופא עור שיכול לראות 7 מטופלים בשעה). האם נכון לשקף לארגון או לרופא כשיש סטייה מהנורמה, למשל על ידי שיקוף כמה מקבלים 70%-80% מהרופאים או כמה מקבלים ברבעון ההשתכרות התחתון? האם ניתן לשקף זאת לארגון מבלי לפרסם בפומבי? איך תשפיע דרישה מהארגונים לשלם רק ל-X% מהרופאים מעל התעריף הממוצע ולדרוש

שהמנהל הרפואי ייאלץ להסביר ולנמק לגבי כל רופא שמועסק בשכר מעל הממוצע?

♦ האם נכון לייצר אחידות בכל מודלי העסקה בין הקופות?

♦ **האם נכון לקבוע סטנדרט אחיד לכלל הקופות עבור היצע שירותי רפואה יועצת?**

♦ האם נכון לייצר אחידות בכל מודלי ההעסקה בין הקופות? האם צעד זה יסייע בתחרות אשר מובילה לעליית שכר?

♦ האם כדאי לקבוע סטנדרט למספר שעות מומחה רצויות לכל קופה על פי מספר המבוטחים באזור, כך שקופה שמעסיקה רופאים בשכר שעתי מעל התקן באזור מסוים צריכה לשלם "פיצוי" לקופה אחרת שנדרשת עקב כך לשלם יותר למומחה אחר, ובכך לצמצם את התמריץ של קופה לגייס רופאים במטרה למנוע מקופה אחרת לגייס בשם התחרות?

♦ מה מחיר הפגיעה בתחרות בין הקופות כתוצאה מקידום צעדים ל"האחדת" היצע הרופאים היועצים? אילו צעדים משלימים יש לקדם כדי למתן פגיעה זו ולשמור על רמת שירות גבוהה?

♦ מנגד, בכמה מוערכת התועלת כתוצאה מקידום צעדים ל"האחדת" היצע הרופאים היועצים? מה היקף בזבוז השירותים שעשוי להיחסך בשל חסכון בכפל שירותים (בשל הצורך לשמור על מינימום שירות בכל קופה, גם אם היקף המבוטחים אינו מצדיק זאת באזור מסוים)?

♦ **האם נכון לייצר התייחסות שונה בתגמול בין סוגים שונים של ביקורים דיגיטליים ובין ביקור דיגיטלי לביקור פרונטלי?**

♦ כיום שירותי הדיגיטל ברפואה יועצת בקהילה מתקיימים כמעט רק ברפואת עור. האם יש לפתח את היצע שירותי הדיגיטל ברפואה היועצת? איזה תחומים אפקטיביים לטיפול בדיגיטל ואיזה לא? מה כמות הביקורים החוזרים בדיגיטל לעומת ביקורים חוזרים בפגישה פרונטלית? איך מביאים לידי ביטוי במודל התגמול את מידת האפקטיביות של הביקור הדיגיטלי בהתייחס להתמחות ולסוג הפנייה?

♦ האם יש לקדם מודלים שונים לטיפול מרחוק, למשל מודל שבו רופא משפחה עם ציוד מתאים ומצלמה בודק מטופלים בנקודת הקצה, כשרופא מומחה לעור או אא"ג שמגבה 15-30 רופאי משפחה במקביל יכול לתת מענה מרחוק? איזה מודל תגמול יש להציע לרופא לביקור מהסוג הזה?

♦ **האם נכון להתנות את ההעסקה של רופאים בפרטי בהיקף העסקה מינימלי בציבורי? או להתנות את ההעסקה במערכת הציבורית בהיקף מינימלי של משרה?**

♦ אם חברות הביטוח והמעסיקים הפרטיים יהיו מוגבלות להעסיק רק רופאים שמועסקים גם במערכת הציבורית, האם זה ישפר את יכולת המיקוח והגיוס של קופות החולים ויאפשר להגדיל את היצע הרופאים היועצים במערכת הציבורית?

♦ כלל שרופאים המועסקים בקופה לא יוכלו לעבוד גם בשב"ן - האם ההגבלה הזו מתקיימת בפועל? האם המגבלה משרתת את המערכת הציבורית, או הופכת את הרופא ליותר מבוקש ומגבילה עוד יותר את היכולת של הקופה לגייס?

♦ **תכנון התמחויות והתמחויות בקהילה**

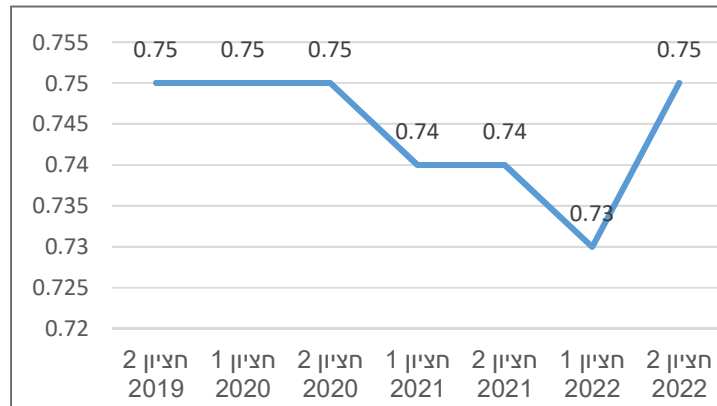
♦ האם היעדר התכנון של ההתמחויות גורם להיווצרות תחומים עם עודפי מתמחים ותחומים עם חסר במתמחים? אילו מקצועות נמצאים במחסור? האם בישראל ישנם ריבוי מומחים בתחומי הייעוץ ודווקא מיעוט יחסי ברופאים ראשוניים, למרות התמונה המשתקפת מאורכי התורים?

♦ התמחויות בקהילה רופאים משולבים בין קופות חולים לבתי חולים - ניתוח של תוצאות מודל הרופאים המשולבים - האם הוא צלח, מה צריך לשפר, האם כדאי להרחיב ובאיזה אופן?

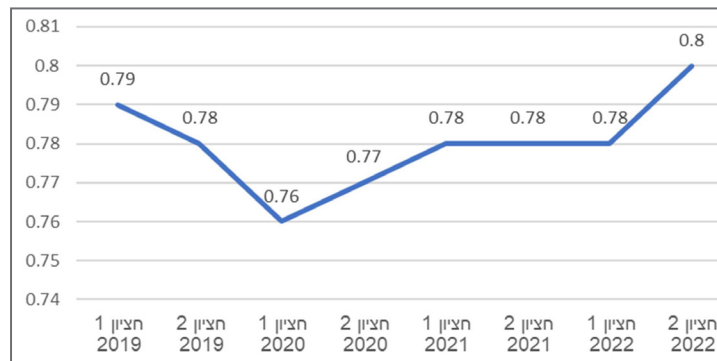
4. עלייה בביקוש לשירותי הרפואה היועצת

למעט בתחום האורתופדיה, בשאר התחומים הנפוצים לא חל שינוי משמעותי בהיצע הניתן במסגרת קופות החולים. מספר השעות בכל תחום לאלף נפש נשאר יחסית יציב בין השנים 2019-2022, ובתחום העיניים והנשים חלה עלייה מסוימת, כאשר בנשים עלו השעות לאלף נפש מ-6.65 שעות יומיות באמצע 2019 ל-7.16 שעות בסוף 2022. בתחום האורתופדיה לעומת זאת חלה ירידה מ-1.2 שעות יומיות לאלף נפש באמצע 2019 עד ל-0.96 שעות לאלף נפש בסוף 2022. נתונים אלה עשויים ללמד כי התארכות התורים מקורה בעלייה בביקושים, עלייה שעשויה לנבוע מצורך אובייקטיבי בשירותים נוספים בשל הזדקנות האוכלוסייה, כאשר צריכת שירותי הרפואה של האוכלוסייה המבוגרת גבוהה משמעותית משאר האוכלוסייה (ראו בנתוני צוות רפואה יועצת). בנוסף ייתכן כי ישנן מגמות נוספות שהביאו לעלייה בביקושים כגון התפתחות שירותי הדיגיטל (על אף שעיקר שירותי הדיגיטל ניתנים כיום ברפואת משפחה וילדים ולא ברפואה יועצת).

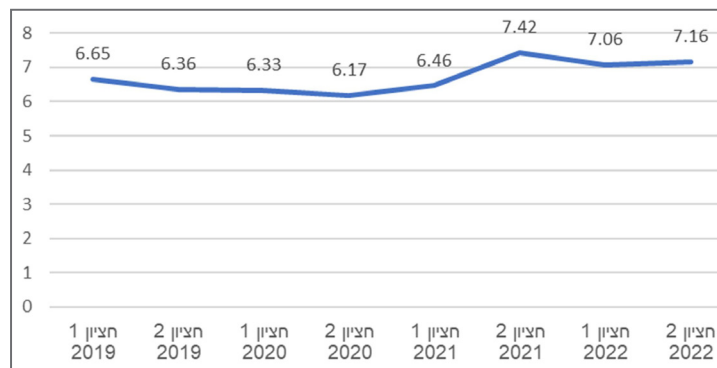
התפלגות שעות שירות לאלף נפש לפי ארצי - א"ג



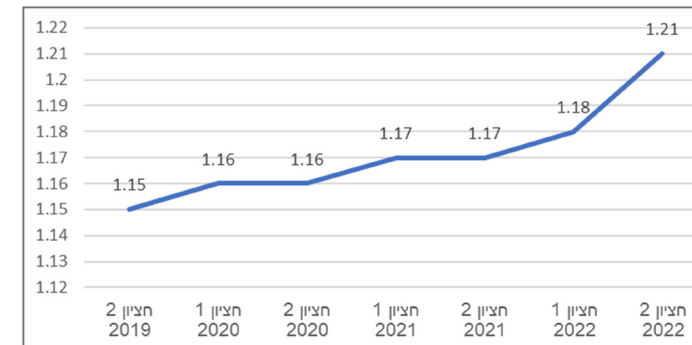
התפלגות שעות שירות לאלף נפש לפי ארצי - עור ומין



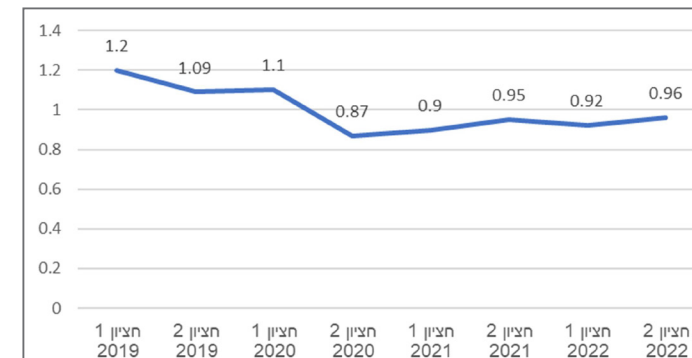
התפלגות שעות שירות לאלף נפש לפי ארצי - נשים



התפלגות שעות שירות לאלף נפש לפי ארצי - עיניים



התפלגות שעות שירות לאלף נפש לפי ארצי - אורתופדיה



המשפחה על מנת לאפשר להם לקלוט את הפעילות החדשה המוסטת אליהם?

◆ אילו פעולות לא נדרשות בהכרח לביצוע על ידי רופא ואפשר להעביר לסמכות של אנשי צוות אחרים (אחות, רוקחת, מזכירה רפואית) על מנת לפנות את רופאי המשפחה והילדים מהעומס?

◆ מהם הכלים והתמיכה המקצועית שיש להעניק לרופא ראשוני על מנת לאפשר לו לטפל בפניות החדשות? האם יש לייצר קשר ישיר והיועצות עם רופא שניוני? אם כן, מה המודל הכלכלי שיתמרץ את הרופא היועץ לתמוך בטיפול הראשוני למרות שהוא לא נהנה מתשלום על "כרטיס".

◆ האם נדרשים מהלכים נוספים כדי לחזק את תפיסת הרופא הראשוני כשומר סף ומנהל הטיפול של מבוטחים? האם יש צורך במתן סמכויות נוספות? האם כדאי לחזק את השייך של מבוטחים לרופא מסוים?

◆ **האם יש צורך לקבוע כללים לגבי מתן שירות בדיגיטל ובביקורים מרחוק כך שיגבילו את הביקוש לשירות הדיגיטלי?**

◆ מאז מגיפת הקורונה שיעור הביקורים הדיגיטליים והטלפוניים הכפיל ושילש את עצמו. הגידול בביקורים אלה, תולדה של תקופת סגרים ובידודים, נעשה בצורה שאינה מבוקרת. היום השירותים המרכזיים בהם ניתן לקבל טיפול מרחוק הם רפואת משפחה, רפואת ילדים ורפואת עור. אמנם מרבית הרפואה היועצת אינה בדיגיטל, אולם ניתן לשער בסבירות גבוהה כי גם ברפואה היועצת יתפתחו שירותי דיגיטל בשנים הקרובות. יחד עם זאת, לא ברור האם הגידול בכמות הביקורים מביא לרפואה טובה יותר. משיחות עם רופאים עולה כי 30% מהבדיקות הם בנושאים מנהליים והיו יכולות להיפתר מול מזכירות הקופה. בקופות החולים ניסו לנקוט אמצעים שונים על מנת להגביל את הביקושים לדיגיטל, בין השאר על ידי הגבלת מספר התווים המותרים לפנייה בכתב, הגבלה על מספר הפניות ברבעון, סגירת האפשרות להזין פניות במהלך סוף השבוע, הגבלה על ביקורים דיגיטליים למבוטחים שלא פגשו רופא פרונטלית מעל שנה, תמרוץ שיחות וידאו על פני שיחות טלפון כדי לעודד אחריות ומחויבות למעמד, וצעדים נוספים. יש לבחון מה מידת האפקטיביות של הצעדים הללו בצינון הביקושים, ובפרט האם הם מובילים לסינון של הפניות ה"מיותרות" בלבד או פוגעים בזמינות השירותים בצורה שפוגעת במבוטחים? אילו צעדים ניתן לקדם כדי לייעל את השירות הדיגיטלי הניתן באופן מיטבי?

על מנת לנהל את הביקושים בצורה האופטימאלית, מלבד האפשרות המתבקשת של הגדלת ההיצע וניהול ההיצע באופן מיטבי כפי שנסקר בפרק הקודם, נערך בכנס דיון ביחס בין הרפואה הראשונית והיועצת: האם ניתן לווסת חלק מהמקרים שמגיעים לרפואה היועצת לרפואה הראשונית או לחילופין לבעלי מקצוע אחרים, וכן האם נדרש לחזק את תפיסת הרופא הראשוני כ"שומר הסף". בנוסף דנו בחלק זה האם נדרש לנהל ביעילות רבה יותר את עליית הביקושים הנובעת מהתפתחות הרפואה מרחוק.

שאלות לדיון

◆ **כיצד ניתן לחזק ולבסס את הרפואה הראשונית בישראל ביחס לרפואה היועצת, ולהסיט חלק מהפעילות לרפואה הראשונית?**

◆ כפי שמשקף בסקירה לעיל, אחוז הרופאים הראשוניים בישראל נמוך משמעותית ביחס ל-OECD, כאשר ממוצע ה-OECD הינו 0.6 רופאים לנפש ובישראל הממוצע הוא 0.29 לנפש. האם נתונים אלו עשויים ללמד כי קיים עודף היצע ברפואה היועצת ביחס לרפואה הראשונית, אשר בעולם מתאפיינת גם ברופאים ראשוניים רבים, וכי יש לחזק את הרפואה הראשונית בישראל, בין השאר באמצעות תכנון התמחויות?

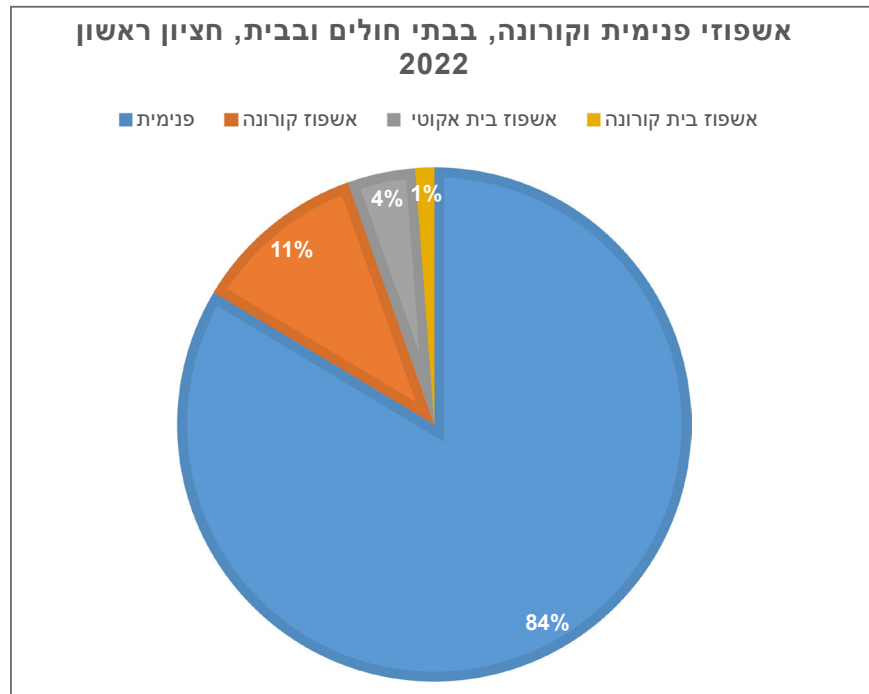
◆ איזה שיעור מהפניות שמגיעות לרפואה היועצת עשויות להיפתר במסגרת הרפואה הראשונית? האם יש שוני במקצועות השונים ביחס הרצוי בין הרפואה הראשונית והיועצת?

◆ **האם נכון לצמצם את האפשרות להפניה ישירה לרופא יועץ, ובאילו מקצועות?**

תועלות של המהלך הם הסטת פעילות ופיתרון בעיות פשוטות על ידי רופא ראשוני או טיפול חלופי, ופינוי זמנו של הרופא היועץ לנושאים מורכבים.

◆ האם נכון לבצע את המהלך באופן גורף, או על ידי יצירת תמריצים מכווני התנהגות - למשל דיפרנציאציה בהשתתפויות עצמיות כך שמבטח שמגיע לרופא יועץ ללא הפניה ישלם השתתפות עצמית גבוהה יותר? (בדומה לתרופות ללא מרשם).

◆ צעדים תומכים נדרשים: אילו התאמות יש לבצע בצד ההיצע של רופאי



נתוני אגף המידע ואגף פיקוח קופות חולים, משרד הבריאות.

אחת השאלות שמלוות את התפתחות תחום האשפוז הבית היא מדובר בשירות תחליפי לחלוטין לאשפוז הפנימי או שמדובר בשירות תוספתי. כדי לבחון את הסוגיה הזו יש לבדוק את המגמות במחלקות הפנימיות וכן בכלל תחליפי האשפוז הפנימי, בכללם הגריאטריה הפעילה, אשפוזי הקורונה ואשפוזי הבית. בחינת הנתונים מלמדת כי בשנת 2020, בצל מגיפת הקורונה, חלה ירידה כללית באשפוזים בכלל המשקים הללו. בשנת 2021 נרשמה עלייה מסוימת, ועל פי נתוני החציון הראשון לשנת 2022, הכמות הכוללת של ימי האשפוז בכלל המשקים הללו יחד מגיעה בערך לאותה נקודה אליה היו ימי האשפוז מגיעים במצב דברים "רגיל" (קו המגמה הכתום בתרשים להלן המייצג קידום של 1.3%, כפי שהיה טרם המגיפה).¹⁰

10 הנתונים מתבססים על ימי אשפוז במחלקות פנימית, ריאון, גריאטריה חריפה, קורונה, שהיה, שיקום גריאטרי, סיעודי מורכב, תת אקוטי והנשמה ממושכת, בכלל המוסדות. הנתונים אינם כוללים את המוסדות מעייני הישועה ועמל בשרון, בשל מחסור בנתונים לשנת 2022.

האם ישנם כלים כלכליים שיכולים להביא לנקודה האופטימלית בניהול הביקושים?

אי-הגעה לתור (no show) ברפואה יועצת - תופעה משמעותית שפוגעת ביעילות של רפואה יועצת היא אי-הגעה לתורים. במקרים מסוימים ניתן לבצע "דאבל בוקינג" מאחר ומדובר בביקורים קצרים והסיכון נמוך, אולם דרך התמודדות זו מובילה להמתנה ממושכת במרפאה במקרים שבהם כל מזמיני התור מגיעים. כמו כן, במקרים מסוימים בהם הביקור הצפוי הוא ארוך יותר, האפשרות לדאבל בוקינג הופכת להיות בעייתית. האם יש ניסיונות בארץ ובעולם להתמודדות עם אי-הגעה שהתגלו כאפקטיביים? (תזכורות טלפוניות? סמסים?) האם תשלום פיקדון במועד קביעת התור, שיוחזר רק אם המבוטח הגיע, יכול להפחית את תופעת אי-ההגעה? מה יהיה סכום סביר לפיקדון שכזה? האם יש חשש שבסכומים נמוכים יעניק ה"קנס" לגיטימציה לא להגיע ולא לבטל את התור כי אנשים ירגישו שכבר שילמו עבור שריון התור? (כמקרה הקנס על הורים שאיחרו להביא את ילדם מהגן).

אשפוזי בית בישראל - הווה ועתיד

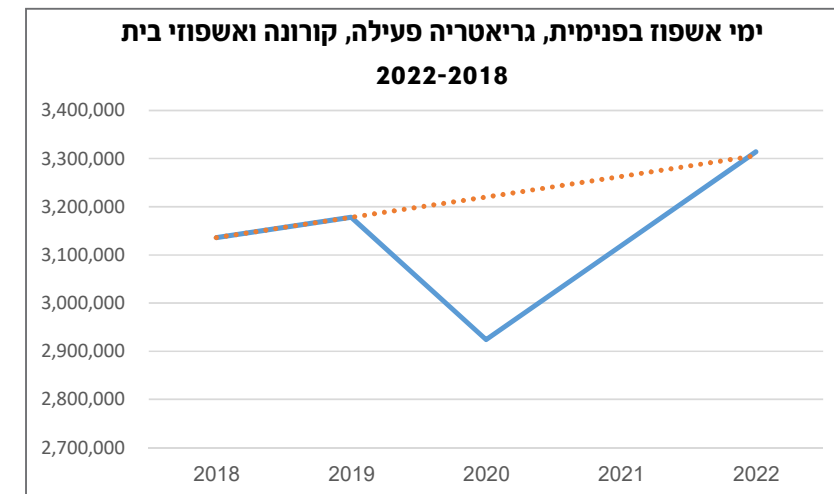
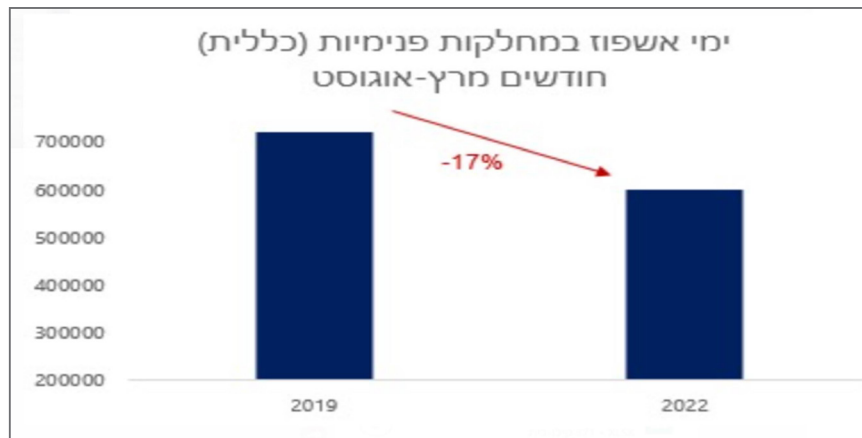
אשפוזי בית - רקע

תמונת המצב בתחום אשפוזי הבית נסקרה באופן מפורט על ידי צוות אשפוזי הבית ומטרת חלק זה הינה להעמיק בסוגיות הכלכליות הרלוונטיות מתוך סקירה זו.

לפי ההערכות השונות והספרות האקדמית (ראו לעיל), כ-10%-20% מהמטופלים במחלקות הפנימיות מהווים פוטנציאל לעבור לאשפוז הבית. בהינתן הנחה זו - הנתונים מלמדים כי מדינת ישראל טרם מיצתה את הפוטנציאל בתחום זה, שכן אחוז אשפוזי הבית בחציון הראשון של שנת 2022 מתוך כלל אשפוזי הפנימית והקורונה עומד על 5%, מתוכם כ-1% הם אשפוזי בית עבור חולי קורונה.⁹

9 הנתונים אינם כוללים את בתי החולים הדסה ומעייני הישועה בשל מחסור בנתונים לשנת 2022.

מטופלים באשפוז בית אקוטי אשר צרכו כ-45,000 ימי אשפוז. כמות זו של ימי אשפוז מהווה כ-8% מכלל ימי האשפוז במחלקות הפנימיות של מבוטחי הכללית ומהווה נדבך משמעותי בירידת ימי האשפוז ובתפוסת האשפוז במהלך אותה תקופה במחלקות הפנימיות. יש לציין כי מיטות הקורונה הן תחליפיות למיטות המחלקה הפנימית, וייתכן כי ללא מטופלי הקורונה חלק ניכר מהמיטות הללו ייתפסו על ידי חולים פנימיים, ולכן נכון לבחון גם את נתוני אשפוז הקורונה. עם זאת, גם לאחר הוספת אשפוזי הקורונה, הירידה בצריכת שירותי הפנימית בכללית עומדת על כ-8%. גם לאומית שירותי בריאות דיווחו על ירידה של 15% בצריכת ימי האשפוז בפנימיות (ללא אשפוזים במחלקות קורונה).



נתוני אגף המידע ואגף פיקוח קופות חולים, משרד הבריאות.

בנקודת הזמן הנוכחית קשה לקבוע האם בשנים הבאות שיעור הגידול השנתי של משקים אלו יעלה על שיעורי הגידול שהיו בעבר (1.3% לערך), או שיחזור חזרה לשיעורי הגידול המוכרים. כלומר, קשה בנקודת הזמן הנוכחית לקבוע האם אשפוזי הבית הינם תחליף לשירותי האשפוז הפנימי או מהווים הרחבה שלהם.

למרות העובדה שימי האשפוז הכוללים בפנימיות, במחלקות הקורונה, במחלקות הגריאטריה הפעילה ובאשפוזי הבית נמצאים כעת בקצב הגידול "הרגיל" כאמור, התמהיל בין סוגי השירותים השתנה משמעותית. במהלך שנים אלה חלקו של האשפוז הפנימי מבין כלל המשקים הללו ירד משמעותית: בשנת 2018 הוא עמד על 57%, וכיום עומד כאמור על 48% בלבד, כאשר 3% עברו למשק אשפוזי הבית ו-6% לאשפוזי הקורונה. בשוק הגריאטריה הפעילה לא חלה עלייה באופן יחסי.

בניתוח ימי אשפוז בפנימיות, ברמה הלאומית נצפית ירידה של כ-11% בין החציון הראשון של שנת 2019 לחציון הראשון של שנת 2022 (ללא אשפוזים במחלקות קורונה). עבור מטופלי שירותי בריאות כללית, בחודשים מרץ עד אוגוסט 2019 לעומת מרץ עד אוגוסט 2022, ישנה ירידה בולטת ורציפה של עשרות אלפי ימי אשפוז במחלקות הפנימיות (כ-17%) וירידה מובהקת בתפוסת המחלקות הפנימיות בהשוואה שנתית. במקביל, בחודשים ינואר עד אוגוסט 2022 אושפזו כ-10,000

מעורבות בתי החולים באשפוזי הבית

אחד הנושאים שנסקרו לעומק במסגרת צוות אשפוזי הבית הוא מידת המעורבות של בתי החולים באשפוזי הבית. מעורבות בתי החולים עשויה לבוא לידי ביטוי הן בהיותם הספקים ממש, כפי שנפוץ במרבית המדינות שנסקרו, והן בהיותם אקטיביים באיתור והפניית המטופלים הפוטנציאליים מהמיון וממחלקות האשפוז לאשפוז הבית, גם כאשר הם עצמם אינם הספק. העובדה שבישראל חלק הארי של ספקי השירות הינן חברות חיצוניות, ורק חלק קטן מאשפוזי הבית נעשים על ידי בתי החולים הינה חריגה.

מסמך צוות אשפוז הבית סוקר בהרחבה את התפתחות שירותי אשפוז הבית האקוטי במספר מדינות בעולם, כולל אוסטרליה, ספרד, ארצות הברית ואנגליה. בחלק הנוכחי נציג בקצרה את התמורות בתגמול עבור אשפוז בבית במספר מערכות בריאות:

אוסטרליה - אוסטרליה היא אחת המדינות המובילות בעולם באשפוז ביתי. תוכנית האשפוז הביתי התחילה במדינת ויקטוריה בשנת 1994 ומאז התרחבה לשאר המדינה. למרות זאת, דיווחים עדכניים מראים כי פחות מ-4% מהאשפוזים הם אשפוזי בית (Montalto et al, 2020). אשפוז בבית באוסטרליה מופעל ישירות על ידי בתי החולים והתגמול לבתי החולים עבור אשפוז זה הוא לפי כללי ותעריפי אשפוז רגיל בבית החולים לפי אבחנה (AR-DRG).

ארצות הברית - לפני מגפת הקורונה, התשלום עבור מודלים שונים של אשפוז בית שניתנו בארצות הברית נקבע באמצעות משא ומתן ומודלים של תשלום בין ספקי השירות, תוכניות ביטוח מסחריות ותוכניות ה-Medicare Advantage. בעקבות התפרצות מגפת הקורונה פרסם ה-Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) המפעיל את ביטוחי ה-Medicare וה-Medicaid תוכנית חירום המאפשרת אשפוז ביתי המופעל על ידי בתי חולים מאושרים בשיתוף עם חברות פרטיות. נכון ליולי 2021, כ-140 בתי חולים ברחבי ארצות הברית קיבלו אישור לספק שירותי אשפוז ביתי. נכון להיום, תשלום ה-Medicare עבור אשפוז ביתי מבוסס על מערכת תעריפי האשפוז והתשלומים עבור אשפוז אקוטי בבית חולים ותשלום לפי אבחנה (DRG) במרבית המקרים, ללא קשר לעלות השירות בפועל.

ספרד - המחלקות לאשפוז בית בספרד משויכות ומנוהלות על ידי בתי החולים.

חוק ההתחשבנות הנוכחי בישראל טומן בחובו מספר תמריצים שמטרתם לכוון את בתי החולים לתחום אשפוזי הבית, הן כספק והן כגורם מאתר ומפנה. במסגרת

החקיקה תקרת ההתחשבנות עבור המחלקות הפנימיות מקודמת בשיעור של 1% רק עבור בתי חולים אשר חתמו "הסכם אשפוזי בית" עם קופה. כלומר, בית חולים שאינו חתום על הסכם אשפוזי בית, אינו יכול להגדיל את שירותי האשפוז הפנימי שלו (למעט בית חולים שהוקצו לו מיטות פנימיות במסגרת תוכנית המיטות). תמריץ זה טומן בחובו שני עקרונות משמעותיים: האחד, תפיסת מדיניות לפיה הגידול במשק הפנימי בשלוש השנים הקרובות צריך להיות בעולם האשפוז הביתי ולא במחלקות האשפוז בבתי החולים. השני, תפיסה לפיה כל בתי החולים בישראל המחזיקים במחלקה פנימית נדרשים להיות אקטיביים בעולם אשפוזי הבית כספקי השירותים ולא רק כגורם מאתר ומפנה. גורמים שונים בבתי החולים מעידים על בעיה בכך ש"הסכם אשפוזי הבית" האמור כולל אך ורק הפעלה ולא מתגמל את בתי החולים בגין "הפניה" לאשפוז בית.

תמריץ משמעותי נוסף בחקיקת ההתחשבנות הנוכחית הינו שינוי שיטת התגמול של המחלקות הפנימיות מתשלום פר יום אשפוז (Per Diem) לתשלום גלובלי שאינו תלוי במספר ימי האשפוז במחלקה, אלא נקבע על פי ממוצעי עבר מקודמים. שינוי זה הינו תמריץ לצמצום האשפוז בוודאי עבור מטופלים אשר קיימת עבורם חלופה מיטיבה, מכיוון שההכנסה אינה עשויה להצטמצם בעקבות השינוי. זאת, לצד הקשחת תנאי הקנס המושת על קופות החולים בגין מטופלים "מעוכבי אשפוז".

על אף קיומם של שני תמריצים משמעותיים אלו, אשר נכנסו לתוקף בתחילת שנת 2022, לא נצפה עד כה שינוי משמעותי במעורבותם של בתי החולים כספקים של אשפוזי הבית. נראה כי התמריצים הקיימים אינם אפקטיביים עבור שני הצדדים - בתי החולים וקופות החולים, אשר לא תמיד מעוניינות בבית החולים כספק אשפוזי הבית גם כאשר זה מוכן לפתח את השירות. מבין כלל האינטראקציות הרלוונטיות (4 קופות חולים למול 26 בתי חולים בעלי מחלקות פנימיות, כ-94 במספר ללא כללית למול בתי החולים שלה), רק 6 אינטראקציות חתמו על הסכם אשפוזי בית והגדילו את תקרת הפנימית בהם בשל כך. בנוסף כאמור חלקם של בתי החולים כספקי האשפוז הינו זניח, ומעטים בתי החולים שמספקים שירות זה.

הסבר משוער אחד למצב הדברים המתואר הוא שאמנם התמריץ הכלכלי בטווח הקצר מעודד את בתי החולים למעורבות באשפוזי הבית, אולם התמריץ לטווח הארוך אינו מוסדר. חקיקת ההתחשבנות הינה חקיקה זמנית, אשר עתידה להתעדכן בשנת 2025/2024. כל עוד אין ודאות בנוגע להבטחת ההכנסה במחלקות הפנימיות בעת עדכון הקאפ, בית חולים אשר יעודד הוצאה של 10%-20% של המטופלים שבו

לאשפוז הבית, "מסתכן" באבדן ההכנסות עבור מאושפדים אלו בעת העדכון. בנוסף, הורדת התפוסות עשויה להשפיע על האפשרות לקבל תוספות תקינה עבור מיטות האשפוז במחלקות אלה.

הסבר נוסף עשוי להיות חוסר אמון של בתי החולים בקהילה ובאשפוז הבית. מכיוון שמדובר בספק חיצוני, ולא במחלקה "אחות" השייכת לאותו בית החולים כמקובל בעולם, עולה הטענה כי ישנם רופאים שמתקשים לסמוך על ספק חיצוני לא ידוע שייתן את המענה המיטבי לחולה, ומעדיפים להשאיר את אותו החולה תחת השגחתם. לחיזוק חשש זה יש לציין כי לא קיימים רישיונות מוסדרים ובקורות סדירות בתחום אשפוז הבית, בשונה משאר מערכות האשפוז בישראל.

עוד יש לזכור כי פיתוח שירות אשפוז ביתי דורש מבית החולים מאמץ רב ביחס לאשפוז בבית החולים - נסיעות רבות של אנשי הצוות, שינוע בדיקות וכו', וייתכן אפילו תקינה גבוהה יותר בשל הנסיעות הרבות, וככלל כנראה יותר פשוט ויעיל עבור בית החולים להפעיל מחלקה קיימת בתוך כותלי בית החולים מלפתח שירות אשפוז ביתי. הפעלה של שירות זה על ידי בית החולים עשויה ליצור מערך כפול, ובתי החולים אינם בעלי מומחיות בנייהול ותפעול לוגיסטיקה במרחב הקהילה.

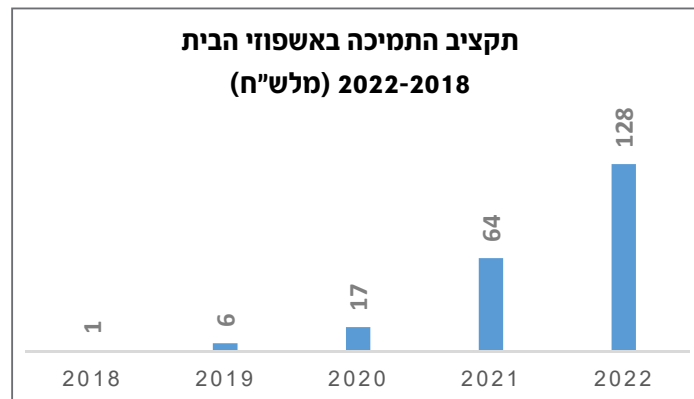
כל עוד בתי החולים אינם שחקן משמעותי, יש לבחון האם נוכל להגיע למיצוי לאומי מלא של פוטנציאל אשפוז הבית. גם במקרה בו כלל המקרים שניתן לאתר בקהילה יופנו לאשפוז הבית, תמיד יהיו מטופלים שיגיעו ישירות למיון גם ללא הפנייה, כלומר בהיעדר נקודה בה הקהילה יכלה לאתר את אותו המטופל, וכן תמיד יהיו מטופלים שהופנו על ידי הקהילה לבית החולים ובכל זאת לאחר בירור יימצא כי מתאימים לאשפוז הבית.

מאידך, ישנה תפיסה כי בתי החולים צריכים לעבור תהליך "אקוטיזציה", בייחוד לאור הזדקנות האוכלוסייה, ולטפל באוכלוסייה המורכבת ביותר, כאשר יתר הטיפולים יינתנו במעטפת הקהילתית. אשפוז הבית מיועדים לאוכלוסייה בעלת סיכון מופחת, ועל כן ישנו היגיון שיופעלו על ידי ספקים אחרים, ומערך האשפוז יעסוק בחולים המורכבים יותר. טענה זו עומדת כנגד התפיסה שבית החולים צריך להיות ספק השירותים, אך לא כנגד הציפייה מבית החולים להיות גורם מאתר ומפנה לאשפוז הבית.

תמריצי קופות החולים במערך אשפוז הבית

זה מספר שנים שעומד על הפרק הניסיון לפתח מערך אשפוזי בית נרחב בישראל, אולם רק בשנה האחרונה התחום התרחב באופן משמעותי ותפס תאוצה. ישנם מספר הסברים להתרחבות דווקא בשנה זו.

ההסבר הראשון והמרכזי ביותר הוא קיומו של תקציב במסגרת מבחן התמיכה. התמיכה באשפוזי בית ניתנת כבר מאז שנת 2018 במסגרת מבחני התמיכה של משרד הבריאות, אולם ההיקף התקציבי היה דל ביותר, ורק החל מהחציון השני של שנת 2021 ניתן לנושא תקצוב משמעותי שאפשר הגדלת פעילות מסיבית.¹¹



הגידול בתקציב עומד בקשר ישיר עם הגדלת הפעילות המשמעותית אשר הוצגה בהרחבה על ידי צוות אשפוזי הבית, וללא תקציב זה ספק אם קופות החולים היו מפתחות את השירות.

סיבה משמעותית נוספת היא מגיפת הקורונה. העומס המשמעותי על בתי החולים וההיערכות אשר נדרשה מקופות החולים על מנת לטפל בכמות נרחבת של חולים בקהילה הביאה גם היא להתפתחות של אשפוזי הבית, אשר חלק ניכר מהם (כ-17%) הינם אשפוזי קורונה. הקורונה הביאה איתה התפתחות מואצת של שירותי הרפואה מרוחק ושבירת פרידגמות קיימות בנוגע לאופן הטיפול במישורים רבים, ובין השאר גם להתפתחות מואצת של אשפוזי הבית הפנימיים, ולא רק עבור חולי הקורונה.

11 הנתונים של שנת 2022 מבוססים על החציון הראשון בלבד באקסטרפולציה שנתית.

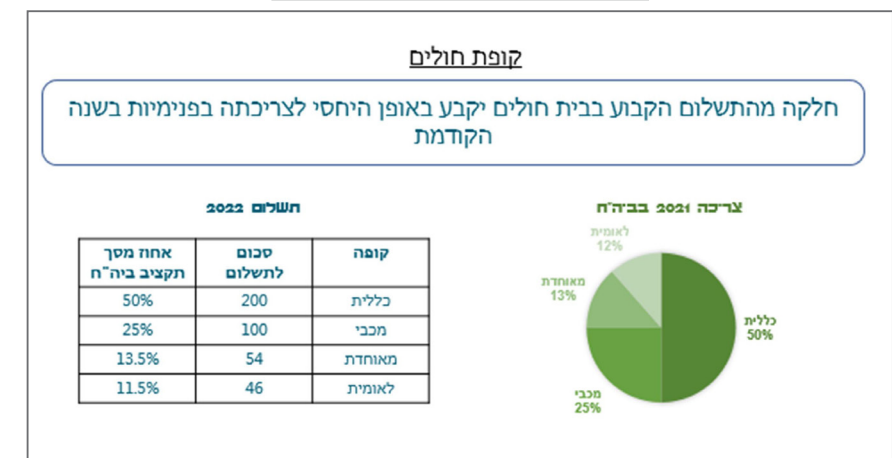
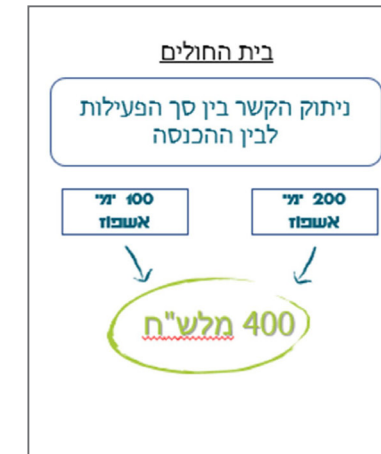
בשלב זה קשה להעריך עד כמה תמריץ זה אפקטיבי, אולם נראה כי השילוב בין שלושת הגורמים - תקציב, קורונה ושינוי השיטה בפנימויות הביאו יחד להתפתחות נרחבת של אשפוזי הבית. בתוך כך יש לציין שההערכה היא שהמרכיב המשמעותי ביותר הינו מתן התקציב, וישנה חשיבות עליונה למתן ודאות תקציבית לקופות החולים בנוגע לאשפוזי הבית בשנים הבאות.

יתרונות כלכליים במיטות אשפוז בית

לא ניתן לקבוע באופן חד משמעי כי ישנה הפחתת עלויות בפיתוח שירותי אשפוז בית, וכי מיטות אשפוז בית בהכרח זולות יותר מהמיטות בבית חולים. אמנם מחיר יום אשפוז ביתי זול משמעותית ממחיר יום אשפוז במחלקה פנימית בבית חולים, אך טרם הוכרע האם השירותים אכן תחליפיים ואינם מהווים למעשה התרחבות. בכל הנוגע לעלות אשפוז בית יש לזכור כי ישנן עלויות המועמסות על משק הבית, כולל אובדן ימי העבודה של המטפל העיקרי בבית. בוודאי קשה לטעון כי העלות השולית בהוספת מיטה בבית החולים עולה על עלות הקמת מיטת אשפוז בית, אשר דורשת שינוע של צוות רפואי על בסיס יומי, וכולל מרחק מאתגר מכלל השירותים הנגשים באשפוז.

בעוד שמחקרים שבחנו את החלופה של אשפוז בית בהשוואה לאשפוז אקוטי בבית חולים העריכו בעיקר את יעילות אשפוזי הבית במונחים של תוצאים קליניים, כגון תמותה, חזרה לאשפוז, ביקורים בחדרי המיון של בתי החולים ומשך האשפוז, מספר המחקרים שבחנו את עלויות כל אחד מחלופות האשפוז מצומצם הרבה יותר. עם זאת, מרבית המחקרים ממערכות בריאות שונות מראים כי חלופת אשפוז בית נוטה להוזיל את עלויות האשפוז בהשוואה לאשפוז בבית החולים בחולים עם התוויות דומות. במטה אנליזה של מחקרים שפורסמה לפני כעשור (Caplan et al., 2012) החוקרים מצאו כי למרות ההטרוגניות הרבה בהערכת עלויות האשפוז, ב-32 מתוך 34 המחקרים נמצא כי עלויות האשפוז הביתי נמוכות יותר. סקירת ספרות שיטתית ומטה אנליזה שפורסמה לאחרונה וכללה תשעה מחקרים מציגה בין השאר ממצאים הנוגעים לשיעור רצון מטופלים והבדלים בעלויות סוגי האשפוז השונים (Arsenault-Lapierre et al., 2021). גם מממצאי מחקר זה עולה כי עלות האשפוז הביתי נמוכה יותר במרבית המחקרים שנבדקו. יש לציין כי אף מחקר לא דיווח על עלויות out of pocket למטופל עצמו או למטפל העיקרי שלו.

תמריץ נוסף עבור קופות החולים קשור לחקיקת ההתחשבות הקיימת. כפי שהוסבר לעיל, התשלום עבור שירותי האשפוז הפנימי החל מתחילת שנת 2022 הפך מתשלום פר יום לתשלום גלובלי, כך שלבית החולים קיימת הבטחת הכנסה. אולם בצד קופות החולים, חלקה של כל קופה באותו תקציב גלובלי עשוי להשתנות משנה לשנה, כאשר חלקה היחסי נקבע לפי שיעור הצריכה שלה במחלקות הפנימיות באותו בית חולים בשנה הקודמת. כך למשל, אם קופת חולים הצליחה לספק אשפוזי בית באופן נרחב אשר החליפו את האשפוזים הפנימיים, וחלקה היחסי מסך האשפוזים באותו בית החולים ירד, בשנה העוקבת הקופה תשלם פחות בעבור אשפוז במחלקה הפנימית. ראו לדוגמה:



מספר המחקרים אשר בדקו את עלות האשפוז הביתי בישראל מצומצם מאוד. במחקר שנערך לאחרונה במרכז הרפואי רבין בישראל (Fryd et al., 2022) החוקרים השוו במודל סימולציה עלויות אשפוז של קוהורת טרוספקטיבי של 131 מטופלים שטופלו במחלקות הפנימיות של בית החולים עם עלות צפויה של טיפול באותם חולים בבית. הערכת עלות אשפוז הבית לחולים התבססה על הערכות צוות היחידה לאשפוז בית בבית החולים שכן בעת עריכת המחקר, אשפוז הבית לא הופעל עדיין באופן מלא. העלות כללה את עלות הצוות הרפואי, סוג השירותים והציוד הרפואי הנדרשים לטיפול בכל אבחנה לפי פרוטוקול הטיפול המקובל ועלות ההפעלה בשנתיים הראשונות לשירות. העלויות כללו בין השאר עלויות נסיעה עבור מטופלים ומטפלים עיקריים שישולמו על ידי בית החולים. החוקרים מדווחים שעלות האשפוז הראשוני (index hospitalization) הייתה משמעותית יקרה יותר לבית החולים באשפוז ביתי (גידול של 29% בעלות) בהשוואה לאשפוז במחלקה בבית החולים בין השאר בשל משך אשפוז ארוך יותר בבית (6.0 ימים באשפוז בית לעומת 5.1 ימים באשפוז בבית חולים) ועלות כוח אדם שהיא עלות קבועה בבית חולים והייתה גבוהה יותר באשפוז הביתי. ההבדל בעלות הצטמצם ל-14% במעקב של עד 30 יום מהאשפוז עקב הפחתה בעלויות אשפוזים חוזרים של חולים שטופלו במסגרת אשפוז בית. יש לציין כי היחידה לאשפוז ביתי בבית החולים תוכננה כיחידה שתספק שירות אשפוז ביתי בסטנדרט גבוה יחסית עם משאבי כוח אדם, ובעיקר הצוות הסייעודי עשויים להפחית משמעותית את עלות האשפוז הביתי.

לסיכום: ניתן להסביר הבדלים בעלויות אשפוז ביתי ואשפוז בבית חולים בשיטות התמחור ששימשו להערכת עלות כל אחד מהשירותים, סוג העלויות שהוערכו והבדלים בעלות היחסית של כוח אדם והשירותים השונים ששימשו למתן הטיפול, כגון עלות ייעוצים רפואיים, בדיקות הדמיה ובדיקות מעבדה. אין כיום מתודולוגיה אחידה להערכת עלויות אשפוז הבית ולאחרונה גם הובע חשש שעלויות אשפוז הבית מוערכות בחסר (Goossens et al., 2020). על מנת להעריך את העלות האמיתית של אשפוז בית יש לבצע תמחור מפורט מבוסס פעילות (-activity based costing) לקחת בחשבון את כל עלויות כוח האדם, הציוד הרפואי, שינוע מטופלים ומטפלים, עלויות ההקמה של התוכנית ועלות אלטרנטיבית (opportunity cost) של הזמן של המטפל העיקרי בבית (Achant et al., 2021) דוח משרד הבריאות בישראל (משרד הבריאות, 2020) מציין כמה מרכיבים עיקריים המייקרים את חלופת אשפוז הבית בהשוואה לאשפוז חריף בבית חולים. כאשר החולה מופנה לבית החולים לאשפוז בית, יש לקחת בחשבון את עלות הסעת המטופל באמבולנס או במונית.

מחקרים עדכניים יותר מראים גם הם שעלויות אשפוז בית נמוכות יותר. למשל, Saeger ואחרים (Saenger et al., 2022) השוו עלויות אשפוז של 201 מטופלים באשפוז בית לעומת 101 מטופלים באשפוז בבית חולים, לתקופת האשפוז הראשוני ו-30 יום לאחר האשפוז. לאחר תקנון לגיל, מין, ביטוח רפואי, אבחנה ומצב תפקודי, עלויות האשפוז הביתי היו נמוכות בכ-6,000\$ בהשוואה לאשפוז בבית חולים.

מידע מהימן יותר על הבדלים בעלויות של אשפוז בבית חולים ואשפוז בית ניתן ללמוד ממחקרים מבוקרים עם חלוקה אקראית של מטופלים לאחת ממסגרות הטיפול. מחקר כזה שפורסם לאחרונה (Levine et al. 2020) השווה עלויות ישירות (direct costs) של 43 מטופלים באשפוז בית עם 48 מטופלים בבית חולים. נמצא שהעלות הממוצעת לאשפוז בית (ללא עלויות רופאים) הייתה נמוכה ב-38% בהשוואה לטיפול בבית חולים, למרות משך אשפוז ארוך יותר בבית לעומת בית חולים (5.5 ימים לעומת 3.8 ימים, בהתאמה). עיקר החיסכון בעלות נבע מהפחתה משמעותית בהפניות לבדיקות הדמיה, בדיקות מעבדה וייעוצים מקצועיים (ראה לוח להלן). כאשר העלויות תוקננו למספר המטופלים פר רופא בכל חלופת אשפוז, האשפוז הביתי עדיין היה זול יותר ב-19% מעלות האשפוז בבית חולים.

Table 3. Patient Health Care Use*

Measure	Home (n = 43)	Control (n = 48)
During acute care episode		
Mean length of stay (95% CI), d	4.5 (3.9-5.0)	3.8 (3.3-4.4)
Intravenous medication during admission	30 (70)	39 (81)
Imaging during admission	6 (14)	21 (44)
Median laboratory orders per admission (IQR), n	3 (5)	15 (15)
Consultant session during admission	1 (2)	15 (31)
Physical or occupational therapy session during admission	0 (0)	8 (17)
Disposition		
Routine	28 (65)	32 (67)
Home health	10 (23)	15 (31)
Home hospice	4 (9)	1 (2)
Other	1 (2)	0 (0)
30 d after acute care episode		
Primary care visit ≤14 d after discharge†	22 (55)	19 (42)
30-d readmission†	3 (7)	11 (23)
For same condition as index hospitalization, n/N‡	1/3	6/11
30-d ED presentation†	3 (7)	6 (13)

ED = emergency department; IQR = interquartile range.
 * Values are numbers (percentages) unless otherwise indicated. Percentages may not sum to 100 due to rounding.
 † For 1 home patient and 7 control patients, these data were evaluated via medical record review only because the patients could not be reached for the 30-d telephone call.
 ‡ Out of all readmitted patients in each study group.

בנוסף ובהנחה שמשך האינטראקציה בין מטפל ומטופל דומים במתאר בית החולים ובאשפוז הביתי, עלות שינוע הצוות הרפואי, הסיעודי ומטפלים אחרים לבית המטופל והצורך לנסוע בין מטופלים, כמו גם עלות הזמן של מעבר בין מטופלים, עלולה לייקר את עלות כוח האדם הכוללת באשפוז ביתי. על מנת לחסוך עלויות אלה, בחלק ממערכות הבריאות המפעילות שירותי אשפוז בית מתבקשים המטופלים להגיע אל בית החולים ו/או למרפאה בקהילה על מנת להימנע מהסעה של הצוות הרפואי לבתי המטופלים. במצבים רפואיים בהם נדרשות בדיקות מעבדה יש צורך לשנע את הבדיקות למעבדה הקרובה. עלויות אלה אינן קיימות באשפוז בבית חולים.

עם זאת, יתרון כלכלי משמעותי של מיטות אשפוז הבית הוא הגמישות לאורך השנה ובהתאם לצרכים המשתנים. בעוד הוספת מיטה פנימית בבית החולים היא אירוע "קשיח", המתבטא בתוספת כוח אדם, בינוי, הגדלת תקרות הקאפ והוצאת רישיון, "הוספת" מיטת אשפוז בית היא אירוע גמיש יותר, וניתן לאורך השנה להרחיב ולצמצם את מספר המיטות בהתאם לצורך. דבר זה משמעותי בייחוד לאור דפוסי התפוסה במחלקות הפנימיות, אשר משתנים לאורך השנה, ונעים בין 88%-97% בממוצע וכן משמעותי באירועי קצה כגון מגיפת הקורונה, כאשר האשפוז הביתי סיפק מענה גמיש, בר הקמה והרחבה באופן מיידי, ביחס להקמת מיטת אשפוז. כך למשל, בין השנים 2008-2009, 5% מכלל ימי האשפוז במדינת ויקטוריה באוסטרליה (אוכלוסייה של כ-5 מיליון תושבים) היו באשפוז ביתי. משמעות צמצום זו בימי אשפוז בבית חולים היא חסכון בתפעול של כ-500 מיטות אשפוז (Montalto, 2010). בהינתן שהחסם המרכזי ביותר להרחבת השירות הוא מחסור בהיצע כוח אדם מקצועי (רפואה/סיעוד ומקצועות נוספים), הערכת משרד הבריאות, בעת הנוכחית, היא שניתן להגיע לאשפוז בית בשיעור של 5% עד 2030, 10% עד 2040 ו-15% עד 2050 (אשפוז אקוטי בקהילה שהוא תחליף לאשפוז בבית חולים) (תמ"א 49 - חלק ב'). עם זאת, נתונים ממערכות בריאות אחרות המקיימות מערך אשפוז בית מזה שנים רבות, כדוגמת אוסטרליה מוכיחים כי למרות הגידול במספר אשפוזי הבית, אשפוזים אלה מהווים עדיין חלק קטן יחסית מכלל האשפוזים. מחקר שבדק אשפוזים מ-19 בתי חולים באוסטרליה בין השנים 2011-2017 מדווח כי 80,167 אשפוזים מתוך 2,185,421 אשפוזים היו אשפוזי בית (3.7% מכלל האשפוזים) (Montalto et al., 2020).

מחד, התפיסה של האשפוז הביתי כעוד סוג של "מיטה", והסתמכות תוכנית המיטות על מיטות אלו, מתן רישיונות וכיוצא בזה, עשויים לפגום ביתרון המשמעותי שיש לאשפוז הביתי בהיותו גמיש ונתון לאפשרות לצמצמו, בניגוד למיטת אשפוז בבית חולים.

מערכת הבריאות מצויה במחסור של כוח אדם רפואי במקצועות רבים - רפואה, סיעוד, מקצועות הבריאות, רוקחות וכו'. הרחבה בלתי מבוקרת של האשפוז הביתי עשויה להביא לתחרות לא רצויה על כוח אדם מחד, או מאידך הסתמכות על כוח אדם פחות איכותי בשל אותו מחסור. טענה זו מעלה את הצורך במתן רישיונות או כל פתרון אחר שעשוי להקל על התחרות הזו.

אשפוזי בית במבט לעתיד

ככלל, ניתן לחלק את המתאשפזים במחלקה הפנימית לקבוצות הבאות: חולים במחלות זיהומיות, מחלות לב וכלי דם, בירור מצב חולני רפואי, הידרדרות תפקודית והעברה ממחלקה אחרת בבית החולים. אשפוזי הבית מתאפשרים בעיקר בחולים בעלי מחלות זיהומיות (כתלות בחומרת הזיהום) ובייחוד בחולים בעלי הידרדרות תפקודית. מטופלים אלו מגיעים הן מהקהילה והן מהמוסדות הסיעודיים, ומהווים בהערכה גסה כ-50% מהחולים במחלקות הפנימיות. כיוון משמעותי שניתן לפתח בהקשר זה הוא אשפוזי בית במוסדות הסיעודיים עצמם, שימנעו מהמטופל מעברים מיותרים בין המוסדות המטפלים ובמקביל ישמרו על המחלקות הפנימיות ככאלו המטפלות בחולים אקוטיים ומורכבים. כיוון נוסף הוא אשפוז מהקהילה והעברה ישירה מהקהילה למוסד ההמשכי במקרה הצורך, ללא מעבר במחלקה הפנימית בבית החולים.

לפי נתוני קופות החולים, כ-99% מכלל אשפוזי הבית הנעשים כיום הינם אשפוז בית פנימי או אשפוז בית קורונה. ישנם מספר יוזמות נקודתיות של התפתחות לתחומים נוספים, לדוגמה אשפוז ביתי לילדים אשר נפתח בשניידר בחודש נובמבר 2022 ואשפוז פסיכיאטרי ביתי, אך חלק הארי הוא כמובן אשפוז הבית הפנימי.

במבט לעתיד, אין סיבה שאשפוזי הבית לא יתרחבו לתחומים רבים נוספים, ובכלל זה אשפוז ילדים בהתוויות לא פולשניות, אשפוז פסיכיאטרי כאמור, אשפוז ביתי במוסדות גריאטריים ועוד. אך בניגוד לאשפוז הפנימי, בו כאמור מערך התמריצים לקופות החולים ולבתי החולים במסגרת חוק ההתחשבות מאפשר כלכלית את ההתפתחות של שירותי הבית, בתחומים האחרים לא קיימת הסדרה כזו כיום. עבור בית החולים, יציאה של מטופלים לאשפוזי הבית, או לחילופין ירידה בהפניות לבית החולים מהקהילה משמעה אבדן הכנסה. גם במקרה בו בית החולים הוא הספק של האשפוז הביתי ומספק את השירות באותו מחיר של יום אשפוז במסגרת המחלקה,

אין ודאות כיום שהעלויות למתן השירות הן זולות יותר, וככל שהעלות יקרה יותר מאשפוז רגיל בית החולים יעדיף לא לפתח את השירות. בעבור קופות החולים קיימות חובות רכש אשר מגבילות את פוטנציאל הירידה, וכן תמחורי PRG המאחדים את התשלום עבור הפרוצדורה וימי האשפוז שאחריה אינן מתמרצים את קופות החולים להוציא מטופלים פוטנציאליים (רובם לאחר פרוצדורות כירורגיות) מכיוון שממילא הקופה משלמת תשלום כולל לבית החולים, ולא רואה חיסכון במקרה בו המטופל עבר חלק מימי האשפוז בבית. ככל והמדיניות מעודדת את התרחבות אשפוזי הבית לתחומים נוספים, יש להקדיש מחשבה כיצד לאסדר את התמריצים הכלכליים כך שכלל השחקנים ירוויחו מפיתוח השירות.

שאלות לדיון

למה אנחנו רוצים אשפוז בית:

- ◆ הפחתת עלויות למערכת הבריאות?
- ◆ מביא לתוצאות קליניות טובות יותר?
- ◆ משפר את שביעות הרצון של המטופלים?
- ◆ מאפשר גמישות של המערכת בעת עומסים?

הפחתת עלויות על מערכת הבריאות:

- ◆ האם אשפוז בית זול יותר מאשפוז בבית חולים?
- ◆ האם זול יותר להפעיל את השירות באמצעות הקהילה או באמצעות בתי חולים?
- ◆ האם אשפוז בית מחליף אשפוז או מגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות?
- ◆ האם התשובה משתנה בין סוגי החולים השונים?

תכנון ארוך טווח של מערכת האשפוז:

- ◆ האם אשפוז בית הוא פקטור משמעותי מספיק כדי לקחת אותו בחשבון בתכנון מערכת האשפוז?
- ◆ האם אנחנו רוצים את בתי החולים מעורבים בהפעלת אשפוז בית?
- ◆ האם ההתוויות המקובלות כיום לאשפוז בית צריכות להישמר?
- ◆ האם מיטות בית צריכות להיות מרושינות ומתוכננות או מענה לביקושים על בסיס שוק?

תמריצים כלכליים:

- ◆ מבחן התמיכה לקופות לאשפוז בית עדיין רלוונטי? איזה תיקונים יש לעשות בו?
- ◆ האם תמריצי הקפ הנוכחי לבתי חולים ולקופות לשחרור מהפנימיות והמיון לאשפוז בית הביאו אימפקט? כיצד ניתן לתמרץ מודלים של הפניה לאשפוז בית מהמיון דוגמת זה הפועל באסותא אשדוד וזוכה להצלחה מרובה?
- ◆ האם תמריצי הקפ הנוכחי דוחפים את בתי החולים והקופות למצב שבתי חולים מעורבים כספקים לאשפוז בית?
- ◆ האם תמריצי הקפ הנוכחי מתמרצים את הקופות להפנות לאשפוז בית מהקהילה ולפתח אשפוז בייתי?
- ◆ כיצד מייצרים תמריצים לאשפוזי בית לחולים מהמחלקות הלא פולשניות בבית החולים שאינן המחלקות הפנימיות?
- ◆ האם הפתרון נמצא במנגנון התמחור ולא במנגנון הקפ?

סיכום הצוות הכלכלי

ההיבטים הכלכליים של אשפוזי בית ורפואה יועצת נידונו במושבים שונים במהלך הכנס. חלק מהסוגיות הכלכליות עלו גם בדיוני הצוותים שעסקו בהיבטים נוספים של אשפוזי בית ורפואה יועצת ולכן היבטים כלכליים מוצגים גם בסיכומי הצוותים האחרים. מאותה סיבה, לא ניתן היה לדון בהיבטים כלכליים בלבד במנותק מסוגיות של מדיניות בריאות וארגון השירותים ועל כן חלק מהסיכום יעסוק גם בנושאים אלה תוך חלוקה לסוגיות באשפוזי בית ורפואה יועצת.

אשפוזי בית

במהלך הדיונים נבחנו השאלות המרכזיות הבאות:

1. מה התועלות העיקריות מאשפוזי בית תוך חלוקה לתוצאים קליניים, היענות לציפיות המטופל (responsiveness), גמישות תפעול של מערכת האשפוז בעת עומסים חריגים.
2. האם אשפוז בית הוא יעיל כלכלית בהשוואה לאשפוז במחלקה בבית חולים (משפר את איכות הטיפול ללא תוספת עלויות או מצמצם עלויות ללא פגיעה באיכות)?
3. מה יחסי הגומלין בין בתי החולים לקופות החולים כמפעילים וספקים של אשפוזי בית. ומה התמריצים הכלכליים והאחרים הנדרשים לקופות החולים, בתי החולים וספקי שירותים אחרים לשם הפעלת אשפוזי בית והרחבתם.
4. האם ניתן ורצוי להרחיב את אשפוזי הבית לתחומים נוספים מאלה הניתנים כיום ומה האסדרה הכלכלית הנדרשת לשם כך.
5. האם מיטת אשפוז בית היא "מיטה" לכל דבר ומה ההשלכות על בניית מיטות אשפוז בבתי חולים ותכנון הצורך בכוח אדם במערכת הבריאות.

התועלות מאשפוזי בית

מרבית משתתפי הדיון סבורים שיש תועלת באשפוזי הבית בהיבטים קליניים (כגון מניעת זיהומים נרכשים, החלמה מהירה יותר), ובהיענות לציפיות (responsiveness) דוגמת שביעות רצון מטופלים ומטפליהם העיקריים (care givers), ומקדמים את עקרון המטופל במרכז וכבוד האדם. גמישות והתאמת הטיפול לצורכי המטופל הוא אחד היתרונות המרכזיים של אשפוזי הבית אולם כבר כיום יש חסמים לאשפוז כזה באוכלוסיות מסוימות, בין השאר בשל מצב סוציו-אקונומי והצורך בהתאמה תרבותית לאוכלוסיות שונות.

תועלת נוספת טמונה בגמישות המערכתית שנוצרת ביחס להוספת מיטות אשפוז תשתיות - אשפוזי הבית מאפשרים הגדלה וצמצום היצע באופן גמיש ויעיל בהתאם לצרכים, לעונות השנה, ולמצב התחלואה באוכלוסייה. בתקופות בהן הצורך פוחת ניתן להשתמש בתקציב ובכוח האדם לצרכים אחרים במערכת חרף התחזוקה השוטפת של התשתית האשפוזית, מה שניתן לעשות בצורה פחותה במיטות אשפוז בבתי חולים.

מומלץ לבחון פיתוח מודלים שונים של אשפוזי בית בהתאם לאוכלוסיית המטופלים המיועדת אבל קיימת מחלוקת האם לייצר תעריפים שונים לכל מודל כזה ורגולציה שונה עליהם.

יעילות כלכלית, תמריצים כלכליים ועלויות

קהל היעד של אשפוזי הבית לא הוגדר עד היום באופן ברור - האם היעד הוא המטופלים המורכבים יותר, שיהנו מהתועלות הקליניות והשירותיות שיש לשירות זה להציע, או המטופלים הקלים יחסית, כחלק מהמגמה לאקוטיזציה של בתי החולים. כלומר, הסטת מקרים קלים לטיפול בקהילה על מנת לשמור את בתי החולים רק למקרים שלא ניתן להם מענה בקהילה. האם מדובר בחלופת אשפוז של ממש, או בשירות אשר מתקיים על הרצף שבין הקהילה לאשפוז. בשטח קיימים שירותים שונים אשר נופלים תחת ההגדרה "אשפוזי בית", תואמים מגוון סוגי מטופלים אך אינם זהים בקהל היעד ובתפיסת השירות במרחב שבין הקהילה לאשפוז. מרבית מהשאלות הכלכליות והמבניות קשורות בשאלת קהל היעד, לדוגמה - האם זול יותר לאשפוז מטופל בבית כפי שיפורט בהמשך? האם נדרשת מעורבות משמעותית של בתי החולים בישראל בשירות זה? אילו תמריצים נגזרים מהחלטה זו?

אין קונצנזוס לגבי צמצום/ריסון ההוצאות באשפוז בית לעומת אשפוז במחלקה בבית חולים. יעילות כלכלית אינה מסתכמת בעלויות בלבד, אלא יש להתייחס גם להיבטים של זמינות רופאים, אחיות ומקצועות הבריאות הנוספים לצורך הפעלת אשפוזי בית, במיוחד באזורי הפריפריה שם מצוקת כוח האדם גדולה יותר, וכן השלכות על איכות הטיפול. מתן מענה למטופלים מורכבים יחסית בבית ככל הנראה עולה יותר ממתן המענה לאותם המטופלים בבית החולים, בטווח הקצר לכל הפחות. בטווח הארוך ייתכן והאשפוז בבית מונע סיבוכים נוספים והתדרדרות תפקודית שעשויים להיווצר באשפוז. כלומר, נראה שאשפוז בית עשוי להיות יעיל מכיוון שמספר את איכות הטיפול, אבל יקר יותר מאשפוז במחלקה. יש לציין כי מדובר בהשערות על סמך ניסיון המשתתפים בדיון וכי לא נערכה עבודה סדורה בנושא לבדיקת העלויות למול התועלות ואיכות הטיפול.

מבחן התמיכה הקיים בעת הדיונים בכנס תמרץ פיתוח אשפוז בית למטופלים לא מורכבים בשל השיפוי הקבוע שניתן ליום אשפוז, ללא קשר להתוויות ומורכבות האשפוז. אשפוזי הבית התפתחו בעיקר במצבים בהם השיפוי לקופות החולים באמצעות מבחן התמיכה היה גבוה מהעלות. אם יוחלט להרחיב את אשפוזי הבית למטופלים מורכבים יותר, יהיה צורך בתשלום דיפרנציאלי שיאפשר פיתוח שירותים למטופלים אלו. בכל מקרה, יש להגדיל את עלות הסל בהתאם לעלויות הנוספות של אשפוז הבית, בעיקר אם יוחלט כי מטופלים מורכבים יטופלו גם הם במסגרות של אשפוז בית.

ככלל, מנגנון הקאפ הנוכחי במחלוקות הפנימיות מייצר תמריצים לטובת הוצאת המטופלים מהמחלקות, בין השאר גם לאשפוז בבית. עם זאת, יש לדייק את כללי ההתחשבות הקיימים (לרבות ה"קאפ") על מנת לאפשר את הרחבת שירות אשפוזי הבית בייחוד בבתי החולים. בדיונים עלה כי לקופות החולים אין תמריץ במנגנונים הקיימים לחתום על הסכמי אשפוז בית עם בתי חולים - הן בשחרור מהמחלקות לרפואה דחופה והן בשחרור ממחלקות האשפוז. לכן, יש לייצר תמריצים שונים לכל אחד מסוגי אשפוז אלו. כמו כן, יש לשקף לקופות החולים את נפח הפעילות השולי שלהן במחלקות הפנימיות הנגזר ממודל האשפוז החדש, ולהוסיף תקציב לעלות הסל בהתאם.

מודלים לשיתופי פעולה בין בתי חולים וקופות החולים והרחבת אשפוזי בית לתחומים נוספים

לא הייתה הסכמה לגבי הגוף שיהיה אחראי על פיתוח והספקה של אשפוזי הבית - האם הקופות או בתי החולים. כדאי שיהיה ברור על מי האחריות ובמקביל יש להשקיע ביצירת מודלים של שיתופי פעולה בין בתי חולים לקופות חולים כדי ששירות אשפוזי הבית ימשיך להתפתח.

קיימת הסכמה על הצורך במעורבות בית החולים כגורם מפנה לאשפוז בית ממחלקות האשפוז והמחלקות לרפואה דחופה (למשל, באמצעות מודל של אחות אשפוזי בית) במקביל להסדרת התמריצים הכלכליים על מנת שמודל כזה יהיה בר קיימא. בהקשר זה עלה הצורך להשקיע משאבים באחיות קשר של קופות החולים בבתי החולים.

מצופה שקופות החולים יאמדו את הצרכים שלהן ואת הביקוש לאשפוזי בית ומבתי החולים להציע את השירות.

ככל ששירות אשפוזי הבית יוצע לחולים מורכבים יותר מאלה המקבלים אותו כיום, יש לאפיין מקצועית מטופלים אלו ותידרש מעורבות גבוהה יותר של בתי החולים בטיפול.

סוגיות נוספות

לא הייתה הסכמה לגבי מטרת אשפוזי הבית: האם לצמצם עלויות לעומת האשפוז במחלקה; האם להגדיל היצע מיטות או שירותים - ולכן גם להגדיל עלויות; או האם לשפר את איכות הטיפול, אשר עשוי גם כן להגדיל עלויות. ייתכן ולכל סוג אשפוז מטרה אחרת, אך היא צריכה להיות ברורה, כדי שהיא תושג במלואה.

כאשר שער הכניסה לאשפוז בית הוא דרך הקהילה, חלק מאשפוזי הבית עלולים להיות תוספתיים ולא תחליפיים לאשפוז בבית חולים. מסיבות אלה ומסיבות הקשורות להערכת הצורך באשפוז בעתיד, מוקדם מידי לקבוע כי מיטות אשפוז בית הן תחליף מלא למיטת אשפוז בבית חולים.

לאור ניסיון ראשוני שנצבר בחלק מבתי החולים וקופות החולים והוצג בכנס, ולאור מצוקת האשפוז בתחומים אלו, הצוות סבור כי ניתן להרחיב את אשפוזי הבית

לתחומים נוספים כגון ילדים, בריאות הנפש וגריאטריה, תוך בחינת מודלים אפשריים להפעלה והתחשבות במגבלות כוח האדם בכל אחד מהתחומים.

רפואה יועצת

הצוות עסק בין השאר בניהול ההיצע ברפואה היועצת בטווח הקצר ובטווח הארוך יותר וכן בתגמול הרופאים.

ניהול מיטבי של ההיצע

קיימת הסכמה בין חברי הצוות כי ניתן להתמודד עם חלק מהעומס ברפואה יועצת באמצעות הרפואה הראשונית בטווח הקצר במקביל להגדלת כוח האדם הרפואי בטווח הארוך יותר. לשם כך, יש להפחית את העומס מרופאי המשפחה באמצעות הפחתת עיסוקים באישורים ופעולות מנהליות אחרות וכן בהעברת סמכויות נרחבות יותר למקצועות בריאות אחרים וצוות אדמיניסטרטיבי (offloading). לדוגמה: יש לאפשר הפניה לצילום רנטגן על ידי פיזיותרפיסט או אחות מומחית.

מוסכם כי בטווח הארוך הפתרון הוא בהגדלת היצע הרופאים באופן משמעותי, בעיקר ברפואה הראשונית וכי בשלב זה המיקוד צריך להיות בגיוון ה-Skill mix. הגדלת מספר הרופאים צריכה לבוא בד בבד עם תכנון ההתמחויות ברמה הלאומית והרחבת תקופת ההתמחות בקהילה: להגדיל את פרק הזמן משמעותית ולהפכו לחובה, בייחוד במקצועות עם אוריינטציה קהילתית.

ניהול מיטבי של הביקוש

ניתן לייעל את מערך ההפניות לרפואה יועצת ולעודד את השימוש ברפואה הראשונית במקום היועצת ו/או שימוש ברפואה הראשונית כשומרת סף על ידי מתן קדימות אצל הרפואה היועצת לפי דחיפות המקרה או למבוטחים שקיבלו הפניה מרופא משפחה. כאשר הדבר אפשרי ניתן להציב רופא משפחה ממיין במרפאה יועצת גדולה, אשר יוכל לוודא כי המקרים הנכונים מגיעים לרפואה היועצת ואלו שיכולים להיפתר ברמת רופא המשפחה אינם מגיעים. בנוסף, כדאי לבחון הרחבת הסמכויות של אחיות בתחום הרפואה הראשונית, שתוכלנה למלא תפקיד יותר משמעותי בטיפול - דוגמת המודל הבריטי.

במקביל, יש לייצר הסברה לציבור וכן המלצה במערכת זימון התורים של קופות החולים לקבלת אבחון וטיפול ראשוני אצל רופא משפחה. בהקשר זה קיימת מחלוקת לגבי הערך בפרסום זמני ההמתנה. רוב חברי הצוות סברו שפרסום כזה ייצר יותר נזק מתועלת.

בנוסף, ניתן לייצר מענה מצומצם למחסור בהיצע הרפואה היועצת באמצעות ביקורים דיגיטליים שיבוצעו על ידי רופאים המתגוררים בחו"ל בעלי רישיון לעסוק ברפואה בישראל.

שיטות תגמול ברפואה יועצת

המציאות הקיימת של מחסור עמוק בכוח אדם רפואי מייצרת תחרות משמעותית בין כלל הגופים במערכת על הרופאים, בדגש על קופות החולים. תחרות זו מביאה לעלייה משמעותית בהוצאות השכר והופכת את שיטות התגמול של כל קופה לרלוונטיות ביותר להיצע זמינות השירותים שקופה זו יודעת לספק למבוטחיה.

הוסכם על ידי חברי המושב ובכללם כל קופות החולים כי יש צורך בהסדרת כללים אחידים בנושאי שכר ותגמול ביחס לכלל הרופאים (שכירים ועצמאיים). אחד החסמים להסדרת הכללים שנדרש לפתור הוא חוסר אחידות בתנאי התגמול לרופאים בין קופות החולים. קיימת מחלוקת לגבי הכלי המתאים לעניין האכיפה והפיקוח על שכר ותגמול – האם נדרש לבצע הסדרה באמצעות הסכמים ופיקוח של הממונה על השכר או שנדרש להגיע להסכמות בכלים אחרים כגון הסכמי הייצוב.

רעיון שהוצע הוא האפשרות לרופאים לקבל מטופלים מכל הקופות (כגון מודל מכבי + מאוחדת) תמורת תשלום זהה בין כלל הקופות. פתרון זה יפחית את התחרות של הקופות על רופאים ויוריד מחירים, אך דורש שינוי משמעותי באופן ההתקשרות בין קופות החולים והרופאים.

פערי ידע הדורשים העמקה מחקרית

על מנת לסייע לקביעת מדיניות בריאות מבוססת ראיות ולשפר את תכנון מערכת הבריאות יש צורך במחקרים שיענו על פערי הידע הקיימים כיום הן בתחום אשפוזי הבית והן בתחום הרפואה היועצת. להלן מספר סוגיות שהצוות סבור שיש להתייחס אליהן במחקרים עתידיים:

רפואה יועצת:

נדרש מיפוי מקיף של היצע הרופאים היועצים כיום בבתי החולים ובקהילה וזמינותם. למשל, כמה רופאים יש בכל מקצוע? מה תמהיל ההעסקה שלהם (למשל בית חולים וקהילה, רפואה ציבורית ורפואה פרטית) ומה מספר שעות העבודה בכל מסגרת? פערי זמינות השירותים לפי אזורים גאוגרפיים (למשל מיקום הפרקטיקה הרפואית באזורים שונים בישראל). בהקשר זה יש חשיבות לבחון את הציפיות של הרופאות והרופאים הצעירים והשיקולים המשמעותיים עבורם בתעסוקה.

נדרש מחקר מקיף שיאמוד את צריכת השירותים ברפואה היועצת וכן את נאותות הביקורים: כמה ואילו ביקורים ברפואה היועצת יכולים היו להיות מטופלים ברפואה הראשונית ופערים בין קבוצות אוכלוסייה (לרבות פערים לפי הכנסה). לאור תוצאות המחקר יש לבחון אפשרות האם ניתן לצמצם את אפשרויות הפניה הישירה לרופא יועץ בחלק מהמקצועות.

כמו כן, דרוש מחקר דומה אשר יבחן את דפוסי השימוש ברפואה המקוונת, הן הראשונית והן היועצת. שאלת המחקר המרכזית היא "האם השימוש עונה על צורך שקודם לא נענה (unmet needs), או שמא חלק מהביקורים הם ביקורים "מיותרים". כמו כן, מומלץ לבחון פערי נגישות לשירותים בין קבוצות אוכלוסייה.

במקביל, יש לבדוק את המאפיינים והכשירות של רופאי המשפחה והאחיות העובדים כיום בקהילה ואת היכולת שלהם לפתור בעיות רפואיות בעצמם במקום להפנות לרפואה יועצת.

מומלץ לערוך מחקר שיבחן את הקשר בין שיטת התגמול של הרופא היועץ בקהילה ובין מדדים שונים של איכות הטיפול בחולה, כגון מדדים קליניים ושביעות רצון מטופלים.

אשפוזי בית:

נדרש מחקר מקיף שיעריך את השפעת התפתחות שירותי אשפוז הבית על הצורך במיטות אשפוז וכוח אדם בבתי חולים בעתיד, וכן את שיעור האשפוז התחליפי בבית המטופל לאשפוז בבית חולים ושיעור האשפוז התוספתי באשפוז בית.

נדרש מחקר שיבחן את מידת היעילות של אשפוז הבית ביחס לאשפוז במחלקה בסוגים השונים של אשפוזים ומטופלים. על המחקר לבחון את ההשפעות על

עלויות הטיפול, איכות הטיפול - הן קלינית והן חוויית המטופל ובני משפחתו (responsiveness). יש להעריך את העלות הכוללת בכל סוג אשפוז לבחון מלבד עלויות ישירות למערכת הבריאות (direct costs) גם עלויות ישירות למטופל ובני משפחתו (הוצאה פרטית) הקשורות לאשפוז. בנוסף, יש להעריך את העלויות העקיפות (indirect costs) למטופל ולמטפלו העיקריים כתוצאה מאובדן ימי עבודה ותפוקה למשק ולחשב את העלות הכוללת למשק לכל סוג אשפוז.

במחקר מקביל מוצע לבחון לעומק את העדפות וציפיות המטופלים ובני משפחה מטפלים מאשפוז בית לפי סוג אשפוז וסוג מטופל.

יש לשקול מחקר שיבחן כיצד שיטות התשלום ותמריצים כלכליים אחרים יכולים לעודד המשכיות טיפול בין אשפוז וקהילה, בעיקר באשפוזי הבית.

מקורות:

1. משרד הבריאות. מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי. חלופות אשפוז בית בישראל: מאפיינים והמלצות. פברואר 2020.
2. משרד הבריאות. מנהל התכנון. תמ"א-49 תוכנית מתאר ארצית למוסדות בריאות. מערכת מוסדות הבריאות בישראל במבט צופה עתיד. חלק א' - מסמך מדיניות.
3. Achanta A, Velasquez DE, Grabowski DC. Hospital at Home: Paying for What It's Worth. *Am J Manag Care*. 2021 Sep;27(9):369-371. doi: 10.37765/ajmc.2021.88739.
4. Arsenault-Lapierre G, Henein M, Gaid D., et al. Hospital-at-Home Interventions vs In-Hospital Stay for Patients with Chronic Disease Who Present to the Emergency Department A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*. 2021;4(6):e2111568. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.11568.
5. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, et al. A meta-analysis of "hospital in the home." *Med J Aust*. 2012;197(9):512-519. doi:10.5694/mja12.10480.
6. Conley J, O'Brien CW, Leff BA, Bolen S, Zulman D. Alternative strategies to inpatient hospitalization for acute medical conditions: a systematic review. *JAMA Intern Med*. 2016;176(11):1693-1702. doi:10.1001/jamainternmed.
7. Fryd N, Weinstein O, Shiber S. Cost analysis of hospital-at-home services vs. in-patient medical wards. *Research Square* October 2022. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2139052/v1>.
8. Goossens LMA, Vemer P, Rutten-van Mülken MPMH. The risk of overestimating costsavings from hospital-at-home schemes: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2020;109:103652. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103652.
9. Levine DM, Ouchi K, Blanchfield B, Saenz A, Burke K, Paz M, Diamond K, Pu CT, Schnipper JL. HYPERLINK "<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31842232/>" Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: A Randomized Controlled Trial. *Ann Intern Med*. 2020 Jan 21;172(2):77-85. doi: 10.7326/M19-0600.
10. Marchildon GP, Brammli-Greenberg S, Dayan M. et al. Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries. *Health Policy* 2021 Dec;125(12):1507-1516.
11. Montalto, M. (2010). The 500-bed hospital that isn't there: The Victorian Department of Health review of the Hospital in the Home program. *Med J Aust* 2010; 193(10); 598-601. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb04070.x>.
12. Montalto M, McElduff P, Hardy K. Home ward bound: features of hospital in the home use by major Australian hospitals, 2011-2017. *Med J Aust*. 2020 Jul;213(1):22-27. doi: 10.5694/mja2.50599. Epub 2020 May 1.
13. Saenger PM, Ornstein KA, Garrido MM, et al. Cost of home hospitalization versus inpatient hospitalization inclusive of a 30-day post-acute period. *J Am Geriatr Soc* 2022 May;70(5):1374-1383.

אשפוז בית אקוטי

דבר יו"ר האגודה לזכויות החולה,
שמוליק בן יעקב

היתרונות של "בית חולים בית" ברורים, לא רק הנושא של ה"זקנה במסדרון", אלא גם הקטנת הסיכון לזיהומים, הקטנת תופעות של דמנציה וירידה בתפקוד של מבוגרים החוזרים לבינם אחרי אשפוז ממושך, בנוסף לתחושה הטובה של החולה שנמצא בסביבה הביתית המוכרת לו, מוקף בבני משפחה.

לפיכך, המגמה של מעבר לאשפוז בית אקוטי מבורכת וחשובה, אך יחד עם זאת, מעבר לאשפוז בית מציב בפני המערכת אתגרים חדשים המחייבים חשיבה והתייחסות בדגש על נקודת המבט של המטופלים ובני המשפחה, תוך התייחסות ל-7 נקודות כלהלן:

הגברת אי השוויון; בקרה על איכות השירות; חובת פיקוח על תעריפי אשפוז בית ותגמול לספקים ולצוות המטפל; חקיקה העונה על הדרישות להבטחת טיפול בית איכותי, שוויוני, ובטיחותי; תמיכה במטפל עיקרי/בן משפחה; פרסום מידע ומודעות על השירות; טכנולוגיות בשימוש והכשרה.

◆ הגברת אי השוויון בבריאות במעבר לאשפוז בית אקוטי כתחליף לאשפוז בבי"ח

כיום, שירותי האשפוז עומדים לרשות כל התושבים, בבתי החולים הציבוריים, בשוויון מלא (במסגרת זכאותם בסל הבריאות), ללא קשר למצבם הכלכלי, כמו כן, בפועל אין אפשרות לרכוש שירות זה באופן פרטי, אלא אך ורק בבי"ח ציבורי.

אשפוז בית כתחליף לאשפוז בבית חולים איננו שוויוני כיוון שבפועל אינו רלוונטי עבור חלק משמעותי מהאוכלוסייה בשל אילוצים הכוללים: מצב רפואי, תגמול לספקים ולצוות המטפל.

תנאי מגורים - מי שתנאי המגורים שלו צפופים מאוד ו/או אינם מתאימים כגון בחברה הבדואית, החרדית, בכפרים הערביים ובכלל באוכלוסייה הסוציו-אקונומית נמוכה שגרה בדרך כלל בצפיפות.

השגחה רפואית בבית - לא לכולם זמין מטפל/ת שיכול/ה לבצע את הפעולות הנדרשות בבית בהשגחה רפואית (מדידת חום, לחץ דם וכיו"ב), הן בשל העובדה שהחולה מתגורר לבדו או שמי שמתגורר עמו לא מסוגל/ת לכך.

עזרה סיעודית - לא לכולם יש מי שיכול לסייע בפעולות ה-ADL כמו רחצה, האכלה וכיו"ב הן בגלל שגר לבדו או שמי שמתגורר עמו לא מסוגל/ת לכך.

הנגשה שפתית ותרבותית - יש להתאים את השירות ולאתר חלופות לאוכלוסיות שונות - למשל לאוכלוסייה חרדית לה מגבלות בשימוש באינטרנט.

הצעתנו:

יש למצוא פתרונות תקציביים שירחיבו את האוכלוסייה שתוכל להיעזר בשירות זה, כולל מימון עזרה סיעודית בבית המטופלים (כיסוי המוצע כיום על ידי הקופות בילדים מונשמים הנמצאים בבית), ובתוך כך גם לדאוג למענה של אשפוז בית מותאם לשהים במוסדות הרווחה מאחר וביתם במסגרות אלו.

◆ בקרה על איכות השירות - קשיים בפיקוח על איכות השירות המסופק בבית המטופל

תהליכי פיקוח ובקרת איכות בבי"ח כוללים ישיבות יומיות בהן עולות שאלות וסוגיות לדיון על ידי הצוות הרפאי, בנוסף הימצאותם של מתמחים מבטיחה לימוד, הדרכה והקפדה על איכות. השירות בבית המטופל מבוצע בעבודה יחידנית של אחות הבאה מידי יום, רופא שמבקר כנראה 1-2 פעמים במהלך האשפוז ובן משפחה שעל הדיווח שלו הצוות הרפואי מסתמך. קשה להניח שאפשר לספק את אותה רמת שירות לכל המטופלים בתנאים אלו.

בנוסף, בבי"ח ציבורי הצוות לא נשפט על ביצועים כלכליים של המחלקה ולכן מבצע את כל הטיפולים הנדרשים, כולל הזמנת יועצים, התאמת מזון, בדיקות הנמצאות בהישג יד ועוד. אשפוז בית מתבסס רובו על ספקים פרטיים שפועלים למטרות רווח וסביר שיהיה עליהם לחץ לחסוך בעלויות.

הצעתנו:

יש לקבוע מדדי איכות לשירות ולחייב את הקופות בהפעלת מערכת בקרה הדוקה, כולל דיווח תקופתי למשרד הבריאות ופרסום לציבור.

◆ פיקוח על תעריפי אשפוז בית ותגמול לספקים ולצוות המטפל - חוסר הפיקוח על התעריפים עלול להשפיע על איכות השירות

תעריפי אשפוז בבית חולים וכללי התשלום בין בתי החולים והקופות נקבעים על ידי המדינה במסגרת ועדת תעריפים והסדרי חקיקה. באשפוז ביתי לעומת זאת, כל קופה קובעת תעריף במכרז/מו"מ, קובעת את תנאי המכרז, ללא תעריף מינימום מחייב, ושאינו כולל מרחקי נסיעה.

דוגמה לכך ניתן לראות בהתנהלות הקופות מול מוסדות השיקום והסיעודי מורכב, כאשר השיקולים הכספיים מנחים את חלק מהקופות בהתקשרויות שלהן ולמעשה דוחקים את המספקים שירות זה, לתת טיפול "חסכוני ביותר". מצב קיצון הוא בי"ח הרצוג שהשקיע מיליוני דולרים בהקמה והצטיידות של מחלקות שיקום ונותר ריק לאור התעריף ההפסדי שהקופות מוכנות לשלם עבור שירות זה.

הצעתנו:

יש לקבוע תעריף מינימום מחייב לשירות זה. בנוסף, יש לקבוע תעריף דיפרנציאלי (למשל תשלום נוסף על זמן נסיעה ושירות בפריפריה), כדי להבטיח שהשירות לא יסופק רק במרכז הארץ וכן, לפתח תמריצים לעודד צוותי רפואה לפנות לעבודה במסגרות בבית.

◆ חקיקה העונה על הדרישות להבטחת טיפול בית איכותי, שוויוני, ובטיחותי

בתי החולים הכלליים מתנהלים על פי חוקים, תקנות ונהלים המסדירים את פעילותם, מפעילים מוסד של ממונה על פניות הציבור כנדרש על פי חוק זכויות החולה, בעלי הגדרה של צוות כוח אדם וכל הנדרש לקבלת אישור לכל מחלקה, פועלים במסגרת כללי דיווח מחייבים על דיווח במצבים חריגים, קיימים כללים המגדירים את הנדרש לשמירת פרטיות ועוד.

אשפוז בית הינו תחת אחריות הקופות ולא תחת אחריות משרד הבריאות וכל קופה קובעת את הנהלים שמוצאת לנכון ויש חוזרים בודדים בלבד של המשרד המסדירים את הפעלת השירות.

הפסיקה הגבירה את חובת הזהירות במצבים בהם למטפל יש קושי בפיקוח וקיימת שאלה לגבי מעמדו של בן משפחה כמטפל.

הצעתנו:

יש להתאים חקיקה העונה על הדרישות להבטחת טיפול בית איכותי ובטיחותי שיגובה בחוזרי המשרד למעבר לאשפוז בבית.

◆ תמיכה במטפל עיקרי/בן משפחה עקב עומס רגשי הנובע מטיפול בן משפחה

אשפוז בית עשוי להימשך שבוע ואף יותר ובכך להטיל עומס נפשי וכלכלי על בן המשפחה המטפל בו. המטפל העיקרי הוא גורם משמעותי בטיפול ואף בהצלחתו ויש לוודא שהוא מבין היטב את הנדרש ממנו ואת האחריות המוטלת עליו.

הצעתנו:

יש לספק, במקרים המתאימים, תמיכה רגשית להתמודדות החדשה של "מאושפז" בבית, ולדאוג לזכויותיו הכלכליות של המטפל (ימי מחלה) ואחרות.

◆ פרסום מידע ומודעות הציבור הרחב על השירות ומשמעויותיו

הצעתנו:

יש לדאוג למידע זמין ושקוף על כל חלופות הטיפול הקיימות. באתרי הקופות, אתר משרד הבריאות, ובקרב צוותים רפואיים ובמיוחד בקרב רופאי המשפחה. בנוסף, להעמיד לרשות המטופל ובני משפחתו, באופן יזום ונגיש, את כל המידע על כל חלופות הטיפול ומה הן כוללות, כולל מידע על ציוד עזר שיכול לסייע לו. הכנת תוכנית הסברה ברורה ונגישה תסייע בהסרת חסמים וחששות מטיפול בבית.

◆ טכנולוגיות בשימוש והכשרה

אשפוז בית נעזר ויעזר בכלים טכנולוגיים חדשים שיאפשרו לספק שירות מרחוק ולשפר את איכות השירות. לחלק מהאוכלוסייה אין אוריינות דיגיטלית ולכן יתקשה להשתמש בכלים אלו.

הצעתנו:

יש צורך בהטמעת טכנולוגיות "פשוטות לשימוש" המתאימות ליכולת הפעלה ושימוש על ידי המטופלים ולמאפיינים התרבותיים שלהם, סיוע בהכשרה באוריינות דיגיטלית למי שאינו מיומן בכך, וכמובן דורשת הכשרת צוותים לעבודה משותפת מרחוק.

המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות הינו עמותה עצמאית שמטרותיה הן:

~ ללוות ולהעריך את השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שרותי הבריאות בישראל, איכותם, יעילותם ועלותם.

~ ליזום ולממן מחקרים בנושאי ארגון, כלכלה ואיכות השירותים ותהליכי קבלת ההחלטות במערכת הבריאות.

~ להוות במה ומקום מפגש לקיום דיון מקצועי וציבורי בתחומי הארגון, הניהול וקביעת מדיניות הבריאות בישראל.

~ לעודד שיתוף פעולה מדעי בין תחומי ורב מקצועי ברמה הלאומית בין כל הגורמים, ניהוליים ואקדמיים, שעניינם קידומה של מערכת הבריאות הישראלית.

סעיף 52 (2) של חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד (1994) קובע, בין תפקידי מועצת הבריאות: "לקיים מעקב אחר ביצוע החוק ולערוך מחקרים, סקרים וחוות דעת מקצועיות באמצעות מכון שיקבע השר".

המכון הלאומי לחקר שרותי בריאות ומדיניות הבריאות נקבע למטרה זו על-פי החלטת שר הבריאות ובאישור המועצה מיום 24/6/95.

המכון מאגד חוקרים, מנהלים וקובעי מדיניות מכל מגזרי המשק: משרד הבריאות, קופות החולים, בתי החולים, האוניברסיטאות ומכוני המחקר. לפעילויות המכון תורמים דרך קבע בעלי מקצועות הבריאות, מנהלים, חוקרים ומדענים מן האקדמיה, משירותי הבריאות, מהכנסת וממשרדי הממשלה.



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)
The Israel National Institute for Health Policy Research

03-5300333

nihp@israelhpr.health.gov.il

www.israelhpr.org.il